



QUÉBEC

DÉBATS

Comité mixte
de
l'Assemblée législative
et du
Conseil législatif

SIXIÈME SESSION – 27^e Législature

Les 17, 22, 23 mars 1966

L'assurance-maladie

Présidents: l'hon. George-C. Marler, c.l.
M. Roger Roy, m.a.l.

ASSURANCE-MALADIE(Dix heures et demie de l'avant-midi)

M. MARLER (Président): A l'ordre, messieurs! Nous avons quorum. Je comprends que votre Président, M. Dicaire est absent mais c'est vous M. Daniel qui devez représenter votre délégation. Voulez-vous nous présenter ceux qui vont représenter votre Collège devant ce comité ce matin?

M. DANIEL: Oui, M. le Président. Permettez-moi d'abord de vous présenter ici à ma gauche M. Roland Genest, deuxième vice-Président du Collège.

Jean-Charles Blanchard, trésorier; à sa droite, M. Benjamin Shara, assistant-trésorier; à mon extrême gauche, Me Jacques Lamoureux, conseiller juridique du collège.

M. LE PRESIDENT: M. Daniel, ce que nous avons fait jusqu'ici c'est d'entendre de la part de ceux qui avaient des mémoires un exposé sommaire et non pas de nous faire la lecture mot à mot du mémoire dont nous avons déjà pris connaissance.

M. DANIEL: J'ai préparé à votre intention une courte introduction et je pense que nous pourrions procéder immédiatement après.

M. le Président, Messieurs, il y a déjà quelques années, soit au printemps 1963, le Collège des pharmaciens choisissait comme thème de son congrès annuel «La pharmacie face à l'assurance-santé».

Les journées d'étude qui se sont déroulées mirent en lumière le fait que rares sont les familles qui prévoient l'achat des médicaments lors de l'établissement du budget familial. La maladie, comme la mort, frappe sans avertir et cause un débalancement dans les dépenses ordinairement prévisibles. Le congrès s'est alors prononcé en faveur de l'étude d'un projet d'assurance-médicament et a demandé au collège d'instituer des commissions nécessaires pour scruter les possibilités d'offrir à la population du Québec les médicaments que tous sont en droit d'obtenir. Une commission d'étude sur les tarifs d'honoraires professionnels fut alors formée, composée de membres de toutes les disciplines pharmaceutiques. Cette commission travailla d'arrache-pied et le 20 septembre 1965 déposa devant le Conseil des gouverneurs le résultat de ses recherches. Simultanément une autre commission se rendit en Europe et dans l'Ouest

canadien afin d'obtenir toutes les données des systèmes d'assurance-maladie déjà existants. Le mémoire issu du travail de cette équipe fut adopté unanimement par le Conseil des gouverneurs en janvier 1966.

Messieurs, nous n'avons pas la prétention d'apporter à ce comité des recommandations qui sont les seules solutions aux problèmes complexes d'une réforme sociale du genre. Cependant nous sommes assurés que la partie du mémoire traitant du rôle du pharmacien prouve que nous sommes les plus qualifiés pour assurer la distribution et la bonne utilisation des médicaments en regard de la sauvegarde de la santé publique.

Le Collège des pharmaciens est convaincu que le Collège gouverneur du Québec ne doter la population du Québec d'un système d'assurance-maladie universel dont la portée sociale garantirait à chaque citoyen le droit sacré à la santé.

Nous vous remercions messieurs, d'engager le dialogue avec nous ce matin, et nous sommes prêts à répondre à vos questions.

M. MARLER: M. Daniel, je pourrais peut-être commencer en vous posant une question qui est assez directe: Est-ce que le collège a fait des estimations quant au coût des médicaments à tous les assurés? Supposant que nous ayons un plan obligatoire, que toute la population québécoise en fait partie et que les médicaments soient compris, en effet fassent partie de la couverture, combien pensez-vous que ça doit coûter au plan?

M. DANIEL: Le Collège des pharmaciens tel qu'institué par la loi qui nous gouverne ne nous a jamais donné le pouvoir de réglementer de quelque façon que ce soit les prix en pharmacie. Le Collège des pharmaciens partant de ce principe ne s'est jamais occupé de la question prix, n'ayant aucune juridiction dans le domaine. En effet, même la loi telle qu'amendée en juin 1964 a donné au collège le pouvoir d'établir, de modifier, de remplacer les tarifs d'honoraires pour les actes professionnels concernant la prescription et les ordonnances mais ajoutait que le pouvoir n'était toutefois pas donné au collège de fixer des prix et ne donnait au collège aucune juridiction quant aux prix des médicaments. Partant, de ce principe nous nous en sommes toujours tenus à la pratique de la pharmacie ainsi qu'au contrôle de nos membres, de la déontologie pharmaceutique et au fait d'assurer le public des meilleurs services pharmaceutiques possibles sur le plan professionnel.

Cette question cruciale pour vous a été cependant, je pense, plus approfondie par les associations pharmaceutiques, associations que nous

avons toujours appelées associations commerciales qui voient, elles, au bien-être du pharmacien au point de vue monétaire et la formation toute récente d'un syndicat de pharmaciens propriétaires. Ce syndicat dans le moment travaille sur cette question particulièrement. Il reste que, comme je le mentionnais tantôt, nous avons créé une commission qui s'est occupée d'étudier l'établissement d'un tarif d'honoraires professionnels et qui a déposé devant le Conseil des gouverneurs un rapport succinct à ce propos. Cependant cette commission ne s'est attachée qu'à l'aspect de l'acte pharmaceutique c'est-à-dire de ce que le pharmacien devrait recevoir en posant des actes professionnels relativement aux ordonnances sous prescriptions, ce qui à ce moment-là n'inclue par forcément le coût de la marchandise qui est hors de notre contrôle.

M. COITEUX (Duplessis): Maintenant que nous sommes sur les prix, est-ce qu'il y aurait possibilité, c'est une question que je pose, d'en venir à une certaine uniformité? La raison pour laquelle je pose cette question là, c'est advenant l'hypothèse où nous décidions de donner partiellement les soins médicaux et les soins pharmaceutiques au complet, il faudrait tout de même trouver un organisme modérateur quelconque afin que si, par exemple le gouvernement se doit de le faire, parce qu'il faut déterminer le maximum, doit-on dire pour telle ou telle prescription comme l'acte médical se doit d'être défini au point de vue prix, est-ce qu'on peut en arriver à définir aussi une certaine modalité par laquelle on aurait une uniformité dans les prix? Vous comprenez aussi bien que comme moi ce qui se produit et je ne fais pas de reproches aux pharmaciens, mais dans d'autres domaines cela s'est produit, le gouvernement met un minimum par exemple, disons comme l'assurance-santé, on en a eu des exemples avec l'assurance-santé, on a eu des exemples avec les avantages scolaires qu'on donnait aux étudiants et on en a des preuves que l'on vit tous les jours, étant donné que quelqu'un est assuré, on voit tout de suite que les prix ne sont pas les mêmes. Alors, si par exemple le gouvernement disait: on va donner aux indigents une première classe de la société un certain montant de produits pharmaceutiques; est-ce qu'il y aurait dans votre organisme quelque chose qui pourrait assurer au gouvernement qu'immédiatement les prix ne doubleront pas, ne monteront pas pour la valeur qu'on va donner aux patients? C'est ce qui se produit dans d'autres domaines. Maintenant est-ce que votre collège peut trouver un moyen modérateur pour contrôler...

M. DANIEL: Nous sommes entièrement d'accord sur le principe, tellement d'accord que c'est ce principe qui a amené le collège des pharmaciens à demander la rémunération à l'acte pharmaceutique de sorte qu'à ce moment si ce principe est adopté par le gouvernement, les prix, que ce soit pour vingt pilules d'une sorte donnée à Hull, à Chicoutimi ou à Montréal ou à Québec, seront les mêmes. Par contre, le problème du prix coûtant chez le manufacturier demeure encore hors de notre contrôle. C'est celui-là qui est à la base, mais en général les manufacturiers ont un prix égal pour tout le monde, de sorte qu'à ce moment-là il s'agit en somme, pour simplifier toute l'affaire, de contrôler le profit fait par les pharmaciens.

M. COITEUX (DUPLESSIS): C'est ça.

M. DANIEL: Cela revient à ça, c'est aussi simple que ça et je pense qu'il n'y a que cette formule de rémunération à l'acte pharmaceutique, c'est-à-dire sur une base de tarif d'honoraire professionnel, fixé conjointement par l'entente avec le collège ou des organismes déjà en fonction et le gouvernement d'autre part, qui amèneront cette stabilité et cette uniformité dans les prix.

M. ROY: M. Daniel, à quelle date la préparation de votre mémoire?

M. DANIEL: La préparation recule aussi loin, comme je le disais tantôt, que 1963, mais...

M. ROY: Non, mais c'est parce que présentement sur votre mémoire je n'ai pas constaté de date.

M. DANIEL: C'est un oubli, je pense, de la part de l'imprimeur. Ce mémoire, je l'ai dit tantôt dans le préambule, fut adopté définitivement avec toutes les corrections qui s'imposaient lors de l'assemblée régulière du conseil des gouverneurs du collège en janvier 1966, mais il reste qu'il y avait trois ans de travail qui ont amené la ponte finale du mémoire.

M. THEBERGE: M. Daniel, comment prétendez-vous que, si le gouvernement acceptait de vous accorder le droit pour l'acte pharmaceutique, ça régulariserait vos prix à travers la province?

M. DANIEL: C'est que le prix coûtant du médicament étant le même pour tous et la marge de profit à ce moment contrôlée, forcément le prix

de détail s'uniformiserait partout, tandis que dans le moment, il est laissé au gré et à la volonté de chacun, de prendre la part de bénéfice qui lui convient.

M. LE PRESIDENT: M. Daniel, quand vous dites que le prix du produit provenant du manufacturier est le même pour tout le monde, n'y a-t-il pas actuellement un système d'escompte qui a trait au volume des achats?

M. DANIEL: Oui, en effet. Là-dessus, c'est un domaine qui relève encore une fois du manufacturier et qui, malheureusement, est hors de notre contrôle. Il est vrai en effet que l'on peut demander aux compagnies des soumissions pour des quantités énormes de médicaments qui font qu'à ce moment-là le prix coûtant du médicament baisse, et selon la grosseur de la pharmacie ou de son pouvoir d'achat, les prix peuvent varier chez le manufacturier en ce qui a trait au prix coûtant.

M. LE PRESIDENT: Evidemment, M. Daniel, tout à l'heure je vous posais la question: combien pensez-vous que ça doit coûter au plan d'étendre la couverture jusqu'aux médicaments? Je me demandais si votre collègue n'était pas peut-être en très bonne posture pour nous donner une estimation de ce coût. On nous a déclaré au cours de l'étude d'un des volumes du rapport du comité de recherche que ça coûterait tout près de \$100 millions par année si le plan couvrirait les produits pharmaceutiques. Alors, je me demandais quand je l'ai lu, si le collègue des pharmaciens pourrait nous donner des précisions. Pouvez-vous faire ou avez-vous fait des sondages auprès de vos membres pour arriver à des chiffres qui pourront peut-être confirmer cette estimation de \$100 millions par année qui représentent \$17 par personne par année?

M. DANIEL: Oui, une analyse rapide naturellement du résultat apporté dans le rapport de la commission Castonguay sur l'estimation de \$100 millions nous a fait penser, sans toutefois l'avoir analysé en profondeur, que le chiffre était réaliste, mais il demeure que l'expérience vécue dans les pays européens entre autres a fait que ces chiffres, en général, ont été dépassés.

Il y a eu, non pas des erreurs comptables mais des erreurs dues au fait que la population, quand un régime d'assurance-maladie est institué, est portée à consulter beaucoup plus souvent le médecin qu'en période normale où ils ont à payer à chaque visite au médecin. Bien à ce moment-là ils le consultent plus réguliè-

rement, plus souvent et automatiquement la consommation de médicaments augmente.

M. LE PRESIDENT: Evidemment, tous les membres du comité ont pris connaissance de cette partie du rapport de M. Castonguay et les autres membres de son équipe, mais personnellement je ne suis pas convaincu que les conditions dans le Québec sont identiques à celles qui existent en Angleterre ou en France parce que je pense qu'à certains points de vue la médecine et puis la santé sont plus avancées ici qu'en Angleterre, et je ne suis pas du tout convaincu que, parce qu'en Angleterre la consommation de produits pharmaceutiques a accusé une grosse augmentation après l'instauration du régime de santé, la même chose va se produire dans le Québec. Mais je me demandais si vous n'aviez pas réellement des faits ou des statistiques que vous pouvez nous donner qui, si vous voulez, pourraient appuyer votre recommandation, d'ajouter à la couverture tous les produits pharmaceutiques.

Evidemment, je dis ça parce que j'ai toujours vécu dans le domaine des finances provinciales lorsque j'ai fait partie de la Législature et je sais combien il est facile de recommander au gouvernement d'entreprendre des dépenses et des fois la première estimation est dépassée de beaucoup. Je ne voudrais pas — et je suis sûr que tous les membres du comité sont du même avis, — nous ne voulons pas penser que ça va nous coûter \$100 millions par année et constater par la suite qu'on s'est trompé de 100%. Alors je me demandais si les pharmaciens ne pourraient pas nous donner des renseignements disant: « Bien voici nous avons une famille composée de 5 personnes et au cours d'une année, nous trouvons que c'est une famille normale, la dépense totale est de... » et là évidemment, c'est tout simplement un point de départ. Mais je me demandais si le Collège ne pouvait pas nous donner des renseignements plus précis que tout simplement dire: « Nous favorisons un plan qui va couvrir les produits pharmaceutiques ». Moi, je pense que ça pourrait aller plus loin que ça.

M. DANIEL: Encore une fois, toujours se basant sur le fait que le Collège, au point de vue monétaire...

M. LE PRESIDENT: Non, je comprends que vous n'avez pas le contrôle des prix, ce n'est pas ça qui m'intéresse.

M. DANIEL: D'ailleurs nous ne l'avons pas fait et je pense, — je ne suis pas au courant des mémoires qui vous seront présentés par

les associations pharmaceutiques ou par le syndicat —, que les associations pharmaceutiques ainsi que le syndicat couvriront ce sujet. Ils devraient normalement, mais par contre nous avons étudié de près les recommandations contenues dans le rapport de la commission Hall qui, elles, sont basées sur des statistiques officielles du bureau national de la statistique et qui, à ce moment-là, je pense rejoignent la situation au Québec qui est sensiblement la même que celle à travers le Canada.

M. LE PRESIDENT: Alors le comité peut comprendre, si je comprends bien M. Daniel, que le Collège pense que les statistiques citées par la commission Hall sont assez près de la réalité.

M. DANIEL: Elles sont assez près de la réalité pour la période où naturellement la commission Hall a présenté son rapport. Cela peut avoir varié avec l'augmentation normale du coût de la vie qui s'est produite depuis deux ou trois ans mais ça demeure assez réaliste.

M. ROY: M. Daniel, au paragraphe 11 de votre mémoire vous mentionnez; que le système d'assurance-maladie, soit libre ou obligatoire, le Collège des pharmaciens insiste et insistera toujours pour que le droit indéniab le choix du médecin et du pharmacien par le patient lui soit toujours conservé de même que la liberté pour le praticien et le pharmacien d'accepter un patient soit toujours respectée. Dans quelles circonstances le pharmacien peut-il refuser un patient?

M. DANIEL: Voici un exemple qui, si je pense, illustrera toute l'affaire. Imaginons que dans un plan d'assurance-maladie un client situé dans la région de Montréal, à dix milles, parce que l'île de Montréal est très grande, d'une pharmacie... appellera un pharmacien et lui dira: je vous ai choisi pour remplir mes prescriptions. Voulez-vous envoyer votre chauffeur chercher la prescription et me la retourner.

A ce moment-là le pharmacien aurait le privilège de répondre; madame, vous avez à votre portée, à deux rues de chez vous un pharmacien qui peut vous rendre les mêmes services si vous voulez vous en remettre à ce confrère. A ce moment-là il n'y a aucune contrainte de la part du pharmacien d'accepter ce client.

M. MARLER: En effet, vos inquiétudes pro-

venaient du problème de faire la livraison des produits et puis en même temps chercher la prescription.

M. DANIEL: C'est ça. C'est un aspect de la question.

M. ROY: Ce que je voulais savoir, c'était du côté professionnel.

M. DANIEL: Du côté professionnel, nous ne refuserons jamais, jamais de servir un client. Nous n'en avons même pas...

M. MARLER: Surtout s'il vient avec l'argent nécessaire.

M. DANIEL: Exactement. Mais cette collaboration entre confrères et pharmaciens existe depuis toujours même sans l'assurance-maladie. On se passe journallement des clients ou des prescriptions d'une région éloignée à une autre.

Voici pour compléter votre question Me Lamoureux, au cours des discussions qui ont apporté la rédaction du mémoire. Il existe quantité de petits problèmes en pharmacie qui deviennent des fois assez graves, notamment dans le domaine des narcotiques, des stupéfiants, des médicaments contrôlés, etc. Nous savons tous que le gouvernement fédéral suit cette chose de très près et que le pharmacien a à faire face à tous les jours à une clientèle qui se présente quelquefois avec des prescriptions forgées, il se doit alors de refuser de remplir cette prescription ou une prescription sur laquelle il a un doute et il communique avec le médecin; si le médecin est absent, il peut dire, je refuse de remplir votre prescription tant que je n'aurai pas vérifié.

M. RENAUD: Cela devient une question d'éthique professionnelle.

M. DANIEL: C'est une question d'éthique professionnelle pure et simple.

M. RENAUD: M. Daniel, vous préconisez un plan universel.

M. DANIEL: Oui, en effet.

M. RENAUD: Est-ce que vous préconisez un plan obligatoire ou facultatif?

M. DANIEL: Nous le préconisons libre, tout en reconnaissant par contre que pour le gouvernement il est beaucoup plus facile d'administrer un plan obligatoire.

M. RENAUD: Merci.

M. MARLER: En même temps, dans votre mémoire vous recommandez l'universalité, mais en même temps vous recommandez qu'on procède par étape.

M. DANIEL: En effet.

M. MARLER: C'est ce que je trouve assez difficile de concilier l'universalité et la réalisation par étape en même temps. Mais voulez-vous nous dire quelle genre d'étape vous préconisiez lorsque vous avez fait cette recommandation?

M. DANIEL: Voici, nous recommandons un système universel en effet, c'est-à-dire que le système tôt ou tard sera complété universellement, mais nous le recommandons étape par étape, c'est-à-dire englobant toutes les disciplines qui touchent à la santé par couche de population pour en arriver à obtenir un système universel par la suite se basant sur le fait qu'un système et universel et global instauré immédiatement serait probablement hors de proportion pour les finances gouvernementales.

M. MARLER: De quelle façon établirez-vous ce que vous appelez des couches de la population alors?

M. DANIEL: Nous avons mentionné les indigents comme étant la première couche. Les couches de population seraient basées sur les revenus, les plus favorisées économiquement étant les dernières à être intégrées au plan.

M. MARLER: Je suppose que lorsque vous parlez du revenu, vous parlez du revenu imposable?

M. DANIEL: En effet.

M. MARLER: Evidemment, nous savons qu'il y a des gens qui ont des revenus, mais qui ont des déductions parce qu'ils ont cinq ou six enfants, etc, c'est la raison pour laquelle je pense qu'il faut faire la distinction entre le revenu et le revenu imposable.

M. DANIEL: En tant que pharmaciens, nous sommes habitués, M. le Président. Vous savez que des fois nous avons des revenus bruts qui semblent assez énormes, mais quand on passe au revenu imposable, on s'aperçoit que le pharmacien n'est pas...

M. MARLER: Oui, il ne faut pas être dans le commerce très longtemps pour comprendre qu'il y a une différence entre les deux.

M. DANIEL: Nous la connaissons très bien.

M. RENAUD: M. Daniel, advenant l'application d'un plan universel, croyez-vous que les médicaments pourraient être distribués correctement dans toute l'étendue de la province de Québec et à ce point de vue j'aimerais bien que vous nous donniez une idée des commerces ou enfin des pharmacies qu'il y a dans diverses régions de la province, pour se situer un peu au point de vue des pharmaciens dans la province.

M. DANIEL: J'ai un document ici avec tous ces détails. Je vais vous le donner par coeur. Il y a dans la région montréalaise 507 pharmaciens et il y a la différence, nous avons un total de 1,348 pharmacies dans la province de Québec, la différence est située en province, incluant une centaine à Québec, 25 à Sherbrooke, il y a des centres comme ça qui en possèdent plus et il y a certains comtés où il y a des pharmacies qui sont tenues par certains médecins qui ont encore le privilège de tenir des pharmacies dans certaines conditions spécifiques, mais je pense que nous touchons toutes les régions de la province.

M. RENAUD: Il y en a 1348 en province, 507 dans la région métropolitaine, 100 à Québec.

M. DANIEL: C'est ça. C'est-à-dire dans Montréal, il y en a peut-être 800 environ dans toute la région métropolitaine et 500 dans la balance de la province.

M. RENAUD: Et dans la balance de la province, c'est les villes de 25,000 et plus, je suppose que se trouve la majorité des pharmacies. En campagne, est-ce qu'il y en a?

M. DANIEL: Oui, il y en a partout. Il n'y a que dans la Loi de pharmacie les villes de 7,000 habitants ou moins, là où le médecin a le privilège de tenir pharmacie, en autant qu'il n'y a pas de pharmacien déjà installé dans l'endroit.

M. ROY: Est-ce que cela serait possible pour le collège de nous fournir le nombre de pharmacies par région, de le fournir un peu plus tard?

M. DANIEL: Oui, nous pouvons vous faire

parvenir ce document. Nous l'avons en notre possession, je l'avais avec moi, je pense l'avoir oublié à l'hôtel.

M. ROY: Ce sera de nous le faire parvenir à votre convenance.

M. DANIEL: Sûrement.

M. CLOUTIER: Vous soulevez dans votre mémoire un aspect très important. J'imagine que la question des honoraires professionnels que vous touchez dans votre mémoire peut certainement bouleverser, si je peux employer le mot, la pratique de votre profession. Est-ce que vous pourriez expliciter votre pensée au sujet de l'honoraire professionnel parce que, en proposant une telle modification évidemment, si on pense tout de suite à des problèmes importants qui concernent le coût des médicaments, le coût des médicaments au niveau du manufacturier les sommes qui sont consacrées à la recherche, à la publicité, les marges de profit, ainsi de suite. Alors, vous attaquez là, je pense, la substance de votre profession, domaine essentiel de votre profession.

M. DANIEL: Nous pouvons dire que le noeud de tout le mémoire se situe alentour de cette recommandation pour l'établissement de tarifs d'honoraires professionnels. Cela peut sembler nouveau au Québec mais ce n'est rien de nouveau sous le soleil parce qu'il est déjà établi dans plusieurs états des Etats-Unis, il est recommandé dans plusieurs provinces du Canada, certaines régions l'ont adopté depuis plusieurs années et les pharmaciens s'en trouvent bien ainsi que le public. Le tarif d'honoraires professionnels a pour un avantage entre autres de diminuer énormément le coût des médicaments dispendieux qui sont ceux qui sont le plus prohibitif pour le public consommateur. Il augmente d'autre part un peu le coût du médicament non dispendieux mais par contre si l'on regarde la moyenne dans un tout global, ça demeure un peu inférieur à ce qui se pratique actuellement, à la méthode qui est employée.

M. CLOUTIER: Avez-vous une idée de ce que pourrait être cet honoraire professionnel? Je ne vous demande pas des précisions, mais.,,

M. DANIEL: Nous avons, comme je vous le disais, eu une commission d'étude sur les honoraires professionnels. Cette commission a disséqué tout le problème, a défini l'honoraire et nous croyons encore une fois que les syndicats existants ou le syndicat existant ou les asso-

ciations pharmaceutiques sont celles qui seront appelées à débattre cette question. Le Collège des pharmaciens a le pouvoir de les établir avec l'assentiment du conseil mais naturellement je pense qu'il se produira peut-être un peu ce qui s'est produit chez les médecins, la tendance étant à la négociation, je pense que la négociation à ce niveau est encore le meilleure pierre de touche pour en arriver à une entente mutuelle satisfaisante.

M. CLOUTIER: Mais, vous l'admettez tout de même aujourd'hui, le problème du prix des médicaments et de l'accessibilité à l'achat des médicaments est devant l'opinion publique, et c'est un problème autour duquel tourne tout le problème de la pharmacie. Est-ce que le Collège des pharmaciens exerce un certain contrôle sur le coût des médicaments et advenant l'instauration du système est-ce que, en proposant votre base d'honoraires professionnels, votre Collège a l'intention peut-être d'accentuer ou de voir s'il n'y aurait pas possibilité que vous exerciez un contrôle sur le coût des médicaments, un contrôle beaucoup plus direct?

M. DANIEL: Si jamais le gouvernement nous donnait ce pouvoir, je pense que nous l'accepterions avec plaisir. Maintenant, il semble qu'il va à l'encontre des idées du gouvernement actuel que de nous accorder ce pouvoir, l'ayant explicité noir sur blanc lors de l'adoption des amendements à la Loi de pharmacie en 1964, alors que rien dans cet article ne permet au Collège de contrôler le coût des médicaments. C'est, je peux vous lire mot à mot l'article 511 de notre loi qui dit: « Rien dans le présent paragraphe n'autorise le conseil du Collège à réglementer ni contrôler les prix des drogues et des poisons ni des conditions de paiement de tel prix », de sorte que, à l'époque, nous étions déjà en train de travailler sur le mémoire et c'est pourquoi nous arrivons ici ce matin sans avoir accentué nos recherches sur la question des prix, la loi nous disant formellement que rien dans ce paragraphe ne nous donne le pouvoir de le faire.

M. CLOUTIER: Est-ce qu'on peut vous demander M. Daniel si, dans l'opinion du Collège des pharmaciens, il existe des tendances à monopoliser dans l'industrie de la fabrication des médicaments; ça revient à ce que je vous ai dit au début, est-ce que vous ne pourriez pas expliciter votre pensée sur certains problèmes reliés au coût des médicaments comme la recherche, la pharmacie et ainsi de suite?

M. DANIEL: Oui, le problème du fabricant et de toute la fabrication en est un d'une complexité que vous allez découvrir sous peu en ayant ces messieurs devant vous tantôt et puis vous verrez qu'il s'agit là d'un empire gigantesque auquel nous-mêmes pharmaciens avons à faire face à tous les jours et qui est un problème à facettes multiples, il va sans dire que notre économie québécoise ni même nationale a un contrôle un peu mitigé sur la production de médicaments au Canada. Nous sommes réellement envahis par les manufacturiers américains qui ont institué au Canada des succursales et qui, à ce moment-là, mon Dieu dissèquent naturellement leur prix, je pense du moins, je n'affirme pas ce que je vais dire, mais sans contrôle.

M. RENAUD: En somme les pharmaciens vous êtes des détaillants vous autres.

M. DANIEL: Nous fonctionnons comme ceci: le manufacturier a une liste de prix de détail suggéré sur laquelle il accorde un escompte aux pharmaciens détaillants et les prises de bec prouvent en somme que les petites discussions qui ont pu avoir lieu entre les manufacturiers et les pharmaciens ont toujours été sur cette marge-là qui est réduite de jour en jour par les manufacturiers.

M. TARDIF: Les manufacturiers sont répartis, j'imagine, à travers le monde entier.

M. DANIEL: Là vous mentionnez les compagnies internationales.

M. TARDIF: En général.

M. DANIEL: Il y a au Canada, quand même, une industrie pharmaceutique québécoise qui...

M. RENAUD: Il y a de gros laboratoires.

M. DANIEL: Oui, il y a de gros laboratoires qui sont des compagnies subsidiaires de compagnies américaines encore une fois.

M. RENAUD: Ah bon!

M. TARDIF: Et vous faites de l'importation, j'imagine...

M. DANIEL: Nous ne la faisons pas. Ces laboratoires fabriquent sur place en général ou obtiennent la matière première de pays étrangers et puis la conditionnent ici au Canada.

M. ROY: M. Daniel, y a-t-il un endroit au Canada où le pharmacien fait une charge d'honoraires pour l'acte pharmaceutique?

M. DANIEL: Oui. Windsor en Ontario est un endroit où le tarif d'honoraire a été accepté sur une base officieuse. Le Collège des pharmaciens de la province de l'Ontario a recommandé un tarif d'honoraires professionnels dernièrement à ses membres mais par contre il leur a recommandé de l'employer. Je pense que ce tarif d'honoraires n'a pas encore été accepté officiellement par la Législature ontarienne mais il reste que le collège s'est prononcé favorablement à l'établissement de tarifs d'honoraires professionnels et en a même suggéré à ses membres.

M. ROY: Mais vous n'avez pas le montant approximatif de l'honoraire?

M. DANIEL: Je pense qu'il se situe alentour de \$2.50 à l'acte.

M. MARLER: M. Daniel, évidemment, ce n'est pas une critique contre les médecins que je formule mais nous avons tous eu l'expérience d'avoir des prescriptions de la part du médecin qui n'exige pas autre chose de la part du pharmacien que de chercher dans une grande bouteille et puis sortir une douzaine de pilules. Dans ce cas-là, pensez-vous que l'acte du pharmacien doit être rémunéré à un taux de \$2.00 pour mettre la main dans la bouteille et puis sortir une douzaine de pilules?

M. DANIEL: Je pense, pour répondre à votre question, M. le Président, d'abord je réponds oui, tout de suite, justifiant le oui de la façon suivante. Il ne faut pas oublier que dans le \$2 ou le \$2 et quelques sous ou la somme quelconque qui serait accordée au pharmacien comme tarif d'honoraire professionnel couvre aussi toutes les dépenses inhérentes.

M. RENAUD: Et sa responsabilité.

M. DANIEL: Et sa responsabilité légale alors que dans le cas de la thalidomide vous avez assisté à des poursuites conjointes de la part du public et aux médecins et aux pharmaciens. Mais le pharmacien encourt des responsabilités. Son rôle vous savez, le rôle du pharmacien est souvent resté un peu caché et a un peu été modifié par la venue naturellement de toutes les grandes découvertes et on

ne verrait pas aujourd'hui le pharmacien aller dans son officine préparer de la pénicilline et je pense que le public en souffrirait parce qu'à ce moment-là il devrait attendre sa médication.

M. MARLER: Je ne voulais pas être malin en posant la question de cette façon-là.

M. DANIEL: Loin de moi l'idée que vous le ...

M. RENAUD: M. Daniel, dans un autre ordre d'idée là, vous dites quelque part dans votre mémoire qu'il ne faudrait pas, dans l'application d'un plan d'assurance-maladie, séparer le pharmacien du médecin qui sont comme deux frères siamois. J'aimerais bien me faire éclaircir ça. Je ne sais pas ce que vous voulez dire au juste dans l'application.

M. DANIEL: L'expression fantaisiste a été choisie exprès. C'est que nous imaginons mal, même très mal et même impossible, le fait que le médecin qui pratique sa profession en posant un diagnostic et n'étant pas capable d'appliquer aucun traitement s'il n'a pas de médicaments à sa disposition. Et il existe dans tous les pays du monde une profession qui s'appelle la pharmacie et qui voit à cette distribution du médicament pour plusieurs raisons faciles à comprendre. Il n'y a, je le disais en boutade, que les chiros qui se vantent de le faire sans avoir recours au médicament.

Le médecin et le pharmacien, nous avons souvent humblement accepté la comparaison de dire que nous sommes comme le vicaire vis-à-vis son curé, mais les deux vont tellement de pair qu'ils nous semblent inséparables. Il n'y a pas de traitements possibles sans médicaments. C'est toute la base de la médecine. C'est beau le diagnostic mais si on n'apporte aucun traitement à la maladie on n'a rien fait pour le malade.

M. RENAUD: Mais si vous avez pris la peine de le mettre dans votre mémoire, vous devez craindre quelque chose peut-être. Qu'est-ce qu'il y a?

M. DANIEL: Non, je ne pense pas! Comme me disent mes confrères, nous ne sommes pas peureux! Non. C'est encore une fois, je pense que le but premier c'est et on le dit, ça causerait un grave préjudice à la santé du peuple québécois, c'est qu'il y a des milliers et des milliers d'ordonnances et nous le savons sciemment qui, chaque année, ne sont pas rem-

plies faute d'argent de la part du public consommateur et pas seulement des défavorisés sociaux.

On peut fournir exemples par dessus exemples de personnes qui viennent à la pharmacie avec une prescription, en demandent le prix et disent je reviendrai et ils ne l'ont jamais rempli, parce que le coût est prohibitif.

M. ROY: M. Daniel, si les soins médicaux étaient en premier lieu couverts les bénéficiaires du régime seraient donc pour un plus grand nombre libérés de cette charge et pourraient affecter une partie de leur budget au paiement des prescriptions?

M. DANIEL: Mais voici, il n'y a aucune prévision de faite au budget et vous aurez toujours à faire face à ces gens, qui, même si la somme est la plus minime possible, n'ont pas les moyens de déboursier cette somme, ils ne l'ont pas, carrément pas.

M. COITEUX (Duplessis): Est-ce que vous auriez un chiffre à suggérer en cents et piastres, pour frais dissuasifs sur une prescription?

M. DANIEL: Nous n'avons pas de chiffre, nous avons apporté les frais dissuasifs comme étant une méthode d'autofreinage chez la population afin de ne pas avoir ce qui s'est produit dans certains autres pays lors de l'établissement de régimes d'assurance-maladie, ces queues interminables. Ces frais dissuasifs, remarquez bien, devraient être imposés surtout à la profession médicale, c'est-à-dire pour les visites chez le médecin, parce qu'encre une fois la prescription pharmaceutique découle de la visite au médecin. Si le médecin est débordé dans son cabinet parce que, n'ayant aucun frein, le public encore une fois pour quelques petits malaises que ce soient, qui autrefois auraient pu attendre une semaine, quinze jours disparaître et on n'en aurait plus parlé, au premier signe de douleur ou de maladie quelconque aura recours au médecin. C'est inévitable, c'est humain, nous ne pouvons pas empêcher le public québécois de l'être, et à ce moment-là s'il le fait à bons frais, d'aller recourir aux soins du praticien, et c'est un peu je pense la crainte des médecins. En Angleterre on a vécu l'époque du chronomètre où on était obligé d'accorder deux minutes par patient, de les passer en vitesse et à ce moment-là on n'a rendu aucun service, je pense à la société, et plusieurs ont recouru à la pratique privée à cause de cette..

M. RENAUD: Mais, M. Daniel dans l'applica-

tion d'un plan d'assurance-maladie est-ce que vous entendez couvrir tous les médicaments ou seulement ceux que vous devrez dispenser sur l'ordonnance d'un médecin ou enfin qu'est-ce que vous préconisez?

M. DANIEL: Nous préconisons le régime libre, donc nous préconisons l'entière liberté pour le médecin de prescrire à son patient le médicament de son choix, le traitement de son choix. Dès lors qu'un médicament serait prescrit par le médecin il devrait normalement être couvert par le régime, pour la prescription seulement.

M. RENAUD: Alors, ce serait seulement dans les cas où il y aurait la prescription d'un médecin?

M. DANIEL: Exactement.

M. MARTIN: Avez-vous l'impression que l'uniformisation tenderait à baisser plutôt ou à monter comparativement avec la situation actuelle?

M. DANIEL: Au début cela apporterait certainement une stabilisation d'abord. Nous espérons qu'il y aura baisse mais encore une fois, je pense, que nous ne sommes pas qualifiés pour répondre s'il y aura baisse ou non, le problème de la baisse étant directement lié au problème du manufacturier. C'est en définitive celui qui la fait la drogue, qui la vend à certain prix et puis c'est ce prix là qui est variable. Pour nous l'acte pharmaceutique demeure le même quelle que soit la drogue; c'est le même acte pharmaceutique relié à la même responsabilité et légale et morale.

M. MARTIN: Pour un même produit présentement, n'existe-il pas une différence entre un pharmacien et un autre?

M. DANIEL: Enormément et c'est déplorable.

M. MARTIN: Mais à ce moment-là ce n'est plus le manufacturier, c'est le pharmacien?

M. DANIEL: C'est le pharmacien c'est normal. Il a la complète liberté et je ne vois pas pourquoi à ce moment-là le pharmacien n'exercerait pas la liberté qu'il a dans le moment de figurer sa marge de profit parce que dans le moment nous fonctionnons sur une marge de profit...

M. MARTIN: Mais ma question se poserait au niveau du pharmacien, puisque présentement

il a la liberté, les uns vont demander un prix assez élevé et un autre demandera un prix de beaucoup inférieur. L'uniformisation, qu'est-ce que ça va donner? Une augmentation sur l'ensemble ou une baisse sur l'ensemble?

M. DANIEL: Une baisse, absolument, j'imagine, parce que dans les négociations qui ont lieu en général, rarement on nous accorde des hausses. Nous ne nous attendons pas à ce que le gouvernement...

M. MARTIN: ... ou baisse, je suis un petit peu craintif sur ce côté-là.

M. LE PRESIDENT: J'ai bien l'impression M. Daniel, que si c'est une étude qui doit mener à baisser les prix, l'étude sera bien longue.

M. DANIEL: Remarquez que pour le collègue des pharmaciens ainsi que les pharmaciens, la baisse du coût ne peut pas exister encore une fois sans la baisse du coût aux fabricants. C'est pourquoi nous prévoyons une baisse et je pense que c'est une remarque en ce moment-ci que je fais tout à fait personnellement, dès que l'achat des médicaments sera fait par un acheteur aussi puissant que le gouvernement, qui à ce moment-là pourrait acheter des quantités, et nous l'avons établi tantôt que le prix en quantité est moindre que le prix à l'unité, automatiquement cela entraînera une baisse de médicaments.

M. HARDY: Si je comprends bien vous considérez que la marge de profit des fabricants est actuellement trop considérable.

M. DANIEL: Je n'ose affirmer ni le pour ni le contraire, c'est assez difficile. Nous constatons que, si nous avons le pouvoir d'achat plus grand, nous pouvons obtenir de meilleurs prix. Est-ce que ça veut dire, et je pense que logiquement ça veut dire que quand on achète en petite quantité, leur marge doit être plus forte.

M. RENAUD: M. Daniel, si je comprends bien, il y a des pharmaciens qui, quand ils reçoivent l'ordonnance d'un médecin, chargent plus cher que les autres, cela varie.

M. DANIEL: Il y en a d'autres qui chargent moins cher que les autres.

M. RENAUD: C'est justement ce que je veux savoir. Quel est le pourcentage de la variation?

M. DANIEL: Le pourcentage n'est pas tellement grand. Il faut quand même être réaliste et puis il demeure que les pharmaciens sont honnêtes et que où la marge...

UNE VOIX: Ah!

M. DANIEL: S'ils le sont.

M. BLANK: M. Daniel, y a-t-il une grande différence entre...

M. DANIEL: En général, oui.

M. BLANK: Mais pensez-vous que si on a... comme mémoire, les médecins envoient une prescription chez vous avec le nom de commerce et vous avez le même produit».

M. DANIEL: Nous devons remplir une prescription selon sa teneur, c'est-à-dire tel que le médecin l'a spécifié. S'il spécifie une marque de commerce, nous devons lui remettre la marque de commerce que ce médecin a prescrite.

Si le médecin y consent, remarquez qu'il n'y aura aucun problème à ce moment-là, mais il reste ceci, vu que vous touchez un sujet assez délicat, il reste ceci que nous ne sommes pas opposés à l'emploi du nom générique, en autant que des contrôles adéquats soient institués sur les normes de fabrication, parce qu'il existe malheureusement certains laboratoires qui copient des formules et qui ne répondent peut-être pas à toutes les normes de fabrication voulues.

M. BLANK: ... sur l'assurance et c'est le gouvernement et les contribuables qui vont payer pour les remèdes. A ce temps-là il serait logique que nous puissions...

M. DANIEL: Nous n'avons aucune objection, en autant que la qualité du médicament demeure dans les normes les plus élevées, parce qu'en tant que pharmacien...

M. BLANK: Quand ça tombe dans l'autre juridiction, c'est le fédéral qui doit le prendre.

M. DANIEL: Pour le moment, oui, quoique nous prenons, si vous l'avez remarqué dans notre mémoire, un comité des normes et standards au Québec.

M. LE PRESIDENT: Alors, je vois ça au paragraphe 43 de votre mémoire et je lis à la fin: « c'est pourquoi ceux-ci ont droit, comme

tout citoyen, à la meilleure qualité de médicaments, et pour ce faire le gouvernement devrait instituer un comité des standards pour contrôler la qualité du médicament distribué dans le Québec ». Mais êtes-vous convaincu que cette responsabilité qui relève réellement, en vertu de la constitution du gouvernement fédéral doit être exercée par le gouvernement provincial?

M. DANIEL: En vertu de la constitution, je ne voudrais pas poser un problème constitutionnel, quoique ayant lu le rapport de la commission Castonguay, il semble se prononcer assez catégoriquement...

M. LE PRESIDENT: Sur la question sociale, mais non sur le contrôle des médicaments.

Je ne voudrais pas que les gens disent: « Bien le Collège des pharmaciens a déclaré que le gouvernement doit instituer ce comité des standards lorsque la question constitutionnelle est au moins discutable ».

M. DANIEL: Il est possible encore une fois, je ne voudrais pas poser en expert constitutionnel.

M. LE PRESIDENT: Et d'ailleurs, je suis sûr M. Daniel que vous réalisez tout de suite, lorsqu'on parle de contrôle combien il serait difficile à l'intérieur d'un pays de faire une espèce de contrôle sur le plan provincial. Il me semble que les difficultés pratiques sont énormes et sans vouloir attribuer au fédéral une juridiction qu'il n'a pas, j'ai un peu l'impression que c'est quelque chose qui relève du fédéral et qui doit être exercé sur le plan national.

M. DANIEL: Cela existe sur le plan national dans le moment mais nous croyons que ce n'est pas une difficulté insurmontable en soi et qu'à ce moment-là le Québec, encore une fois je vous laisse la compétence en droit constitutionnel, le droit constitutionnel ne nous donne pas ce pouvoir nous n'en parlerons plus mais si jamais il nous le donnait je ne vois pas pourquoi nous ne reprendrions pas en main cette prérogative.

M. LE PRESIDENT: En tout cas je pense que nous pouvons être d'accord sur l'avantage d'avoir un système de contrôle quelconque sans tâcher de décider ici, séance tenante, à qui appartient cette responsabilité.

M. DANIEL: Oui, d'accord. Nous, ce à quoi nous tenons c'est un contrôle sérieux au niveau

de la fabrication afin d'être rassuré, il n'est pas possible et même avec la loi fédérale pour un pharmacien de se fier uniquement à l'étiquette. Il y a une loi fédérale de l'étiquetage, à l'étiquette comme faisant preuve et faisant foi de la composition du médicament contenu dans l'emballage. A ce moment-là, la fraude, etc., ou la malfabrication relève dans le moment du domaine fédéral.

M. RENAUD: M. Daniel, vous nous avez dit tout à l'heure que dans l'application d'un plan d'assurance-maladie les médicaments qui devraient être payés par le plan, dans le plan, seraient les médicaments ordonnés par le médecin.

M. DANIEL: Absolument.

M. RENAUD: Est-ce que ça serait tous les médicaments qui seront l'objet d'une ordonnance ou, si c'est possible, que ce soit seulement une partie des médicaments?

M. DANIEL: Nous ne voyons pas pourquoi ça ne serait pas tous les médicaments qui seraient sur ordonnance.

M. RENAUD: Tous les médicaments.

M. ROY: M. Daniel, à la page 7 de votre mémoire, lorsque vous parlez des défavorisés vous affirmez que le Collège croit que toutes nos lois sociales doivent être repassées et restructurées à partir du critère que les économiquement faibles ont un droit naturel sacré au bien-être au même titre que tout autre citoyen. Vous serait-il possible de dire au comité quelles sont les lois que vous visez exactement?

M. LE PRESIDENT: M. Daniel, si vous préférez que M. Lamoureux réponde directement à la question nous n'avons aucune objection.

M. DANIEL: Me Lamoureux m'a résumé le tout assez succinctement, je pense, en disant que les lois qui ont trait aux pensions de vieillesse, aux aveugles, aux mères nécessiteuses et toutes ces lois pour les assistés sociaux, doivent être structurées si on veut intégrer, à ce moment-là, un système d'assurance-santé pour cette catégorie de gens.

M. LE PRESIDENT: C'est justement la nouvelle loi que le gouvernement a annoncée tout récemment afin, si vous voulez, de favoriser particulièrement cette catégorie des citoyens de Québec.

M. DANIEL: Ceci fut rédigé avant l'annonce que le gouvernement...

M. LE PRESIDENT: Comme on dit en anglais « Great minds thinks alike. »

M. DANIEL: C'est ça, le gouvernement a déjà répondu.

M. LE PRESIDENT: M. Daniel, pouvons-nous revenir un instant à la question des frais dissuasifs? il me semble que c'est là une pensée très importante de votre mémoire. On y a référé tout simplement tout à l'heure.

Est-ce que le Collège a pensé aux conséquences des frais modérateurs ou frais dissuasifs quant à leur effet sur l'efficacité d'un plan d'assurance-maladie. Tout le monde admet que c'est un découragement, est-ce que nous devons décourager les gens d'avoir recours aux médecins et aux pharmaciens?

M. DANIEL: Nous croyons qu'il ne faut pas oublier que l'homme trouve un sentiment naturel encore une fois de fierté à payer un montant même relativement minime en retour d'un service rendu. Naturellement, si le gouvernement institue un système à base de prime partielle ou non, forcément, ce sentiment de fierté automatiquement est satisfait parce que déboursant tant par année, le contribuable a l'impression qu'il paie pour le service.

Prenons l'exemple de l'Angleterre qui en avait un et qui l'a diminué, qui l'a finalement enlevé, nous pensons qu'au début à cause encore une fois, — ce ne sont que des conjonctures — mais de l'effolement possible de la population et puis du fait que la population peut y avoir recours beaucoup plus souvent et débalancer toutes les prédictions des économistes les meilleurs. Un frais dissuasif autofreinerait cet élan du public vers le recours...

M. MARLER: Limité exclusivement aux médicaments ou aux soins médicaux aussi ou à toute la gamme dans le service visé?

M. DANIEL: Normalement, ça devrait exister pour les deux, mais l'endroit le plus important encore une fois parce que, la prescription découlant de la visite médicale, c'est chez le médecin. Voyez-vous, nous avons — et je peux employer une comparaison qui est souvent faite par les pharmaciens dans notre milieu — la personne qui a un rhume ordinaire et qui a besoin d'un sirop pour le rhume, au lieu de venir le chercher à la pharmacie, si elle sait qu'elle peut s'adresser au médecin et avoir

une prescription, une consultation gratuite, une prescription pour obtenir une bouteille de sirop gratuitement aussi, à ce moment-là elle va immédiatement aller faire la queue chez le médecin qui sera très fier de n'avoir même pas d'examen à lui faire. Elle va dire: bien, j'ai le rhume docteur; tout ce dont j'ai besoin, faites ça vite, je ne vous ferai pas perdre votre temps, écrivez-moi une prescription pour une bouteille de sirop. La personne est sortie, il peut en passer comme ça cent à l'heure et puis il nous arrive cent prescriptions dans les mains. Si cette personne a l'équivalent à payer chez le médecin que la bouteille de sirop qu'elle peut aller chercher directement et qu'elle est en droit d'obtenir du pharmacien à ce moment-là sans avoir de prescription, mais mon Dieu, vous autofreinez immédiatement une grosse catégorie de la population qui uniquement pour le rhume ordinaire...

M. RENAUD: M. Daniel, c'est la raison pour laquelle je vous ai demandé tout à l'heure si tous les médicaments même prescrits par les médecins devraient être payés dans un plan d'assurance-maladie.

M. DANIEL: Je le sais, M. le Président, oui. Encore, parce que lorsqu'un médecin prescrit un sirop il en prescrit souventefois qui sont des narcotiques, qui contiennent de la codéine et qui réclament de la part du pharmacien une prescription pour être vendus et à ce moment-là ils ne peuvent être mis dans les mains du public que sous ordonnance médicale de par les lois fédérales.

M. DALLAIRE: M. Daniel, si votre patient ou client, sans passer par le bureau du médecin, va à la pharmacie pour chercher un sirop ordinaire et une pilule, un casse-grippe quelconque sans qu'il n'ait pas ce qu'on appelle le PR, à ce moment-là il ne paie pas de visite chez le médecin et combien de gens passent directement par la pharmacie pour avoir un sirop? Ils disent: j'ai la grippe, je voudrais avoir un sirop pour le rhume, je voudrais avoir une pilule, peu importe le nom, coricidine ou quoi que ce soit, c'est un nom qui me vient à la mémoire. Alors à ce moment-là ils ne paient pas de visite chez le médecin. Est-ce que votre honoraire professionnel sera également chargé?

M. DANIEL: Absolument pas! Les honoraires professionnels ne s'attachent qu'aux aspects relatifs aux ordonnances ou prescriptions.

M. DALLAIRE: Maintenant, est-ce que votre frais dissuasif sera également, rentrera en ligne de compte seulement pour les médicaments PR ou pour tous les médicaments qui se vendent sans prescription?

M. DANIEL: Uniquement pour les médicaments prescrits.

M. CLOUTIER: M. Daniel, vous insistez dans votre mémoire sur le paiement à trente jours, le remboursement à trente jours par le gouvernement, est-ce que vous aviez certaines craintes à ce moment-là en exprimant ce souhait?

M. DANIEL: Oui.

M. MARLER: M. Cloutier parle évidemment comme un membre de l'Opposition, vous le comprenez?

M. RENAUD: Cette question est pas mal posée du tout.

M. DANIEL: Nous n'avons aucune crainte sur la capacité financière du gouvernement de rembourser le pharmacien, par contre, l'expérience vécue en Angleterre prouve que souventefois la seule question du mécanisme à être mis sur pied et de tous les détails à être remplis de part et d'autre avant que d'envoyer un chèque peut étendre cette période à plus que 30 jours et à ce moment-là, si vous calculez que la proportion du médicament se basant sur le rapport de la commission Castonguay est de l'ordre de \$100 millions annuellement, vous divisez par 12 et vous obtenez à peu près \$10 millions par mois, ce qui veut dire qu'au bout d'un mois, les pharmaciens auront quand même financé pour \$10 millions de médicaments et je pense que c'est déjà hors proportion et que les gérants de banque, quels qu'ils soient, amis ou non, n'accepteront pas de financer la médication au gouvernement.

M. CLOUTIER: En somme, vous voulez conserver bien vivant un simple principe d'affaires qui est payable à 30 jours.

M. DANIEL: Exactement, nos factures sont payables à 30 jours.

M. CLOUTIER: Vous voulez que le gouvernement donne l'exemple.

M. DANIEL: Exactement.

M. LE PRESIDENT: Est-ce qu'avec le système actuel de 30 jours il y a une importance quelconque?

M. DANIEL: Je pense que ce sont les financiers qui l'ont institué.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que les clients comprennent la différence entre 30 jours et 60 jours?

M. DANIEL: Les officiers de crédit des fabricants ou manufacturiers ou nos fournisseurs semblent comprendre cela automatiquement.

M. LE PRESIDENT: Evidemment, je comprends que le pharmacien n'est pas dans la même situation que le client.

M. THEBERGE: Pour revenir à ma question initiale. Si votre acte pharmaceutique était accepté, est-ce qu'il serait le même à Montréal ou à Témiscamingue, par exemple?

M. DANIEL: Absolument, il n'y a aucune raison qu'il diffère.

M. THEBERGE: Oui, mais les dépenses du pharmacien ne sont pas les mêmes dans une ville ou dans un village.

M. DANIEL: A quel point de vue?

M. THEBERGE: Dépenses de loyer, dépenses d'employés.

M. DANIEL: Si vous avez remarqué à l'article 72 de la page 29, alors que nous élaborons la façon de calculer le système, nous disons ceci:

« il va sans dire que c'est le montant — en parlant du tarif d'honoraires, que tout pharmacien doit verser à partir du coût du médicament — il va sans dire que c'est le montant que tout pharmacien doit verser au manufacturier pour se procurer une drogue donnée. On y ajoute les frais d'administration qui sont calculés en multipliant le coût de la drogue à un facteur donné lequel est préétabli par le ministère de la Santé et des pharmaciens et une formule à échelle décroissante selon que l'on remplit plus ou moins de prescriptions à l'intérieur des cadres du plan de l'assurance-maladie, à cette addition du coût des frais d'administration, on ajoute un honoraire professionnel pour chaque acte pharmaceutique. Le montant de cet honoraire est établi par convention par le gouvernement et les pharmaciens. On pourrait multiplier

tout ceci par un facteur tenant compte de l'indice du coût de la vie pour obtenir une formule juste et équitable pour le contribuable et le pharmacien et pour le gouvernement de rémunérer les pharmaciens dans l'exercice de leur profession. A ce moment-là, vous avez un indice qui tient compte de la variante.

M. THEBERGE: Vous tenez compte de l'administration. Vous avez un pourcentage qui peut être plus élevé dans une ville. Maintenant, est-ce que vous auriez l'autorité de forcer vos membres à suivre ce règlement-là, parce que je sais que chez nous, par exemple, on a un pharmacien qui l'a mis en pratique. Vous disiez tout à l'heure, pour les ordonnances qui sont élevées, dispendieuses, il y a certainement un avantage pour le client.

M. DANIEL: Je pense qu'à ce moment-là, le gouvernement, de par les négociations qui suivront l'établissement du régime d'assurance-maladie aura sûrement à amender plusieurs lois et s'il décide de nous accorder ce pouvoir, il amendera la Loi de pharmacie et nous l'appliquerons.

M. THEBERGE: Actuellement, la loi ne vous permet pas de forcer vos membres à travailler de cette façon-là.

M. DANIEL: Aucunement.

M. THEBERGE: Mais vous l'avez proposé par exemple? Il y en a qui la pratiquent.

M. DANIEL: C'est ça. Nous l'avons proposé.

M. RENAUD: Dans la majorité des cas, vous tenez compte, pour votre acte, vous chargez.

M. DANIEL: Actuellement c'est un fait existant mais non « officialisé ».

M. RENAUD: C'est ça. Pourriez-vous dire au comité ce que sont les économiquement faibles à Montréal.

Vous prenez une personne qui va chez le médecin. Il signe une ordonnance puis elle se croit sous le bien-être social; qu'est-ce qui arrive dans ce cas-là actuellement?

M. DANIEL: Il s'agit de savoir si le problème est urgent. Je pense que c'est pourquoi nous avons félicité le gouvernement de s'attaquer à la question de l'assurance-maladie. Depuis les

amendements à la Loi de pharmacie, l'hôpital ne peut fournir de médicaments aux patients hospitalisés ou sous traitements à cet hôpital. Immédiatement s'est posé le problème de l'économiquement faible. Le Collège des pharmaciens a commencé quelques mois plus tard des entretiens avec le ministère du Bien-Etre social à l'époque et naturellement quand sont arrivés les changements au ministère de la Santé et du Bien-Etre social, nous avons rompu ces négociations, le système d'assurance-maladie étant préconisé pour bientôt, et nous espérons que ce comité fera les recommandations nécessaires pour régler cette question urgente.

Nous avons mis sur pied, il y a un an, un système auquel les pharmaciens ont collaboré mais qui malheureusement s'est avéré trop coûteux pour la poche du pharmacien. C'est beaucoup faire, nous avons fait carrément la charité, nous devons l'avouer, nous avons accepté des prescriptions de ces patients-là et le pharmacien a payé de sa poche les médicaments et les a fournis gratuitement aux indigents. C'est un système qui ne doit pas exister. Le premier ministre lui-même le 27 novembre nous disait que ce n'est pas à nous comme corporation professionnelle et ce n'est pas au pharmacien comme individu à régler ce problème et c'est pourquoi peut-être les phases restructurées et les lois sociales ont été incluses au mémoire. C'est au gouvernement à prendre ses responsabilités, c'est à lui de répartir le plus équitablement possible les richesses de la belle province.

M. RENAUD: M. Daniel dans les hôpitaux, ce n'est pas vous autres qui vendez les médicaments.

M. DANIEL: Dans les hôpitaux, les médicaments sont couverts par l'assurance-hospitalisation.

M. RENAUD: Dans le moment.

M. DANIEL: Dans le moment. Pour ceux qui sont hospitalisés ou sous traitement à l'hôpital seulement par contre.

M. RENAUD: Alors dans un plan d'assurance-maladie le même état de chose continue, si je comprends bien.

M. DANIEL: Absolument.

M. RENAUD: Je le comprends comme ça.

M. DANIEL: D'ailleurs j'imagine que le gouvernement a déjà des statistiques per capita au

niveau de l'hôpital. Par contre ces statistiques peuvent être disons un peu plus fortes que la réalité parce que la personne qui est malade au point d'être hospitalisée en général requiert plus de médication que la personne qui a une maladie qui peut être guérie dans quelques jours sans avoir besoin d'être hospitalisée.

M. RENAUD: Alors dans l'application d'un plan d'assurance-maladie, la grande partie de votre activité relève d'ordonnances de médecin, pour visites chez le médecin ou visites du médecin à domicile de la personne.

M. DANIEL: Exactement, ce que nous voyons mal naturellement. Il serait trop beau mais nous serions je pense les premiers sur la terre à vouloir offrir tous les médicaments gratuitement au public, mais il faut s'entendre sur gratuitement au public parce qu'il reste que quelqu'un va payer pour et qu'il y aura sûrement un mode de financement d'instauré, mais il reste que quand nous parlons d'instituer étape par étape, couche par couche, bien nous imaginons facilement que c'est la façon la plus facile de contrôler le débit de médicaments ainsi que le coût et la prescription médicale.

M. ROY: M. Daniel, lorsque vous déclarez dans votre mémoire que la mise en application d'un système d'assurance-maladie causera des bouleversements en profondeur dans les habitudes du peuple québécois, quel genre de bouleversement le Collège envisage-t-il en ce qui a trait aux médicaments?

M. DANIEL: Il existe à l'heure actuelle, le rapport de la commission Castonguay en fait mention, différents systèmes institués par les compagnies d'assurances à caractère privé. Nous avons à faire face tous les jours à des gens qui se présentent à la pharmacie, font remplir une prescription, réclament un reçu. Certaines compagnies ont un système où ils paient pour chaque individu de la famille à partir du premier \$25 ils payent 80% de la balance, d'autres systèmes s'appliquent à toute la famille. Le client est habitué à nous demander un reçu pour se faire rembourser, dans certains cas mensuellement, dans d'autres cas annuellement, par sa compagnie d'assurances privée.

Le système préconisé bouleverse sûrement les habitudes des québécois en ce sens qu'ils devront se réadapter à une toute autre formule que celle qu'ils connaissent actuellement et autre bouleversement en profondeur — et je pense

que nous le visons aussi par ce qui a été amené sous le couvert des frais dissuasifs, — c'est que la population de la province de Québec sera sûrement portée à consulter le médecin plus souvent qu'auparavant.

M. THEBERGE: M. Daniel, je crois avoir déjà vu des statistiques de chaque pharmacie pour la proportion de médicaments et la proportion d'ordonnance qu'elles vendent. Vous avez ça, je crois?

M. DANIEL: Oui.

M. THEBERGE: Alors, est-ce que vous pouvez nous dire, pour la province, vous avez le chiffre d'affaires brut des pharmaciens, le pourcentage d'ordonnances pour ce montant brut afin de savoir si ça arrive au \$100 millions qui est prévu par le comité Castonguay?

M. DANIEL: Ce sont des chiffres que je n'ai malheureusement pas avec moi ce matin mais que nous pouvons vous faire parvenir aussi, je pense.

M. THEBERGE: Ce serait important de...

M. LE PRESIDENT: M. Daniel ce serait très utile d'avoir des précisions de ce genre-là parce qu'évidemment dans votre mémoire vous préconisez, n'est-ce pas, une espèce de couverture par étape. Vous avez commencé avec les indigents, ensuite vous allez y ajouter d'autres classes selon le revenu imposable et différentes catégories de citoyens. Mais évidemment, vous avez constaté et vous en parlez dans votre mémoire, la possibilité de l'étendre par discipline en disant, par exemple; nous allons commencer avec des soins médicaux, ensuite les médicaments, les soins dentaires, les lunettes, les soins oculaires etc. Alors il y a deux possibilités. Lorsque l'on parle d'étape cela peut être une étape en faisant des tranches ou des couches de la population ou en disant nous allons commencer avec des soins médicaux et après les produits pharmaceutiques etc. Nous avons devant nous ce chiffre de \$100 millions, l'estimation faite par le comité de M. Castonguay. Est-ce que vous pouvez nous éclairer? Est-ce que nous avons raison de croire que ces \$100 millions, qui est un gros morceau à avaler, si par exemple vous nous disiez que c'était \$50 millions plutôt que \$100 millions, évidemment ce serait plus facile même pour l'Opposition d'avalier \$50 millions que...

M. RENAUD: Je vais vous laisser aller avec ça! Vous allez bien, M. Marler!

M. DANIEL: Je pense qu'il serait très important pour le gouvernement et c'est pourquoi nous le proposons étape par étape et comme vous le disiez si bien que ce soit étape de discipline ou couche de population, c'est le pourquoi de la comparaison un peu fantaisiste des soeurs siamoises. Nous ne voyons absolument pas un régime d'assurance-maladie instauré sans y inclure la médication. Cela va de pair, c'est un tandem, on ne peut séparer le médecin du pharmacien, ni le pharmacien du médecin. Il n'y a pas de traitement possible sans médicaments. A ce moment-là, si les médicaments sont inclus au régime d'assurance-santé applicables aux défavorisés économiquement, c'est une période de rodage qui, je pense, sera beaucoup plus facile comme conclusion de chiffres et apportera une conclusion plus claire que toutes les estimations qui peuvent être faites. Ce serait une période de rodage qui, je pense, pourrait apporter facilement une projection si on étendait ces services par la suite à toute la population, quitte à l'étendre plus tard si jamais on voit que c'est hors de proportion. Mais il reste que ce serait une période de rodage, parce que je pense que, si j'en reviens au rapport de la commission Castonguay, ils ont établi que ce serait de l'ordre de \$12 millions pour les défavorisés. Et \$12 millions je pense que, et le pouvoir et l'Opposition avaleraient ça beaucoup plus facilement.

M. CLOUTIER: M. Daniel, j'aurais une question à vous poser sur un sujet peut-être un peu plus délicat. Est-ce qu'il arrive aux pharmaciens, en pratique, de refuser de remplir une prescription du médecin, prescription qui comporterait une incidence si vous voulez qui comporterait des remèdes ou des objets qui auraient une incidence criminelle ou contraire à l'éthique professionnelle ou...

M. DANIEL: Cela arrive tous les jours et nous avons à cet effet-là une filière assez imposante au Collège des pharmaciens de lettres du gouvernement fédéral félicitant tel ou tel pharmacien pour avoir réussi à dépister soit une fausse ordonnance, soit un groupe organisé et nous en avons vu qui, des fois, étant des employés d'hôpitaux, des employés subalternes il va sans dire, cela peut-être le balayeur ou qui que ce soit qui vont voler un calepin de prescriptions. Ils vont aller jusqu'à imiter la signature du médecin et le pharmacien qui dans l'exercice de ses fonctions s'aperçoit de cet état de choses refuse de remplir la prescription et nous avons même vu souvent, et cela s'est produit encore dernièrement, des arrestations effectuées par la Gendarmerie grâce au dépistage fait par les pharmaciens.

M. CLOUTIER: Mais dans ces cas-là c'est le pharmacien individuellement qui exerce son contrôle, son jugement sur l'ordonnance. Le Collège des pharmaciens comme tel n'a pas de normes, n'exerce pas de contrôle lui-même?

M. DANIEL: Oui, c'est parce que le Collège des pharmaciens passe son temps à avertir ses membres de cet état de choses. Pour nommer un exemple concret, à Québec ici ç'a existé il y a deux ans. Les pharmaciens de la ville de Québec ont accepté à leur insu des prescriptions forgées, — c'est exactement le terme juridique dans la loi du fédéral — prescriptions forgées pour des drogues ou narcotiques ou contrôlées. A ce moment-là certains pharmaciens, — parce que forcément on se fait rouler facilement même avec les faux « vingt » qui circulent — le pharmacien peut en accepter sous le couvert de l'honnêteté et à son insu. Mais ils ont découvert le pot-aux-roses grâce aux pharmaciens et ces personnes-là ont pu être arrêtées. Immédiatement le collège a pris position et notifié tous ses membres par son bulletin officiel de faire attention qu'il existe des réseaux de faussaires de prescriptions et a mis les pharmaciens en garde qui sont devenus plus circonspects. L'action du collège s'exerce aussi dans un cas comme celui de la thalidomide alors qu'immédiatement dans l'espace de moins d'une journée le médicament a pu être retiré immédiatement du marché grâce au contrôle du pharmacien et advenant le cas d'une drogue dangereuse comme ça qui serait entre les mains du public ou qui s'avérerait dangereuse après certaines années d'usage elle peut être retirée du marché dans l'espace d'une demi-journée, encore une fois.

M. RENAUD: D'ailleurs, ça peut avoir rapport avec vos règlements concernant l'éthique?

M. DANIEL: Cela fait partie intégrale.

M. RENAUD: Avez-vous un conseil de discipline chez vous?

M. DANIEL: Oui, nous en avons un qui est même assez puissant.

M. RENAUD: Alors, si un pharmacien dérogeait au règlement dans le sens qu'on indique il va passer devant le conseil de discipline chez vous?

M. DANIEL: Absolument, c'est ça,

M. VAILLANCOURT: M. Daniel, à la page 26 de votre mémoire, paragraphe 59, on dit:

Sa responsabilité ne s'arrête cependant pas là dans l'exercice de sa profession. « Il encourt de plus une responsabilité morale celle de ne pas être le complice silencieux de ceux qui veulent se servir des médicaments pour fins nuisibles, morales voire même criminelles ». Le collège peut-il donner des exemples des fins immorales pour lesquelles les médicaments peuvent être utilisés?

M. DANIEL: Absolument, nous sommes consultés en somme par le public. Je pense que le pharmacien est dans la province de Québec, au point de vue santé, celui qui est le plus consulté, parce qu'il donne des consultations gratuites probablement, et puis à ce moment-là le pharmacien a à faire face journalièrement à des problèmes comme les suivants, petits problèmes de tous les jours: Mme Une telle va chez le médecin, elle se fait prescrire une pilule amaigrissante puis a de bons résultats. Les quatre voisines le lendemain arrivent à la pharmacie puis réclament le même genre de pilule. Le même genre de pilule ne peut être vendu que sur ordonnance et le pharmacien doit dire non, non, non. Et on a un exemple encore plus frappant avec la pilule anovulante aujourd'hui. Les pharmaciens doivent dire non, non, non. Troisième exemple: Avortement...

M. THEBERGE: Est-ce qu'ils disent toujours non?

M. DANIEL: Ceux qui ne disent pas non et que nous prenons passent justement devant le bureau de discipline.

M. RENAUD: Ils vont devant le conseil de discipline?

M. VAILLANCOURT: Parce qu'ils sont là pour du commerce eux-mêmes, s'ils les ont en vente...

M. DANIEL: Je m'excuse de vous interrompre. Nous ne sommes pas là pour faire du commerce, c'est ce qui a toujours été faussé dans l'opinion publique. Le pharmacien est le seul et je le lisais dans un volume français, qui, je prends le terme français, qui sur le sol de France doit payer des taxes municipales, des taxes à gauche et à droite et qui, à tous les jours, opère une entreprise et doit dire à des clients qui lui réclament des marchandises et lui offrent de gros montants pour l'avoir: « Non ». Et il dit non, et les pharmaciens, messieurs, changeraient d'automobiles plus souvent s'ils disaient oui à tout le monde à gauche et à droite.

M. RENAUD: Ensuite il y a les...

M. VAILLANCOURT: Vous devez vouloir dire comme les narcotiques, tous ces médicaments-là?

M. DANIEL: Tous les médicaments et même ceux qui ne réclament pas de prescription. J'imagine mal les jeunes filles, encore une fois de 17 ou 18 ans, qui viennent à la pharmacie et qui veulent avoir des pilules pour s'avorter, et puis il y en a, c'est déplorable. Le pharmacien a à ce moment-là un problème moral. Le premier problème c'est le problème moral, il y a le problème d'éthique professionnelle, il y a le problème légal. Il a tous ces problèmes-là qui font partie, à tous les Jours, journallement, cela, ça arrive des milliers de fois par année parce que dans 1,345...

M. TARDIF: C'est inhérent d'ailleurs à votre profession?

M. DANIEL: ... c'est inhérent à la profession. Et nous avons à faire face à ces responsabilités journallement.

M. CLOUTIER: Le fait d'instaurer, de réclamer un honoraire professionnel, vous êtes certainement d'opinion que c'est de nature à revaloriser votre profession dans l'opinion du public.

M. DANIEL: Pas officiellement que du même coup cela va produire cet effet, pas officiellement.

M. LE PRESIDENT: Y a-t-il d'autres questions que les membres du comité désirent poser au collègue?

M. DUPRE: M. Daniel, pourriez-vous nous dire s'il n'y aurait pas avantage chez vos membres de séparer la pharmacie, par exemple, c'est tout de même un commerce, dans la partie commerciale, de séparer l'officine par exemple du reste que l'on a appelé des bébelles, crème à glace, enfin tout ce que vous voudrez. Je pense qu'il y a quelque chose dans votre profession...

M. DANIEL: Nous sommes tellement d'accord que si vous avez lu tout ce qui a été dit, publié sur la pharmacie depuis les derniers cinq ans, nous l'avons même demandé officiellement au premier ministre en Chambre lors des amendements à notre loi, dans cette même salle.

M. DUPRE: J'y étais.

M. DANIEL: Il est entendu, et nous avons compris que dans le contexte actuel, le gouvernement était dans l'impossibilité de recourir à cette mesure, mais il demeure que si ce que nous avons prêché aussi depuis cinq ans, la pharmacie revient au pharmacien et je pense à ce moment-là, surtout aux centres situés à l'extérieur des grands centres comme Montréal, Québec, etc, alors que les médecins n'avaient pas la possibilité de charger eux-mêmes d'honoraires professionnels, ils le disaient avec raison et très honnêtement, parce que ces gens-là espéraient recevoir en retour quelque chose de tangible et il va y avoir enfin place pour le pharmacien et il va pouvoir évoluer dans le contexte normal de ses activités professionnelles.

M. DUPRE: Est-ce qu'il y a quelque chose dans ce sens-là, c'est-à-dire que vous séparez votre officine professionnelle du restant du commerce que vous faites?

M. DANIEL: Dans le moment, il n'y a rien qui nous permet...

M. DUPRE: Ce serait le temps d'en parler.

M. DANIEL: ... d'obliger nos membres, mais laissez-moi vous donner, pour connaître les pharmaciens et les rencontrer assez souvent lors d'assemblées, nous avons notre assemblée générale mercredi prochain et je suis certain qu'encore une fois, l'opinion générale des pharmaciens, ça va être: enfin on va pouvoir sortir nos bébelles. Les pharmaciens n'en veulent pas de ça. N'oubliez pas que le pharmacien est obligé de recourir à ça pour vivre, parce que la marge de profit qui encore une fois peut sembler élevée dans le moment, ne l'est pas, les enquêtes le prouvent et puis si le pharmacien n'avait pas cette partie-là, plusieurs auraient à fermer leur porte.

M. DALLAIRE: Alors, M. Daniel, ce qui veut dire que un plan d'assurance-santé tel que préconisé et conçu, serait alors de nature ipso facto à revaloriser la profession du pharmacien.

M. DANIEL: Nous le croyons.

M. DALLAIRE: Automatiquement.

M. DANIEL: Nous le croyons.

M. DALLAIRE: Et de par le fait même, éliminer tous les à-côtés de sa profession.

M. DANIEL: Nous le croyons.

M. DALLAIRE: Je pense que je pourrais faire une certaine remarque ou une mise au point, à savoir que l'on discute assez souvent sur les marges de profit du pharmacien, mais je pense qu'il y a un prix minimum par exemple au-dessous duquel le pharmacien ne peut pas vendre tel produit. Est-ce qu'il n'y a pas, établi par les grands laboratoires ou les grands manufacturiers, un prix minimum au-dessous duquel le pharmacien ne peut pas vendre?

M. DANIEL: Non, vous parlez là d'un état de choses qui existait il y a à peu près quinze ou seize, dix-sept, dix-huit ans, alors que la loi fédérale permettait la fixation des prix. Mais si vous vous souvenez, après la guerre on a enlevé cette loi-là et tous les fabricants, dans quelque domaine que ce soit, aujourd'hui, ont des prix de détail, suggérés.

M. DALLAIRE: Ah, suggérés.

M. DANIEL: Ils suggèrent un prix de détail, mais vous n'êtes pas tenus de le suivre, d'aucune façon.

M. DUPRE: ... les pharmaciens, on a retiré...

M. DANIEL: Mais vous parlez de ça, oui, il y a eu une cause peut-être pas célèbre, mais quand même il y a eu une cause où ce fut fait, mais qui, par contre, aurait été presque déboutée dans le sens que la loi avait été amendée je pense deux ou trois jours après le jugement rendu.

M. DALLAIRE: Alors, en résumé, les prix de vente du pharmacien sont proportionnels au prix du coût d'achat...

M. DANIEL: Exactement.

M. DALLAIRE: ... de chez les manufacturiers...

M. DANIEL: Et du coût d'achat...

M. DALLAIRE: ... de sorte que si le prix de vente remonte, c'est parce que le prix d'achat du manufacturier au pharmacien monte de plus en plus.

M. DANIEL: Exactement si nous recevons...

M. DALLAIRE: Nous avons également pensé que rentrent en ligne de compte ici les dépenses formidables que certains laboratoires font en recherches.

M. DANIEL: Exactement.

M. DALLAIRE: S'ils travaillent sur un produit pendant deux ou trois ans bien évidemment il y a un coût d'administration formidable qui vient s'ajouter au prix de vente du produit du manufacturier aux distributeurs et aux pharmaciens.

M. DANIEL: Oui, et au risque de surprendre le comité, si vous me permettez, et ceci dit non pas pour flatter messieurs les manufacturiers mais il reste que la pharmacie, je pense, c'est la seule branche où nous connaissons régulièrement des baisses de prix. Un produit mis sur le marché à x dollar subit au bout de deux ou trois ans, s'il est assez utilisé, une baisse due à sa grande utilisation et au fait que le coût de la recherche a été amorti. Et ceci arrive journellement. La pénicilline se donne aujourd'hui et vous savez qu'avant c'était hors de prix.

M. LE PRESIDENT: Alors s'il n'y a pas d'autres questions de la part des membres du comité? M. Daniel je veux tout simplement signaler à nouveau qu'au cours de la discussion ce matin vous avez promis de nous dominer une espèce de tableau pour indiquer le nombre de pharmacies et la répartition régionale et deuxièmement de nous donner peut-être un aperçu non pas du montant des ventes mais du pourcentage des ventes représenté par les prescriptions, les ordonnances, et si vous pouvez même aller plus en détail, ce serait très utile pour le comité de recherches parce que nous ne savons pas réellement, lorsqu'on a des chiffres indiquant le chiffre des ventes des pharmacies on ne sait pas combien de jouets il y a là-dedans, combien de tabac, combien de pellicules Kodak, etc. Alors, M. Daniel, si vous voulez vous souvenir de nous envoyer ces deux tableaux nous serons bien reconnaissants et je veux, au nom du comité, vous remercier de la façon que vous avez exposé le contenu de votre mémoire. Nous avons trouvé les renseignements que vous nous avez donnés ce matin très intéressants. Nous sommes reconnaissants du fait que vous êtes venu nous exposer votre point de vue.

M. DANIEL: Merci, M. le Président, et de mon côté je tiens à assurer, et le comité et le gouvernement, de toute notre collaboration et vous savez sans doute que les pharmaciens sont prêts à servir, sous quel que couvert que ce soit, c'est-à-dire que ce soit au sein d'organismes créés par le gouvernement afin d'amorcer des discussions là où nous pouvons servir, là où nous serons appelés nous y serons. Merci, M. le Président.

M. LE PRESIDENT: Le comité, évidemment, va siéger encore cet après-midi à trois heures. Si le comité est d'accord je vais proposer qu'on siége à huis clos parce qu'il s'agira de discussion avec M. Marcoux du service d'hospitalisation au ministère de la Santé et je pense que M. Marcoux sera un peu gêné de dire publiquement ou de répondre publiquement à toutes les questions qu'on voudra lui poser et dans les circonstances je proposerai premièrement qu'on siége à huis clos et qu'il n'y ait pas d'enregistrement des questions et de la discussion générale, si c'est bien la volonté du comité.

M. RENAUD: M. Marcoux ne devait pas venir à quatre heures?

M. LE PRESIDENT: On a parlé de quatre heures mais je pense que vu que nous terminons à midi, je pense que nous pouvons le convoquer pour trois heures.

M. TREPANIER: M. le Président, il pourrait peut-être y avoir quand même enregistrement sans que ce soit polycopié.

M. LE PRESIDENT: C'est difficile. Je pense que nous allons faire des arrangements pour avoir des notes sténographiques mais non pas l'enregistrement de toute la discussion. Evidemment, s'il y a enregistrement ça vaudrait aussi bien la peine d'avoir une séance publique. Je dis ça parce que le comité doit réaliser immédiatement que, ordinairement lorsqu'on invite un employé d'un ministère de venir devant un comité on le questionne en présence de son ministre. Je pense que dans les circonstances il s'agit d'une discussion et c'est complètement nouveau parce que ça ne fait pas partie de l'étude faite par le comité de M. Castonguay.

M. RENAUD: C'est simplement pour nous fournir des renseignements.

M. MARLER: C'est ça. Evidemment nous avons bien des questions à poser et peut-être

que normalement, nous aurions entendu un organisme. Si vous voulez nous tâcherons de trouver des renseignements additionnels à ceux que nous trouvons dans le rapport Castonguay et je pense qu'il serait plus facile pour tout le monde si on procédait à huis clos comme je le suggère.

Je dois dire peut-être ceci, c'est qu'au cas où après avoir eu la discussion avec M. Marcoux que nous décidions de reprendre l'étude du volume 10 et l'exposé de Mlle Beaudoin, nous allons inviter les journalistes à revenir et aussi à faire fonctionner l'enregistrement comme ce matin.

Le comité est ajourné.

Séance du 22 mars

(Trois heures et cinquante-sept de l'après-midi)

M. MARLER (Président): A l'ordre, messieurs! Nous avons maintenant quorum. Vous avez demandé la parole, M. Coiteux?

M. COITEUX: M. le Président, avant que l'on commence à entendre le mémoire de l'Association des hôpitaux de la province, qui doit nous être soumis cet après-midi, y aurais, comme membre du comité, quelques remarques à faire. Est-ce que les journaux ont rapporté exactement la chose, je l'ignore? Mais de toute façon, les journaux nous rapportaient, ce matin, qu'un député médecin qui siége à ce comité, lors d'une assemblée politique, hier, a présumé en quelque façon pour du capital électoral, des conclusions sur lesquelles éventuellement nous serons appelés à nous prononcer. Un député membre de ce comité. Il a été jusqu'à dire que le gouvernement marchandait sur les frais de pharmacie dans la nouvelle loi de l'assistance aux nécessiteux où on couvre les frais médicaux. Imaginez, messieurs, nous sommes à la veille d'une campagne électorale et, sur un sujet de l'importance qui nous réunit ici, autour de ces tables, où tout le monde semble animé du meilleur esprit afin de donner à la province de Québec la meilleure loi possible, je crois qu'il serait excessivement malheureux, dans un climat de campagne politique, d'essayer de faire de la surenchère.

UNE VOIX: C'est sûr!

M. COITEUX: On pourrait s'attendre à certaines remarques comme ça d'un député qui ne siégerait pas à ce comité. Mais ceux qui ont siégé depuis le début des audiences, je

crois, sont en mesure de constater le sérieux que tous et chacun prêtent à cette chose; et surtout lorsqu'on parle de soins pharmaceutiques, nous sommes suffisamment au courant pour connaître les implications financières que cela veut dire. Imaginez que si l'on commence de cette façon-là: Ils paient les frais de médecins, ils devraient payer la médecine », on va se retourner et on va entendre dire: « Ils devraient donner les soins dentaires »; ils vont se retourner et dire: « On va donner la prothèse ». Voyons! Je pense que nous sommes tous des gens trop sérieux pour nous permettre ça! Maintenant, le type en question n'est pas ici cet après-midi; j'aurais fait ma remarque quand même. J'ose croire que les journaux l'ont mal interprété, parce que, même dans une campagne électorale, je crois qu'il y a certains principes qui régissent le sérieux de l'étude que l'on apporte à ces lois-là et qui ne devraient pas être dépassés. Il y a une éthique, je crois, de comité dans un cas comme l'assurance-santé qu'on doit respecter. C'est la remarque que j'avais à faire.

M. LE PRÉSIDENT: Dr Pothier, voulez-vous d'abord présenter les membres de votre délégation et ensuite nous donner un exposé de votre mémoire?

M. POTHIER: Merci. Ici le Dr André Moisan, directeur général de l'Association des hôpitaux de la province de Québec; M. Fillion, aviseur légal de l'Association des hôpitaux de la province de Québec; Soeur Marie-Florida, membre du conseil d'administration; le Dr Bourgeois, membre du conseil d'administration; M. Cohen, membre du conseil d'administration; M. Mas-sue, membre du conseil d'administration, et Soeur Ste-Foy, également membre du conseil d'administration.

M. le Président, je dois d'abord excuser le Président de l'Association des hôpitaux de la province de Québec qui, pour des raisons incontrôlables, est dans l'impossibilité de venir présenter le mémoire au nom de l'Association. C'est pourquoi vous me voyez à cette table, à ce moment-ci.

Nous devons vous dire que l'Association des hôpitaux de la province de Québec représente 200 hôpitaux, soit 55,000 lits, soit environ 92% des lits d'hôpitaux de la province de Québec;

Dans le mémoire que nous avons présenté, nous avons simplement voulu aborder les problèmes que nous avons observés en matière de soins aux hôpitaux, laissant de côté tous les autres problèmes d'ordre financier ou d'ordre juridique ou d'ordre législatif, croyant que

d'autres associations mieux qualifiées que nous se chargeraient de ces aspects des problèmes de l'assurance-maladie.

Les répercussions prévues de l'assurance-maladie sur les hôpitaux, à notre sens, sont de deux ordres. Premièrement, sur les lits d'hôpitaux, que ce soit des lits d'hôpital général, des lits d'hôpital pour chroniques ou de convalescents et aussi sur les services diagnostiques de nos hôpitaux. En ce qui concerne les services diagnostiques, nous prévoyons que l'assurance-maladie va apporter une affluence de demandes de services diagnostiques.

Nous croyons que les malades se feront examiner de façon beaucoup plus fréquente au bureau du médecin et que le médecin demandera aux hôpitaux de fournir à ces malades des services diagnostiques, soit radiologie, soit des examens de laboratoires, des examens d'électrocardiologie, etc. Et, en conséquence, nous croyons que, dans la situation actuelle, nos hôpitaux ne sont pas en mesure de répondre à ce surcroît de demandes. Et nous croyons que nos hôpitaux ne sont pas en mesure pour trois raisons: pour des raisons de manque de personnel qualifié d'une part, pour des raisons de locaux et des raisons d'instrumentation. Dans un très grand nombre de nos hôpitaux, actuellement, nous avons à peine suffisamment de personnel qualifié, d'instruments et de locaux pour rencontrer nos obligations actuelles, et si l'assurance-maladie apporte, comme nous le croyons, une influence considérable de demandes dans ce sens-là, eh bien! nous ne pensons pas pouvoir répondre, dans les conditions actuelles à cette demande.

Deuxièmement, l'influence ou les répercussions de l'assurance-maladie sur les lits d'hôpitaux. Il nous apparaît que la demande pour lits d'hôpitaux généraux ne soit pas tellement augmentée en raison du fait que d'une part les séjours moyens seront diminués en raison du fait que les malades pourront subir des examens préliminaires à titre de malades externes et que lorsqu'ils entreront à l'hôpital pour traitement, eh bien! tous ces examens préliminaires ayant été passés, le séjour moyen pourrait être diminué de trois, quatre ou cinq jours, selon les cas.

En deuxième lieu, nous pensons également que beaucoup de malades pourront s'abstenir d'être hospitalisés précisément parce que le médecin pourra obtenir pour le malade externe certains examens qui l'aideront à faire un diagnostic et à établir un traitement thérapeutique valable.

D'autre part, cependant, nous croyons que — sauf évidemment dans certaines circonstan-

ces de lieu où il y a définitivement une pauvreté nettement évidente de lits d'hôpital général — ce dont nous avons le plus besoin actuellement ce sont des lits pour chroniques, des lits pour des soins de garde et aussi pour des soins à domicile organisés.

Ces genres de services devraient être organisés évidemment à l'échelon provincial, mais aussi et surtout à l'échelon régional, parce que nous ne pouvons concevoir que d'organiser d'immenses centres pour malades chroniques ou convalescents ou de soins de garde dans des endroits précis, alors que les malades usagers de ces lits auront à franchir des distances importantes pour pouvoir recevoir les soins dont ils ont besoin. En conséquence, l'Association des hôpitaux de la province de Québec, actuellement, a mis sur pied des organismes régionaux qui seront toujours heureux de collaborer avec le gouvernement ou le ministère de la Santé en l'occurrence pour faire une planification valable de ces lits pour chroniques ou soins de garde et l'organisation des soins à domicile.

Comment entrevoyons-nous les soins à domicile? Nous y voyons trois possibilités distinctes. Premièrement, des soins à domicile entièrement intégrés à un hôpital donné dans un secteur ou dans une localité donnée ou encore une formule mixte; une formule où à la fois l'hôpital travaillera en collaboration avec certaines organisations communautaires, type organisation d'infirmières visiteuses, centre de service social, etc. Ou encore, et troisième possibilité, soit que ces services de soins à domicile soient entièrement organisés en dehors de l'hôpital.

En ce qui nous concerne, nous préférons définitivement la formule mixte croyant que l'hôpital, en lui-même, n'est pas capable d'organiser des soins à domicile à lui seul et qu'il se devrait normalement d'utiliser des services déjà existants au niveau communautaire.

Maintenant, voilà alors exposées en très grands traits les répercussions que nous croyons que l'assurance-maladie peut avoir sur le système hospitalier actuel. Quelle est la réponse des hôpitaux? Quelles sont les suggestions que les hôpitaux ont à faire pour aider à régler ces problèmes?

La première suggestion, c'est la suivante: Que, avec la collaboration des ministères concernés et de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, une enquête soit entreprise pour préciser les causes et l'ampleur de la pénurie du personnel. Nous avons déjà fait une enquête sommaire et nous savons qu'au niveau des élèves qui terminent leur onzième ou douzième scientifique qui seraient en mesure de s'orienter vers des carrières paramédicales, nous sa-

vons, ais-je, qu'il y a énormément d'élèves, et ceci au dire des orienteurs professionnels, qui voudraient s'orienter vers ce genre de carrière.

Nous savons également d'un autre côté que, dans nos hôpitaux actuellement, il manque beaucoup de personnel spécialisé au niveau des techniciens, au niveau des paramédicaux dans l'ensemble.

Qu'est-ce qui nous semble manquer? C'est précisément de ces écoles de formation qui vont permettre à ces élèves qui terminent des études secondaires de pouvoir s'orienter vers des carrières hospitalières.

Evidemment, nous savons que l'assurance-maladie est pour assez bientôt, du moins c'est ce qu'on nous laisse entendre dans le public. Nos besoins en personnel paramédical sont extrêmement urgents et nous croyons qu'il devrait y avoir une action immédiate prise à l'effet de pouvoir quand même venir combler les vides, quitte à ce qu'ultérieurement une planification à long terme soit faite de telle sorte que les situations actuelles ne se répercutent pas dans l'avenir.

La deuxième recommandation majeure que nous voulons vous faire, c'est qu'un réseau de services de soins organisés à domicile soit mis sur pied dans toutes les régions en collaboration avec les hôpitaux, la profession médicale et les ressources communautaires de santé et de bien-être.

Troisième recommandation majeure, c'est qu'un programme de construction et d'aménagement d'institutions spécialisées soit élaboré et réalisé incessamment et que pour ces institutions dites spécialisées — et quand nous parlons d'institutions spécialisées, nous pensons aux hôpitaux de chroniques, aux hôpitaux de soins de garde et de convalescents, — il devrait y avoir des normes rationnelles établies de telle sorte qu'il y ait de l'ordre dans ce domaine encore un peu confus du chronique, du malade requérant des soins de garde et du convalescent. Et nous préconisons, pour ce faire, que le ministère de la Santé mette le plus rapidement possible sur pied un organisme de planification tant à l'échelon provincial que régional et ceci en collaboration avec l'Association des hôpitaux de la province de Québec et des organismes régionaux de cette même association. Cette recommandation, bien sûr, nous ne la considérons pas et nous ne voudrions pas que vous la considériez comme étant un vote de non confiance vis-à-vis des officiers supérieurs du ministère de la Santé. Nous croyons que, localement ou régionalement, nous sommes en mesure de fournir au ministère et à ses officiers des ren-

seignements précieux qu'ils ne sont peut-être pas en mesure d'obtenir ou que s'ils peuvent les obtenir, ce serait de façon assez difficile et que nous pourrions les aider à prendre les décisions qui s'imposent.

Enfin, nous croyons également comme dernière recommandation — et celle-ci reste quand même la plus importante que nous avons à vous faire — c'est que soient créés le plus tôt possible un conseil supérieur de la santé et les comités nécessaires à son bon fonctionnement dans les termes et selon les modalités proposés par l'Association des hôpitaux de la province de Québec. Ce conseil supérieur de la santé, nous le croyons également extrêmement important pour aider les officiers des ministères concernés à trouver des solutions aux problèmes de la santé et également pour les aider à apporter dans certaines circonstances la législation qui serait la meilleure.

Merci. Voilà les remarques que j'avais à vous faire.

M. COLLARD: M. le Président, je voudrais poser une question. Vous disiez au début qu'advenant la sanction de cette loi sur l'assurance-maladie, il y aurait des demandes d'admission dans les hôpitaux. Est-ce qu'on pourrait savoir sur quelle base, sur quoi vous vous basez pour cette prétention à l'effet qu'il y aura des demandes plus considérables qu'il y en a actuellement?

M. POTHIER: Vous voulez dire d'hospitalisation ou de cliniques externes?

M. COLLARD: Soit d'hospitalisation ou de cliniques externes.

M. POTHIER: Voici, il n'y a pas de doute qu'actuellement il y a un certain nombre de personnes qui, en raison de manque de ressources financières, négligent de se faire examiner et, en conséquence, de se faire traiter s'il y a lieu. Or, nous croyons qu'avec l'assurance-maladie, les honoraires des médecins étant payés par l'Etat ou par un autre organisme, peu importe, nous croyons que les gens n'auront plus cet obstacle pour se faire examiner et, évidemment, plus les gens vont se faire examiner, il semble raisonnable qu'on en trouvera plus qui seront malades et plus on trouvera qui sont malades plus ces gens auront besoin d'une thérapeutique quelconque, soit au niveau de l'hospitalisation ou encore au niveau des cliniques externes. Maintenant, au niveau des cliniques externes plus particulièrement, vous savez qu'actuellement, si on peut pren-

dre des exemples plus concrets, un malade se présente au bureau de son médecin, — disons qu'il a des troubles digestifs — son médecin va demander quand même certains examens radiologiques ou certains examens de laboratoires pour pouvoir compléter son diagnostic et alors on s'adressera à ce moment-là aux cliniques externes de l'hôpital pour faire subir à ce malade des examens radiologiques. Actuellement, on ne le peut pas parce que le malade ne va pas se faire examiner ou parce que c'est trop dispendieux.

M. COLLARD: Je voudrais que vous précisez. Vous n'avez pas de statistiques, c'est simplement un sentiment que vous avez qu'il y a des personnes qui ne demandent pas d'être soignées parce que cela coûte cher?

M. POTHIER: Bien voici, nous savons très bien qu'avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation nous avons eu en moyenne une augmentation de 33% à 35%, tant en demandes d'examen qu'en demandes d'hospitalisation. Si nous prenons les autres provinces ou les autres pays où est arrivé un système d'assurance-maladie, cette augmentation a été évidente, a été traduite en statistiques. Et alors on me dit même qu'en Saskatchewan, on a eu quelque chose autour de 50% plus d'examen au niveau des laboratoires et de la radiologie. Et nous présumons que le même phénomène se reproduira tant dans le Québec que dans les autres provinces ou dans les autres pays.

M. RENAUD: M. Moisan, simplement pour mon information, advenant le cas ou des services de diagnostic seraient donnés gratuitement en dehors des hôpitaux, est-ce que ce serait de nature à diminuer la demande d'hospitalisation?

M. POTHIER: Oui, sûrement. Je crois que le fait que les services radiologiques ou de laboratoires soient gratuits, en dehors des hôpitaux, la demande d'hospitalisation sera certainement moins forte. Il n'y a pas de doute qu'actuellement, vous avez des gens, qui, parce que le médecin est dans l'impossibilité de poser un diagnostic avec les moyens dont il dispose à son bureau, a besoin d'examen complémentaires radiologiques ou de laboratoire, etc. Et, dans le cadre actuel des choses, ce malade-là est assez souvent hospitalisé, alors si les examens sont fournis gratuitement à l'extérieur de l'hôpital, à titre d'externes, eh bien! il y aura d'autant moins de demandes d'hospitalisation.

M. RENAUD: Vous ne pourriez pas élaborer davantage, pour nous donner une idée à peu près, d'après l'expérience connue actuellement, des diagnostics qui sont pris dans les hôpitaux, mais qui dans le plan d'une assurance-maladie, ne nécessiteront pas une hospitalisation? Cela ne doit pas être un pourcentage quelconque. Je ne sais pas si vous pouvez me le dire. Je comprends que la question est excessivement difficile à répondre.

M. POTHIER: ... Je pense que la question est très difficile. Mais, je crois quand même que nous pourrions dire un chiffre très approximatif, et je le dis sous toute réserve, n'est-ce pas, entre 15% et 20%.

M. RENAUD: 15% et 20%?

M. POTHIER: A peu près. Encore une fois, je vous le dis sous toute réserve. Je n'ai pas de statistiques.

M. RENAUD: Est-ce que ça veut dire ça, que, si les services diagnostics donnés actuellement dans les hôpitaux étaient, dans un plan d'assurance-maladie, donnés gratuitement en dehors des hôpitaux, ça soulagerait, pour le nombre d'hôpitaux, dans une proportion de 15% à 20%?

M. POTHIER: Pas nécessairement dans une proportion de 15% à 20%, parce, quand même, vous avez de ces malades qui entrent pour des examens complémentaires et qui vont rester hospitalisés à cause de la gravité de leurs maladies, n'est-ce pas?

M. RENAUD: Oui.

M. POTHIER: Alors, peut-être, que ça soulagerait les lits d'hôpitaux dans une proportion de 10% ou à peu près. Evidemment, encore une fois, ceci est dit sous toute réserve. Je n'ai pas de chiffres précis.

M. RENAUD: Maintenant, il y a un autre point qui me frappe. J'aimerais bien avoir une réponse. Je ne sais pas si je peux vous poser la question correctement. Dans un plan d'assurance-maladie, je comprends qu'il y a plus de gens qui vont s'adresser aux médecins et par conséquent, il va se faire plus de médecine préventive...

M. POTHIER: C'est exact.

M. RENAUD: ... ce qui va éviter probable-

ment des demandes d'hospitalisation. Est-ce que là encore, ça peut être de nature, dans un plan d'assurance-maladie, à nous aider sur les nombres de lits disponibles dans les hôpitaux?

M. POTHIER: Oui, il est possible. Il est possible que ce phénomène se produise parce qu'il est possible que les gens, se faisant examiner plus rapidement, en conséquence, lorsque leur maladie est découverte eh bien! que cette maladie soit moins grave et puis qu'on puisse les prendre à temps avec un séjour hospitalier diminué.

M. RENAUD: Je comprends que c'est la raison pour laquelle vous préconisez un réseau de services à domicile et plus de visites aussi chez le médecin, etc, dans le but d'éviter un encombrement trop grand ou enfin l'impossibilité pour les hôpitaux de recevoir tous les malades...

M. POTHIER: C'est exact.

M. RENAUD: ... c'est ça votre idée?

M. POTHIER: Oui. En fait, voici la situation à mon sens; on peut décongestionner les lits d'hôpitaux généraux de deux façons; d'une part par des examens préventifs qui vont diminuer le nombre d'hospitalisations, qui vont peut-être aussi diminuer le séjour moyen dans le sens que les gens peuvent passer leurs examens préliminaires à un acte chirurgical, à titre d'externes, et qu'ils n'occuperont pas un lit durant ce temps-là, alors dès qu'ils entreront à l'hôpital, ils pourront être opérés dès le lendemain. Et, d'autre part, nous préconisons un service de soins à domicile, parce que nous croyons que, dans bien des circonstances, nous sommes obligés actuellement de garder des malades à l'hôpital, pour des convalescences et que ces mêmes personnes pourraient fort bien aller passer leur convalescence à domicile, s'ils avaient les possibilités par exemple, d'avoir une infirmière qui irait refaire leurs pansements à domicile, s'ils avaient les possibilités par exemple, d'avoir un système de transport qui leur permettrait de partir de leurs domiciles et de se rendre à l'hôpital pour certains examens spéciaux ou disons de la radiothérapie, par exemple. Donc, actuellement, nous sommes obligés de garder ces malades, de leur faire occuper un lit d'hôpital, alors qu'avec un système de soins à domicile, eh bien! ces gens-là pourraient quitter, abandonner le lit d'hôpital, le céder à un autre malade et, quand même, ce malade pourrait recevoir les soins dont il a réellement besoin.

M. RENAUD: Merci.

M. MARLER: Dr Raymond.

M. RAYMOND: M. le Président, est-ce que l'expérience a été faite dans certains districts, comme les grandes villes par exemple, pour les besoins à domicile? Est-ce que réellement cela a rapporté des résultats qui sont probants?

M. POTHIER: Bien, nous pouvons prendre des exemples qui nous viennent d'autres pays, je sais qu'il en existe, disons à New-York, je sais que ces services-là se sont avérés très efficaces et aussi très dispendieux. Si, je vous donne des statistiques, disons qui datent de 1960 — vraisemblablement le taux a dû monter depuis ce temps-là — je sais que pour l'hôpital Bellevue de New-York, en 1960, il en coûtait \$5.50 par jour par malade, pour des soins à domicile. Ces soins à domicile comprenaient les visites du médecin, les visites de l'infirmière, les visites de la travailleuse sociale, de la diététiste, de la bonne d'enfant, de la femme de ménage, des médicaments, du transport du domicile à l'hôpital, si ça devenait nécessaire, et enfin d'autres services possiblement que j'oublie actuellement. Et, à ce moment-là, tout de même on réussissait à donner des soins valables à ces malades, pour un coût aussi bas qu'un peu plus que \$5.

La même expérience a été répétée au niveau de Winnipeg, avec à peu près les mêmes résultats. Et, je sais qu'il y a actuellement dans la province de Québec, deux ou trois hôpitaux, dont un à Montréal, qui, depuis 1960 ou 1961, sont considérés comme des hôpitaux-pilotes au point de vue soins à domicile, et on semble, quant même, extrêmement satisfaits des résultats obtenus.

M. MARLER: Dr Pothier, si je comprends bien, l'hôpital Bellevue à New-York, c'est un hôpital psychiatrique, pour les maladies mentales? Ou est-ce que je me trompe?

M. POTHIER: Non, je crois qu'il y a une section pour maladies mentales, mais il y a également une section pour malades généraux.

M. MARLER: La question que je me pose, un peu à la suite de vos commentaires, est la suivante: si, par exemple, les hôpitaux n'avaient pas la charge des patients qui réellement pourraient être renvoyés chez eux ou envoyés à un hôpital de convalescents, est-ce qu'avec le personnel actuel, les hôpitaux généraux sont capables de faire face à la charge qui sera beaucoup

plus pesante, n'est-ce pas, de cas beaucoup plus actifs en raison justement du fait que vous allez sortir les patients plus rapidement?

M. POTHIER: C'est une question très pertinente à laquelle, d'ailleurs, je trouve qu'il est très difficile de répondre. Il est évident, qu'actuellement dans nos hôpitaux, nous manquons de personnel, tant au niveau des soins infirmiers, au niveau du laboratoire, qu'au niveau technologique, si vous voulez. Est-ce que nous serions en mesure de répondre avec le personnel que nous avons actuellement? Je crois qu'il faudrait que ce personnel soit légèrement augmenté parce que, comme vous le dites, le fardeau serait beaucoup plus lourd si nous n'avions que des malades qui demandent des soins plus constants et plus répétés que maintenant, alors que nous avons des malades, quand même, un peu convalescents et qui demandent des soins diminués. Il n'y a pas de doute qu'il y aurait problème de personnel à ce niveau-là. Et c'est pourquoi dans une de nos recommandations d'ailleurs, nous demandons qu'avant l'avènement de l'assurance-maladie, l'on puisse essayer de régler, du moins en partie, ce problème de personnel spécialisé para-médical.

M. RENAUD: Cela, c'est votre problème primordial? Il passe avant celui de locaux?

M. POTHIER: Je pense que l'on ne peut pas séparer les deux problèmes, parce que quand même vous auriez tout le personnel spécialisé que vous voulez, si nous n'avons pas de locaux valables dans lesquels les faire travailler, il est évident, que ces gens-là ne pourront pas donner le rendement auquel on est en droit de s'attendre.

M. ASSELIN: M. Pothier, croyez-vous que l'établissement de centres de diagnostic, dans les grandes villes ou dans les villes munies de toute l'instrumentation technique nécessaire où l'omnipraticien ou le médecin de famille pourrait envoyer ses patients qui ont besoin d'examens spéciaux, éviterait la nécessité de les envoyer dans les hôpitaux réguliers, décongestionnerait les hôpitaux réguliers, et favoriserait, après des examens dans ces centres de diagnostic, les traitements à domicile? Si je comprends bien, je crois que vous avez dit, et je pense que c'est l'expérience de tous ceux qui connaissent ces questions-là, que beaucoup sont dirigés dans les hôpitaux parce qu'ils ont besoin d'examens spéciaux qu'ils ne peuvent pas se procurer ailleurs. Et, s'il y avait dans une ville, comme Montréal par exemple, Québec

et plusieurs autres villes, des centres de diagnostic à la disposition des médecins de famille, l'omnipraticien du peuple, qui pourraient leur donner ces examens-là, est-ce que l'on ne décongestionnerait pas considérablement les hôpitaux et puis est-ce que l'on ne réduirait pas considérablement les frais d'hospitalisation?

M. POTHIER: Bien voici, je pense qu'il y a deux choses dans votre question. C'est que d'une part, vous présumez à ce moment-ci que les centres de diagnostic seraient gratuits pour le patient lui-même...

M. RENAUD: C'est ce qu'on a dit tout à l'heure, M. Pothier...

M. POTHIER: ... Et deuxièmement, pourquoi? Dans certains hôpitaux il manque d'espace, il manque d'instruments, et il manque de personnel. Nous sommes d'accord avec ça. Mais alors, si nous créons des centres de diagnostic indépendants des hôpitaux, tout ce personnel va être doublé, toute cette instrumentation va être doublée, et je crois qu'il y a certaines modifications à faire à l'intérieur même de nos hôpitaux et que ces modifications pourront apporter au praticien général ou au médecin de famille, cette possibilité de référer son malade à un centre de diagnostic. Les hôpitaux peuvent fort bien jouer ce rôle de centre de diagnostic. Je ne vois pas pourquoi exactement, il devrait y avoir des centres de diagnostic indépendants des hôpitaux. Les hôpitaux ont déjà la base instrumentale et la base du personnel pour jouer ce rôle, et, nous croyons, qu'avec un système d'assurance-maladie, nos hôpitaux, avec quelques modifications, pourraient jouer ce rôle de centres de diagnostic

M. FORTIER: Croyez-vous, docteur, qu'au point de vue par exemple des diagnostics d'admission, actuellement il y a des comités dans chaque hôpital qui contrôlent ces admissions-là?

M. POTHIER: Dans chaque hôpital, écoutez, je ne peux pas vous dire.

M. FORTIER: En général?

M. POTHIER: Je peux vous dire que, dans la plupart des hôpitaux, il y a des comités qui s'occupent de voir à ce que les diagnostics soient valables pour l'admission des malades.

M. FORTIER: Bon.

M. POTHIER: Maintenant, il reste quand même que le malade qui souffre de troubles digestifs, disons, pour lequel un médecin demande une hospitalisation, et qui ne subit que des examens, ce malade-là est à l'intérieur, définitivement à l'intérieur de la loi, parce qu'il y a un diagnostic fait pour l'entrée du malade à l'hôpital.

M. FORTIER: C'est ça. Maintenant, question d'opinion comme médecin, est-ce qu'on pourrait dire, par exemple, qu'actuellement, ce qu'il va manquer ça va être plutôt le personnel médical et para-médical que le nombre de lits d'hôpitaux? Et si c'est ça, est-ce que vous pensez par exemple, qu'on pourrait faire venir des médecins de l'extérieur de la province, ou que l'on sera obligé, c'est-à-dire, de faire venir des médecins ou du personnel para-médical en dehors de la province, pour nous aider?

M. POTHIER: Je pense que c'est une question assez épineuse que vous me posez là. A ce moment-ci, je peux me permettre simplement une opinion personnelle. Je ne crois pas, que nous devrions faire appel à des médecins ou des spécialistes de l'extérieur de la province, ou de l'extérieur du pays, non plus qu'à du personnel para-médical. Je pense que nous avons actuellement à l'intérieur de notre province, des gens qui veulent se spécialiser dans une carrière para-médicale ou médicale et qu'il nous reste à leur donner des possibilités de se spécialiser.

M. FORTIER: Oui, mais voici, docteur, pourquoi je demande ça. C'est parce que moi je pratique dans un hôpital régional. Depuis au moins 15 ans, 12 ans certainement, il faut avoir des médecins résidents. Vous savez que les médecins résidents qui se spécialisent, doivent actuellement, d'après les lois universitaires, faire tout leur entraînement dans un centre reconnu comme post-scolaire, post-gradué. Alors, les hôpitaux régionaux — et je parle d'hôpital régional bien organisé avec tous les services — ne peuvent pas trouver de médecins résidents pour aller aider les médecins à faire les dossiers et ainsi de suite et assister à la salle d'opération. Alors, nous avons dû nous autres faire appel — et c'était le seul moyen que nous avons pu employer, même à des salaires assez élevés — à des médecins étrangers pour venir comme médecins internes dans les hôpitaux. Alors, je pose la question pour savoir si vous croyez qu'actuellement, le personnel médical avec ce plan d'assurance-maladie va pouvoir être recruté dans notre province.

M. POTHIER: Je crois que la situation sera assez difficile évidemment pour les régions un peu excentriques. Je pense qu'au niveau des médecins résidents, donc des médecins étudiants, si vous voulez, qui viennent se perfectionner, les hôpitaux régionaux, devront encore, pour quelques années sûrement, faire appel à des médecins étrangers. Tout à l'heure, quand je vous donnais la réponse, je voulais parler surtout du médecin pratiquant étranger.

M. FORTIER: Oui.

M. POTHIER: Mais au niveau du personnel étudiant, qui en retour, tout de même, fournit à l'hôpital un certain rendement, qui nous donne certains soins, je pense bien, qu'actuellement nous ne pouvons faire autrement. C'est la seule façon pour les hôpitaux régionaux de se dépanner, et je suis entièrement d'accord avec vous.

M. MARLER: Dr. Pothier, pour peut-être compléter la question que vient de poser le Dr. Fortier, je lis à la page 3 de votre mémoire, votre première recommandation qui se lit comme suit: Que pour assurer une utilisation rationnelle des lits, un contrôle formel des diagnostics d'admission soit exercé dans tous les hôpitaux par un comité dont les membres sont désignés par le Conseil des médecins. Pouvez-vous m'expliquer de quelle façon cette suggestion pourra marcher?

M. POTHIER: Nous croyons qu'il pourrait y avoir de la part du gouvernement, de la part des associations hospitalières, des recommandations assez formelles, à chacun de nos hôpitaux pour que ces hôpitaux-là mettent en marche un comité réellement bien structuré et qui s'occupe de voir à ce que pour chaque malade pour lequel on fait une demande d'hospitalisation, cette demande-là soit réellement valable.

M. MARLER: Quand vous parlez du Conseil des médecins, c'est le bureau médical?

M. POTHIER: C'est ça, le bureau médical.

M. COLLARD: M. le Président, je voudrais vous poser une autre question concernant l'augmentation des admissions dans les institutions hospitalières. Vous disiez, tout à l'heure, que, lors de l'établissement de programmes d'assurance-maladie dans d'autres pays, ou d'autres provinces, il y avait eu des demandes qui étaient doublées, je pense, 50%?

M. POTHIER: 50%

M. COLLARD: ... est-ce qu'à ces endroits-là on offrait également des services à domicile, ou des centres de diagnostic ou services externes?

M. POTHIER: Je pense que, peut-être, on m'a mal compris; j'ai dit que là où il y avait eu augmentation de 50% ce n'était pas dans le taux d'hospitalisation, mais bien dans le taux d'examen internes, au niveau des services diagnostiques, n'est-ce-pas, au niveau du service de radiologie et de laboratoires par exemple, pas tellement au niveau de l'hospitalisation du malade, mais au niveau de la demande d'examen complémentaires fournis par les services externes hospitaliers, et c'est là qu'arrive le 50% d'augmentation, et non pas dans la demande de lits.

M. COLLARD: Si je comprends bien, le 50% d'augmentation n'affecterait pas votre recommandation, à savoir qu'il faudrait qu'il y ait plus de locaux, ou plus de lits, pour recevoir les patients dans les hôpitaux.

M. POTHIER: Non, nous ne croyons pas qu'il y ait une augmentation énorme de demandes de lits avec l'avènement de l'assurance-maladie. Je vous ai dit, tout à l'heure, qu'au contraire, je croirais même que les séjours moyens par malade étant diminués, nous pourrions assurer avec les lits actuels, un meilleur rendement de nos lits, plus de malades pourraient passer annuellement dans chacun des lits d'hôpital, et que les médecins et l'hôpital seraient en mesure de fournir des soins hospitaliers à un plus grand nombre de malades avec le même nombre de lits.

M. COLLARD: Alors, votre recommandation, à la page 4, article 6, d'un programme de construction et d'aménagement d'institutions spécialisées, ne vaudrait pas dans la mesure de 50% d'augmentation.

M. POTHIER: Quand nous demandons, justement à l'article 6, qu'un programme de construction et d'aménagement d'institutions spécialisées soit élaboré, c'est que nous croyons qu'actuellement, dans la province de Québec, il y a une pénurie énorme de lits pour malades chroniques et pour malades en soin de garde.

M. FORTIER: C'est ça.

M. POTHIER: Et que, s'il y a actuellement un aussi fort encombrement de nos hôpitaux généraux, c'est en raison du fait que nous n'a-

vons aucune institution, ou à peu près pas, pour placer ce malade chronique et l'envoyer recevoir dans une institution moins bien élaborée, mais quand même recevoir les soins dont il a réellement besoin. Et, quand nous parlons d'institutions spécialisées, c'est de ça que nous parlons.

M. FORTIER: Quel pourcentage de malades chroniques croyez-vous, à peu près, actuellement, sont dans les hôpitaux généraux?

M. POTHIER: Oh! peut-être...

M. FORTIER: 30%?

M. POTHIER: Je n'ai pas de statistiques à l'échelon provincial...

M. FORTIER: Mais, avez-vous...

M. POTHIER: Je pense que ça dépend énormément des régions. Vous avez certaines régions qui sont relativement bien munies de lits pour chroniques ou convalescents et d'autres régions qui en sont complètement démunies. Si nous prenons, par exemple, la statistique de 1960, c'est la dernière que j'avais en chiffres, vous avez deux régions dans la province de Québec qui n'ont exactement aucun lit pour chroniques, soit celle du Bas-du-Fleuve et celle de la Côte-Nord. Vous avez une autre région qui a exactement un lit pour chroniques par 10,000 de population. Alors, dans ces conditions-là, dans les hôpitaux généraux localisés dans ces régions, il est évident qu'il y a un assez fort nombre de malades chroniques. Par contre, dans d'autres régions où vous avez 1.8 ou 2 pour 1,000 lits, 2 lits pour 1,000 de population, pour chroniques, je pense bien, que ces hôpitaux généraux ont un nombre beaucoup moindre.

M. FORTIER: Parce que les soins à domicile dont vous parlez sont excessivement intéressants pour les médecins. Ça se fait assez facilement dans les centres urbains, mais dans les centres où les distances sont plus longues, vous avez plus de problèmes.

M. POTHIER: Bien...

M. FORTIER: Alors là, il faudrait peut-être, comme vous dites, et je suis d'accord, je crois qu'il serait intéressant d'étudier la question, avoir plus de lits pour malades chroniques dans ces centres ruraux. Dans le Bas-du-Fleuve, comme vous le dites, il y en a un nombre insuffisant.

M. POTHIER: Bien, là je vous donne la statistique de 1960. Notez que de 1960 à 1966, il y a pu se passer quelque chose.

M. COITEUX (Duplessis): Pour confirmer ce que le docteur vient de dire, vous prenez, par exemple, l'hôpital de Blanc-Sablon, où il n'y a même pas de route. Alors, nous avons des cas d'hospitalisation de 3 ou 4 jours pour une maternité. Et, si c'est une femme qui accouche pour la première fois, elle est inquiète, alors elle va s'en venir à l'hôpital 10 à 15 jours avant. Alors, c'est à ces endroits-là qu'il devrait y avoir de ces maisons que vous mentionnez. Spécialement... sur la Côte-Nord.

M. RENAUD: Docteur Pothier, je voudrais vous poser une autre question — je m'excuse, j'ai dit M. Moisan tout à l'heure, je vous demande pardon, je l'ignorais...

M. POTHIER: Ce n'est pas grave...

M. RENAUD: Advenant le cas où les services diagnostiques seraient fournis gratuitement — et vous avez suggéré que ça devrait continuer à se donner dans les hôpitaux — je comprends qu'il va y avoir beaucoup plus de demandes d'examens. Est-ce que ce serait un problème bien difficile pour nos hôpitaux de s'organiser pour faire ces examens diagnostiques? Est-ce que vous pourriez nous donner une idée du problème qu'aurait à envisager nos hôpitaux, si on leur demandait, dans un régime d'assurance-maladie, demain matin, de s'occuper de donner les examens médicaux?

M. POTHIER: Je crois que les problèmes, pour un très grand nombre d'hôpitaux, comme je le disais tout à l'heure, seraient de trois ordres. Premièrement, un recrutement de personnel spécialisé. Deuxièmement, dans un certain nombre de cas, augmentation du nombre d'appareils ou d'instruments nécessaires à ces examens. Et, troisièmement, une modification ou un agrandissement des locaux nécessaires. En ce qui concerne le personnel, nous voulons — et ce que nous espérons depuis longtemps, d'ailleurs — que nos services radiologiques et nos services de laboratoires fonctionnent 18 heures par jour, et probablement, six jours par semaine. Actuellement, avec le personnel que nous avons, nous sommes dans l'impossibilité absolue de le faire, parce que nous ne pouvons pas recruter un personnel compétent en quantité suffisante pour faire faire une rotation de ce personnel, et les faire travailler de 7 1/2 heures du matin à 3 1/2 heures de l'après-midi, et de

3 1/2 heures jusqu'à 11 1/2 heures du soir. Alors, nous sommes obligés de fonctionner à peu près 8, 9 ou 10 heures par jour, et 5 jours par semaine.

Nous croyons que, si nous avions le personnel compétent en quantité suffisante, nos instruments — qui sont d'ailleurs extrêmement dispendieux, — pourraient facilement fonctionner, au lieu de 8 heures ou 9 heures ou 10 heures par jour, 18 heures par jour; et à ce moment-là, les mêmes instruments pourraient fournir un bien meilleur rendement et nous répondrions beaucoup plus facilement à la demande de la population. Et quand nous vous disons que le problème majeur auquel nous avons à faire face, c'est un problème de personnel, je pense que je vous l'illustre dans le moment.

M. COLLARD: Au sujet de ce problème de personnel-là, qu'est-ce qui manque? C'est le recrutement? C'est les institutions? Au juste, qu'est-ce qui manque pour le personnel?

M. POTHIER: Il semble bien que ce soit les institutions qui nous manquent. Parce que, encore une fois, les enquêtes, disons partielles, que nous avons pu faire au niveau des orientateurs professionnels, qui eux nous disent, qu'actuellement au niveau des onzièmes ou douzièmes années, ce qui est habituellement requis pour faire un cours de technologie, il y a beaucoup d'élèves qui aimeraient s'orienter vers ces carrières. Mais, cependant, quand ces élèves arrivent pour s'inscrire dans les écoles, ils sont dans l'impossibilité de s'inscrire, parce que les cadres sont remplis. Et alors, soit que les écoles soient mal utilisées, soit qu'elles ne soient pas en quantité suffisante — je ne suis pas en mesure actuellement de vous le dire — il y a tout de même un phénomène à ce niveau-là.

M. TARDIF: Qui serait en mesure de nous le dire?

M. POTHIER: Justement, nous sommes prêts à faire une recherche dans ce domaine, et l'association comme telle a déjà un plan de préparé en vue de faire une recherche complète dans ce domaine, pour essayer de savoir quelles sont les raisons exactes. D'abord, quel est l'inventaire actuel du personnel spécialisé; quelles sont les possibilités de la part des écoles secondaires à nous fournir des candidats à ces carrières para-médicales, et quels sont les besoins actuels et futurs de nos hôpitaux. Et, après coup, essayer de trouver les remèdes pour régler ce problème. Et nous sommes prêts, en

collaboration avec le ministère s'il le faut, ou les ministères intéressés, à faire cette recherche pour le plus grand bénéfice de nos hôpitaux et de la population.

M. COITEUX: Est-ce que vous pourriez me donner une idée, docteur, si vous avez des normes, qualifications, par exemple pour préparer une assistante garde-malade ou une aide garde-malade, comme on les appelle communément, ou tout employé para-médical? Est-ce que vous avez des normes qui détermineraient quel serait...

M. POTHIER: Oui, nous avons des normes, évidemment. L'association a préparé un petit livre établissant les normes exigées par chacune des associations des para-médicaux. Ce même livre doit actuellement être rendu au ministère de l'Education et sera distribué par l'intermédiaire du ministère de l'Education aux orientateurs professionnels, afin de les aider à orienter leurs élèves vers les carrières hospitalières.

M. LE PRESIDENT: M. Roy.

M. ROY: Dr Pothier, à la lecture du mémoire, l'Association des hôpitaux de la province de Québec ne semble pas prendre position quant à la nature ou aux modalités d'un régime de santé au Québec. Quelles suggestions l'association pourra soumettre au comité quant au champ d'application, à la couverture, au financement d'un régime d'assurance-maladie au Québec?

M. POTHIER: Nous avons préféré ne pas entrer dans ce domaine-là, nous ne nous considérons pas comme des experts dans le domaine de la finance et dans tout ce domaine-là. Et nous avons cru bon de laisser à d'autres organismes, les Chambres de commerce, etc.. le soin d'étudier cette question à fond et de faire les suggestions qui s'imposent.

M. RENAUD: Quant aux examens diagnostiques, Dr Pothier, je reviens encore sur ça, si les hôpitaux, dans un régime d'assurance-maladie, avaient à faire cela pour un plus grand nombre, évidemment, vu l'application du régime, est-ce qu'il y aurait un gros problème d'agrandissement en ce qui a trait aux locaux? Est-ce que les hôpitaux ont l'espace pour fournir les locaux à cette fin-là? C'est excessivement important, à mon sens, de savoir ça.

M. POTHIER: Oui. Il est évident que dans

un certain, un assez bon nombre d'hôpitaux, je ne puis pas vous mettre un chiffre précis parce que je n'ai pas fait d'enquête complète. Il est évident que, dans un certain nombre d'hôpitaux, il faudra agrandir certains départements, certains services, comme les services de radiologie ou les services de laboratoire. De toute évidence, il faudra investir à ce niveau-là. Mais nous sommes d'avis que ceci serait encore beaucoup plus rentable que de se mettre à construire des lits, ou de créer de toutes pièces des centres diagnostiques indépendants des hôpitaux.

M. RENAUD: Merci.

M. TARDIF: Nous diriez-vous qu'un certain nombre d'hôpitaux auraient déjà actuellement à peu près l'espace voulu? Est-ce qu'il y a un certain nombre, est-ce qu'il y a 10% ou 15% des hôpitaux de la province qui auraient actuellement l'espace nécessaire pour opérer selon les normes que vous êtes en train de suggérer?

M. POTHIER: Oui, je crois qu'il y a un certain nombre de ces hôpitaux. Les hôpitaux de construction plus récente, n'est-ce pas, ont prévu ce problème d'avoir des locaux suffisants pour les services diagnostiques. Vous savez que la médecine, depuis un certain nombre d'années a évolué considérablement. Il y a seulement 15 ou 20 ans, on se servait beaucoup moins des services de laboratoire et des services de radiologie pour traiter, ou enfin pour diagnostiquer, ou pour faire des traitements. Depuis, la médecine évolue sur une base beaucoup plus scientifique, peut-être un peu moins clinique et beaucoup plus scientifique donc, de telle sorte que les médecins actuellement, et avec raison je pense, exigent beaucoup plus des services diagnostiques qu'autrefois. Et alors, les hôpitaux qui ont été construits, il y a 20 ans ou 25 ans et plus, n'avaient pas prévu, — et l'on ne peut blâmer personne à ce moment-ci, — cette expansion qu'auraient les services diagnostiques et c'est ce qui fait qu'actuellement, un grand nombre de nos hôpitaux sont à l'étroit au niveau de ces services.

M. FORTIER: Maintenant, docteur, il y a une chose qui m'intéresse aussi. C'est que... disons que j'entre un patient à l'hôpital et que je lui fais faire des examens. Est-ce que les médecins, croyez-vous, vont suivre la même procédure? C'est-à-dire que je l'entre à l'hôpital; alors je lui fais passer des examens, formule sanguine, azotémie, peut-être 10 ou 15

examens de routine qu'on fait. Est-ce que vous croyez que les mêmes examens vont être faits à la clinique externe par le médecin?

M. POTHIER: Bien...

M. FORTIER: Disons, que c'est un examen qu'on fait, par exemple, pour préciser ou même établir un diagnostic. Alors, croyez-vous que le médecin, s'il va à la clinique externe, ou encore si le praticien général envoie un patient pour avoir une radiographie suggestive, va demander tous les examens qui se demandent habituellement quand ils sont hospitalisés?

M. POTHIER: Evidemment, c'est présumer l'idée des médecins...

M. FORTIER: D'après ce que vous venez...

M. POTHIER: Il semble bien que dans nos hôpitaux, bien structurés actuellement, nous avons établi certains examens que le bureau médical a jugé nécessaires, pour un acte chirurgical majeur ou pour un malade simplement hospitalisé du côté médecine, n'est-ce pas? Ce qui veut dire que tous les malades hospitalisés ont ce que l'on appelle communément une routine de médecine, ou une routine chirurgicale, qui comporte un très grand nombre d'examens que nous croyons nécessaires pour assurer une très bonne sécurité aux malades.

M. FORTIER: C'est ça.

M. POTHIER: Maintenant, en ce qui concerne le malade externe, le médecin va aller beaucoup plus, à mon sens, — du moins c'est ce que je crois — beaucoup plus droit au but. Parce que ce n'est pas un malade, qui à ce moment-là, aura à subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical majeur mais, on leur fait subir des examens simplement dans un but diagnostique.

M. FORTIER: C'est ça, il va y en avoir moins.

M. POTHIER: L'éventail des examens va être moindre.

M. FORTIER: Il va en avoir moins.

M. POTHIER: Je le pense.

M. FORTIER: En général.

M. LE PRESIDENT: M. Pothier, à la page 10 du mémoire, vous dites ceci: «Pour favoriser ce développement des cliniques externes, le coût réel d'opération devrait être admissible au budget plutôt qu'un coût forfaitaire». C'est une question que nous avons eu l'occasion de discuter sommairement au comité. On a parlé surtout des examens radiologiques, et l'on s'est demandé de quelles façons faire la distinction entre les services qui sont rendus aux cliniques externes, gratuitement; et la situation des médecins qui avaient les mêmes facilités en dehors des hôpitaux. Quelle distinction pouvons-nous faire? Est-ce que nous pouvons accepter réellement le principe que nous allons payer le coût de ces services dans le cas de ces facilités à l'extérieur de l'hôpital?

M. POTHIER: Je crois que, pour des raisons de contrôle, il n'est pas facile d'accepter que ces examens puissent être faits dans des cliniques privées. Quand des examens sont faits dans le milieu hospitalier, ils sont faits sur une réquisition d'un médecin et c'est une chose essentielle. Et ces examens sont faits avec un contrôle de tout l'organisme hospitalier.

M. LE PRESIDENT: Dont le médecin est responsable à toutes fins pratiques?

M. POTHIER: Oui.

M. LE PRESIDENT: C'est-à-dire, il croit que c'est nécessaire, afin de faire son diagnostic, que ces radiologies soient faites.

M. POTHIER: S'il existe au niveau des cliniques privées, le même mode de contrôle qui puisse exister au niveau hospitalier, personnellement, je n'y vois pas d'objections. Mais, il arrivera sûrement que le malade ira directement à la clinique radiologique ou au laboratoire privé, subir des examens pour, simplement, sa propre satisfaction, sans qu'il y ait une nécessité médicale jugée par son médecin personnel.

M. LE PRESIDENT: Vous êtes d'accord qu'il faut exiger, si vous voulez, l'ordonnance ou le certificat du médecin.

M. POTHIER: Absolument. Je pense que c'est une condition essentielle.

M. RENAUD: C'est le seul moyen d'avoir un contrôle, d'ailleurs.

M. POTHIER: Exactement.

M. DUPRE: A Montréal, il existe un nombre considérable de ces cliniques. Je suis passé moi-même au mois de décembre, sur le boulevard Saint-Joseph, entre autres. C'est absolument le même médecin que j'ai rencontré à l'hôpital Maisonneuve où j'ai été soigné, qui probablement, en pratique privée, fait les mêmes examens, j'imagine, à cette clinique-là. Je parle de cette expérience-là parce que je l'ai vécue. Je suis passé là.

M. POTHIER: Nous pourrions, si ce médecin, peu importe celui-là ou un autre, ce médecin, quand il travaille à l'hôpital, reçoit du médecin du malade une réquisition à l'effet de faire tel ou tel genre d'examen. Et il fait cet examen. Le médecin du malade, évidemment demande ces examens, parce que, lui, il connaît son malade; il l'a étudié; il l'a questionné; il l'a examiné; et il dit: Je veux avoir tel examen. Et il demande au radiologiste ou au pathologiste de lui faire cet examen.

Mais le problème va se poser le jour où le malade va se présenter directement à la clinique radiologique, devant un médecin radiologiste qui ne connaît pas du tout le malade. Ce dernier lui dit: «Je veux avoir une radiographie de mon estomac ». Mais est-ce que vraiment, il est judicieux de lui faire une radiographie d'estomac?

Je pense que c'est un peu là qu'il est, le problème.

M. DUPRE: La clinique dont je parle, c'est un groupe de médecins qui se complètent les uns les autres. Moi, c'est mon médecin de famille qui m'a référé à cette clinique-là, et j'ai passé par au moins trois médecins, qui donnent un service probablement ... il est préparatoire à l'entrée à l'hôpital.

M. POTHIER: Si dans ces cliniques privées, les radiologistes ou pathologistes ou peu importe ont les mêmes exigences vis-à-vis des examens qu'ils vont faire subir à un malade qu'à l'hôpital, à ce moment-là, je pense que la question ne se pose plus.

M. DUPRE: Dans mon cas ce sont les mêmes, je les ai rencontrés à l'hôpital après...

M. POTHIER: D'accord.

M. DUPRE: Les mêmes médecins, radiologistes, spécialistes de l'hôpital, qui, en pratique privée ont formé un ...

M. RENAUD: Je comprends qu'il y a des cliniques à Montréal, une ville comme cela, qui ont l'instrumentation nécessaire...

M. DUPRE: Il y en a plusieurs.

M. RENAUD: ... tout comme dans les hôpitaux où ils peuvent faire eux-mêmes le diagnostic, est-ce qu'ils peuvent faire le même examen que ...

M. POTHIER: Bien écoutez...

M. RENAUD: Moi je suis un profane dans cela et je vous pose la question.

M. COLLARD: Dans le cas du député de Maisonneuve, c'est lui qui a payé la facture. Evidemment.

M. LE PRESIDENT: Il y a une distinction dans la valeur sociale, lorsque le patient se rend à l'hôpital et qu'il occupe un lit pendant une nuit, n'est-ce pas, c'est gratuit. S'il va à la clinique privée, il est obligé de payer.

M. RENAUD: Est-ce que ces centres privés aux fins de diagnostic ne pourraient pas, au cas où il y aurait insuffisance dans les hôpitaux, aider à la solution des examens diagnostiqués gratuits dans un régime d'assurance-maladie?

M. POTHIER: Voici...

M. RENAUD: Si les hôpitaux sont en état de répondre à la demande, c'est très bien, mais il y a des organisations à Montréal de médecins très compétents, aujourd'hui qui font ces examens-là. Est-ce qu'ils sont outillés aussi bien que dans nos hôpitaux?

M. POTHIER: Je ne pense pas que dans les cliniques privées, on soit aussi bien outillé en général, pour faire du moins les examens spéciaux. Je pense bien que pour faire les examens ordinaires, on est aussi bien équipé et on est capable de passer dans une clinique privée des examens qu'on est convenu d'appeler ordinaires, courants. Quand il s'agit d'examen plus spécialisés, je ne pense pas que ces cliniques privées soient équipées pour le faire. Deuxièmement je pense bien que — peut-être que c'est un aspect qui ne me regarde pas — mais je pense bien que le médecin qui a une clinique privée, va avoir un coût plus élevé que le coût hospitalier, parce que ce médecin, évidemment, le fait avec un but,

il n'est pas sans but lucratif. Il le fait avec un but lucratif et personne ne peut l'en blâmer.

Mais alors à ce moment-là, je pense que cela va coûter plus cher au niveau des cliniques privées qu'au niveau des hôpitaux.

M. RENAUD: Merci.

M. LIZOTTE: Maintenant je me lève sur une question de privilège. Au début de l'assemblée, pendant que je faisais un discours sur le bill 61 à l'Assemblée législative, on m'a rapporté qu'un membre du comité faisant allusion à un médecin, qui est député et qui était absent de ce comité, avait tenté, dans un discours prononcé à l'extérieur, de politiser, justement les études que nous faisons à l'heure actuelle sur la future assurance-santé. Alors, je remarque bien que c'est moi qui était visé par les remarques. Je m'excuse de mon absence parce qu'elle était motivée. Je dois faire une mise au point. Jamais, au grand jamais, je n'ai discoursé en dehors de la Chambre sur les travaux que nous faisons ici en comité, sur un futur projet de loi qui n'est pas inscrit, sur une question aussi sérieuse que cette question de l'assurance-santé, qu'un tas de députés ont promise dans leurs comités en faisant des discours politiques, cette fois-là, et ces députés n'étaient pas du parti que je représente.

Voici ce que j'ai dit. Je fais simplement allusion à ce paragraphe, je pourrais tout lire, je fais allusion à ce qui a été rapporté dans les journaux: « Le député unioniste s'en est pris au ministre Lévesque alors qu'il discutait du projet de la loi de l'assistance médicale qui fait présentement l'objet d'un débat à l'Assemblée législative. » Or, ici nous ne discutons pas d'un projet de loi qui fait le sujet d'un débat à l'Assemblée législative. En dernière ligne, ici, je parle d'un projet de loi. Je dis du gouvernement qu'il n'a pas été capable d'aider véritablement les gens dans le besoin en incluant par exemple le prix des médicaments dans le bill 21. Alors il était simplement question du bill 21 et je regrette que cette remarque ait été faite en mon absence, quand on savait que j'étais en train de siéger en haut à l'Assemblée législative.

M. LE PRESIDENT: Y a-t-il d'autres questions que l'on veut poser au docteur Pothier? Docteur Raymond...

M. RAYMOND: M. le Président, est-ce qu'il est dans l'optique des recommandations de l'As-

sociation des hôpitaux que les soins qui seraient donnés à domicile, au point de vue du coût, entreraient dans le plan de l'assurance-maladie?

M. POTHIER: Nous le croyons. Nous croyons que le coût de ces soins à domicile devrait entrer dans le plan de l'assurance-maladie. Nous ne voyons pas comment il pourrait être inclus au niveau de l'assurance-hospitalisation et nous pensons que ce sont des soins para-hospitaliers, qui devraient être fournis par l'assurance dont je vous parle, selon le principe de l'assurance-maladie.

M. RAYMOND: Avez-vous une idée de ce que pourraient coûter ces soins-là?

M. POTHIER: Bien, je crois qu'actuellement en ce qui concerne l'hôpital ou les hôpitaux pilotes dans la province de Québec qui ont ce système de soins à domicile, le coût quotidien par malade est autour de \$6.

M. LE PRESIDENT: Docteur Pothier, est-ce que ces frais-là font partie des sommes qui sont remboursées par le plan d'hospitalisation?

M. POTHIER: Vous voulez dire dans les hôpitaux pilotes?

M. LE PRESIDENT: Oui. Je suppose que vous faites allusion, n'est-ce pas, à ce qui se passe dans le Québec actuellement?

M. POTHIER: Oui, oui.

M. LE PRESIDENT: Et la question que je vous pose: Est-ce que ces dépenses sont comprises dans celles qui vous sont remboursées par le ministère de la Santé en vertu du plan d'hospitalisation?

M. POTHIER: Je ne crois pas. Je crois que ceci est en vertu d'un plan fédéral-provincial par octroi spécial.

M. LE PRESIDENT: Mais il me semble que la conclusion que nous devons tirer de votre mémoire, c'est que vous croyez que c'est beaucoup moins dispendieux de donner ces services à domicile que de laisser entrer le patient et occuper un lit dans un hôpital...

M. POTHIER: Exact. Nous croyons que ce serait beaucoup moins dispendieux et que ce serait aussi beaucoup moins dispendieux de placer le malade chronique dans un hôpital à cet effet que de le garder dans un hôpital pour soins généraux.

M. LE PRESIDENT: Y a-t-il d'autres questions? M. Dupré?

M. COITEUX (Duplessis): Docteur, à la page 24, paragraphe 2. C'est un peu un autre domaine. Vous faites une comparaison lorsque vous parlez de l'installation éventuelle ou de la nécessité d'installer éventuellement un Conseil supérieur de la Santé. Vous faites une certaine relation avec le Conseil supérieur de l'Éducation. Je ne doute pas que vous connaissez le fonctionnement du Conseil supérieur de l'Éducation. Le Conseil supérieur de l'Éducation a un mandat bien spécifique, à savoir qu'il s'occupe surtout de préparation, de programmation scolaire aux paliers catholique ou protestant, il dirige de nouvelles politiques, avise les ministères au point de vue des études qui doivent se donner. Je crois que si on se bornait là, le Conseil supérieur de la santé aurait un domaine qui, à mon sens si on lui donnait seulement que cela, aurait une forte tendance à s'immiscer dans la pratique générale de la médecine, ce qui est un domaine, je pense, que les médecins, avec raison, d'ailleurs, veulent conserver jalousement. Si je conçois bien un Conseil supérieur de Santé, je crois que vous lui donnez au moins la latitude de pouvoir prouver aux organismes concernés la nécessité, par exemple, des hôpitaux de convalescents ou de toucher à ces problèmes-là qui seraient plutôt quelque chose se rapprochant par rapport au ministère de l'Éducation au comité de l'équipement scolaire. Parce que je crois que c'est surtout... ce n'est pas tellement à la profession médicale à toucher au fonctionnement de cette chose-là, en relation à l'autre. Alors si vous vouliez expliciter ce que vous entendez exactement lorsque vous faites cette comparaison-là et ce que vous entendez par un Conseil supérieur de la Santé? Quelles seraient ses attributions?

M. POTHIER: Les attributions que nous verrions au Conseil supérieur de la Santé, c'est d'être un comité composé, comme nous le suggérons des associations professionnelles, des associations hospitalières, des services gouvernementaux, des services de bien-être, du public et des organismes bénévoles de santé ou de bien-être. Alors nous verrions un comité qui comprenant, bien sûr, des médecins des membres ou des représentants des ou de l'association hospitalière et des différentes strates de la société, d'une part. Ce comité aurait pour but de conseiller le gouvernement ou le ministre sur tous les problèmes qui touchent à la Santé, en général, et en particulier aux hôpitaux, les questions de planification au niveau de construction et de rénovation des institutions, de mesures préventives à prendre, de planification

au niveau du personnel para-médical et du personnel médical.

Enfin, nous voyons ce comité étudier tous les problèmes qui touchent de près ou de loin à la santé et faire des recommandations au ministre de la Santé sur ces sujets. Nous lui voyons évidemment beaucoup plus d'extension que le Conseil supérieur de l'Éducation. C'est évident.

M. ASSELIN: Vous croyez qu'il devrait collaborer à l'élaboration de toutes lois de santé, d'assistance médicale?

M. POTHIER: Nous le croyons. Parce que...

M. ASSELIN: Par conséquent, le gouvernement ne devrait pas adopter de loi d'assurance-santé sans avoir d'abord constitué cette commission-là, le conseil-là et puis avoir pris son avis là-dessus, sur toutes les modalités de l'administration.

M. POTHIER: Écoutez, je pense bien qu'à ce moment-ci nous n'avons pas à imposer nos volontés au gouvernement.

M. ASSELIN: Non, non, mais c'est votre avis que vous croyez...

M. POTHIER: ... nous croyons qu'il pourrait être utile au gouvernement de prendre avis d'un organisme comme celui-ci, de connaître toutes les facettes du problème qu'il a à discuter, de la loi qu'il a à élaborer sur tel ou tel problème qui regarde la santé.

M. LE PRÉSIDENT: Pas seulement l'assurance-maladie, mais tout le domaine de la santé.

M. POTHIER: Tout le domaine de la santé, oui.

M. ASSELIN: Y compris l'élaboration d'une loi.

M. POTHIER: Oui.

M. COLLARD: Ce conseil-là serait composé de membres venant de l'Association des hôpitaux et de différentes couches de la société?

M. POTHIER: C'est ça, c'est ça. Maintenant, nous parlons des associations professionnelles. Alors qu'est-ce que nous entendons par association professionnelle? Évidemment, nous entendons les médecins, collège des médecins

et peut-être au niveau des infirmières ou des para-médicaux, dans l'ensemble. Ce qui ne veut pas dire qu'il doive y avoir un représentant de chacune des associations des para-médicaux, mais quand même que l'ensemble des para-médicaux soit représenté, que l'Association des hôpitaux soit représentée, évidemment les services gouvernementaux, les services de bien-être, parce que nous croyons que c'est assez connexe à la santé. Maintenant quand nous parlons du public utilisateur, nous n'entendons pas seulement les syndicats, nous entendons peut-être les représentants de Chambres de commerce, de clubs sociaux de toutes sortes, n'est-ce pas, qui représentent vraiment l'ensemble de la société, l'ensemble de la communauté.

M. TREPANIER: Est-ce que, docteur Pothier, vous envisageriez que ce Conseil supérieur de la Santé correspondrait à peu près au conseil de planification suggéré par la commission Hall?

M. POTHIER: Oui, oui, à peu près, avec peut-être certaines modalités, mais à peu près dans ce sens-là.

M. TREPANIER: Maintenant vous parlez d'un comité provincial de la planification. Est-ce que ce comité ferait partie du Conseil supérieur de la Santé?

M. POTHIER: Disons qu'il pourrait être un sous-comité du Conseil supérieur de la Santé. Qu'à un moment, le Conseil supérieur de la Santé nomme ou enfin, plutôt, suggère au ministre de nommer un comité de planification dans lequel comité seraient, à peu près, représentés les mêmes éléments, qui seraient en mesure de faire une planification tant à l'échelon provincial que régional.

M. TREPANIER: Vous avez mentionné certains organismes qui pourraient faire partie du Conseil supérieur de la Santé. Est-ce que vous envisagez comme possible la participation du public consommateur?

M. POTHIER: Oui exactement par l'intermédiaire, soit des différents organismes sociaux, disons les Chambres de commerce, les clubs sociaux, tous les clubs sociaux que j'oublie dans le moment, n'est-ce pas, qui sont un élément, et les syndiacts...

M. TARDIF: Y compris les entrepreneurs de pompes funèbres.

M. LE PRESIDENT: M. Dupré, vous aviez une question, n'est-ce pas?

M. DUPRE: Je voudrais savoir, docteur Pothier, quelle est la responsabilité des hôpitaux que vous représentez ici vis-à-vis de ces maisons de soins de garde qui reçoivent les malades chroniques que l'on place à Montréal? Je comprends que, dans tel hôpital, il y a une personne qui s'occupe du social et qu'on dirige des malades chroniques ou de soins de garde vers des maisons qui s'occupent de ces gens-là. Quelle est la responsabilité de l'hôpital à ce moment-là? Parce que ces gens-là sont tout de même dirigés par l'hôpital dans ces maisons-là.

M. POTHIER: Non, écoutez, vous savez comme moi que, légalement, ce n'est pas un hôpital qui va faire entrer un malade dans un autre hôpital.

M. DUPRE: Non, non.

M. POTHIER: C'est le médecin et seul le médecin selon la loi qui peut faire hospitaliser un malade dans une institution hospitalière quelconque. Alors l'hôpital peut évidemment favoriser et aider le médecin au transfert de son malade. Mais c'est le médecin qui est responsable du transfert de son malade parce qu'il est le seul, légalement, à pouvoir faire entrer un malade dans une institution hospitalière quelconque.

M. COITEUX (Duplessis): Actuellement, on a des maisons de convalescence qui relèvent surtout de l'industrie privée et où, Je crois, je ne sais pas, je pense bien, les hôpitaux n'ont pas autorité pour aller faire la surveillance. Et réellement, on a d'amples preuves, les traitements qu'on reçoit là — et l'assurance-hospitalisation paie une partie des frais dans ces maisons-là — les traitements qu'on donne sont réellement inadéquats. Alors il faudrait que ces maisons de convalescence, qui relèvent aujourd'hui de l'industrie privée — est-ce que vous seriez prêt à accepter cela? — adoptent dans leur administration les normes dictées par le Conseil supérieur de la Santé ou l'hôpital d'où vient le patient?

M. POTHIER: Je ne pense pas qu'on puisse dire que les normes doivent être établies par l'hôpital d'où vient le patient. Je pense que, dans une des recommandations que nous faisons d'ailleurs, nous demandons qu'il y ait des normes précises établies afin de pouvoir

contrôler ces institutions qu'on ne trouve pas tout à fait adéquates. Et alors, c'est là que nous pensons que ce pourrait être une des responsabilités du Conseil supérieur de la Santé d'établir des normes et que tous les hôpitaux soient obligés de se conformer à ces normes, s'ils veulent recevoir un permis d'opération de la province de Québec.

M. COLLARD: Docteur, c'est une question que nous aurions dû vous poser au début. L'Association des hôpitaux de la province de Québec, est-ce que cela comprend tous les hôpitaux de la province ou s'il y a des exceptions?

M. POTHIER: Actuellement, l'Association des hôpitaux de la province de Québec comprend 92% des lits hospitaliers de la province de Québec. Alors cela comprend à peu près 200 hôpitaux pour 55,000 lits soit 92%. Les hôpitaux qui ne sont pas membres de notre association actuellement sont à peu près tous des hôpitaux privés. Les hôpitaux publics sont à peu près tous membres de notre association.

M. COLLARD: Est-ce que vous avez des hôpitaux privés actuellement qui sont membres de votre association?

M. POTHIER: Nous en avons quelques-uns.

M. LE PRESIDENT: Docteur Pothier, pour changer l'ordre d'idée. Au cours de nos séances antérieures nous avons discuté de la possibilité de faire une espèce d'intégration des frais d'hospitalisation avec les frais de l'assurance-maladie. Auriez-vous des objections à ce qu'il y ait une espèce de sous-organisme qui devrait s'occuper des deux branches de cette question sociale?

M. POTHIER: Est-ce que vous voulez dire un organisme exécutif ou un organisme de conseil?

M. LE PRESIDENT: Je parle surtout d'un organisme administratif.

M. POTHIER: Administratif. Nous n'avons pas d'objection à un tel organisme. Nous croyons que, dans certaines circonstances, un organisme comme celui-là serait peut-être plus en mesure d'établir une coordination des services hospitaliers avec les services d'assurance-maladie. Nous croyons que cela peut apporter une certaine coordination qui permettrait une meilleure intégration des deux services.

M. TREPANIER: A la page 23, à votre recommandation 10, vous suggérez une commission provinciale des services de santé tels que définis dans le rapport de la commission Hall. Mais tout de même, est-ce que vous pourriez nous donner en résumé quel rôle vous verriez à cette commission provinciale?

M. POTHIER: Je pense bien que c'est à peu près ce que je viens de répondre à M. Marler, n'est-ce pas, c'est je crois que c'est précisément...

M. TREPANIER: ... ce serait un organisme administratif.

M. POTHIER: ... un organisme administratif qui aurait la responsabilité d'administrer les deux secteurs d'hospitalisation d'une part et de l'assurance-maladie d'autre part, et qui aurait à les coordonner. Ce serait un organisme administratif. En somme, un organisme para-gouvernemental, dépendant évidemment du ministère mais ayant quand même une certaine autonomie.

M. LE PRESIDENT: Dr Pothier, j'ai une autre question que je voulais vous poser qui remonte à la page 19, où vous parlez de l'instauration par étape d'un régime d'assurance-maladie.

Vous dites: « Par là, nous n'entendons pas seulement l'inclusion graduée dans le programme de différents groupes de citoyens, les assistés sociaux, par exemple, et aussi et surtout les étapes d'étude et de modification des ressources dans les professions de santé. »

Avez-vous pensé quelles peuvent être les étapes subséquentes? Vous savez que nous avons le bill 21 devant la Législature actuellement, où il s'agit des assistés sociaux. Quel autre groupe vous vient à l'esprit en deuxième étape? Parce que vous semblez penser à l'instauration de l'assurance-maladie par étapes, n'est-ce pas?

M. POTHIER: Nous croyons, quand nous parlons d'étapes, évidemment nous ne parlons pas d'étapes d'assurés, vous en avez une première étape actuellement. Nous croyons à des étapes de planification, où par exemple, en deuxième étape, on verrait à essayer d'organiser la société de telle sorte que l'on puisse obtenir le personnel nécessaire; des étapes de construction d'hôpitaux et tout cela, de telle sorte que lorsqu'un régime d'assurance-santé universel sera établi, nous soyons vraiment en mesure de faire jouer à ce régime tout le rôle qu'il devrait normalement jouer. Et nous parlons de

ces étapes, n'est-ce pas, au niveau de la planification hospitalière, de la planification au niveau du personnel para-médical et ce sont de ces étapes que nous parlons.

M. LE PRESIDENT: Je voulais dire ceci aux messieurs du comité, c'est que, paraît-il, les représentants de l'association sont très anxieux de prendre le train de 6 heures, point de vue que nous comprenons parfaitement bien de par nos propres expériences.

Y a-t-il d'autres questions que les membres du comité désirent poser au docteur Pothier?

M. ROY: M. Marler,...

M. LE PRESIDENT: Oui, M. Roy?

M. ROY: M. Pothier, présentement, les internes, les résidents des hôpitaux sont payés par l'assurance-hospitalisation sous forme de salaire. Pour l'information du comité, si un régime d'assurance-maladie était établi au Québec, comment devraient être rémunérés ces internes et ces résidents?

M. POTHIER: Bien, il y a, bien sûr, deux possibilités: qu'ils soient rémunérés par l'intermédiaire de l'assurance-hospitalisation, tel que maintenant, ou encore ils pourraient être rémunérés par l'assurance-maladie. Si on part du principe qu'au niveau de l'assurance-maladie, on veut rémunérer tout acte médical, il est possible que la logique veuille que toute personne, tout médecin, qui pose un acte médical soit rémunéré par l'intermédiaire de l'assurance-maladie, par l'organisme de l'assurance-maladie plutôt que par l'assurance-hospitalisation.

En ce qui nous concerne, cela ne change pas grand-chose à nos problèmes, mais si on établit un principe, à savoir que l'assurance-maladie rémunère d'une façon ou d'une autre les médecins pour les actes médicaux qu'ils posent, je pense qu'en poussant la logique jusqu'au bout, les internes comme les résidents devraient être payés par l'assurance-maladie plutôt que par l'assurance-hospitalisation.

M. LE PRESIDENT: Y a-t-il d'autres questions, messieurs?

Si non, docteur Pothier, je suis sûr que j'exprime le sentiment unanime du comité en vous félicitant, premièrement du mémoire que vous avez présenté, deuxièmement des explications extrêmement lucides que vous avez données en réponse aux questions posées par les divers membres du comité.

Alors, au nom du comité, je vous remercie.

M. POTHIER: Alors, M. le Président, permettez-moi à mon tour, au nom de tous les membres du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux de la province de Québec de vous remercier, et de remercier tous les membres de votre comité de l'extrême gentillesse qu'ils ont eue à notre égard.

M. LE PRÉSIDENT: Le comité est donc ajourné à huit heures, ce soir.

Reprise de la séance à 8 h p.m.

M. ROY (Président du comité de l'assurance-maladie): A l'ordre, messieurs!

Je demanderais à M. DuRuisseau de faire l'exposé de son mémoire.

M. DURUISSEAU: Il s'agit donc d'un mémoire concernant surtout la personne âgée. Pourquoi parler spécifiquement de la personne âgée dans un programme d'assurance-santé? Premièrement, parce que le nombre des personnes âgées, comme vous le savez, a augmenté beaucoup ces dernières années pour être environ de 600,000 actuellement dans la province de Québec. Ces personnes âgées ont beaucoup plus de possibilités de souffrir de maladies chroniques que les groupes plus jeunes de la population. Dans l'état actuel des connaissances, je pense qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de guérir des malades chroniques âgés. Par contre, beaucoup d'efforts faits dans les derniers quarante ans laissent percer l'espoir qu'une médecine préventive bien appliquée chez l'individu de quarante ans et plus pourrait peut-être, soit empêcher, soit retarder, soit diminuer la gravité de cette chronicité dans un âge plus avancé.

Nous suggérons donc un programme en trois points pour éviter le plus possible cette chronicité chez la personnes âgées.

Alors, premièrement, l'adoption d'un programme de médecine préventive volontaire et gratuit s'adressant aux citoyens âgés de quarante ans et plus. Adoption d'un système type carnet de santé. Quel est l'intérêt de cette suggestion? C'est que contrairement aux relations patient-médecin, qui existaient autrefois, disons au niveau du médecin de campagne, ou très souvent le médecin était familier avec l'histoire de son patient depuis la naissance jusqu'à la mort, les relations patient-médecin sont beaucoup plus impersonnelles maintenant dans les grandes villes. Surtout en face d'un système de santé étatisé, les chances sont beaucoup

plus grandes que le patient soit transféré d'un hôpital général à un hôpital pour maladies chroniques par exemple, d'un hôpital de maladies chroniques à un foyer de convalescents ou à un « nursing home », ou soit retourné chez lui ou à son médecin de quartier. Tout ceci pour indiquer que ce patient devra très souvent toujours recommencer l'histoire de son cas et surtout subir des examens de laboratoire qui sont coûteux, et d'autre part, certains de ces examens présentent quelquefois des dangers, surtout s'ils sont répétés inutilement.

Alors, si le patient avait l'histoire de son cas toujours avec lui, cela lui éviterait de toujours recommencer ainsi, et histoire et examens. Alors, il y a un type de ce genre de carnet de santé qui a été fondé aux Etats-Unis, qui s'intitule « The Medical Passport Foundation » et qui a acquis la sympathie de plusieurs milliers de médecins américains. Il est probable qu'un type de carnet de santé de ce genre pourrait rendre certains services.

Enfin, nous suggérons pour concrétiser ces suggestions, des centres matériellement organisés évidemment, d'accrocher à des hôpitaux généraux déjà existants ou des hôpitaux pour malades chroniques du type hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, des centres de consultation externe gériatrique ou gérontologique, qui seraient équipés d'une manière telle qu'ils pourraient répondre à tous les besoins médicaux et sociaux de notre population âgée et malade. C'est une expérience qui a été faite sur une assez grande échelle par le « Mount Sinai Hospital », expérience qui a duré depuis 1960 et qui dure encore d'ailleurs, mais ils ont déjà rapporté leur expérience-pilote sur cinq ans, les coûts encourus, les services qu'ils ont pu rendre, etc. Alors, l'idée générale est celle-ci. C'est que si une personne a charge d'une personne âgée, ou si une personne est elle-même âgée et a un besoin de quelque nature que ce soit, elle s'adresse à ce centre qui, théoriquement, est équipé d'une manière telle qu'il est capable de répondre à tout besoin, qu'il soit de nature sociale ou de nature médicale, qu'il est capable de répondre à tous ces besoins. Un tel centre est décrit dans le mémoire que nous avons présenté. Merci!

M. LE PRÉSIDENT: Merci, M. DuRuisseau. Avez-vous des questions à poser?

M. BERTRAND: M. DuRuisseau, à la page 4 de votre mémoire, il est question de l'hôpital Sinai. Je comprends que c'est à Préfontaine ou Val-David, près de Ste-Agathe-des-Monts.

M. DURUISSEAU: « Mount Sinai Hospital », c'est à Baltimore.

M. BERTRAND: Ah! Excusez-moi!

M. MARLER: Croyez-vous que Baltimore était dans les Laurentides?

M. BERTRAND: Bien non! Je l'aurais vu!

M. HARVEY: M. DuRuisseau, en page 2 de votre mémoire, le paragraphe 5, vous mentionnez le système préconisé par « The Medical Passport Foundation. » Est-ce que le système préconisé serait obligatoire?

M. DURUISSEAU: Non, pas du tout. Mon opinion, c'est que c'est toujours volontaire quand il s'agit de médecine.

M. HARVEY: Alors, cela veut dire qu'il peut être envisagé sur une base facultative?

M. DURUISSEAU: Absolument.

M. HARVEY: Si oui, comment?

M. DURUISSEAU: Bien, voyez-vous, lorsqu'un patient se présenterait dans un centre de consultation de ce type, évidemment on pourrait lui montrer tous les avantages qu'il y aurait pour lui de posséder un tel carnet de santé. Ce qui lui permet par exemple, pour une chose, s'il est allergique à la pénicilline, ou à ceci ou cela, d'éviter qu'on lui donne ce médicament qui lui est contraire; deuxièmement, s'il est diabétique, s'il a un groupe sanguin rare, etc., on l'inscrit dans ce carnet. Ce sont les raisons généralement les plus spectaculaires et les plus souvent offertes, mais ce ne sont pas les plus importantes.

La plus importante, c'est que sur une base de médecine préventive, il est beaucoup plus facile de voir poindre des états de prémaladie, lorsque nous avons beaucoup d'informations sur l'individu, lorsqu'il était normal, avant de tomber malade. Il est beaucoup plus facile de traiter, si vous voulez, ou de prévenir la maladie si vous connaissez déjà les états de prémaladie.

M. HARVEY: Je vous comprends.

M. DURUISSEAU: Alors, grâce à un carnet de cette sorte, vous verriez poindre cet état, d'année en année, ou de cinq ans en cinq ans, si vous voulez.

M. HARVEY: C'est en fait un dossier cumulatif de l'état de santé...

M. DURUISSEAU: Exactement.

M. HARVEY: ... d'une personne depuis un nombre X d'années.

M. DURUISSEAU: Exactement cela, M. le député.

M. COITEUX (Duplessis): M. DuRuisseau, est-ce que vous préconisez que ce système devrait être appliqué indifféremment aux gens qui ont les moyens ou à toutes les classes de la société ou si vous voulez faire des distinctions?

M. DURUISSEAU: Dans le cas de la personne âgée, j'ai l'impression que, même une personne âgée riche pourrait difficilement encourir les frais médicaux qu'exige d'ordinaire son état de santé. Comme vous le savez, ce n'est pas comme une maladie aiguë, on est malade une semaine, deux semaines, cela peut toujours se tolérer, mais la plupart des personnes âgées qui souffrent de maladies chroniques, c'est une question d'années, elles ont besoin de beaucoup de médicaments, de beaucoup de soins médicaux; je crois qu'il serait difficile d'imaginer cette question autrement que gratuitement. Enfin, supporté par l'Etat!

M. MARTIN: En page 2, au paragraphe 8, vous dites ceci: « préconier sur une base volontaire l'examen de santé périodique à tous les cinq ans, pour les citoyens âgés de 20 à 40 ans, et à tous les ans, par la suite pour les individus de plus de quarante ans. » Est-ce qu'il existe des données permettant d'établir que de tels examens pour l'ensemble de la population sont désirables?

M. DURUISSEAU: On a fait une expérience en France, par exemple, qui dure maintenant depuis 20 ans, je crois. Si on veut illustrer les avantages qu'on pourrait dériver de suivre comme cela un individu avant qu'il ne soit malade, c'est-à-dire quand il est en parfaite santé, on pourrait peut-être mentionner le diabétique.

Vous savez que le diabète est un état insidieux, qui apparaît progressivement. Alors, si on voit l'individu uniquement lorsqu'il est diabétique chronique avéré, à ce moment-là, comme vous savez, cela demande tous les traitements qui s'imposent. Alors que si vous voyez le sucre sanguin d'un individu qui était

jeune, en parfaite santé, et que vous voyez monter tel chiffre très doucement au fur et à mesure que les années passent, bien vous pourriez par des mesures, même pas thérapeutiques, je veux dire, pas pharmaceutiques, des mesures uniquement diététiques par exemple, éviter que le diabète ne s'installe chez cet individu pour un certain nombre d'années à venir en tout cas. Vous décalerez beaucoup, si vous voulez, l'apparition de cette maladie chez ce monsieur.

M. MARTIN: Est-ce que vous ne croyez pas, par exemple, que le travail imposé, le travail supplémentaire imposé aux médecins ne nuirait pas au reste de la population précisément à cause de ce nombre d'examen?

M. DURUISSEAU: Au début du système, disons dans les premiers dix ans où ce système existerait, je crois que vous avez parfaitement raison. Je pense que les dividendes de médecine préventive ne se feraient voir qu'après 10 et même 15 ans, peut-être. Là, on pourrait prendre comme exemple la tuberculose, qui a été pratiquement enrayée par des mesures préventives. Maintenant, on récolte le fruit de cette politique qui a été établie il y a une trentaine d'années. Comme vous savez, on a été obligé de fermer les sanatoriums ou de les convertir en hôpitaux généraux, parce que nous n'avons plus un grand nombre de tuberculeux. Alors, c'est long avant de récolter les dividendes d'une telle politique. Au début, nul doute que cela nuirait.

M. MARTIN: Est-ce que vous avez une idée du nombre de médecins que cela nécessiterait?

M. DURUISSEAU: Malheureusement pas.

M. COLLARD: Etes-vous au courant s'il y a des médecins actuellement ou depuis plusieurs années qui maintiennent un dossier médical de leurs clients?

M. DURUISSEAU: Si, si, l'immense majorité. Pour ainsi dire tous les médecins dignes de ce nom, maintiennent des fiches médicales pour leurs propres patients, seulement, ils les gardent pour eux. Si le patient change de médecin, là il est obligé, soit que son deuxième médecin réfère au premier et lui demande ses notes. Mais, voyez-vous, il est difficile d'avoir une communication, parce que la façon de chacun des médecins de garder ses propres observations est tellement différente de l'un à l'autre que ça n'est pas toujours facile de communiquer

un renseignement, si vous voulez, même entre médecins, alors que si on avait un système, que ce soit celui-ci ou un autre, mais un peu plus standardisé, si vous voulez, je pense que cela faciliterait les communications.

M. COLLARD: Alors, ce qui veut dire que le problème ne serait situé qu'entre l'échange d'un médecin à l'autre pour ce qui est du dossier? En fait, il existe actuellement.

M. DURUISSEAU: Si le second médecin ou le troisième médecin qui verra ce patient veut le faire.

M. HARVEY: N'y aurait-il pas danger, docteur, que le fait d'avoir un carnet, une espèce de dossier cumulatif sur l'état de santé qui porterait sur un certain nombre d'années, qu'il y ait abus par exemple de la part de certains assureurs ou certaines transactions qu'un type serait appelé à faire par l'abus du carnet, par exemple? Le type dirait: « Avez-vous votre carnet de santé? » Le carnet indiquerait même des renseignements extrêmement confidentiels de certains médecins. Moi, j'y verrais un danger. Je vous donne un exemple concret. Supposons qu'un type a fait une dépression nerveuse ou a été victime d'une maladie assez sérieuse à l'âge de 18 ou 19 ans, s'est rétabli complètement, et à l'âge de 30 ou de 31 ans, voici une autre maladie grave qui survient. A ce moment-là, si le carnet de santé ou le dossier cumulatif permet soit à une compagnie d'assurances ou encore à des personnes susceptibles de faire affaire avec lui, il court un fort risque de se voir refuser de choses qui normalement lui seraient permises sans carnet de santé ou sans dossier cumulatif.

M. DURUISSEAU: Vous avez parfaitement raison. C'est la première chose à laquelle ceux qui ont préconisé ce système ont pensé. Alors, voyez-vous, tous ces renseignements dont vous parlez seraient compris dans le dossier médical. Ce dossier ne peut aller que dans les mains de médecins ou d'hôpitaux. La partie qui est dans les mains du patient ne contient aucun de ces renseignements confidentiels. Par exemple, tout ce qui regarde l'état nerveux, tout ce qui regarde la sexualité, n'est pas inclus dans ce carnet de santé. Si le médecin veut connaître quelque chose à ce propos, il doit référer à l'autre médecin qui a traité ce patient, ou à l'hôpital où ce patient aurait pu être hospitalisé. Ce n'est pas inclus, cette sorte d'information, dans le carnet de santé que porte l'individu même.

M. LE PRESIDENT: Quelles sont les informations contenues dans ce carnet?

M. DURUISSEAU: Vous auriez par exemple, disons pour parler facilement, un individu qui a 20 ans montre deux petites taches brunes sur le dos de sa main. C'est absolument non remarquable, mais supposons qu'avec les années, ces taches brunes se multiplient en quantité et en grandeur, il se peut qu'après dix ans de cela, un médecin qui serait à l'affût voit poindre là une condition endocrinologique qu'il n'aurait peut-être pas pu aussi facilement détecter s'il n'avait vu cette progression dans le temps.

Si vous regardez la question de la détérioration du métabolisme des sucres, si on parle diabète, c'est la même chose. Evidemment, à partir d'un certain chiffre, l'individu est considéré diabétique et c'est ça, mais vous savez comme moi qu'il y a des gradations dans cela. On ne passe pas de santé à maladie comme cela, c'est très graduel, en fait, c'est une convention. Qu'on dise que M. JC à un moment donné est malade, parce qu'il a passé dans tous les états avant d'atteindre cet état qu'on décore du nom de maladie. Alors, ce sont ces changements progressifs, graduels qu'on verrait poindre quand le monsieur a trente ans, disons trente-cinq ans, quelque chose comme cela. Cela monterait très graduellement.

Si vous prenez le cas du sucre dans le sang, par exemple, cela serait un exemple très facile à saisir. Le normal c'est 80/120, alors si vous voyez passer d'année en année ou de cinq ans en cinq ans à 100/120 puis à 105/120, puis 110/120, alors à un moment donné à 120/120 on dit par convention, il est diabétique.

Vous auriez vu poindre cet état bien avant qu'il ne soit malade au sens où on entend conventionnellement d i r e : Il est diabétique. Et vous auriez pu éviter probablement l'installation de cette maladie, si vous aviez su ça d'avance.

M. TREPANIER: Docteur DuRuisseau, à la page 2 de votre mémoire, au paragraphe 10, vous mentionnez, vous suggérez d'élaborer un centre de gériatrie et de gérontologie en se servant comme noyau de l'hôpital Notre-Dame-de-la-Merci. Maintenant, ce centre-là, est-ce que vous entendez par là qu'il desservira l'ensemble de la province?

M. DURUISSEAU: Evidemment c'est une suggestion qui concernerait une expérience-pilote, parce qu'au début, je crois bien cela serait très audacieux, extrêmement ambitieux de vouloir couvrir toute la province avec un seul centre comme ça. Voyez-vous, l'expérience qu'ils ont

faite au « Mount Sinai Hospital » a été faite sur une base très conservatrice. Je crois qu'ils n'ont vu que quelque 360 patients en trois ans. Mais ils voulaient voir d'abord les difficultés, les coûts encourus, le nombre de médecins requis, le personnel social spécialisé requis, etc. Alors c'est dans ce sens-là que la suggestion est faite, soit de faire une expérience-pilote avec un centre gériatrique.

M. TREPANIER: Est-ce que vous envisageriez ensuite que d'autres centres ainsi pourraient être établis dans les régions de la province?

M. DURUISSEAU: Oui, parfaitement. Soit accrocher à des hôpitaux généraux...

M. TREPANIER: Selon les résultats obtenus...

M. DURUISSEAU: Peut-être bien même si les résultats étaient excellents. Par exemple si cela coûtait trop cher, que c'était inabordable disons. Cela serait un empêchement « de facto ». Alors, ce n'est que l'expérience qui dirait ça, en fin de compte. Bien que ce soit encourageant de regarder les chiffres que « Mount Sinai Hospital » a obtenus. Comme vous le voyez, ils sont très bas.

M. FORTIER: Docteur DuRuisseau, à part des centres spécialisés dont vous parlez ici, est-ce qu'on a pensé à l'idée que, dans toutes les régions, on pourrait se servir un jour de votre unité sanitaire? Là, le médecin de l'unité sanitaire s'occupe généralement des jeunes et des enfants. Toutefois est-ce que dans cette même unité sanitaire-là, il ne pourrait pas s'occuper aussi de faire de la médecine préventive pour les plus âgés, les diriger, et même avoir, dans cette unité sanitaire-là, si on doit tenir compte aussi du point de vue social, quelqu'un du service social qui pourrait l'aider...

M. DURUISSEAU: Parfaitement.

M. FORTIER: ... Vous avez déjà un organisme de fondé. Cela éviterait des constructions et une foule...

M. DURUISSEAU: C'est une excellente idée et je crois que les médecins-hygiénistes, là je ne donne qu'une opinion, je sais qu'ils se sont fortement intéressés à cette proposition que vous faites. Cela date déjà de trois ans.

M. BERTRAND: Est-ce que ce serait bon?

M. DURUISSEAU: Je crois que oui.

M. BERTRAND: Parce qu'en soi, c'est de la médecine préventive que vous désirez, à partir d'une ligne de démarcation à 40 ans...

M. DURUISSEAU: Bien voyez-vous, peut être bien..

M. BERTRAND: ... 40 ans c'est votre...

M. DURUISSEAU: ... qu'en bas de 40 ans cela pourrait être payant. Cela ne serait pas nécessairement gratuit, parce que, disons, qu'à ce moment-là, ça ne s'impose pas. Disons que pour le citoyen, c'est une espèce de luxe, si vous voulez, de consulter un médecin quand il est en pleine forme, de 20 à 40 ans. Mais à partir de 40 ans, je crois que ce serait une espèce de semence pour l'Etat et semence dont il récolterait le dividende en ne dépensant, en dépensant moins d'argent pour ce même citoyen lorsqu'il est vieux, s'il est moins malade.

M. BERTRAND: Il paraît que la vie commence à 40 ans, d'après un vieil adage américain.

UNE VOIX: On n'est pas rendu là encore.

M. COITEUX (Duplessis): Avez-vous une idée du coût que cela pourrait représenter?

M. DURUISSEAU: Si vous avez consulté le mémoire du « Mount Sinai », vous avez vu à la dernière page de notre mémoire, nous avons rapporté leurs chiffres. Le per diem des soins à domicile s'est monté à \$3.80, ça c'est de 1960 à 1965. Donc c'est probablement un cours d'argent qui se compare avec le cours d'argent actuel. Et puis, lorsque c'est le patient lui-même qui se présentait à la clinique au lieu que l'équipe médicale volante aille à lui, cela ne coûtait que \$0.65 par jour, par patient. Maintenant il y a du bénévolat dans cela, par exemple. Du bénévolat dans les chiffres que je vous cite là du « Mount Sinai ». Ce ne sont pas nécessairement toujours des travailleurs payés,

avec les mouvements sociaux privés, si vous voulez.

M. COITEUX (Duplessis): Au point de vue de nombre, est-ce que vous avez une idée de ce que représenteraient pour la province de Québec les 40 ans et plus?

M. DURUISSEAU: 40 ans et plus. Cela doit être quelque chose de l'ordre de 25% de la population, 2 millions à peu près.

M. COITEUX (Duplessis): Deux millions. Ce qui voudrait dire, à \$3 par tête, \$6 millions pour ce plan-là. Faut tout de même faire la déduction des gens qui seraient couverts par d'autres systèmes comme...

M. DURUISSEAU: Je crois, ça, je ne le sais pas, mais d'après l'expérience, — cela fait déjà huit ans nous que nous nous occupons de diffuser les idées de ce genre, si vous voulez, — je crois que beaucoup d'individus de 40 ans seraient très heureux de payer \$10, \$15 ou même \$25 pour subir un « check up » sérieux dans un centre comme celui-là, même s'il était contributoire, même s'ils étaient obligés de payer eux-mêmes.

M. COITEUX (Duplessis): Est-ce que ça serait une contribution spécifiquement pour ce plan-là ou si cela serait intégré dans une contribution qui s'appliquerait en général à l'assurance - maladie?

M. DURUISSEAU: Là je ne saurais répondre, parce que moi, vous savez que je ne suis pas une autorité en terme de finance concernant la maladie. Mais je sais qu'il y a un intérêt très grand présentement pour cette sorte d'évaluation pour l'individu de 40 ans.

M. COITEUX (Duplessis): M. DuRuisseau, j'espère que vous concédez qu'ici le comité ne doit pas oublier tout à fait l'angle financier.

M. DURUISSEAU: Je suis bien d'accord avec vous. Cela je laisse ça aux autres experts.

M. CLOUTIER: Pensez-vous qu'il soit possible d'instaurer une médecine préventive efficace, sans changer sensiblement nos habitudes de vie?

M. DURUISSEAU: Evidemment, il faudrait... tout système qui préconiserait un changement important de vie serait voué à l'échec, parce que vous savez, comme moi, que nous sommes en période de réformes profondes, que ce n'est pas facile de changer les habitudes d'un peuple en deux ans, en trois ou en quatre ans. Même si l'idéal demanderait ça, je crois qu'il faudrait s'abstenir de le faire si l'on veut avoir du succès. Mais cependant, que certains changements s'imposent dans notre régime de vie, oui, définitivement, si l'on veut rester en santé. Il serait

trop long de démontrer ici, — mais je pourrais vous fournir beaucoup d'évidences, — que la diète nord-américaine n'est pas la diète idéale.

M. CLOUTIER: Je pensais, docteur, que vous étiez pour me dire que les habitudes à changer avant 40 ans n'étaient pas les mêmes qu'après 40 ans.

M. DURUISSEAU: Cela c'est exact aussi. Je crois que l'organisme se refuse moins à nos caprices avant 40 ans qu'après.

M. CLOUTIER: Vous dites également qu'à long terme, la médecine préventive est beaucoup moins dispendieuse que la médecine curative. Il est impossible évidemment d'établir des chiffres mêmes approximatifs, mais pouvez-vous nous donner une idée, docteur, un ordre de grandeur, quelque chose qui pourrait nous faire apprécier cette constatation ou cette vision.

M. DURUISSEAU: Moi, je ne saurais vous citer des chiffres, mais je peux dire que dans les livres du gouvernement, au ministère de la Santé, vous avez toutes les informations autour de la question de la tuberculose. Il suffirait de regarder ce que vous avez dépensé pour la tuberculose en terme de médecine préventive, et vous l'avez pratiquement effacé de la carte québécoise. Alors, vous auriez là toute la réponse en autant que cette maladie est concernée, en tout cas. Vous aurez ça dans les livres gouvernementaux.

M. CLOUTIER: Mais est-ce qu'on peut se baser sur un genre de maladie pour généraliser pour d'autres?

M. DURUISSEAU: Il y aurait certaines maladies je pense, qui pourraient être évitables plus facilement encore que la tuberculose, le diabète par exemple...

M. CLOUTIER: Le diabète, oui.

M. DURUISSEAU: ... le diabète qui est une des plaies de la société moderne, qui souvent... si vous voulez, vous allez avoir un diabète potentiel qui s'actualise par les excès de taxe tout simplement; Si l'individu avait mangé la même chose, mais la moitié moins, il aurait peut-être été diabétique dix ans plus tard ou quinze ans plus tard. Il y a certaines de ces choses-là qui ne coûteraient pas beaucoup d'argent, cela serait seulement une question de diffuser de l'information au public. Mais je

pense qu'actuellement on dépense beaucoup trop peu d'argent pour cela. L'information ça coûte presque rien, puis on ne dépense pas beaucoup d'argent, j'ai l'impression, pour diffuser au grand public des notions d'hygiène générale, qui bien que relevant du bon sens semblent avoir été oubliées, comme par exemple boire de l'eau. Ça ne peut pas être plus élémentaire que de boire de l'eau. Mais si vous demandez aux gens qui s'occupent de la question de santé, ils vont vous dire que beaucoup d'individus ont des troubles rénaux uniquement parce qu'ils ne boivent pas d'eau.

M. COITEUX (Duplessis): Dr DuRuisseau, est-ce que le diabétique se manifeste, du moins à l'état où l'on peut le découvrir par un diagnostic, en haut de 40 ans ou en bas de 40 ans?

M. DURUISSEAU: Bien si vous exceptez ce que l'on appelle le type juvénile, l'immense majorité serait après 40 ans.

M. LE PRESIDENT: M. DuRuisseau, quelle est l'importance de l'Institut de gérontologie de l'hôpital de Notre-Dame-de-la-Merci?

M. DURUISSEAU: L'importance?

M. LE PRESIDENT: Quelle est l'occupation, quelle est l'activité dans l'ensemble de l'hôpital?

M. DURUISSEAU: En 1958, lorsqu'il a été fondé très modestement d'ailleurs, il s'est posé comme but d'essayer de détecter dans notre milieu, parce que nous avons un milieu de malades chroniques à l'hôpital de-la-Merci, de voir s'il y avait certaines maladies qui apparaissent plus fréquemment que d'autres, chez les chroniques. Alors nous nous sommes attachés à cette question. Nous avons environ trois ou quatre publications sur le sujet dans les journaux scientifiques, montrant par exemple que les troubles glycémiques sont très fréquents sous notre toit. Montrant que les troubles thyroïdiens sont très fréquents, etc.

On s'était posé comme but à long terme, si vous voulez, d'attirer l'oeil du médecin-praticien sur cette partie de sa clientèle qui est âgée. Il avait plus de chance, disons, de voir telle sorte de maladie si la personne était malade, âgée et chronique que telle autre sorte. C'est à cela que nous nous sommes attachés dans les derniers 8 ou 9 ans.

M. FORTIER: Docteur DuRuisseau, pour un renseignement à ce problème-là, est-ce que le

phénomène qu'on appelle, le « stress », problème déjà assez connu et le docteur Selye a fait des études là-dessus, est-ce que c'est un problème qui est rattaché à la gériatrie et à la gérontologie?

M. DURUISSEAU: Oui, comme à toutes les phases de la vie évidemment. Seulement il s'applique plus à la personne âgée qu'à la personne moins âgée, parce que justement, si vous consultez n'importe quelle oeuvre sur le vieillissement, la première chose que le spécialiste vous dit, c'est que le vieillissement est justement reconnaissable à la perte de la faculté d'adaptation. Il y a des choses assez curieuses dans ce domaine là. Prenez par exemple, le simple fait de changer un patient très âgé et malade de chambre, peut vouloir dire une période aiguë de maladie et même la mort, il est très difficile de changer beaucoup les conditions autour d'une personne âgée, si l'on ne veut pas lui nuire considérablement.

Nous avons donc perdu cette faculté d'adaptation lorsque nous sommes plus âgés.

M. FORTIER: Avez-vous remarqué dans vos études certains problèmes, certaines marques par exemple, de déficience de santé quand les personnes deviennent à l'âge de la retraite, est-ce que cela affecte beaucoup la santé?

M. DURUISSEAU: Enormément.

M. FORTIER: De réadapter une personne dans un autre...

M. DURUISSEAU: Enormément.

M. FORTIER: Enormément.

M. DURUISSEAU: Je crois que c'est un problème social qui va être d'une acuité extrême avec les années. Parce que, voyez-vous, vieillir à la campagne, ce n'était pas difficile parce que l'individu se retirait progressivement de ses occupations, mais pour ainsi dire il ne se retirait jamais, parce que tant qu'il avait une parcelle de force dans le corps, il continuait les petits travaux de la terre, le petit jardinage, nourrir les poulets, etc., etc. Cela n'est plus possible à l'individu qui vieillit dans les grandes villes. A 65 ans, il doit se retirer. Que fera-t-il? Je pense qu'il va nous falloir essayer d'inventer une nouvelle façon de vieillir dans les villes.

M. COLLARD: Vous avez des statistiques disons, sur le nombre des ouvriers qui, ayant

pris leur retraite à l'âge de 65 ans, ou 70 ans, deviennent malades et même qui décèdent quelques mois après. Est-ce que vous avez des statistiques à ce sujet?

M. DURUISSEAU: Je n'ai pas de chiffres, mais je peux vous dire qualitativement c'est le cas. Lorsque l'individu ne s'est pas préparé à la retraite, c'est un choc énorme. Alors, un gros choc à 65 ans, c'est mathématique, il doit se traduire par une certaine forme de maladie quelconque.

M. LE PRESIDENT: Messieurs, avez-vous d'autres questions à poser au Dr DuRuisseau? Je vous remercie, docteur, pour la manière dont vous avez répondu aux questions qui vous ont été posées par les membres du comité et nous prendrons en considération vos remarques.

M. DURUISSEAU: Je vous remercie.

M. LE PRESIDENT: Est-ce que le Dr Laurendeau est arrivé?

M. LAURENDEAU: Vous-avez les centres d'accueil qui sont peut-être dans le per diem de \$6 par jour, la construction elle-même est moins dispendieuse, parce que ça revient à de l'hôtellerie et ça débloque ces centres pour maladies chroniques et ça permet de les rendre plus fonctionnels. La même chose, il y a le foyer d'accueil pour un nombre de ces malades réhabilités, mais il faut penser qu'après 65 ans, environ 50% de ces gens sont seuls, veufs, divorcés ou séparés, et dans la classe des économiquement faibles. Alors il faut des foyers d'accueil et ce sont les deux lacunes que nous constatons actuellement du moins dans la ville de Montréal. Ce sont ces soins de garde appropriés dont il a besoin, soit qu'il s'agisse de remplacer une sonde ou de donner des soins de nursing plus appropriés, mais c'est un malade non réhabilitable, si vous voulez, et qui ne devrait pas stagner dans un hôpital pour maladies chroniques.

Et l'autre contexte social du foyer d'accueil. Alors, de ce mémoire semblent se dégager les idées suivantes: les soins de garde, un prix de revient moindre et dans la construction et dans l'entretien. Le foyer d'accueil devrait être établi dans le voisinage d'un hôpital pour maladies chroniques, quitte à ramener le patient s'il a besoin de soins actifs ou s'il a besoin de continuer des soins de réhabilitation. La même chose pour le foyer d'accueil.

Maintenant comme autre corollaire de ces centres pour maladies chroniques, du moins les

vastes centres, il a été suggéré de faire des centres de recherches basiques, évidemment là nous ne faisons pas appel au gouvernement, ça doit être plutôt des fonds privés qui devraient sustenter ces centres-là; des centres de recherches cliniques, ceci est du travail ordinaire des médecins et un centre de consultation aussi pour la prévention — non pas de la mort parce que tous nous allons y passer, — mais au moins tenter de minimiser les séquelles de la maladie chronique ou de les éloigner autant que possible. Sur un long parcours la médecine préventive est certainement plus économique que la médecine curative. Les centres de médecine préventive ou les centres gérontologiques pourraient servir aussi de centres de diffusion des règles d'une vie hygiénique, des moyens à prendre pour éloigner l'invalidité de l'âge ou des maladies chroniques. Il y a un adage, — on le sait tous, mais on ne le pratique peut-être pas — qui dit que nous serons après 50 ans selon ce que nous avons fait ou ce que nous n'avons pas fait entre 20 et 50 ans. Bien, en somme voilà les idées maîtresses qui se dégagent de ce mémoire. Je souligne l'amabilité que vous avez eu de nous convoquer et humblement nous soumettons à votre étude toute la question des maladies chroniques, des personnes vieillissantes. Je vous remercie.

M. COLLARD: Docteur, est-ce que l'on pourrait vous poser une question? Dans votre mémoire, est-ce qu'il y a quelque chose qui traite exclusivement, disons, de l'assurance-maladie ou du projet d'assurance-maladie? Je crois que c'est très intéressant, mais on ne peut pas déceler si vous êtes en faveur ou contre ou si il y a des possibilités d'établir ce système d'assurance-maladie?

M. LAURENDEAU: Evidemment, nous sommes pleinement d'accord avec l'évolution. Nous sommes dans le contexte de l'assurance-santé, et dans ce contexte d'assurance-santé, il y a le problème du lit d'hôpital, l'hospitalisation de ces malades. C'est ça que j'ai voulu dégager. Au lieu, peut-être, de multiplier le nombre de lits pour maladies chroniques, qui demandent une construction plus dispendieuse et un entretien plus dispendieux, il faudrait penser à rendre ces hôpitaux-là fonctionnels en débloquent par une construction de coût inférieur et d'entretien inférieur. Quant à l'assurance-santé, évidemment ces malades-là sont protégés par l'assurance-santé comme dans tous les autres hôpitaux.

M. FORTIER: Dans le même sens, est-ce

que vous croyez que le médecin, parce qu'il doit y avoir un lien avec l'assurance contre les frais médicaux et votre mémoire — est-ce que vous croyez que le médecin qui traite un malade chronique devrait être rémunéré sur la même base qu'un médecin qui traite un malade atteint de maladie aiguë.

M. LAURENDEAU: Non, je ne crois pas.

M. FORTIER: Il y a une différence.

M. LAURENDEAU: Il y a une différence, le nombre de visites est moins fréquent. Parce que dans un hôpital « aiguë », par exemple, le patient qui entre, disons, pour une moyenne de 13 jours, doit être vu à tous les jours, il doit y avoir un contrôle des examens de laboratoire, des rayons X, des consultations, tandis que le malade... prenons l'hémiplégique qui entre dans un hôpital de chroniques, on peut évaluer une durée de 90 jours pour sa réhabilitation de physiothérapie, s'il s'agit d'un hypertendu, d'un cardiaque ou d'un diabétique associé avec ça, mais si son histoire de cas, son diagnostic, ses conditions associées sont bien établis, bien là, une visite ou deux par semaine sont suffisantes pour bien suivre ce malade-là. Actuellement, c'est ce que nous faisons à l'hôpital, mais à tous les jours nous allons dans ces services-là. Chaque malade a une ou deux visites par semaine et plus s'il le faut; chaque médecin voit son département à tous les jours, tout de même, mais non pas chaque patient tous les jours.

M. FORTIER: Mais, est-ce que vous voulez dire par exemple, que si le médecin voit le patient deux fois par semaine, il aurait droit à la même rémunération que le médecin qui voit un malade aigu par jour?

M. LAURENDEAU: Ah! je crois.

M. FORTIER: Mêmes honoraires?

M. LAURENDEAU: Ah! je crois parce que le travail est aussi difficile, aussi laborieux, même pire parce que souvent il faut examiner sans avoir de réponse d'un malade souvent inconscient ou semi-conscient alors l'examen est beaucoup plus prolongé. Je crois que c'est un travail équivalent à celui du médecin qui voit un malade aigu.

M. BERTRAND: Dr Laurendeau, vous avez combien de patients chez vous?

M. LAURENDEAU: 483.

M. BERTRAND: Maintenant pourriez-vous nous donner la classification de vos patients, c'est-à-dire ceux-là qui sont là et qui paient en entier leur hospitalisation, nourriture, chambre?

M. LAURENDEAU: Ils sont tous sous l'assurance-hospitalisation.

M. BERTRAND: Ah! oui. Ils sont tous sous l'assurance-hospitalisation!

M. LAURENDEAU: Tous, bien oui, c'est un hôpital sous l'assurance-hospitalisation, il y en a environ peut-être 45 chambres, je crois, semi-privées ou privées. Les autres sont des chambres de 3 et de 4 lits.

M. BERTRAND: Mais vous avez plusieurs catégories de patients?

M. LAURENDEAU: Non. Ils sont tous dans l'assurance-hospitalisation.

M. BERTRAND: Oui, ils y sont tous, mais plusieurs catégories; il y a des personnes dans ça, qui sont hospitalisés à la suite d'accidents, vous en avez d'autres parce que c'est la vieillesse qui les fait entrer chez vous?

M. LAURENDEAU: Non, non, il faut une raison médicale pour entrer à l'Hôpital-de-la-Merci.

M. BERTRAND: Quelle est la catégorie des âges? Mettons 50, entre 50 et 60, 60 et 70, 70 au-delà?

M. LAURENDEAU: Bien la moyenne d'âge actuellement est de 62 ans, je crois. La moyenne d'âge est de 62. Maintenant nous avons quelques jeunes, peut-être dans les 16 ans, 20 ans, des quadraplégiques à la suite d'accidents de voitures. Ça, c'est le malade le plus difficile, le plus pénible à soigner. Il est paralysé des quatre membres avec incontinence du sphincter et tout, mais la moyenne d'âge est certainement dépassée 55 et 60. Nous en avons eu un dernièrement de 99, mais ce n'est pas l'âge. Il faut une raison médicale. La plupart des malades nous viennent aujourd'hui des hôpitaux référés avec un dossier, justifiant son entrée dans un hôpital pour maladies chroniques.

M. BERTRAND: Maintenant, d'après-vous, quel sera le pourcentage des personnes parmi les 483 que vous avez chez vous, qui pourraient demain quitter votre hôpital et entrer dans une maison de convalescence si elles existaient?

M. LAURENDEAU: Nous avons posé la question justement avant de venir et je fixerais un taux environ de 25%. D'ailleurs ils sont tous sur la liste de congé et le centre de placement essaie de nous aider de trouver des places pour ces malades-là. Ils n'ont pas des soins appropriés, c'est-à-dire que, supposons que quelques malades réhabilités, un hémiplégique, mais qui fait encore de l'incontinence d'urine, il faut une sonde, il faut la changer à tous les quinze jours. Bien vous ne pouvez pas trouver actuellement des soins de garde qui vont se charger de ces malades-là, alors que j'ai vu un centre équivalent au nôtre à Toronto lors de la conférence sur le vieillissement, la « Villa Providence » qui était organisée dans ce sens-là, qui avait un centre-hôpital pour maladies chroniques, mais à côté le vaste « Nursing Home » et le Foyer d'accueil qui complétait l'unité.

M. BERTRAND: Maintenant, Dr Laurendeau, sur les 483 combien y en a-t-il que vous jugez et estimez incurables? Totalement incurables?

M. LAURENDEAU: Eh! bien, dans le chiffre de 25% que j'ai mentionné tout à l'heure il y a justement ces incurables qui ne relèvent pas d'un hôpital de chroniques, qui devraient être transférés dans des soins de garde appropriés. Là au lieu d'avoir un personnel pour un malade, on peut avoir une personne pour trois malades, et c'est là que le coût de revient, d'entretien, est inférieur au nôtre.

M. BERTRAND: Maintenant au point de vue de l'assurance-santé. Dans votre mémoire, il n'y a pas beaucoup de références directes au plan. Vous avez dit tantôt que vous l'approuviez, que c'était normal, que c'était même excellent. Maintenant dans votre mémoire, vous semblez dire qu'à côté de Notre-Dame-de-la-Merci, sur le boulevard Gouin, il y avait des maisons de convalescences ou des maisons d'accueil pour vous libérer...

M. LAURENDEAU: C'est ça.

M. BERTRAND: ... pour permettre d'en accepter d'autres...

M. LAURENDEAU: C'est ça.

M. BERTRAND: ... et que ces personnes-là pourraient être assujetties au programme ou à la législation qui sera passée sur l'assurance-santé...

M. LAURENDEAU: C'est ça.

M. BERTRAND: ... mais pour prendre un certain nombre de vos patients, les envoyer ailleurs à cause de leur état, pour vous permettre d'en accepter d'autres?

M. LAURENDEAU: De plus grands malades, c'est ça. Des malades pouvant bénéficier des soins dans un centre équipé comme nous avons.

M. CLOUTIER: En somme docteur, dans votre mémoire vous vous êtes intéressé surtout à la question de planifier, de planification dans le domaine de l'assurance-hospitalisation. C'est surtout ça qui a retenu votre attention?

M. LAURENDEAU: Oui, oui. Dans le plan hôpital et non pas tellement par rapport à l'assurance-santé. En somme, ce n'est pas à nous à régler ce contexte du point de vue du médecin, mais c'est plutôt dans cette question d'hospitalisation, de lits pour chroniques; en vue de rendre notre hôpital plus fonctionnel en ayant, comme ça, des centres dispendieux pour recevoir le malade qui devrait être dirigé dans ces centres-là.

M. BERTRAND: Maintenant l'assurance-hospitalisation chez vous, je comprends, que si vous avez une personne qui reçoit la pension de vieillesse, sa pension n'existe pas?

M. LAURENDEAU: Oui, elle existe, il la garde intégralement.

M. BERTRAND: Mais vous la gardez, c'est l'hôpital qui la garde?

M. LAURENDEAU: Non, c'est lui.

M. BERTRAND: C'est lui!

M. LAURENDEAU: C'est lui.

M» BERTRAND: Est-ce qu'il y a une redevance à vous faire là-dessus?

M. LAURENDEAU: Il y a une redevance, il paie son médecin.

M. BERTRAND: Il paie son médecin. Est-ce que dans les foyers d'accueil, c'est la même chose?

M. LAURENDEAU: Bien là, le foyer d'accueil, ça relève du bien-être.

M. BERTRAND: Oui, je comprends, mais d'après votre expérience.

M. LAURENDEAU: Bien voyez-vous ça relève du... ça relève du bien-être, selon que la personne soit en mesure de payer. Si elle a la pension de vieillesse elle donne \$75, et là, si elles ont besoin d'un médecin, elles sont obligées de payer leur médecin et leurs médicaments, mais je n'ai pas tellement d'expérience dans les foyers d'accueil.

M. FORTIER: Dr Laurendeau, l'hôpital de convalescence, il faudrait se renseigner là, ce n'est pas un hôpital pour malades chroniques. Une maladie chronique n'est pas nécessairement dans un hôpital de convalescence...

M. LAURENDEAU: Ah! non.

M. FORTIER: ... et ni vice versa. Maintenant, est-ce que vous avez des renseignements, est-ce que nous avons dans la province actuellement certains, si vous le savez, des centres pour des convalescents?

M. LAURENDEAU: Bien il y a le Montreal Convalescent Home pour les Anglais mais pour les Canadiens français, je ne connais pas...

M. FORTIER: Il y en a pas beaucoup.

M. LAURENDEAU: ... de vrais centres de convalescents et je crois que c'est une erreur de vouloir mélanger un convalescent avec un chronique.

M. FORTIER: C'était juste pour savoir la différence.

M. LAURENDEAU: L'ambiance est pénible d'abord et il n'a pas besoin de grands soins, comme peut donner un hôpital pour chroniques.

M. LE PRESIDENT: Avez-vous d'autres questions, messieurs?

M. DUPRE: Vos malades quand ils partent de chez vous pour aller dans ces maisons de soins de garde, dans les journaux, dans nos bureaux, on a entendu parler de toutes sortes de choses, je me demande si vous pourriez éclairer le comité sur la qualité des soins qui sont donnés dans ces maisons-là, des gens qui partent de chez vous.

M. LAURENDEAU: Il y a des journalistes?

M. DUPRE: Je pense que c'est à Pointe-aux-Trembles entre autres.

M. LAURENDEAU: Bien écoutez, ce n'est

pas à moi à venir dénigrer ces institutions-là. D'abord je ne les connais pas tellement. Je les connais plutôt comme vous autres par les répercussions qu'il y a. Mais d'après ce que j'ai vu à Toronto à « Villa providence », je ne crois pas que l'on ait l'équivalent de ça, ici. Je crois que l'on peut dire sans offenser personne que ces malades-là ne reçoivent pas la qualité des soins qu'ils devraient recevoir, qu'ils ne sont pas tellement exigeants que ça. Ce sont les qualités de nursing qu'ils doivent avoir. Ce n'est pas tellement exigeant. Ils ont droit d'avoir ça, si non on fausse le contexte de l'hospitalisation de ces personnes-là dans notre cité moderne. Ils ont droit à en bénéficier comme les autres.

M. DUPRE: Est-ce que je crois comprendre que depuis deux ans à peu près, il y a eu une nouvelle politique à l'Hôpital-de-la-Merci, dans ce sens-là, il y a eu une aile d'ajoutée.

M. LAURENDEAU: La politique de l'Hôpital-de-la-Merci est la même depuis que je suis là, ça fait déjà nombre d'années. Il s'est perfectionné continuellement, il a ajouté des éléments de diagnostic. C'est sûr qu'avec la venue de la nouvelle construction, il y a eu d'abord plus d'espace, il y a eu les cuisines qui ont été améliorées, il y a eu notre système de distribution alimentaire, c'est sûr qu'il y a eu une amélioration depuis l'addition de ces nouvelles bâtisses.

M. DUPRE: Parce que nos gens sont alarmés quand ils reçoivent la nouvelle que leurs malades doivent sortir et puis s'en aller dans ces maisons-là, en pensant qu'ils sont là comme vous disiez tantôt pour toujours.

M. LAURENDEAU: Bien, c'est un peu le but de ce mémoire. C'est de plaider la cause de ces gens-là. Tout simplement, modestement, exposer ça, ce n'est pas à moi de débattre les questions d'assurance-santé, mais ça a été de plaider la cause de ces malades-là que je connais depuis nombre d'années; j'ai commencé ma carrière à l'hôpital et puis je continue, nous avons progressé dans le sens, nous, de leur donner la qualité des soins, mais lorsqu'il arrive la question d'un congé, bien là c'est tout un drame.

M. DUPRE: Bien vu que vous n'avez plus de contrôle quand ils sortent de chez vous.

M. LAURENDEAU: Evidemment, aucun, aucun.

M. DUPRE: Bon.

M. LAURENDEAU: La seule chose, on leur dit: s'ils tombent malades, ils n'ont qu'à demander leur hospitalisation.

M. LE PRÉSIDENT: Alors, Dr Laurendeau, je vous remercie infiniment d'avoir bien voulu répondre aux questions des membres du comité.

M. LAURENDEAU: Je remercie messieurs les membres du comité et du conseil.

M. LE PRÉSIDENT: La séance est ajournée à demain matin à dix heures trente minutes.

Séance du 23 mars

(Dix heures et quarante de l'avant-midi)

M. MARLER (Président du Comité de l'assurance-maladie): A l'ordre, messieurs. Are the gentlemen representing the Independent Retail Druggist Association ready to proceed with their brief? I noted that it was fixed for eleven, but if you are here, we will be ready to start right away.

MR. LABERGE: We are ready.

MR. CHAIRMAN: You are better to come up to the front of the table, here. A l'ordre, s'il vous plaît, messieurs! A l'ordre, s'il vous plaît! Est-ce que c'est monsieur Laberge qui doit présenter le mémoire?

M. LABERGE: Oui, monsieur le Président.

M. LE PRÉSIDENT: Voulez-vous identifier ceux qui vous accompagnent actuellement.

M. LABERGE: M. le Président et messieurs les membres du comité, je voudrais vous présenter chacun de mes membres ici. Si cela est possible et que cela ne vous dérange pas trop, nous allons parler en anglais, parce que mes membres sont plutôt anglais que français. Each of the gentlemen you see with me have assisted in the preparation of this brief and the evaluation of our various recommendations. On my extreme left Mr. Henry Garbacs, next to him Mr. Jacques Hébert, these two are from the firm of Thorne, Mulholland, Howsam and McPherson. Mr. Hébert is a specialist in medical accounting. Next to Mr. Hébert is Dr. Peter

Bryant, vice-dean and director of the School of Commerce at McGill University, he is our economic counsel. Mr. Herb Bercovitz, immediate past-president of IRDA and chairman of the committee drawing the brief. Beside me, at my left is Mr. Lampert, our Public-Relations counsel, and on my immediate right is Mr. William R. Labow chairman of the board, IRDA, and...

MR. CHAIRMAN: What did you say his name was, Mr. Laberge?

MR. LABERGE: William R. Labow, chairman of the board, IRDA, and a recognized authority on health insurance, having made extensive studies in England, New Zealand, Australia and other countries, and myself, James Laberge.

M. le Président, first, I would like to thank you for the opportunity to appear before you. I would like to bring to your attention at this time to several amendments to the brief which is submitted for the purpose of clarification only. In the sixth line, on page two, we insert, after « Larger outlets », we mean larger outlets such as supermarkets. This seemed to be a little vague, that is why we inserted that term.

On page four, am I going too fast? On page four, paragraph one, for clarification, we should read: « This brief is based on the assumption that public outlays may be expected to increase, as a result of the implementation of a medicare programme, and that government will be concerned with the need to provide medicare at the lowest possible cost. »

And on page eight, in paragraph two, the last line should read: « Consideration, if the professional fee concept is to be adopted. » We wish to establish that professional fee concept.

M. le Président, our brief deals primarily with one aspect of medicare, that of prescription medication, and it prescribes what we believe is a sensible and economically sound approach, an approach that is not only realistic but one which can benefit, both consumer and government. The findings in our survey, made independently of all other such surveys, closely approximates the results obtained by similar surveys in other provinces, and using varying methods. We would point out, however, that our figures are based on history from one to two years old, that, if a survey were to be conducted today, the figures could be understandably higher. M. le Président, nous sommes à votre disposition.

MR. BLANK: M. Laberge, you mentioned that the association has a hundred and thirty members, is this 130 pharmacists or repre-

senting 130 individual stores, perhaps having less pharmacists?

MR. LABERGE: 130 pharmacists.

MR. BLANK: How many stores do they have in the 130?

MR. LABERGE: This is 130 pharmacies in all.

MR. BLANK: For how many pharmacists?

MR. LABERGE: I do not have that figure, but it would vary between 1,1 1/2 or two pharmacists per store.

MR. BLANK: Per store. That would mean that they represent 130 to 200 pharmacists?

MR. LABERGE: That's right. For store owners, Mr Blank, we represent store owners.

M. ASSELIN: M. Laberge, si vous référez à la page 10, paragraphe 5, au haut de la page, où il est question de certains abus. Est-ce qu'il serait sage de ne pas inclure dans le régime les médicaments dont il est question dans ce paragraphe, en ce qui a trait aux médicaments qui peuvent être obtenus sans prescription, afin d'empêcher la commission d'abus aussi nombreux, aussi fréquents?

M. LABERGE: Quel paragraphe? Page dix?

M. ASSELIN: Paragraphe 5. Est-ce qu'il serait sage de ne pas inclure dans le régime les médicaments qui peuvent être obtenus sans prescription afin d'éviter les abus dont il est question dans ce paragraphe?

MR. LABERGE: If I understand you correctly, you are suggesting that perhaps we should eliminate these from medicare?

MR. ASSELIN: Yes.

MR. ALBERGE: Well, this will be up to the...

M. ASSELIN: Je voudrais savoir votre opinion là-dessus?

MR. LABERGE: We have brought this out so that the government is aware of what can happen when a deterrent fee is dropped. M. Lampert will qualify that.

MR. LAMPERT: This section was included

to bring to the attention of the government that there are certain areas that were overlooked by other governments in the application of a medicare programme or the various facets of it. And, in Great Britain, they found that when people realized the government was paying the cost of medications, and that they could get, what is known as « over the counter » medications such as analgesics and laxatives on prescriptions and have the government pick up the tab. Then instead of going to the drugstore, as they normally did, to buy it out of their own pockets, they were going to their doctors and asking the doctors to prescribe, and then they were having their prescriptions filled and the government was paying for it. Now we have introduced this here as a possible area of serious consideration. It involves factors outside our jurisdiction, that is; how does one insure that doctors only prescribe what is necessary, and this is a question that we cannot answer, and it is not within our domain, and secondly, should there be a deterrent fee on a certain classification of drugs. Again, it is our personal opinion that something should be done to prevent this abuse of government support of prescription drugs, as indicated in paragraph five. Now, as to how this should be done, whether the deterrent fee is the answer or whether a certain category such as this should be kept off the prescription list, this is a matter for other groups to discuss and for the government to decide. We merely bring it to your attention, as another point of information.

MR. CHAIRMAN: Is it easy to draw a line between the drugs which should be supplied only on prescription and those for which no prescription really would be necessary?

MR. LAMPERT: The line between the ethical drugs and the proprietary drugs is not a hard and fast line. There are areas where the doctor will prescribe a particular medication that could perhaps be bought over the counter, but he does this to exercise a control and to give the psychological impression to the patient, in a great many instances, that it is imperative that he take this. Patients are very funny people. If the doctor says: « Now you must get a prescription for this and you must take it three times a day », the odds are that the patient will, and therefore, the therapy that has been prescribed for him will be effective.

However, if you tell the same patient: « Oh, go to the drugstore and pick up a box of this », he says: « Oh well, it is just another thing, I can perhaps ignore it », and he tends to. So, you cannot draw a hard and fast line, but if

you are aware that certain medications can hold a double role, that is they can be a proprietary product and ethically prescribed, then you could perhaps consider a type of deterrent fee to make certain that these prescriptions are not abused. Again, that is a matter for study and it is offered in our brief as a point of information rather than as a recommendation on our part.

MR. CHAIRMAN: Still, I think that there is a very obvious question mark in considering the aspect of drugs in any medicare programme, as to how you are going to control the unlimited use by the patient of the facilities that a medicare scheme might provide. The implication, I think, of the brief is that you think that perhaps we might draw a line between drugs that are provided on prescription and those which one can buy over the counter. Now, the line of demarcation on what you have just said, what Mr. Lampert has just said, seems to be rather difficult to draw. I think that it would be rather absurd that if the doctor prescribes 100 aspirins on a prescription form you might get them free rather than if he goes in and buys them without the prescription he shall have to pay for them.

MR. LABERGE: You are quite right, Mr. Chairman, but as Mr. Lampert points out, it is a very arbitrary demarcation line, nitroglycerine can be bought over the counter. Yet, a person, not suffering from heart attack, would not use nitroglycerine. There are so many of these things. But we are concerned primarily with prescription medication.

MR. LAMPERT: I would like to add one thing to that. I think that we must bear in mind that the duty of prescribing or the responsibility of prescribing a drug is solely within the domain of the physician, that the pharmacist is a professional who fulfils a service. The physician requests a drug from a professional pharmacist, who then must prepare it, or make it available to the patient, and then, the patient must use it. So, in the control of prescription practices this is not rightfully within the domain of the pharmacist, but within the domain of the doctor, because he is the only person who can prescribe.

MR. CHAIRMAN: Do they thought on the subject of whether we should make a distinction between the sort of drugs that are used habitually, for example, should we say that the diabetic is entitled to get insulin free,

are there other examples that one might give where the patient being a chronic sufferer from some illness should be intitled to have remedies free?

MR. LABERGE: This, if course, will be up to the commission to decide, Mr. Marler.

MR. CHAIRMAN: We realize that, very clearly, Mr. Laberge. What we are trying to get at is what you think about it.

MR. LABERGE: Well, I think that it would be a good gesture, because chronic people, diabetics, they require this on a maintenance therapy, constantly, for as long as they live, on insulin, or thalbutomide, and so on.

MR. LAMPERT: The question, Mr. Marler, is: « Who is to pay the ultimate cost of this? » If we consider the chronically ill person who must be on maintenance drugs, this person is also on maintenance medical care. And then comes the question of whether the physician can care for this person without charge. The chronically ill may also require a certain amount of hospitalization, periodically. What will we do with the question of hospital costs and are beds and nurses and treatments made available free, then? This becomes a complicated problem. I do not think that, nothing really is free and, I do not think that any attempts to say it...

MR. CHAIRMAN: Nobody at this table thinks anything is free either. It is just a question of who will pay for it? But when we are talking about medicare, we are thinking in terms of some scheme by which the citizen of Quebec may go to his doctor without having to pay the doctor's fee directly, let us say.

MR. LAMPERT: Well, there are some several categories of drugs that are long term or maintenance drugs, and I would imagine that the consideration of these in a special category would be an advisable procedure.

MR. LABERGE: Mr. Marler, Mr. Bercovitz.

MR. BERCOVITZ: Mr. Marler, if I may clarify the reply of Mr. Lampert. It seems obvious that when a person is ill, it is normally expected that he is not earning, because his earning capacity has been reduced or completely eliminated. Whereas many people can suffer this over a short period of time, there are few of us who can, in fact, continue long

term therapy without being badly hurt economically. Therefore, it is my opinion that you are quite right in your assumption that consideration should be given to the chronically ill. Their need is certainly greater than the person who, shall we say, misses a half-week work because of some illness that passes very quickly.

MR. CHAIRMAN: I think we should say that the question that is perplexing the committee arises from the experience in England, where, as we understand it, drugs were included in the plan but subject to a deterrent charge. The deterrent charge was taken off and as your brief points out, the consumption of drugs rose substantially in the following year and the question we have been asking ourselves is what are the obvious techniques that could be used, in order to so arrange a medicare plan that the cost of drugs would not involve such a large expenditure as to make it prohibitive.

This Is the reason why in the questions I have been putting this morning, I was trying to see whether it was possible to narrow down the field of what we may call « free drugs » so as to make it responsive to the need, but at the same time keeping the cost within reasonable limits. One obvious restriction come out of what was beeing said this morning, that is, limiting free drugs to those supplied on prescription. This is one obvious thing. But there are other limitations that we might consider, one of them we just sort of touched on is what you call maintenance drugs, which would be supplied to those chronically ill. Are there any other limitations of the same kind that, you people, who were so familiar with the business, can suggest to us?

MR. LABOW: Mr. Hugh Lemstead in England, who was primarily responsible for bringing pharmaceutical benefits into the health scheme, in an address, in both British Columbia and Manitoba, just this past year, stated that the one mistake that the British system made was bringing in, referring to pharmaceutical benefits too much, too soon.

Furthermore, in this address he made the statement that if they were starting all, over again they would give serious consideration to possibly limiting the types of medication and the classes of people to whom this would be applicable. In New Zealand they very specifically have lists of the medication that is included in medicare and the medication that is excluded in medicare. I am referring to actual prescriptions that are filled.

In other words, the fact that a physician writes a prescription in New Zealand, where they have

this modified medicare plan, does not automatically mean that the patient is getting the prescription free and that the government is paying these recommendations, it is with the knowledge that we have gained in studying the various plans in existence in other places to try to make the recommendations to the government, that, if they would give consideration to these proposals, they may find ways and means of curtailing the very extensive cost involved without, at anytime, impairing the ability to render the proper pharmaceutical benefits to those that need it.

Now, in most cases, things like insulin which you are mentioning, are at all times included. There is a wide range of medication which is not a basic necessity. It is required but it is not something that the government feels they are prepared to undertake to pay for, except, in the classification of people who are designated as receiving all the pharmaceutical benefits free. So, they do have these various classifications, both of drugs and of people.

MR. CHAIRMAN: I think then, Mr. Labow, to make a rather simple question of it, I take it then if a doctor prescribes aspirins for the patient, that probably, it will not be one of the drugs that will be covered, that would be on the free list. I am not asking...

MR. LABERGE: I would say yes to that.

MR. CHAIRMAN: In other words, there would be a list of drugs, but there would be some things that might yet be the object of a prescription, which, however, would not be on the free list.

MR. LABOW: The answer is yes. This is a simple illustration of what they have in Australia. Now they have hundreds and hundreds of pages of drugs which they cover. Now this is the Commonwealth of Australia and the pharmacist is guided by this, so is the physician! Now, if the physician prescribes one of these drugs, then that comes under the medical benefits. If the physician prescribes a drug that is not included and there are thousands of items in here, then that is not paid for so.

This matter is in the hands of the medical committee that is going to make the decision as to what is imperative and essential and what is not.

MR. FORTIER: Mr. Lampert would you tell me, suppose we think of including only some specific drugs, I mean the basic ones, would you have a number of those drugs that we should include in that plan such as...

MR. LAMPERT: Oh yes. Indeed.

MR. LABERGE: The basic essentials are very extensive. Very extensive insofar as... now here we are dealing with a different type of prescribing habits. In Australia, New Zealand and to a major degree in Great Britain, the drugs used, I should say the prescribing habits are markedly different from the prescribing habits in Canada in the U. S. And therefore, in assessing which drugs would be used you would find an entirely different approach to the problem than they have in the other countries.

MR. RENAUD: Mr. Laberge, I refer you to page 12 of your brief and on paragraph 5, you are talking about a prescription fee of \$0.85 for the pharmacist, a dispensing fee of \$2.50 which is \$1.65 plus \$0.85. Is there any salary or return for the pharmacist in the first amount of \$1.65?

MR. LABERGE: I refer first to Jacques Hébert on the latter part of your question for the return of the pharmacist and to Dr. Bryant for the balance.

MR. RENAUD: And my second question will be: « How did you arrived at \$0.85 for the fee? »

MR. LABERGE: That is Dr Bryant who will answer that. You want to take the first part of the question?

MR. HEBERT: The costs of...

MR. CHAIRMAN: Do you mind standing, I think it would be better. If that is the case you have better sit down not because it is a question of dignity but there is a question of being able to see him as well as hear him.

MR. HEBERT: To answer your question, Sir, the return to the proprietor is only shown in what we call the professional fee, the \$0.85, which Dr. Bryant later on will explain to you. What we were... what I have included in the cost of dispensing what we call here, direct dispensing, is the salaries paid to the druggist or to the pharmacist preparing a prescription and also the portion in a case where there is a single proprietor, the portion of his salary, of a salary based on any pharmacist filling the prescription based on a ratio that we have arrived at following our survey.

Therefore and besides I may add, the salary used is a standard salary following Mr. Fuller's reports, which he reports every year and I think it is a standard salary which is being used

in the reports of this type across Canada, so this I think...

MR. RENAUD: Do I have it clear in my mind?

MR. HEBERT: Yes?

MR. RENAUD: Do I have to understand that the \$0.85 goes only to a pharmacist when he is the owner of a pharmacy?

MR. HEBERT: Yes that is correct.

MR. RENAUD: It is correct. And the other amount of \$1.65, there is a fee for the pharmacist also?

MR. HEBERT: Not a fee as such. It is the cost of preparing the prescription plus the overhead. There is no fee at all in this...

MR. KENNEDY: Well, it is part of the salary that is included in this amount for the owner of the pharmacy.

MR. HEBERT: Yes, the salary paid to the pharmacists preparing the prescription, not regarding if this pharmacist is the owner or an employee. This is for labour in another words, if you wish to call it this way. For labour in the preparation of the prescription.

MR. KENNEDY: In other words the owner gets paid twice if the time amounts are included in this \$2.50?

MR. HEBERT: Well the owner gets... I do not think he is being paid twice, he gets a salary preparing a prescription...

MR. KENNEDY: Plus a fee.

MR. HEBERT: ... now if he wishes to work twelve hours a day instead of the regular, let us say seven hours, naturally his return will be greater, but and I would like to remind the committee that what we call a salary is not the full hundred percent salary that we pay, it is just the portion of total salary but only the portion applying to prescription filling.

MR. RENAUD: So the 85% is for a return on the investment for the owner?

MR. HEBERT: I think I would like Dr Bryant to explain, he is the one...

MR. BRYANT: The \$0.85, gentlemen, is

based on the operation of the pharmacy with sales of less than \$100,000 a year, it just covers the operating cost plus a reasonable salary to the proprietor, the owner of the store plus a reasonable return on his investment. I can explain the calculations this way that the pharmacy with sales of less than \$100,000 a year, that is total sales not just the ethical Pharmaceuticals of the \$100,000 as shown in the Thome-Mulholland survey, approximately \$27,800 will be prescription drug sales. That works out an average number of prescriptions of 23 a day in the smallest pharmacy.

I have used the calculation of 25 to make the arithmetic more simple. If we take 25 prescriptions a day, at \$0.85, that will give him a return of \$21.25 a day. The small pharmacy is open seven days a week so that multiplying that by seven, he would have a return of \$148.75 a week or \$150 a week approximately from the \$0.85 for the prescriptions he fills.

Now this is included as well in the case where the pharmacist is also his own dispenser, this is included in the figures of \$9,000 for the proprietor's, or manager's salary. This is apparently the amount shown in the survey, but it has been adjusted downwards by \$1,955, since this was thought to be an excessive salary to impute to the owner manager so it would take \$7,000 as the salary to the owner manager. Take half of that because Thome Mulholland showed half of the salary of the proprietor is applicable to prescription drugs. That is another \$3,500 a year or \$70 a week to add to the \$150 a week, so that the return to the pharmacist would be \$220 a week in the drug store selling \$100,000 of merchandise or less.

Now that \$220 a week is approximately \$10,500 a year, total return. The \$10,500 breaks down to two portions, a return on his investment in his business and a professional return or salary to him as a professional man. The average investment in the dispensing side of the business, and this does not vary with the volume of business in the store, even the small druggist has to carry a complete line, and the average investment is about \$15,000 in the pharmaceutical side of the business. So allowing say a 10% return on this investment, which is not unreasonable, I would suggest, then of the \$10,500, \$1,500 would be a return on his investment, \$9,000 would be his salary including the professional salary plus the portion of salary included as the cost of doing business.

So his total return is \$10,500 in the smallest pharmacy.

MR. RENAUD: Did you work the same way to establish the fee at \$0.85? That is...

MR. BRYANT: This was how the fee of \$0.85 was established to say what would be a fair return to the smallest pharmacist, because if the fee is too small and the small pharmacist just would not be able to operate the pharmaceutical side of their business and justify the investment in material and in the time spent. There are many of the small pharmacists in the small towns that would require a fee of this magnitude to enable them to continue their operations.

MR. RENAUD: Thank you, Sir.

MR. CHAIRMAN: Could you tell us... we have just been talking about the statement here which the auditors have prepared, and in the second line of this statement, we give for the five, or perhaps I should say, the four different groups of pharmacies, the total prescription sales. Could anybody tell us approximately how many prescriptions were involved in each of these cases?

MR. BRYANT: I think we could... are we looking at page 2, Mr. Chairman?

Yes, it is possible to determine the number of prescriptions. I said, for example, in the pharmacy, in the first column with sales below \$100,000, they fill approximately 23 prescriptions a day...

MR. CHAIRMAN: Yes I know that.

MR. BRYANT: ... now I achieved that figure by dividing the \$27,841 by \$3.29 which is the average prescription cost today in a pharmacy.

MR. BLANK: At that time.

MR. BRYANT: ... at that time, I am sorry, in 1964 to relate the average cost of a prescription to the data in the survey. You could do the same thing all across the line by taking the second row, total prescription sales divide by \$3.29 and that will give the number of prescriptions a year in each pharmacy.

MR. CHAIRMAN: Yes. So I take it then, Dr. Bryant, that in the period covered by this report the average cost of a prescription is \$3.29 and the association, as I understand the brief, is proposing that there should be a fee added, was it \$2 or \$2.50?

MR. LABERGE: \$2.50.

MR. BRYANT: \$2.50

MR. CHAIRMAN: Is this going to make the average cost of a prescription, assuming this system has existed at the time of the survey, \$5.79?

MR. LABERGE: No, this system tends to bring the higher priced drugs down, it will necessarily bring the lower priced drugs up.

MR. CHAIRMAN: But...

MR. LABERGE: It is based on cost.

MR. BRYANT: One factor there, Mr. Marler, in your figures I think you were adding \$3.29 plus \$2.50..»

MR. CHAIRMAN: I was, yes.

MR. BRYANT: ... now the proposal here is that the \$2.50 professional fee be added to the cost of the price that the pharmacist pays to the manufacturers for the drug, but the \$3.29 is the average prescription price to the consumer over the counter.

MR. CHAIRMAN: Yes. What... supposing that we were to entertain this idea of a prescription fee of \$2.50, what is this then going to make the average cost of a prescription?

MR. LABOW: That would be entirely predicated on exactly what is the doctor prescribing and the cost of drugs. We have established here there are three factors involved in the pricing of prescriptions: one is the cost of drugs which we have no control over, this is something supplied to us by the manufacturer, secondly is the overhead cost of filling a prescription which exists all the time whether today or next year, thirdly, is the return on investment and a profit.

Now when we discuss what will happen to the cost of drugs we have to accept the fact that the problem has not been with the low cost, low priced prescriptions. The problem has been how to control, — with the very new in the past fifteen years, twenty years, with the tremendous advances made in pharmaceutical research, in medical research — how to control these very complex drugs that have come on the market, that are very essential for the various illnesses and at the same time are very costly to produce. The only way that this can be controlled, is, by removing from the entire picture the cost of drugs and establishing a cost of the

filling of a prescription. The moment we establish that, then, we have a standard fee, as opposed to the present system where we go by list price.

No matter how we do it, if a drug lists..., let us say, we have many of them in that category at \$12 a hundred. The pharmacist's cost on that drug is \$7.20; we make 40%. Now that 40%, no matter how we look at it, covers the cost of dispensing, etc. etc. Now, in order to fulfil the requirements which we are aiming for, that is to bring down the cost for these high price drugs, it has to be balanced off in some way, by applying the professional fee which is based on actual cost plus a very reasonable amount which would be return on investment etc... then we find that the cost of expensive drugs will be reduced very markedly whereas the cost of the lower price drugs will be increased but certainly not in proportion to the marked decrease in the expensive drugs.

Now one thing is certain, that we cannot, it cannot be done, it is economically impossible to reduce everything all the way down and still maintain an overhead. So that the primary purpose in this is to assist the medicare plan by reducing the one factor that contributes to the terrific increase in cost and that is reducing the expensive prices of high priced prescriptions. In order to do so, we would have to establish one factor which is firm and that is over and above fixed overhead we are only allowed a certain margin of profit. In other words, it is a professional fee which all professions recognize and accept.

By doing so there is no sliding scale of percentages, we know that there is a fixed overhead which is applicable to every drug, whether it is a \$1 one or a \$20 one, plus a narrow margin which would be the return on our investment. In that way, and this is being done in a very large number of welfare plans in the States. They have found that the over-all cost of prescriptions has dropped. This is actually in practice in a number of places in the States for their medicare system.

MR. CHAIRMAN: Mr. Labow, I had asked, and I wonder if it would not be possible to have an answer. What we are talking about is a review of cost that has already taken place and when we talked about the average of \$3.29, it is quite clear then that it included the high priced drugs and low priced drugs. And then we got to this figure of \$3.29 and then I said supposing we add \$2.50 to the amount, that seems to bring the average cost to \$5.79. Well I was told no, no one could not add these two figures together. But what would have happened in this period covered

by the report if the \$2.50 fee had applied in the way which Mr. Labow has just explained.

MR. LABOW: Are you referring to the cost of the actual prescriptions?

MR. CHAIRMAN: No. I am talking about what the sale price...

MR. LABOW: I mean to the consumer.

MR. CHAIRMAN: ... what the average cost to the consumer is going to be.

MR. LABERGE: At that time, Sir, it probably would have been a fee of \$2.50. The cost of drugs, the basic cost, is roughly between 40% and 50% marking. So it would be about \$1.75, cost, if you were to add on \$2.50, it would have brought that cost up to \$4.25. On the other hand, it would have brought the cost of high priced drugs down. Dr. Bryant has pointed out that the pharmacist makes...

MR. CHAIRMAN: Mr. Laberge, your arithmetic and mine are not going to work out to the same conclusion, I am afraid, on this \$3.29.

MR. LABERGE: If I may refer, I think, it is to the Fuller report on this average cost of \$3.29. Fuller also pointed out that 36% of the prescriptions filled in the province of Quebec were filled at a loss to the pharmacist. He went on saying that the prescriptions under a certain figure, under \$3.50, were filled at a loss, an actual operating loss and those above at a gradual profit.

On the breakdown of the \$3.29 and your addition of \$2.50 onto that, the \$3.29 is based on the present system of mark up on the drugs and this proposal that we have, this recommendation we have made, is to establish a fixed dispensing fee plus the cost of the drug, not the cost of the drug plus mark up but the basic cost of the drug. Now as to the controlling of the prices of the new drugs that come in, this is a matter not within our jurisdiction but these prices are determined elsewhere by the manufacturers.

MR. MARLER: I think the committee fully understands that, Mr. Lampert.

MR. BLANK: There must be away of getting the answer to that question, Mr. Marler. In this period that you covered by the report where you reached \$3.29 as the average cost, as the average cost to the consumer. What was the average cost

of the drug alone to the pharmacist in that period? Forget about everything else. What was the average cost of the drug during that period of your survey?

MR. LAMPERT: According to the Fuller's survey, if I recall, I can be corrected if I am wrong, on the average prescription, the price of \$3.29, the average cost of the drug to the pharmacist, was approximately \$1.64...

MR. BLANK: So to that we have to add \$2.50.

MR. BRYANT: ... so we have to add \$2.50 and we get the figure of \$4.19 which is higher than the average in 1964, but there is a point that I think...

MR. BLANK: What you are saying is that perhaps in 1964 you would not have asked for \$2.50. You would have asked for only \$2.

MR. BRYANT: Well, this is quite conceivable. I think we have to recognize the costs have increased since then, that is one point. Another point that is perhaps relevant many druggists will say that the rest of the store is subsidizing the dispensary as well with the average prices of \$3.29.

MR. CHAIRMAN: This is quite possible.

MR. BRYANT: In fact, they are not operating their dispensary in many of the smaller stores, particularly, on an economic basis.

MR. CHAIRMAN: I think what Mr. Bryant says is something that certainly I have suspected in one or two instances. Not very long ago, I was in a drug store in one of the United States, in North Carolina and it looked like Woolworth's, there was more Woolworth part of the drug store than there was prescription. The prescription occupied, I suppose, if it was a twentieth that would be an exaggeration, I think probably a fortieth of the floor space was occupied by the prescription and it certainly gave the impression that this was not the money making line in this particular store and I take it that this is true at varying degree depending how much of other things you sell, and prescription drugs.

MR. BRYANT: I think that is correct, Mr. Marler.

M. MARTIN: Dr. Laberge, en page 7 de votre mémoire, vous signalez qu'il n'y a pas de

pharmaciens en nombre suffisant pour les besoins existants. Est-ce que ce manque se rapporte à l'île de Montréal ou à l'ensemble de la province et une question qui peut suivre, évidemment, à combien évaluez-vous ce manque et sur quoi vous basez-vous pour donner ces chiffres?

M. LABERGE: Bien on se base sur le fait qu'il y a à peu près...

MR. MARTIN: You can answer in English if you like...

MR. LABERGE: Sorry. We are basing this on the statistics at our disposal, I do not remember them exactly but we have something like 1,500 ou 1,600 pharmacists in the province and we only have 1,300 pharmacies. So therefore if you would need two pharmacists per store there is not enough to go around. That is why one man must work from morning till night. He is there from eight o'clock in the morning to ten o'clock at night. He has to be there.

MR. BLANK: You have students that work certain hours and do certain work. Mr. Laberge, am I right in assuming that you have pharmacy students who have reached a certain stage of development who do operate the pharmacy under the rule...

MR. LABERGE: Under the supervision of a pharmacist.

MR. BLANK: Not the physical presence of the pharmacist.

MR. LABERGE: He should be there.

MR. BLANK: In fact, is he there?

A VOICE: Do you have something to add to this?

MR. BERCOVITZ: There is in fact a great shortage of pharmacists as has been suggested. To us as pharmacists, it is important that the number of pharmacists be increased. Mr. Labow has figures to show what is happening in pharmacy today. I think that, the only interpretation of the figures that he has, is that the remuneration today is not adequate to attract new pharmacists to the profession. So that in competition with other professions, we are losing out. Our universities are not operating at full capacity in so far as students in pharmacy are concerned. I think Mr. Labow has the figures to show that.

MR. LABOW: This is one of the most serious problems troubling the men who are at the head of organizations of pharmacy who are looking to the future and the welfare of our profession. I spent a great deal of time with Dr. André Archambault, of the University of Montreal, he is the Dean of the Faculty of Pharmacy, in order to study the problem of the profession of pharmacy and the number of pharmacists that are entering and graduating. And instead of taking up a great deal of your time, I would like to give you just two dates. In the year 1950 to 1951, there were, during that semester, there were 356 students enrolled in the Faculty of Pharmacy. In the year of 1965 to 1966, which is 15 years later, that number has dropped to 275.

Now at one time 95% of all the pharmacists that graduated from our Faculty of Pharmacy went into the retail end of pharmacy, neighbouring areas, country areas and so on. Today, according to Dr. André Archambault only 60%, to 70% of the students go into the retail end of the pharmacy because they have found that it is not, from their point of view, warranted by the investment in time, that is, five years of university and money. Now, the Faculty of Pharmacy at the University of Montreal has a capacity of 450 to 500 students and is operating at the present time with an enrolment of 275 students.

M. LABERGE: Je voudrais souligner, « in the Castonguay report they foresee a shortage of something between 600 and 700 pharmacists in 1971 ». This is something that perhaps we could work to avoid.

MR. KENNEDY: With regard to this predicted shortage of pharmacists, it is quite obvious from the report that was prepared by the chartered accountants that the pharmacists devote only, they have established a figure of 50% of their time to prescription work. Is there a possibility that the shortage may be reduced to a certain extent if the pharmacist devoted more time to actual prescription work and less time to the other activities of the pharmacy. We can see in the large pharmacies that the activities devoted to other aspects of the trade other than the prescription must be far in excess of the 50% that has been used across the board, because the total prescription sales is only equal to 12% of the total volume of business and it would seem ridiculous if he should spend 50% of his time to achieve a 12% volume of business.

MR. LABERGE: Someone pointed out a while

ago that this part of a store is essential to the subsidization of the loss he incurs in his dispensary. However Mr. Labow will enlarge on this.

MR. LABOW: When we use the phrase 50 and this is an actual time and motion study document, the percentage was 52% of the time was spent in filling prescriptions. But I think you gentlemen will agree with me that you have to first define what is involved in filling a prescription. The act of filling a prescription does not mean that this is all he does. Of the balance of his time there is still a certain amount of time which is required in looking after the replenishment of drugs which is that we call, « placing the orders ». A certain amount of time is spent on the telephone without being productive from the view of prescriptions, with giving physician informations. Now we could go through the whole gamut of it and show you that a large percentage of that time is spent in doing things that only a pharmacist can do but the actual compounding of prescriptions, that is true, the actual mechanical work of filling prescriptions, typing labels and finishing them takes 52% of the time. But at no time could you operate a pharmacy with just filling prescriptions. Now another point I would like to bring to your attention is the fact that we talked about 12% of the total volume being prescriptions or 15% or 20%. We must bear in mind that the size of the store and the total volume prescriptions has a relationship only in percentage volume, but when we break it down into actual prescriptions filled, the average store will be filling 30 to 50 prescriptions a day.

If some man has the means of opening a great big pharmacy when he is going to have 88 other departments, it does not alter the fact that, even though, comparative volume shows that the prescription department represents only 12% of his total, he is still fillings a basic number whether it would be 35 or 40 or 50 prescriptions which is the normal range for an average pharmacy. So he is still serving his purpose as a prescription filling store and we cannot afford to place in juxtaposition dollar volume with prescription volume unless we take into account the average operation of the average pharmacy.

MR. BERCOVITZ: I would like to, I think, clarify the situation because there are a number of facts here that do not seem to add up, and we are trying to put our finger on just where the « gimmick » is. Now, in fact, our figures

show that it costs roughly at the moment \$1.65 or something to fill or rather we are demanding, requesting, of the consumer \$1.65 to fill the average prescription outside of cost of ingredient. Our auditors report shows that it costs us \$1.60 from the consumer, I am sorry, it is costing us \$1.65 to fill a prescription. Remember your committee asks... well if the pharmacist is no gainfully employed all of his time it is obvious that if he were to be employed full time he would be able to make a go of this and require less return.

But gentlemen, it is quite the contrary. The fact of the matter is that, it has been pointed out the remainder of the store subsidizes the dispensary. This is not theory, this is fact because only in exceptional circumstances is a dispensary, by itself, viable. It is viable in a medical building where certain facts, other factors are constant. For instance, no night-work or delivery which restricts the services to the consumer. Where there is a high concentration of prescriptions because there are a number of doctors or physicians in one spot and so forth. But I think there is no contradiction to the fact that we are, in fact, subsidizing our dispensary and should we arrive at a happy time when we are filling double a number of prescriptions, then we shall be subsidizing it further. The only thing that offsets this is that the remainder of our store will increase in like manner.

MR. BLANK: You cannot promote the selling of prescriptions, you cannot advertise, you cannot try to attract attention. It is just those customers who actually want to go to your place to get a prescription, come there, and the average is 30 to 40. Yet with the other part of your store you can attract more clientele, you can advertise, you can bring more people in and yet this passing trade will not give you more prescriptions. These people are not necessarily sick.

MR. BERCOVITZ: And yet, if I may, it seems to be the other way around because neither is the front store viable without the prescription counter and I think that there seem to be a thinking among pharmacists to further professionalize their prescription counter to attract people to the remainder of the store. So one goes hand in hand with the other.

MR. BRYANT: I wonder if I may just address myself to the specific question: « would it not be possible to increase the supply of pharmacists, the supply of pharmacists time by having

them work at something more than 50% of capacity in pharmaceutical operations. There are two considerations, one of them Mr. Blank mentioned indirectly, that it is impossible to promote more business for prescriptions drugs. The pharmacist cannot say: « We have a sale of prescription drugs today, so try and be sick this week and keep me occupied 75% or 100% of my time or filling prescriptions. »

There are many small towns that need a pharmacist just for the convenience of the residents of the town and he is limited in the amount of business that he can do, just by the number of people in the town, the number of prescriptions given by the physicians in the town. What economist would call economies of scale, « you have to have a pharmacy, it has to be a certain size, it has to have one pharmacist, but the market area served may not be in itself big enough to keep the pharmacist occupied for a hundred percent of his time in his professional occupation.

The second consideration that Mr. Labow mentioned to me yesterday evening, that I frankly did not know about, but I can see his sound point, that there is great social value in having some reserve capacity in a pharmacy because in times of epidemic, for example, for these things do occur, the pharmacy has to have some reserve capacity for the additional volume of business. So that it will be socially undesirable to have any arrangement whereby pharmacists who are working a 100% of their time just under normal conditions because then we would not be in the position to handle an excess demand for prescription drugs in any given area.

MR. MARLER: Mr. Laberge, in the statement that we are discussing, the figures at the top give both total sales and total prescription sales, I take it that the prescription sales are as the name suggested only those on the prescription of a doctor but what proportion of these total sales would be represented by drugs sold without a prescription?

MR. LABERGE: I do not think I can give you an exact answer except from a personal observation in my own analysis in my operation, where it comes to approximately 15%. This is not a criterion, my operation is not a barometer.

MR. MARLER: You mean 15% of total sales.

MR. LABERGE: Total sales, yes.

MR. MARLER: And prescription sales will be apart from that 15%.

MR. LABERGE: Apart from that.

MR. BLANK: Mr. Laberge, there is one question that struck me. There is a \$2.50 fee. Do you think it should be the same in Montreal, as Noranda or Témiscamingue? Should it be the same or should it be scaled up or down for rural areas?

MR. LABERGE: Well, Mr. Blank, our findings are based on a Montreal report. We do take into consideration low volume stores and perhaps in the outlying districts the low volume stores would probably predominate and this figure probably would stand for them just as well.

MR. MARLER: ... it would be there as it is in the case of the urban centers where not only there is one pharmacy there but there are maybe 130 others that are also there.

MR. LAMBERT: I would like to supply some additional information on this if I may. This figure out \$0.85 or the total dispensing cost of \$2.50 is based on a small operation of \$100,000 or less and although we used Montreal basically, the greater Montreal area for our survey, we found that our figures corresponded very, very closely, so closely that we could say that they were just about identical, with surveys done elsewhere which covered both rural and urban areas so that, we were not wrong or nowhere overly selective.

Again our fee, our recommended fee is based on a minimum amount necessary to allow the small pharmacies to survive. We do not pretend nor do we suggest that this should be universally applicable, as a matter of fact we feel personally, this has not been included in this brief because we felt this would be a matter for discussion later, but there will be some sliding scale of dispensing fee applied so that the larger pharmacies or the pharmacies in a concentrated area that do a tremendous volume of prescription business, such as in a medical center, would not exploit through circumstances the benefits of this dispensing fee basis.

If a pharmacist, if a particular pharmacy fills 400 prescriptions a day and my figures are quite arbitrary for the point of example, we do not say that he should be paid \$0.85 for each of 400. This would be an unreasonable figure. But \$0.85 is required by the pharmacist, the pharmacist proprietor who operates a small store, a very necessary store because if he closes up, a whole area of service is done away with and the proper dispensing of drugs and the maintenance of therapy cannot be kept up.

MR. LABERGE: What Mr. Lampert is referring to is the impossibility of an escalation arrangement.

MR. BLANK: \$2.50 for the first 50 prescriptions. \$2 for the next 50...

MR. LABERGE: That is the general idea. This will be very equitable. I'd like to go back to something Mr. Blank said a minute ago concerning the nature of medication. It is not a part of commerce, we cannot promote it, we cannot advertise it, we can't put it on sale, we can't have week-end specials for nitroglycerine pills or hypertension tablets because we were overloaded with them. We can't say: « This is the time to have a heart attack, there is going to be half-prices this week ». We can't talk about them and what is left, what is wasted, we must discard after they have exceeded their age limit. This must be thrown out.

MR. CLOUTIER: Mr. Laberge, on page 13, you say: « With cost control set at the level of purchase of ingredients ». What kind of cost control could be used?

MR. LABOW: We envisaged the fact that with the experience that the committee, I'm referring to government committees who have been studying the various health legislation in medicare plans in other countries, will be patterning themselves in establishing cost based on the average size used. Now this is a factor which is very important in establishing cost control.

In other words, if a certain medication, let us say, hypertensive tablets are very widely used, although the manufacture may turn out a bottle of one hundred, five hundred, a thousand or five thousand. If the government finds that the average size used is in the thousand or in the five thousand size, they will establish the price, cost price of that product, of the medication on the thousand level. As opposed to the pharmacist having the right to say: « Well, I'm buying this in bottles of a hundred and it is costing me 20% more ». This is something that is being done in Australia, New Zealand and in England, where they list the size of the product or the price that they will pay of each medication because their analysis their experience has shown that if hypertensive tablets are widely used and the average pharmacy buys it in the hundreds, even though the manufacture puts it up rather in the thousands, even though the manufacture puts it up in hundreds, they will pay according to the cost of the tablet, per thousand and that is what we are referring to when we say « with

cost control set at the level of purchase ingredients ».

MR. BERCOVITZ: I think that though Mr. Labow's reply is correct, I don't believe that this is the intent of the question. The cost control here that we are referring to is the fact that we are offering a means of controlling the cost of the filling of the prescription, because it makes it independent of the cost of ingredients. The cost of ingredients brings out another area, or put into other words, if our remuneration is tied to the cost of the ingredients, it is in our interest, our selfish interest, to see that this cost is as high as possible. On the other hand if our remuneration is totally independent of the cost of ingredients, it is in fact our interest to see that the cost is as low as possible.

MR. ROY: Mr. Laberge, how did you select the 21 pharmacies which are in the survey?

MR. LABERGE: The selected 21 pharmacies at random taking high-bracket stores and low-bracket stores and in various areas of the city so that we would have a good cross-section picture of the pharmaceutical profession.

M. MAJEAU: A la page 11 de votre factum, paragraphe 3, dans la dernière phrase, vous mentionnez un inventaire moyen pour la région de Montréal de \$39,612. Est-ce qu'il est exact de dire que ce montant s'applique, si les détaillants ont 30 jours pour payer le manufacturier?

MR. LABERGE: We pay in thirty days but this is the inventory, the physical total, the physical inventory average.

MR. MARLER: Of drugs only?

MR. LABERGE: No, store inventory.

MR. MARLER: This seems logical. In other words you can't limit it solely to either drugs or prescription drugs, you have got to have a broader range.

MR. LABERGE: Mr. Marler, I would like to read something to you that appeared over Mr. Fuller's signature after the Canadian Survey on prescription pricing and Canadian pharmacies. « A prescription » and I quote « is an order for specific medication for a certain person at a particular time and can be prepared only by a licenced pharmacist on direction of a licenced medical practitioner. »

« A prescription is not an article of trade »,

as Mr. Blank pointed out, « capable of being bought or sold by anyone. It is only for the use of one person. The services rendered by the pharmacist in dispensing and or compounding a prescription are of a professional nature requiring specialized knowledge and judgment and the assumption of legal responsibility and the reward he gets for his services is therefore a fee. The professional services rendered by the pharmacists are not a function of the cost of the ingredient used. That is, the cost of performing such services is not caused by the cost of the ingredients entering into the prescription. The cost of these services is practically identical for all prescriptions dispensed within a given pharmacy and therefore the professional fee should be the same for all prescriptions dispensed in a given pharmacy. » This is from professor Fuller.

M. BARIBEAU: M. Laberge, si vous me permettez, à la page 11 de votre mémoire, vous déclarez que l'inventaire moyen de nos pharmaciens est de \$39,612. Quel est le pourcentage des médicaments dans cet inventaire?

MR. LABERGE: It does not vary too much. This is the average inventory for the average pharmacy, the prescription inventory usually is about \$15,000.

MR. BARIBEAU: \$15,000, it is a tremendous inventory. It is about one third.

MR. LABERGE: Roughly. It is a little more than one third, in this case.

M. BARIBEAU: Ceci comprend les médicaments qui sont à part des prescriptions?

MR. LABERGE: They are related items, that's right. A lot of these things are on the shelf but they are subject to the prescription department.

M. BARIBEAU: Maintenant, à la page 5 encore, vous mentionnez que le chiffre d'affaires de nos pharmaciens est de \$100,000 à \$250,000 par année. Je dois comprendre que ces chiffres comprennent la vente des prescriptions des médicaments et de tous les autres articles que l'on trouve dans nos pharmacies.

M. LABERGE: Cela comprend la vente complète.

M. BARIBEAU: Maintenant, est-ce que vous avez le pourcentage des ventes des prescriptions et des médicaments?

M. LABERGE: Vous voyez ça sur le premier tableau.

MR. HEBERT: The sales breaking down between total sales and prescription sales only is found on the ... appendix « A ».

M. BARIBEAU: Page?

M. HEBERT: La page...

UNE VOIX: Merci.

M. HEBERT: Alors vous avez les chiffres devant vous.

M. MAJEAU: Est-ce que les pharmaciens obtiennent un délai de 30 jours avant de devoir payer des médicaments qu'ils ont acheté du manufacturier?

M. LABERGE: Les pharmaciens sont dans une classe par eux-mêmes, ils ont 30 jours et ils en prennent toujours 60.

M. BARIBEAU: Je vous remercie, nous avons ici le pourcentage inscrit dans votre mémoire, Dr. Laberge, je vous remercie. Nous avons ici les pourcentages des ventes des médicaments.

M. ROY: M. Laberge, est-ce que la plupart des pharmaciens ont des comptabilités différentes pour les prescriptions et les autres ventes?

M. LABERGE: M. Labow, il a trouvé des exceptions. Lui, il tient une comptabilité séparée. You want any information in that respect?

MR. ROY: That is an exception.

MR. LABERGE: There are quite a few, there are varying degrees. I know that Mr. Labow does an exceptional job on that. Now, we all keep registers of prescriptions filled, this we have to do by law.

MR. RENAUD: And you have reports to make sometimes on particular drugs?

MR. LABERGE: That is right.

MR. RENAUD: To the federal government or where?

MR. LABERGE: To the Department of Health. We have the Food and Drug Act. We have to supply a list of the products dispensed and how many, to the patient, the doctor's name, and the date.

MR. RENAUD: And by law you must keep a register of all the prescriptions you make?

MR. LABERGE: By law, we keep a register of all prescriptions and we keep them on file permanently.

MR. RENAUD: And is the price mentioned in this particular register?

MR. LABERGE: We keep a record, not in the register. In one of our registers, we keep the prices mentioned too.

MR. RENAUD: That answers the question.

MR. BERTRAND: On page 4, paragraph 2, there are there a few lines which surprise me. « The price of ingredients is within the jurisdiction of the manufacture and the overhead cost » and it is the main point of my question, « is determined by economic and sociological conditions in the community served by the pharmacies. » I don't entirely understand this point of view and probably it will be good to have some comments or explanations, I ask this question: Is it exact or fair to say that the overhead is determined only by these both types of conditions?

MR. LABERGE: There are factors involved in a certain area, let us say, they have certain services that are not applied in other areas and this may alter the over-all picture, but it is nevertheless a part of the service to which the people are accustomed and from which they would not depart. These factors are determined, as we point out, and it is not an exact clarification here, but there are economic and sociological factors that do affect.

MR. BERTRAND: It is not the only condition. There must have some other?

MR. LABERGE: There may be others.

MR. MARLER: I think, Mr. Laberge, that it costs more in rent at the corner of Peel and St. Catherine in Montreal than it does on the Main Street in Mont-Joli, for example.

MR. LABERGE: That is a factor. But in the over-all picture right across Canada it is not too far off, I know, it does not vary very much.

M. DUPRE: M. Laberge, vous avez dit tantôt que vous étiez obligés par la loi de garder en filière vos prescriptions. Si je comprends bien,

c'est dans le cas des drogues contrôlées par la loi fédérale, pas toutes les prescriptions?

M. LABERGE: Pour toutes les prescriptions, parce qu'un médecin veut référer à une prescription.

M. DUPRE: On avait parlé de la loi tantôt.

M. LABERGE: Cela c'est la loi humanitaire.

M. BLANK: C'est la loi du collège aussi.

MR. BERCOVITZ: If I may get back to the influence of the social, economic factors, it stands to reason that everyone wants the greatest amount for the lowest price. I think we are all consumers and recognize this fact, but there is an area where a reduction in price with corresponding reduction in service is not acceptable to a given area or a given society. In other words the consumer has come to accept a given amount of service and quality of service and although he consciously or subconsciously realizes that he is paying for this, he quite readily does so and he will not accept a lower price with a corresponding decrease in service. If he can get something at a lower price at the same service level, he is quite happy to accept it. Therefore, there are factors other than straight competition involved, the sociological aspect of the people served is of greatest importance in this area.

M. BERTRAND: M. Laberge, est-ce que votre association a déjà étudié un système par lequel il pourrait y avoir un système de rotation au point de vue des heures d'ouverture, des journées d'ouverture, quand dans un même secteur, il y a plusieurs pharmaciens.

M. LABERGE: C'est un système qui a déjà été promulgué à notre collège et c'est encore sous considération.

MR. MARLER: There are one or two questions that we have got away from which are covered in the brief that I think the committee would be interested to discuss. You spoke in part of the brief here on the experience in England which resulted from the taking off of the deterrent fee and you made it particularly clear that the volume the number of prescriptions increased quite substantially after the deterrent fee was removed. Do you think of this as related solely to the deterrent fee or do you think that other considerations applied?

MR. LABOW: There is no question of it, gentlemen? I have here an analysis of a survey which comes from the United Kingdom and it shows that in 1964 they had filled 238,600,000 prescriptions. That is during the period when the deterrent fee was in effect. In eight months of 1965, which means with only seven months counting because the deterrent fee was abolished rather six months because the deterrent fee was abolished in February, they had filled 184,000,000 which projected for another four month period would bring the quantity up to 276 millions.

An increase in one year from 238 to 276 and now when we go back to the year previous to see, and there is always a steady growth in the prescription filling field. The difference between 1963 and 1964 was only 7 millions, 231 millions, as compared to 238 millions, the difference from 1962 to 1963, was 9 millions, 222 millions to 231 millions, so it is obvious that this terrific upsurge was motivated primarily by the fact that people did not have to pay \$1.50 for vitamins, at \$2 for vitamins, if they took the trouble to go to the doctor, get the prescription and bring it to the pharmacy.

So we see an increase from 238 to 276 which far exceeds any normal annual increase at any time!

MR. BLANK: You can have a deterrent fee not necessarily at the prescription level, you can have a deterrent fee at the doctor's level, it will accomplish the same thing.

MR. CHAIRMAN: Mr. Labow... Do I take it that the volume also increased at the same time as the number of prescriptions? Have you any information on that aspect of the question?

MR. LABOW: Are you referring to the doctor volume, sir?

MR. CHAIRMAN: No, I am talking about the volume of the drugs on prescriptions.

MR. LABOW: Of the store volume?

MR. CHAIRMAN: Yes. Of this situation in England that we have just been talking about,

MR. LABOW: Yes. The researchers found, and this is the Neilson research of November-December 1965, which is as close as we can get for accurate information, found that there had been, where in the past, there had been a marked increase in what we call OTC (Over the Counter

Products), which is medication sold over the counter. Whereas there had been, let us say, and I can tell you the figure, I will just keep you for a moment, let us say that the increase would be an average of ten or twelve percent annually in the OTC products. When the deterrent fee was removed, the OTC volume had only increased by three or four percent. So that although there was still an increase. There was a marked decrease in the potential increase as the chart had shown in previous years, during the deterrent fee situation. So that it is definitely, it is definite that the prescriptions that were filled because people could save that money from buying it over the counter resulted in a marked decrease in the normal purchases over the counter for the same products.

MR. CHAIRMAN: I take it that when you had a prescription with a deterrent fee the prescription probably covered a larger volume of the product than was the case, afterwards, when you had taken the deterrent charge off.

MR. LABERGE: No, the other way around. When you took the deterrent fee off, then the doctor was prescribing everything that they were not prescribing before.

MR. MARLER: Yes, but I am just wondering if before, when there was a deterrent fee, the patient would go to the doctor and the doctor would say: « Well, here, instead of having to have two, the same prescription filled twice, I will just prescribe twice the quantity »,.

MR. LABOW: But that is regulated, sir, by the rules laid down for prescribing. They have had to change these rules a number of times because of certain practices that crept in, in order to control cost. At one time, a physician who wrote so many prescriptions on a single pad, then they had to change it because the price being paid was per prescription instead of per number of items, you see. So that these conditions are being changed. These rules are being changed all the time to try to adjust themselves and control these costs.

MR. BLANK: At the time there was a deterrent, Mr. Labow. Was the doctor limited in prescribing drugs over so many days?

MR. LABERGE: Thirty days.

MR. LABOW: Frankly, gentlemen. I have had opportunities to discuss this with physicians in England, Australia and New Zealand, and

pharmacists and government people. The physician was not very happy about the removal of the deterrent fee. Now, we might think that they would be very happy because it means increased volume. But, they are so pressed with the tremendous number of people waiting each time in their dispensary that they found that they had to dilute their attention to the really sick patients, in order to have enough time to look after the patients who are merely there to try and save a dollar or six shillings or a pound.

MR. BLANK: Mr. Labow, I am going to ask you a question, perhaps below the belt, but, I gather, you in the professional capacity as a pharmacist, knowing something about medical insurance have made these travels and researches. Which of all these medical plans that you have come across is best to your knowledge? You are not exactly a layman here, you have looked at it from a professional point of view.

MR. LABOW: If you would ask me which plan would be most effective and work least hardship, I am speaking as a pharmacist.

MR. BLANK: Yes, as a pharmacist.

MR. LABOW: I would say that the deterrent fee is a very important factor in this, an extremely important factor. This would serve two purposes: Number one, it would take the pressure of the tremendous influx of patients who are not very ill, out of the doctors' offices, and number two, it would definitely cut the cost to the government in a very, very marked fashion. If it should interest you, the cost, the net cost of prescription filling went up in England and in the United Kingdom, from 1955 to 1964, from 50 million pounds to 94 million pounds, it almost doubled in a period of eight years. Now, when we consider these figures we can see, gentlemen, it is not that I am a proponent of the deterrent fee, as an individual looking for cash coming in. I merely look at it as an individual who is eventually going to be subject to increased taxation, to pay for this. The deterrent fee would be a very important factor and, in so far as our particular area in the medicare plan is, that the pharmaceutical benefits, if this were imposed it would certainly lower the cost.

MR. CHAIRMAN: The main question that I want to ask Mr. Laberge is whether the association has really consider this question of the deterrent fee, whether you have any ideas as to what would be a reasonable level. What technique can we use in connection with the deterrent.

Do we say, you pay a dollar to start with, and a half of the additional cost or what is a sensible simple deterrent that we can apply to drugs?

MR. LABERGE: Well, I think that this would be up to your actuaries to decide just how much money they have to spend and how much money the patient will have to contribute. This will be their decision. In England, they use something like two shillings which is 50 cents. Now, this is an arbitrary figure.

MR. BLANK: Was the deterrent based upon the cost of the prescription or on the percentage of the prescription or...?

MR. LABOW: The deterrent fee had nothing to do with the cost of the prescription, gentlemen. You see, you must remember that the deterrent fee was not something that the pharmacist put into his pocket and said: « Well, this is all mine ». This was taken off the total price so that, originally, if you, gentlemen remember the earlier days of the medicare in England, the deterrent fee was just a fewpence, then it went up to a shilling and it went from a shilling in December 1956 it stayed up to March 1961, it stayed at one shilling and in March 1961, it was increased to two shillings. Now, this raises a terrific hue and cry. The public had become accustomed to paying nothing, then one shilling and two and it became political. But, the two shillings had absolutely no relationship to the cost of the prescription because this is, the cost of the prescription is gauged by this, by all the different formulae and all the different tables that they have. All that would happen when we submit our prescriptions; they would deduct two shillings for every prescription that we had filled from the total amount due. But there is no relationship between the two.

MR. BLANK: Would there be any sense in having the deterrent, also based upon the type of drug, in other words, I think yourself that you prescribe three types of drugs: you have the narcotics, you have the controlled drugs and then you have the patent medicine. Now, would you suggest that it would be deterrent even on a narcotic and on a controlled drug, where only a doctor would prescribe when it is necessary! A patient could not convince a doctor to give him one of those drugs?

MR. LABERGE: You might confuse the issue there. Just to establish one deterrent fee, Mr. Herb Bercovitz will speak...

MR. BERCOVITZ: Gentlemen, in determining the amount of deterrent fee, if any, I think that this must be something which we must determine in our own experience and context, because we must remember just what it is that we are trying to do by deterrent fee. And obviously, it must be high enough to deter people from going to the doctor needlessly and yet low enough so that no one is deprived of medical service if they require it. And this, I believe, for any given area, it differs.

MR. GARBACS: I would like to add one point to that. On the question of classification of drugs. There is a difference in prescription drugs. In December 1965, one of the leading items for the month of December was contraceptive pills. Now this is not a matter of life and death, and this is not a matter of treatment of the chronically ill, but, because of the nature of the drug, it had to be prescribed by a doctor, and this gets back Mr. Marler, to the question you asked earlier: « Can we classify drugs as essential and... non essential ». That is not necessary to the maintenance of life and health.

If you are going to apply a deterrent fee, there must be a distinction made, because a deterrent is to avoid abuse of government support on prescription drugs, and this is the area where the deterrent fee is directed to. Not to the patient who requires insulin or requires nitroglycerine or any other of the life-maintaining drugs. I do not think that we recommend a deterrent fee in this classification, but only for the « non essential », (and I use that in quotes, please do not misunderstand me when I say: « non essential »), but for the drugs that are not vital to life and to the maintenance of health.

MR. CHAIRMAN: In other words, Mr. Garbacs it is quite considerable, we might have some drugs, for which there would be no deterrent fee at all...

MR. GARBACS: Oh yes Sir!

MR. CHAIRMAN: By all means?

MR. LABOW: Well, this is an established principle, gentlemen, in various medicare plans. No new drug is automatically put on a free basis. Number one, it is first, after it reaches the market, it is first studied by the physicians, by the committee rather set up by the government to determine whether that drug should be part of the medicare benefits. And this ge-

nerally takes several months, unless it is a life-saving drug, like a Salk vaccine or something like that. Secondly, we must bear in mind, and I would like to repeat what I said earlier that the government through its committee sets up at its very beginning, what drugs they will pay for and what they will not. In other words, if we get this from our government, and a doctor proceeds to write something that is not included in here, there is no question of deterrent fee or anything else! The patient pays for that prescription, the total cost, because it is not included in the schedule of drugs that the government is covering. So in the final analysis, the decision of drugs which will and which will not be paid for, is not in our hands, it will be in the hands of the committee set up by the government to make those decisions.

MR. MARLER: So, you perhaps have free drugs, drugs for which there is a deterrent fee and a third class in which the patient that is concerned pays the whole shot.

MR. LABOW: Also, that question of the population to whom everything is free, we must remember that there is that classification everywhere. Indigents.

MR. CHAIRMAN: Yes, that is what we might call a preferred class.

MR. LABOW: That is right!

M. LE PRESIDENT: Messieurs du comité, y a-t-il d'autres questions que vous voulez poser? M. Dupré.

M. DUPRE: Est-ce que cela veut dire que vous ne seriez pas en faveur que la couverture totale sur les prescriptions? D'après ce que monsieur disait...

M. LABERGE: Non, ce serait à la commission de décider mais comme nous l'avons souligné: « It is advisable to go or move in easy stages, not to make the mistake that they made in Great Britain, where they went too fast, get too much for too many, too quickly ».

MR. RENAUD: What is the situation in Alberta or Saskatchewan, insofar as the list, do you know about that? What kind of list of drugs are free in Saskatchewan and in Alberta, did you look into that?

M. LE PRESIDENT: Sûrement, mais seulement pour les assistés sociaux.

MR. LABERGE: It is divided by category also, it does not cover all the drugs in Saskatchewan.

MR. CHAIRMAN: As I understand it, Mr. Laberge, it covers only this preferred class of public assistance.

MR. LABERGE: I think so, it was the economically weak.

MR. CHAIRMAN: Yes.

M. LE PRESIDENT: Messieurs du comité, y a-t-il d'autres questions à poser à M. Labow?

M. BARIBEAU: Dr. Laberge, dans la plupart de nos pharmacies, la distribution des médicaments se fait à domicile, par nos pharmaciens et c'est ce qui est très populaire chez le consommateur, maintenant, quel est le pourcentage de ce service dans les frais généraux des pharmaciens?

M. LABERGE: Dans autres que les pharmacies?

M. BARIBEAU: Le pourcentage pour la distribution des médicaments à domicile pour un pharmacien?

M. LABERGE: Ah, la livraison à domicile?

M. BARIBEAU: Non, le pourcentage dans les frais généraux, dans l'« overhead »?

M. LABERGE: Cela dépend beaucoup sur la saison de l'année. S'il fait beau, les gens peuvent s'y rendre et s'il fait mauvais, les gens n'y vont pas. Mais cela forme un assez grand pourcentage.

M. BARIBEAU: Assez élevé.

MR. CHAIRMAN: Will the committee just suspend for a few moment, please... Y a-t-il d'autres questions que nous voulons poser à ces messieurs? Well, Mr. Laberge, and the gentlemen representing the Independent Retail Druggists Association, we have had a very interesting meeting with you this morning, we were delighted to have your brief, we were very much pleased by the explanations which you have given us and I must say that I feel sure that the members of the committee feel that they have gained a lot of information as a result of our sitting, this morning.

MR. LABERGE: Mr. President, on behalf of the members of IRDA, I would like to thank this committee for having received us et avec quelle gentillesse.

M. LE PRESIDENT: Le comité est ajourné à trois heures cet après-midi.

Reprise de la séance à 3 h 29 p.m.

M. LE PRESIDENT: A l'ordre, messieurs! Je demanderais à M. Pépin, secrétaire de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Québec de présenter les membres qui l'accompagnent et de donner aussi un sommaire des remarques qu'il a à faire sur le mémoire.

M. PEPIN: M. le Président, messieurs les membres du comité, messieurs. Je vous présente, par ordre: à ma droite, M. Jean-Paul Marsan, représentant de la Maison Marsan; M. Saul Barza, néo-drogue, Président de notre association; M. Riendeau, Président de la Maison Franca; M. Lafontaine, directeur de la Maison Pentagone; M. Demers, directeur général de la Maison Anglo-French, M. Roger Lévesque, de la Maison Biochimique, trésorier de l'association.

Etant assuré que la plupart des membres ont eu l'occasion et le temps de lire le mémoire de notre association, nous nous limiterons, au début de cette réunion, à le résumer à larges traits. Nous suggérerons ensuite un mode de distribution des drogues au Québec, qui rencontrera, croyons-nous, l'avis du gouvernement, celle du consommateur québécois et celle de l'industrie pharmaceutique indépendante du Québec. Dans notre mémoire, nous nous sommes limités intentionnellement à analyser les facteurs qui influent principalement sur les prix de revient à la fabrication et à la vente des médicaments et à faire des recommandations pour abaisser ces prix de revient.

Résumé du mémoire. En analysant ces facteurs, nous nous sommes rendu compte, premièrement, que presque tous les produits soumis à une véritable concurrence, se vendent à un prix accessible à la majorité des acheteurs canadiens; et à ce sujet, nous en venons aux conclusions du livre vert, publié à Ottawa en 1961, conclusions qui se lisent comme suit: « L'histoire de l'industrie prouve que lorsqu'une drogue ou des équivalents de ladite drogue est d'obtention facile aux manufacturiers, les prix ont

tendance à baisser et les bénéfices réalisés dans ce cas sont à peine au-dessus du coût de production. C'est une constatation majeure dans l'évaluation de la question des prix. Voici quelques exemples: la pénicilline G. procainique se vendait en janvier 1953, \$175 le milliard d'unités internationales et, grâce à la compétition, se vendait \$33 le milliard d'unités internationales en 1959. Grâce à la concurrence, en moins de six ans, de \$175 à \$33. En août 1948, une fiole de 10 millilitres de trois millions de pénicilline G. procainique se vendait \$23.40 et en septembre 1959, se vendait \$1.50, effet de la concurrence. Le méprobamate se vendait, lors de sa mise en marché, \$60 le mille; il se vend maintenant, \$7.50 le mille, grâce à la concurrence. La réserpine, \$31.50 le mille, et maintenant, \$4.25 le mille: la concurrence. Nous pourrions allonger cette liste indéfiniment.

Deuxièmement, en analysant ces facteurs, nous nous sommes également rendu compte que certains produits, qui sont à l'abri d'une véritable concurrence, se vendent à un prix excessif et relativement le même parmi les licenciés. A ce sujet, nous en sommes également venus aux conclusions du livre vert, publié en 1961, et je cite, page 257: « Il ressort des renseignements obtenus par cette enquête, qu'au niveau du manufacturier, les prix de certaines drogues sont affectés par le contrôle qui découle du brevet quant à la fabrication, la distribution et la vente de ces drogues. Le contrôle exercé par le brevet, quant à la fabrication, la distribution et la vente de certaines drogues a virtuellement éliminé la concurrence des prix en regard de telles drogues. » Page 259, du livre vert: « En fait, ce qui concourt à hausser les prix, c'est le contrôle exercé par le brevet sur les nouvelles drogues brevetées. » Voici quelques exemples: Un antibiotique en capsules, compagnie A: 16 capsules, \$5.30; compagnie B: 16 capsules, \$5.50; compagnie C: 16 capsules, \$5.40. Produit Ben gouttes, compagnie A: 10 millilitres, \$2.20; compagnie B: 10 millilitres, \$2.20; compagnie C: 10 millilitres, \$2.20. Produit C, en suspension, compagnie A: 60 millilitres, \$3.35; compagnie B: \$3.80; compagnie C: \$3.05; compagnie D: \$3.35. Produit D, compagnie A: 16 comprimés, \$5.40; compagnie B: 16 comprimés, \$5.40, Produit D: compagnie A: 50 comprimés, \$5.00; compagnie B: 50 comprimés, \$5.00; compagnie C: 50 comprimés, \$5.00. Nous pourrions allonger cette liste à volonté.

Ces constatations nous ont amené à faire les recommandations suivantes, afin d'abaisser les prix de revient à la fabrication et à la vente. Première recommandation: comme le brevet semble être la cause première du coût exces-

sif de certaines drogues, nous demandons que la loi des brevets soit modifiée de la façon suivante, afin de briser l'état de monopole dont il est fait mention dans le livre vert, publié en 1961, et dans le rapport Carignan, en 1963. Et cette recommandation se résume ainsi:

- A) que la durée du brevet soit réduite, afin d'empêcher les abus monopolisants engendrés par la situation actuelle.
- B) que le droit d'utiliser le procédé de fabrication breveté soit accordé, automatiquement, à qui en fait la demande et à qui en a la compétence, avec paiement de redevances.
- C) que le droit d'importer une drogue brevetée soit accordé à celui qui en fait la demande, lorsque le breveté importe lui-même ladite substance, ainsi que le suggère la recommandation 67 du rapport Hall, et je cite:
« That section of the Patent Act be amended to extend compulsory licensing to include the licensing of imports. The quality of such imported drug should be assured though ».
- D) que les mêmes privilèges soient accordés aux brevetés et aux licenciés, afin que celui qui détient une licence, ou qui en fait la demande, et qui fabrique ou fait fabriquer, puisse le faire tout comme celui qui détient le brevet et qui fabrique partiellement ou totalement au Canada.
- E) que le gouvernement se prévale de la recommandation Hall suivante, numéro 66, section 19: « Extending the right of the Crown, in the name of the Government of Canada, to use patented inventions paying to the patentee such sums as the commissioner reports to be a reasonable compensation for the use thereof, be extended to include provincial governments and their agencies ».

L'application de telles mesures éliminerait automatiquement l'appel à la licence obligatoire, les recours à la cour de l'Echiquier, et à la cour Suprême, les frais de cour prohibitifs et les délais. Et, à ce sujet, je cite un extrait du rapport sur les brevets d'Inventions déposé par la Commission royale sur les brevets, les droits d'auteur et les dessins industriels.

Ottawa, 1960: « Entre le premier août 1935 et le mois de décembre 1959, le bureau des brevets du Canada a reçu 14 demandes de licences obligatoires, déposées en vertu de l'article 41. Ces demandes se sont réglées de la façon suivante: licences accordées: 4; demandes refusées: 3; demandes abandonnées: 2; demande retirée: 1; demandes en suspens: 4; « en 24 ans,

14 demandes seulement et non sans raison. Comme il est dit au quatrième alinéa de l'article 41, toute décision rendue par le commissaire, en vertu du présent article est sujette à appel à la cour de l'Echiquier. »

De plus, je cite un extrait du livre vert, page 257: « Il ressort que les stipulations de la loi des brevets, relatives à la licence obligatoire, se sont montrées impuissantes à combattre cette situation de monopole, et que l'intention de la loi a été frustrée ». Cette conclusion implique que le brevet a servi et sert encore des états de monopole que la loi canadienne, telle que voulue, devait prévenir.

Quelques faits récemment vécus au Québec, prouvent de plus, que même l'obtention d'une licence obligatoire, ne permet pas la concurrence véritable, qu'elle permet tout au plus aux brevetés de gagner du temps à cause des délais qui se glissent entre la décision du commissaire des brevets, celle de la cour de l'Echiquier et celle de la cour Suprême, qu'elle hausse le prix de revient, à cause des frais encourus par le demandeur, et empêche la concurrence avec le breveté. Ainsi, une substance qui pourrait être payée \$80 le kilo (2.2 livres), se paie présentement \$450 le kilo. Qui paie? Le consommateur, à cause des frais de cour et de la redevance. Une autre substance mentionnée dans le rapport Carignan, à la page 109, indique une redevance de \$320 le kilo pour le coût de production de \$53 le kilo. Et de tels exemples pourraient être multipliés: Ce qui prouve que même l'obtention d'une licence obligatoire ne favorise pas une libre concurrence, mais tout simplement l'état de monopole. Or, ainsi qu'en fait mention le rapport sur les brevets d'inventions, page 102, il est très préjudiciable au bien-être public, que la monopolisation de la fabrication des substances chimiques, se généralise particulièrement lorsqu'il s'agit de substances médicinales.

Nous sommes donc convaincus que notre première recommandation, relative à la modification de la loi des brevets, peut faciliter la concurrence, diminuer les prix de revient à la fabrication et à la vente, briser l'état de monopole au bénéfice du consommateur.

Seconde recommandation: que la taxe de vente fédérale sur les médicaments, soit abolie.

Troisième recommandation: que le pharmacien détaillant reçoive, pour chaque prescription remplie, le prix coûtant du médicament, le prix du format voisin de la quantité prescrite, servant de base au calcul de ce prix plus un certain montant pour couvrir ses frais d'administration, plus un honoraire professionnel.

Quatrième recommandation: que le gouver-

nement exige, pour chaque prescription remplie, un montant additionnel de \$0.50, afin d'éviter les abus, les achats de médicaments injustifiés. Et ce montant de \$0.50 pourrait aider le gouvernement à défrayer le prix de l'honoraire professionnel du pharmacien.

Cinquième recommandation: pour prévenir également les abus et les gaspillages de médicaments, que la quantité maxima de médicaments prescrits par le médecin, basée sur la posologie quotidienne, ne soit pas supérieure à celle requise pour un traitement de deux semaines. Pour les malades chroniques ou devant être soumis à un traitement prolongé, le médecin pourra inscrire au bas de l'ordonnance, étant alors justifié de le faire, le nombre de répétitions autorisées.

Sixième recommandation: que la liberté du choix du médicament par le médecin soit sauvegardée, il faut en effet admettre, pour le bien du patient, qui, en définitive, via ses taxes, paie pour le médicament, que le médecin doit avoir à sa disposition un éventail de médicaments, même si cette exigence paraît antiéconomique.

Nous considérons cette liberté de choix du médicament par le médecin, comme essentielle à une médecine bien comprise qui fournit à chaque malade le médicament précis dont il a besoin.

Septième recommandation: qu'un comité soit formé en vue de la rédaction d'un formulaire pharmaceutique québécois incluant les drogues par leur nom de marque de commerce jugées nécessaires au médecin dans l'exercice quotidien de sa profession. Le rôle de ce comité serait, premièrement, de choisir ces drogues; deuxièmement, d'étudier le prix suggéré par le fabricant, de l'accepter ce prix ou de le refuser suivant des moyennes de prix de revient obtenues auprès des différents fabricants; troisièmement, de voir à ce que le médicament soit de qualité et qu'il soit conforme aux normes établies, c'est-à-dire certificat d'analyse qualitatif, quantitatif, test de variabilité, de stabilité, etc.

Le rôle de ce comité — j'ai dit A, B, C, maintenant — est de publier un formulaire une fois par année, avec addenda tous les six mois. Cette publication semestrielle permettrait d'inclure dans ledit formulaire, les drogues nouvelles mises sur le marché de six mois en six mois, aiderait le médecin dans l'exercice quotidien de sa profession et permettrait au public de bénéficier des dernières découvertes de la thérapeutique. Ce formulaire devrait être rédigé en collaboration avec des médecins qui connaissent les besoins quotidiens de la pratique médicale, avec des pharmaciens d'industrie, dont un représentant de notre association, avec des

pharmaciens donc, qui connaissent les problèmes inhérents à la fabrication et au contrôle du médicament et avec un spécialiste en prix de revient qui pourrait surveiller les intérêts du gouvernement.

Huitième recommandation: que le pharmacien soit tenu de remettre le médicament prescrit et inscrit au formulaire. Cette recommandation est conforme aux récents amendements de la loi de pharmacie et découle logiquement de la recommandation concernant le libre choix du médicament par le médecin.

Neuvième recommandation: qu'un conseil québécois de la recherche soit établi en vue d'activer la production et la mise en marché de nouvelles drogues et de produits importés. Ce conseil pourrait oeuvrer en collaboration étroite avec l'industrie pharmaceutique indépendante du Québec, les universités et les hôpitaux universitaires du Québec.

Conclusion. En faisant ces recommandations, nous avons tenu compte des critères suivants: un critère d'objectivité, un critère d'efficacité et disons une position mitoyenne entre l'état de monopole et la nationalisation ou socialisation plus ou moins déclarée. Nous avons tenu compte donc des critères, premièrement: du désir du gouvernement de mettre sur pied un régime complet d'assurance-santé incluant les médicaments. Deuxièmement: du désir du gouvernement d'exercer un contrôle sur les prix de revient et les prix de détail des médicaments et limiter les abus de toutes sortes. Troisièmement: nous avons tenu compte de droits prioritaires du consommateur d'obtenir le meilleur médicament au plus bas prix possible. Quatrièmement: du devoir qui nous incombe de fournir à la population qui paie en définitive tous ces services, les meilleurs médicaments, les plus nouveaux comme les plus anciens, de lui fournir les médicaments que le médecin juge appropriés et de les lui fournir au meilleur prix possible en supprimant à la source les abus des monopoles. Cinquièmement: de la qualité du système actuel de distribution des drogues au Québec, via fabricants, grossistes, pharmaciens d'officine, système qui s'est avéré très efficace. Sixièmement: du devoir qui nous incombe de ne pas détruire une industrie; l'industrie du Québec indépendante représente, il ne faut pas l'oublier, plus de \$20 millions, il ne faut pas détruire une industrie sous prétexte d'économie rapidement réalisée, ne pas détruire une industrie qui a rendu d'immenses services à la population, en fournissant à cette industrie un climat où elle peut vivre, réaliser des bénéfices raisonnables et en lui conservant les possibilités de jouer son rôle au sein d'une civilisation qui ne peut plus se

passer de constantes acquisitions scientifiques. Septièmement: du devoir qui nous incombe à nous en particulier du Québec, et par le fait même au gouvernement du Québec de continuer à oeuvrer dans ce secteur économique, de le conquérir en vue de réaliser un des buts que poursuit le gouvernement actuel et qui est en définitive la maîtrise de nos destinées économiques et politiques au Québec. Merci, messieurs.

M. RENAUD: Si je comprends bien en somme, cela tourne surtout autour du brevet qui crée un monopole et rend excessif le prix des produits, c'est cela?

M. PEPIN: Si vous le permettez, j'ai fait une distinction dans mon texte. J'ai dit ceci, c'est qu'en général toutes les drogues, qui sont soumises à une concurrence véritable, se vendent à un prix raisonnable et accessible au consommateur. Prenez, par exemple, les sirops, les toniques et comprimés, etc. Tout ce qui est soumis à la concurrence véritable se vend à un prix raisonnable. Par contre, tout ce qui n'est pas soumis à une concurrence véritable, tout ce qui tombe sous le brevet, ce sont ces produits, dans une large mesure — puisque ce sont les produits les plus prescrits — qui sont responsables du coût excessif de la médication.

M. RENAUD: Pour ma simple information, est-ce que les compagnies qui détiennent ces brevets-là...

M. PEPIN: Oui.

M. RENAUD: ... sont des compagnies canadiennes en majorité ou des compagnies américaines?

M. PEPIN: D'après les rapports fédéraux, je peux vous dire que les brevets se répartissent entre les compagnies américaines, les compagnies britanniques, les compagnies européennes et certaines compagnies canadiennes.

M. RENAUD: En ce qui concerne le volume des ventes de ces produits, est-ce que la majorité de ces ventes sont faites par des compagnies à brevet, de compagnies américaines qui ont un brevet ici au Canada?

M. PEPIN: Attendez un petit peu, j'ai ici des chiffres assez précis, il se vend au Canada... voulez-vous répéter votre question s'il vous plaît?

M. RENAUD: Il a des compagnies américaines, il y a des compagnies européennes, mais le volume de leurs affaires n'est pas égal.

M. PEPIN: Non. Disons que dans la province de Québec, il se fait exactement un chiffre d'affaires global qui, selon les statistiques fédérales, serait d'environ \$200 millions de drogues étiques. Sur ces \$200 millions, on peut dire que les compagnies indépendantes du Québec ont un chiffre d'affaires à peu près de 10% et les 90% appartiennent à des compagnies étrangères.

M. CLOUTIER: Les statistiques de quelle année ça, monsieur?

M. PEPIN: J'ai ici les statistiques de 1961 qui me rapportent \$177 millions de drogues étiques, pour le Canada. Ja parle pour le Canada toujours.

M. RENAUD: La province de Québec?

M. PEPIN: Alors prenez le tiers.

M. RENAUD: La même proportion.

M. PEPIN: Prenez le tiers. Prenez toujours la proportion du tiers.

M. RENAUD: Je comprends que la loi des brevets, c'est une affaire fédérale qui sort de notre juridiction ici dans la province, même s'il y avait des suggestions à faire à un moment donné. Vous dites qu'il faudrait raccourcir le délai des brevets. Quel est le délai des brevets actuellement?

M. PEPIN: Dix-sept ans.

M. COLLARD: M. Pepin, à la page 5, il y a la liste de compagnies membres de votre association...

M. PEPIN: Oui.

M. COLLARD: Je crois qu'il y en a 13. Est-ce qu'il y en a d'autres dans la province de Québec qui ne font pas partie de l'association?

M. PEPIN: Bien, voyez-vous les compagnies qui font partie de notre association, comme je l'indique au début, ce sont des compagnies entièrement canadiennes qui, c'est-à-

dire, dont les actions nominales appartiennent à des Canadiens et dont la principale place d'affaires est dans la province de Québec. Alors, pour les compagnies, disons que nous groupons à l'heure actuelle, moins quelques maisons, la majorité des compagnies pharmaceutiques indépendantes du Québec.

M. TARDIF: M. Pépin, quelle distinction faites-vous entre compagnies indépendantes? Est-ce qu'il y a un certain nombre de compagnies... quelle est la distinction?

M. PEPIN: C'est que les compagnies qui font partie de notre association, ce sont des compagnies qui ne sont pas reliées, dont le contrôle n'appartient pas à du capital étranger. C'est ce que je veux dire par compagnies indépendantes. Ce sont des compagnies qui appartiennent à des Canadiens du Québec dans une proportion d'au-delà 75 à 80%.

M. TARDIF: Quel qualificatif accordez-vous aux autres?

M. PEPIN: Bien, ce sont les subsidiaires de compagnies étrangères.

M. FORTIER: Dans le Québec, quelle est la proportion des fabricants admissibles qui sont membres de votre association?

M. PEPIN: Les fabricants?

M. FORTIER: ... admissibles qui peuvent fabriquer.

M. PEPIN: ... qui peuvent fabriquer»

M. FORTIER: Oui.

M. PEPIN: A l'heure actuelle, dans notre association, nous avons quatre manufacturiers qui ont une capacité de production de... Pour une en particulier, à laquelle je pense présentement, elle seule a une capacité de plus 100 millions de comprimés par année, de deux millions de liquide par jour et de milliers de suppositoires, etc... Les compagnies canadiennes...

M. FORTIER: Ce n'est pas cela que je vous ai demandé. Est-ce qu'il y a des compagnies qui ne sont pas membres de votre association?

M. PEPIN: Vous parlez toujours des compagnies canadiennes...

M. FORTIER: Des compagnies canadiennes de fabrication de produits pharmaceutiques.

M. PEPIN: Oui.

M. FORTIER: Alors quelle est la proportion de celles qui sont membres de votre association et comparativement à celles qui ne sont pas membres?

M. PEPIN: D'abord, parlez-vous des compagnies indépendantes?

M. FORTIER: Par exemple, disons la maison Park & Davis, qui n'est pas membre de votre association...

M. PEPIN: ... cette compagnie...

M. FORTIER: Combien y en a-t-il comme cela?

M. PEPIN: Il y a en tout au Canada 196 compagnies de produits pharmaceutiques et dans la province de Québec, de compagnies qui ne sont pas membres, qui sont subsidiaires de maisons étrangères, j'oserais dire... mais je m'excuse de ne pas donner un chiffre précis. J'oserais dire que, d'après les statistiques de 1959, il y avait seulement 30% des 196 compagnies qui étaient canadiennes. Autrement dit, dans tout le Canada, vous aviez seulement 57 compagnies qui étaient complètement canadiennes, sous contrôle canadien.

M. FORTIER: Bon!

M. PEPIN: Les autres étaient des subsidiaires de compagnies étrangères.

M. COLLARD: C'est mentionné à la page 5 que ce sont des compagnies entièrement canadiennes.

M. PEPIN: Entièrement canadiennes.

M. COLLARD: Contrôlées par des Canadiens.

M. PEPIN: Contrôlées par des Canadiens.

M. BERTRAND: Et ces compagnies-là, M. Pépin, représentent quoi dans le pourcentage total?

M. PEPIN: Le chiffre d'affaires total au Canada est de l'ordre de \$200 millions, divisé par trois. Le chiffre d'affaires dans les drogues étiques au Québec est d'environ \$75 millions et

j'oserais dire que les compagnies indépendantes du Québec, nos compagnies à nous plus deux qui ne font pas partie de notre association, et auxquelles je pense présentement, j'oserais dire que de ces \$75 millions, il y en a entre 25 et 30% qui appartiennent à des compagnies entièrement canadiennes.

M. BERTRAND: Oui, mais autrement dit, le pourcentage de toute la production de produits pharmaceutiques dans le Québec...

M. PEPIN: Oui.

M. BERTRAND: ... vos compagnies par leur production...

M. PEPIN: 30%.

M. BERTRAND: 30% comparativement aux compagnies étrangères.

M. PEPIN: 70% pour les compagnies étrangères au Québec, je parle toujours au Québec.

M. RENAUD: M. Pépin, vous parlez de raccourcir le délai du brevet...

M. PEPIN: Oui.

M. RENAUD: ... à combien de temps?

M. PEPIN: C'est une section excessivement complexe.

M. RENAUD: Parce que, si je comprends bien, la compagnie qui met un produit sur le marché, doit avoir des laboratoires de recherches, cela lui coûte énormément cher avant de mettre un produit sur le marché pour la mise en marché et la réclame, etc.

M. PEPIN: Vous avez absolument raison.

M. RENAUD: Est-ce qu'une étude a été faite pour justifier un délai, ... pour permettre à ces compagnies-là de ne pas arrêter de trouver de nouveaux produits?

M. PEPIN: Bon. Alors, si vous me permettez, votre question est double.

M. RENAUD: Oui.

M. PEPIN: Il y a d'une part la recherche et il y a d'une part le brevet. La recherche, mes-

sieurs, faite au Canada, il ne faut pas s'en faire là-dessus. Il faut surtout ne pas se laisser leurrer par la propagande. Si vous vous reportez à la commission Hall, je vais vous donner des chiffres précis à la page 75. Vous allez être surpris, vous allez être même éduifiés. Au Canada, la recherche était de \$6 millions; les compagnies étrangères ont dépensé au Canada en 1960, \$6,202,000 en recherches. Mais de ces \$6,202,000, vous aviez seulement \$3 millions de vraiment dépensés au Canada. Les autres \$3 millions sont inscrits comme ceci: « spent abroad by foreign parent companies on behalf of Canadian subsidiaries. » Alors ne me parlez pas de recherches au Canada. Cela n'existe pas.

M. BLANK: Combien vos compagnies dépensent-elles en recherches?

M. PEPIN: Si vous permettez, nous allons faire une distinction. Laissez-moi finir avec ces messieurs. Je vais répondre à ces messieurs-là.

M. RENAUD: Laissez-le répondre à mes questions.

M. PEPIN: Alors voici pour votre question, M. le conseiller. Maintenant vous me parlez de la durée du brevet. C'est une question complexe, on ne peut pas répondre comme cela, réduire la durée. Non, non, il faut tenir compte du type de médicament, par exemple, en présence d'un vaccin dont l'emploi est excessivement limité et qui a pu coûter excessivement cher, le brevet doit être long. Il faut quand même donner à cette compagnie-là le temps de se retrouver, de réinvestir son capital, de retrouver le capital qu'elle a investi dans ladite recherche. Par ailleurs, il y a des compagnies... il y a des produits d'usage quotidien, par exemple, les antibiotiques dont le marché est fantastique, qui a permis, par exemple, je pense à une maison de passer de 400 millions à 1 milliard en l'espace de huit ans. Alors je considère qu'à ce moment-là, le brevet, dans l'intérêt du consommateur canadien, doit être réduit.

Maintenant, pour répondre à la question de l'autre monsieur au sujet de la recherche, il faut distinguer. Je crois et j'ose affirmer ceci que pour chaque dollar de vente, par les compagnies du Québec, en autant que les recherches précliniques et cliniques sont concernées, j'ose affirmer que les compagnies du Québec indépendantes dépensent autant sinon plus que les subsidiaires des maisons étrangères établies au Québec.

Je parle de recherches cliniques et précliniques parce que, messieurs, la recherche de base, ce qu'on appelle le « basic research or the development research », ça n'existe pas ou très peu, cela commence à peine.

M. COLLARD: En terme de dollars, combien y a-t-il d'argent consacré aux recherches par les compagnies, par année?

M. PEPIN: Disons, par exemple, qu'en recherches cliniques et précliniques nous pouvons affirmer que ça pourrait représenter, entre 5% et 8% de notre chiffre d'affaires.

M. COLLARD: Ce qui donnerait \$20 millions.

M. PEPIN: A peu près.

M. BLANK: Etes-vous propriétaire des brevets?

M. PEPIN: Si nous avons des brevets?

M. BLANK: Oui.

M. PEPIN: Nous avons des brevets, quelques-uns d'entre nous ont des licences d'exploitation.

M. BLANK: Pas de brevets, seulement des licences.

M. RENAUD: Il n'y a pas seulement les compagnies américaines qui ont des brevets.

M. PEPIN: 90% des brevets sont détenus par des compagnies américaines suivant la commission Hall, la commission Carignan. Je peux vous donner la page, si ça vous intéresse.

M. RENAUD: Alors, les nouveaux médicaments exclusifs sont contrôlés par les compagnies américaines dans une proportion de 90%...

M. PEPIN: Absolument.

M. RENAUD: ... de ce qui se paye et se consomme ici au Canada.

M. PEPIN: Et le grand malheur qu'il y a là-dedans, vous parlez de réduire le prix de revient des médicaments, le prix de revient à la fabrication et le prix de revient à la vente. Je vais vous poser une petite question...

M. RENAUD: Je ne suis pas ici pour vous répondre, je suis ici pour vous questionner.

M. PEPIN: Je vais poser la question et je vais répondre en même temps. Lorsque la marchandise, ladite substance chimique, messieurs, n'est pas fabriquée au Canada, et c'est le cas dans la majeure partie des produits brevetés, lorsque ladite substance, messieurs, brevetée au Canada, est fabriquée à l'étranger et importée au Canada, quel contrôle pouvez-vous avoir, vous, sur son prix de revient à la fabrication et à la vente?

M. BARIBEAU: M. Pépin, à la page 25 de votre mémoire, vous mentionnez l'établissement au Québec d'une industrie de fabrication de produits chimiques. Votre association croit-elle que le marché québécois est suffisamment considérable pour pouvoir soutenir une industrie de fabrication de produits chimiques, de produits qui entrent dans la fabrication des médicaments, qui pourrait produire dans des conditions pouvant concurrencer avec les maisons que vous venez de mentionner, les maisons étrangères et en particulier les maisons américaines?

M. PEPIN: Je suis très heureux que vous me posiez cette question-là et je vous en remercie. J'ai ici une étude de rentabilité que nous avons fait faire par des spécialistes en prix de revient sur la fabrication d'antibiotiques, d'un groupe d'antibiotiques, par procédé de fermentation. Et Je peux vous dire que le marché du Québec et le marché du Canada et le marché d'exportation auquel nous aurions accès, grâce à ces trois marchés, cette étude de rentabilité nous révèle qu'en abaissant le prix de revient à la fabrication de 66% nous pouvons récupérer dans l'espace de trois ans des investissements d'un million.

M. RENAUD: Comment se fait-il que si c'est aussi payant que ça et si rentable que ça?

M. PEPIN: Nous ne pouvons pas à cause des brevets, mon ami, nous ne pouvons pas.

M. RENAUD: Bien oui, mais si...

M. PEPIN: Je vais vous conter une petite aventure.

M. BLANK: Quelqu'un a dû payer pour des brevets en faisant la recherche de base quelque part, même si c'était en Italie, en France, aux Etats-Unis. C'est payé quelque part.

M. PEPIN: Certainement. Je vais faire une petite comparaison. Nous avons fait faire des études de rentabilité. Nous ne pouvons pas entrer pour la bonne et simple raison qu'il faut passer par le processus régulier de la demande de la licence, la licence obligatoire, passer par la cour de l'Echiquier, passer par la cour Suprême. Or la vie d'un médicament est d'environ trois ans, quatre ans, cinq ans. Quand tous ces processus seront terminés, c'est-à-dire lorsque nous aurons passé par la cour de l'Echiquier, par la cour Suprême, plus les délais, le produit sera probablement devenu obsolète.

M. RENAUD: Cela s'applique aussi aux compagnies étrangères qui amènent des produits ici. Elles sont dans la même situation elles aussi.

M. PEPIN: Pas du tout.

M. RENAUD: Non?

M. PEPIN: Pas du tout, elles détiennent un brevet.

M. BERTRAND: Autrement dit, M. Pépin, il y a tellement de gens qui ont des brevets à l'heure actuelle, qu'il y a point de saturation pour trouver de nouveaux produits qui leur ressemblent

M. PEPIN: Absolument. Simplement pour une seule substance, par exemple, pour la tétracycline, il y a au-delà de 300 brevets, juste pour une substance. Comment voulez-vous arriver, même par de la recherche de base au Canada, à circonvier 300 manières différentes de fabriquer une substance.

M. BERTRAND: Autrement dit, celui qui arrive aujourd'hui à Ottawa pour faire une demande, il va se heurter infailliblement à un brevet déjà accordé...

M. PEPIN: Absolument.

M. BERTRAND: ... et au bout de quelques semaines, ils vont lui dire: « Monsieur, ce que vous demandez est déjà enregistré. »

M. PEPIN: Oui, monsieur.

M. RAYMOND: M. Pépin, lorsque vous faites une demande de brevet, est-ce qu'il y a des normes à suivre? Est-ce qu'il y a des conditions?

M. PEPIN: Voici,...

M. RAYMOND: Est-ce qu'il y a une qualification requise pour....

M. PEPIN: L'article 41 de la loi des brevets dit ceci: «Que le commissaire des brevets doit accorder à toute personne qui en fait la demande et qui en a la compétence, à moins que ce soit contre l'ordre et l'intérêt public, doit accorder une licence pour fabriquer. Mais la décision du commissaire peut être toujours contestée par le breveté. »

Ce qui arrive, et l'expérience est là pour le prouver, c'est que, depuis 25 ans, le commissaire a accordé des licences, le breveté a refusé, a contesté la décision du commissaire, la cause est allée à la cour de l'Echiquier, de la cour de l'Echiquier c'est passé à la cour Suprême, et dans presque tous les cas, les cours supérieures ont maintenu la décision du commissaire. Ce qui prouve que l'intention de la loi, lorsque cette clause restrictive du brevet, en matière de drogues et de médicaments, a été insérée dans la loi, c'est qu'elle n'a pas atteint aujourd'hui son but qui était de prévenir l'état de monopole. Au contraire, cette clause restrictive a facilité le développement d'un état de monopole parce qu'on ne peut pas passer à part des centaines de milliers de dollars, j'exagère peut-être un peu, mais disons entre \$40,000 et \$50,000 que peut coûter une cause qui part, qui va de la cour de l'Echiquier à la cour Suprême, plus les frais d'avocats, etc.

M. RAYMOND: Qui a déterminé la compétence du producteur?

M. PEPIN: C'est le commissaire des brevets.

M. RENAUD: M. Pépin, à simple titre de renseignements, je ne sais pas si c'est dans l'ordre, est-ce qu'il n'y a pas aussi des conventions internationales concernant les brevets?

M. PEPIN: Certainement, les accords de Genève.

M. RENAUD: Prenons le cas d'une compagnie qui enregistrerait, par exemple, un médicament, une compagnie américaine, à Washington, est-ce automatiquement accepté ici ou si c'est une simple formalité?

M. PEPIN: Ce n'est pas accepté automatiquement ici...

M. RENAUD: De quelle façon cela se passe-t-il? Je ne le sais pas, je vous le demande.

M. PEPIN: La loi des brevets aux Etats-Unis et la loi des brevets au Canada n'est pas la même, mais je crois que —là je ne voudrais pas entrer dans des questions excessivement complexes— mais je peux affirmer que le Canada a signé la convention de Genève en ce qui concerne justement les brevets d'invention. Je sais que ça pose d'immenses problèmes de caractère politique et économique à travers le monde, cette loi de brevets. Et je crois que dans l'intérêt du public canadien, je ne demande pas l'abolition du brevet, parce que nous avons signé des accords et notre politique extérieure et nos ententes économiques le nécessitent. Mais je crois que, pour le consommateur canadien, cette loi devrait être modifiée afin de faciliter la concurrence et d'éliminer cet état de monopole. La loi devrait être modifiée. La commission Hall a été radicale à ce sujet-là, la commission Hall va plus loin que nous dans une de ses recommandations, elle dit l'abolition pure et simple. Nous, nous ne demandons pas l'abolition, nous demandons tout simplement une modification qui permettrait, comprenez-vous, l'exploitation de procédés de fabrication.

M. BERTRAND: M. Pépin, parmi les treize membres qui sont affiliés à votre association, est-ce qu'il y a de ces compagnies-là qui ont demandé des brevets pour des produits qui sont actuellement en vente et qui ont été acceptés?

M. PEPIN: Je peux vous dire que oui, il y en a — j'ai justement cité l'exemple dans mon texte — une maison qui, par l'intermédiaire d'un fabricant de produits de synthèse chimique, a demandé une licence à un breveté. Le breveté a refusé d'accorder la licence de vente. La compagnie s'est adressée au commissaire des brevets; le commissaire des brevets, jugeant que la maison avait la compétence, a accordé l'autorisation. Le breveté a contesté la décision du commissaire, la maison est allée à la cour de l'Echiquier, à la cour Suprême, ça a pris quatre ans, et la substance que ladite maison pouvait fabriquer à \$80, elle est obligée de la vendre aujourd'hui à \$450 à cause des frais de cour et à cause des redevances.

M. CLOUTIER: M. Pépin, vous dites dans votre mémoire qu'il y a une mauvaise répartition des pharmacies. Est-ce que vous constatez cette mauvaise répartition à l'intérieur d'une même région et entre les différentes régions? Avez-vous des statistiques à ce sujet-là? Pouvez-vous nous donner des précisions?

M. PEPIN: Si vous me permettez, c'est une

constatation que nous avons faite mais vous me permettez de ne pas m'étendre beaucoup sur ce sujet et de laisser plutôt cette distribution, le soin de ce réaménagement, le mot n'est pas juste, le soin de cette distribution plus adéquate des pharmacies à travers la province, de laisser ça au collège des pharmaciens.

M. CLOUTIER: Je ne vous demande pas des suggestions, mais je vous demande si vous avez des statistiques sur la répartition actuelle, telle qu'elle existe.

M. PEPIN: Sur 1,600 pharmacies dans la province de Québec, il y en a au-delà de 700 seulement dans la ville de Montréal.

M. CLOUTIER: Puis, comme suggestion, vous préférez plutôt que d'en énoncer une ou plusieurs vous préférez laisser ça...

M. PEPIN: Assurément.

M. CLOUTIER: ... au comité.

M. PEPIN: C'est du ressort du collège.

M. FORTIER: Est-ce que c'est absolument nécessaire de se servir des grossistes pour mettre à la disposition des pharmaciens détaillants des produits pharmaceutiques? On ne pourrait pas procéder autrement, sans avoir les grossistes?

M. PEPIN: Je crois que la distribution par le grossiste assure un service adéquat et assure au patient l'obtention beaucoup plus rapide du médicament prescrit.

M. FORTIER: Cela assure une rapidité à l'obtention de médicaments.

M. PEPIN: Absolument. Cela coûte meilleur marché à part cela.

M. FORTIER: Maintenant, c'est parce que je remarque à la page 10, si vous prenez les chiffres, vous allez remarquer que le détaillant et le grossiste reçoivent plus que le fabricant du produit reçu. Ils reçoivent plus?

M. PEPIN: Non.

M. FORTIER: Bien oui, vous avez ici, on peut affirmer que pour chaque dollar payé par le consommateur, le pharmacien détaillant reçoit entre \$0.33 et \$0.40, le grossiste entre \$0.06 et \$0.10 tandis que le fabricant, lui, entre \$0.38 et \$0.39.8. Cela veut dire que...

M. PEPIN: Bien, c'est normal. Ecoutez, il ne faut pas faire de distinction entre... le grossiste reçoit \$0.06, le pharmacien reçoit entre \$0.33 et \$0.40.

M. FORTIER: C'est marqué ici entre \$0.06 et \$0.10.

M. PEPIN: Oui. Entre \$0.06 et \$0.10.

M. FORTIER: Oui. Et puis le pharmacien détaillant a \$0.40?

M. PEPIN: A peu près, entre...

M. FORTIER: Cela veut dire que les deux ensemble reçoivent 50%.

M. PEPIN: A peu près. Mais vous savez, il faut penser à la qualité du service. Le grossiste porte des stocks énormes...

M. FORTIER: Oui.

M. PEPIN: ... et puis assure une distribution du médicament qui correspond aux besoins actuels de la population. Il faut tenir compte, ces gens-là, regardez... Enfin je ne veux pas m'étendre sur ce sujet-là et il y a des gens beaucoup plus compétents que moi pour parler du commerce du grossiste, mais je considère que dans le système de distribution actuelle, c'est certainement un des systèmes les plus efficaces qui existent

M. FORTIER: Si le comité recherche une méthode pour baisser le coût du médicament dans un plan d'assurance-maladie, évidemment on essaie de pouvoir trouver s'il n'y aurait pas une des tierces personnes qu'on pourrait éliminer pour baisser le prix du médicament.

M. PEPIN: Je comprends.

M. CLOUTIER: En supposant que la recherche soit rentable, est-ce que vous avez le personnel suffisant pour...

M. PEPIN: Bien, comment se fait-il que tous nos universitaires s'en vont à l'étranger? Nos meilleurs cerveaux, chimistes, biochimistes, pharmacologistes s'en vont à l'étranger, pourquoi?

M. RENAUD: Les compagnies américaines sont tellement puissantes qu'elles ont des outils à leur disposition, des chercheurs, beaucoup plus d'argent que nos laboratoires.

M. PEPIN: Il faut tenir compte de la population incontestablement...

M. RENAUD: C'est ça.

M. PEPIN: ... mais, d'un autre côté, il ne faut pas tomber dans la mythologie.

M. RENAUD: Pardon?

M. PEPIN: Il ne faudrait pas tomber dans une certaine mythologie économique, comprenez-vous. C'est un sujet excessivement délicat. C'est quand on l'étudie de très près qu'on se rend compte qu'il y a une foule de slogans, comprenez-vous, qui sont lancés dans le public et qui souvent ne sont pas vérifiés ou analysés à fond.

M. MARLER: M. Pépin, il y a juste une question que je voudrais poser concernant la page 13 du mémoire, avec une couverture verte. Vous donnez là des statistiques pour les ventes de six compagnies...

M. PEPIN: Oui.

M. MARLER: Evidemment, quand je vois au bas de la page que c'est: The Value Line Investments Survey, cela veut dire qu'il n'y a rien de secret là-dedans.

M. PEPIN: Non.

M. MARLER: Tout le monde qui veut s'abonner au « Value Line » peut avoir le nom de ces compagnies-là. Alors, quels sont les noms de quelques-unes de ces compagnies-là?

M. PEPIN: Je préférerais, M. le Président, vous faire parvenir la copie du numéro du « Value Line » du 14 août 1964 pour répondre à votre question.

M. MARLER: Je n'ai pas d'objection. Tout le monde peut avoir le « Value Line »...

M. PEPIN: Disons que c'est par une question d'éthique professionnelle, je ne voudrais pas ici attaquer...

M. MARLER: La seule chose que je vous dirai, M. Pépin, c'est que vous pouvez aller chez votre « broker » pour lui demander...

M. PEPIN: Oui, oui.

M. MARLER: ... ce qu'il pense du Parke &

Davis. Qu'est-ce que vous pensez de Lambert Pharmacal? Vous pouvez lui poser la question, il va vous donner le « Value Line Survey » immédiatement.

M. PEPIN: Je peux vous donner le « Value Line » et puis vous allez trouver les chiffres.

M. MARLER: Alors, très bien, cela me satisfait.

M. PEPIN: Si vous me permettez, pendant que M. le Président va lire le « Value Line », je vais vous lire un petit passage ici du rapport Hall, page 108:

« There appears little reasons to believe that the abolition of patents in Canada would have any effect on research activities in United States or Europe. On the other hand, the results of such research will not be withheld from the Canadian market because this market will continue to offer profitable marketing opportunities as it already does for non-patented drugs. »

M. LE PRÉSIDENT: Messieurs les membres du comité, est-ce que vous avez d'autres questions?

M. TARDIF: Je voudrais attirer votre attention, M. Pépin, sur la page 8 de votre mémoire, article 6. Vous dites que la liberté du choix du médicament par le médecin soit sauvegardée.

Est-ce qu'il y a des entraves de ce côté-là, qu'est-ce qui est l'objet de cette recommandation?

M. PEPIN: Bien c'est que, disons que ça fait partie d'une conception de la thérapeutique, si vous voulez. Il me semble que l'exercice d'une saine pratique médicale implique cette liberté du choix du médicament par un médecin. Je ne vois pas un médecin qui connaît un patient, qui connaît son contexte familial, son milieu de travail, je ne le vois pas obligé, je ne le vois pas contraint à prescrire une drogue, à ne pas prescrire une drogue qu'il jugerait absolument nécessaire pour le bien de ce dit patient. Je ne le vois pas limité à employer une ou l'autre drogue parce qu'il n'a pas le temps de le faire.

M. TARDIF: Voulez-vous laisser entendre qu'il y a déjà eu des abus de ce côté-là?

M. PEPIN: Au contraire, je crois qu'à l'heure actuelle c'est certainement une des meilleures pratiques qui existent; le médecin est libre de donner à son patient ce dont il a besoin.

M. TARDIF: C'est très bien, merci.

M. COITEUX (Duplessis): M. Pépin, à la page 29, lorsque à C-6 vous mentionnez les normes basiques d'exploitation et afin de solidifier cette recommandation-là vous recommandez une loi provinciale. Naturellement une loi provinciale dans ce domaine-là impliquerait nécessairement la formation d'un comité. Est-ce que dans votre esprit, cet organisme aurait à peu près les mêmes attributions ou le même mandat, que disons la Commission des aliments et des drogues actuelle?

M. PEPIN: A quelle page avez-vous dit?

M. COITEUX (Duplessis): A la page 29.

M. PEPIN: A la page 29?

M. COITEUX (Duplessis): Vous dites au dernier paragraphe: « Une loi provinciale s'inspirant des normes ci-haut mentionnées obligeant, c'est-à-dire, vous parlez des normes basiques d'exploitation des entreprises pharmaceutiques, vous dites qu'une loi devrait être faite. Naturellement qu'une loi implique nécessairement la constitution d'un organisme et je vous demande, ma question est la suivante: « Est-ce que vous concevez cet organisme-là un peu dans le même genre au point de vue fonctionnel que la Commission des aliments et des drogues? »

M. PEPIN: Un peu dans le même genre.

M. COITEUX (Duplessis): Un peu ça.

M. PEPIN: Un peu dans le même genre.

M. COITEUX (Duplessis): Merci.

M. LE PRÉSIDENT: Vous avez d'autres questions messieurs les membres?

M. DUPRE: Dans la liste de vos membres ici, je vois une maison que je connais bien, ce n'est pas nécessairement un fabricant, je crois que c'est un distributeur plutôt?

M. PEPIN: Oui, d'ailleurs, dans les deux grandes associations de compagnies pharmaceutiques au Canada, vous avez, à la fois, des fabricants et des distributeurs. Vous avez des grandes maisons internationales établies au Canada qui font fabriquer.

M. DUPRE: Est-ce que cette maison-là vend toute une gamme de produits qui s'étend à une variété épouvantable?

M. COITEUX (Duplessis): A la même page, vous avez Anglo French Drug Limited, à 2795, Chemin Bates, Montreal, R. Charbonneau, représentant, et vous avez à la même adresse, J. M. Marchand Compagnie Limitée, 2795, chemin Bates. Quelle est la raison de ça? Est-ce que ce sont deux opérations dans la même bâtisse ou si ce sont deux commerces différents ou si ce sont des commerces...

M. PEPIN: C'est un immense building d'avant, où à un étage vous trouvez une maison et puis à un autre étage vous avez une autre maison.

M. COITEUX (Duplessis): Parfait, merci.

M. LE PRESIDENT: Vous avez d'autres questions messieurs? M. Pépin, je vous remercie de votre collaboration avec le comité.

M. PEPIN: Messieurs, je vous remercie beaucoup de nous avoir invités ici en tant qu'association à présenter nos vues sur un projet d'assurance-santé et je vous remercie d'avoir eu la gentillesse de me poser des questions. Merci.

Il est entendu que nous sommes toujours à votre disposition. Si par hasard, vous vouliez nous faire revenir devant le comité, nous serons heureux de le faire.

M. LE PRESIDENT: Merci M. Pépin. Nous allons ajourner pour dix minutes.

A l'ordre messieurs je demanderais au Dr Gold de présenter ses compagnons et aussi de passer ses commentaires sur le mémoire présenté par l'Association dont il est le Président.

M. GOLD: Merci. M. le Président, à ma droite Dr Guy Nadeau et, à ma gauche, Mme Janine Duffy et M. Barney Laine.

Mr. Président, gentlemen, as a physician, certified as a specialist in internal medicine, I have been very much aware of the important roll that laboratory tests play in the practice of modern medicine. This roll has been increasing all the time over the past two decades, and, from our experience both in hospitals and in the practice of medicine outside hospitals, there is every reason to believe that the roll of laboratory tests will increase still further in the decade ahead of us.

Private laboratories did not exist as such in the Province of Quebec prior to 1946, and because there was a need for such a service, laboratories opened, first in Montreal, and later in other parts of this province. And this need

was felt because for one thing, hospital laboratories were often very expensive compared with the actual costs of the tests. This has to do historically with the fact that, until the introduction of hospitalization insurance, the paying patients paid for the non-paying patients in hospital practice, and this meant that most tests which were performed in hospitals were really priced out of proportion to the actual cost of the tests done.

Another reason that private laboratories grew up, was that many tests were not available in hospitals, specially as newer specialized test to introduce these often available only from laboratories which are specialized in providing this type of service. Then also the private laboratory was in a position to provide service much more rapidly in most cases than the hospital laboratory. Laboratories situated in the neighborhood of physicians' offices and medical buildings could often provide service as soon as the patient left the doctor's office and provide the doctor with a diagnosis or help him with the diagnosis the same day.

Now, the private laboratories have had the experience in the past decade that there has been an increase in the demand each year, and so hospitals have been faced with this problem. As a result, we feel that the private laboratories would be able to supply the need in the next decade whereas if the requirements of medical practice were to be met by the hospitals alone, they would not be able to fulfil this demand. As it is, my colleagues working in hospitals have told me that they are barely able to keep up with the demand for tests as this demand increases year by year. We feel that the service that our laboratories provide is in essence very similar to the drugs provided by the pharmacists. In other words, the practice of medicine is a team work, which requires a diagnosis based on the examination by the doctor, aided by the laboratory tests, and then, the treatment provided by the pharmacist. We feel, therefore, that the private medical laboratory should be recognized as an essential medical service for the reasons given in our brief submitted, and that a payment for these services should be made by the health insurance service, just as for other medical services, at a scale to be arrived at, by agreement between the health insurance service and the labs involved, and which are members of this association.

We feel as well that a high standard of laboratories services is essential, both in the hospital laboratory practice and in outside laboratory practice, and that this high standard requires an inspection and quality control of

all laboratories which would be of value in improving the standard both in hospital and outside hospital. My colleagues and I would be ready to answer any questions.

M. CLOUTIER: Dr Gold, vous avez quarante-et-une associations énumérées dans votre mémoire, quarante-et-un membres. Est-ce qu'il y a des laboratoires qui ne font pas partie de votre association?

M. GOLD: Oui, nous en avons quelques-uns, peut-être une douzaine, je pense, qui ne sont pas encore membres de notre association.

M. CLOUTIER: Ils sont presque tous localisés dans la région de Montréal, parce que si je lis la liste, vous en avez deux à Québec, un à Trois-Rivières, quelques-uns dans la banlieue de Montreal. Les autres sont tous...

M. GOLD: Il y en a un aussi à Trois-Rivières.

M. CLOUTIER: Trois-Rivières, oui.

MR. MARLER: Dr Gold, looking over the list of the members of the association, I saw several names that rather surprised me; for example, on the first page, I see the name of M. Gaston Labelle, Hôpital St-Joseph-de-Rosemont. Is this not really the laboratory of the hospital that we are talking of there?

MR. GOLD: No, this gentleman runs a lab which is outside of the hospital, but he also is supervising the work of a hospital, and he gives us that as his address, as the owner of the lab.

MR. MARLER: Does the same apply on the following page where I see Laboratoire Hôpital St-Jean-de-Dieu, at Longue-Pointe? Is this a similar situation?

MR. GOLD: Yes, there is a private laboratory run by Mr. Malboeuf and Mr. Delisle, which is actually not part of the hospital, but this is their permanent address.

MR. MARLER: And does the same apply to the Hôpital St-Lambert?

MR. GOLD: Yes.

MR. MARLER: To the Leclerc Institute? I noticed at the top of page 3, Leclerc Institute Warden's Office, St-Vincent-de-Paul.

MR. GOLD: Oh! yes!

MR. MARLER: I wondered whether this was one of your members who had followed the wrong road!

MR. GOLD: No, this gentleman who runs the lab also apparently does the work for the person who has his permanent address there.

MR. MARLER: Does the same apply to Dr. Robert Carrier, at the very bottom of your list on page 3?

M. NADEAU: M. Marler, pour le Dr Robert Carrier, vous remarquerez qu'il ne s'agit pas de l'hôpital Jeffrey Hale, mais du centre médical...

M. MARLER: Oui, alors...

M. NADEAU: ... des médecins. C'est une entreprise privée qui...

M. MARLER: ... qui n'est pas reliée directement à l'hôpital Jeffrey Hale?

M. NADEAU: Pas du tout. C'est une entreprise privée, un groupe de médecins qui pratiquent aussi au Jeffrey Hale Hospital, mais c'est une organisation indépendante.

MR. MARLER: So this means, Dr. Gold, that when you refer, on page 5, in paragraph 12, to the 280,000 tests that were performed, I take it, for the year 1964, these were all performed outside a hospital and all have been paid for, or let us assume they would have been paid for, by the persons for whom they were made.

MR. GOLD: No, Sir, not in all cases. In some cases, these tests were done for hospitalized patients, where the hospital concerned did not have special facilities for carrying out specialized tests and sent the test out.

MR. MARLER: And of course, in that event, I take it, this would be an admissible expense under the National Hospitalization Scheme.

MR. GOLD: Yes, Sir.

MR. MARLER: One other question, Dr Gold, that crossed my mind when I read the brief was the question of whether these tests would be carried out on the prescription of a doctor who might be interested personally in a laboratory which was carrying out the tests. Is this a situ-

ation which can exist or is the purely theoretical?

MR. GOLD: Well, to a large extent, I think it is purely theoretical. I perhaps am an exception in that, I still practice medicine as well as owning a laboratory, but the number of tests which I ordered from my own laboratory is a minuscule fraction of the number of tests the laboratory does, I might order ten or a dozen a week from a laboratory which might be doing 800 or 900 tests a week, because this laboratory was really started as a specialized laboratory to cater to specialized needs of an endocrinologist which is the type of medical practice I do.

But this is, I think, an exception. In most cases, the tests are prescribed by doctors who have absolutely no interest in the laboratory.

MR. MARLER: I must say that personally, I am much impressed by this brief and particularly the appendix which appears at the end, which shows that the cost of these tests with, I think, two exceptions only, is either equal to or less than the cost of the same tests if done in the Montreal General Hospital. And it did strike me that this was an area that could reasonably be explored, on the basis that possibly, if the service was rendered on the prescription of a practicing physician, that it might reasonably be considered as part of the admissible expenses under the National Hospitalization Plan. But it was because of this possible conflict of interest between the physician who writes the prescription and the same physician who carries out the laboratory test, that I began to wonder about it, and without, in any sense, reflecting on you personally. It seemed to me that this was something that we would have to consider.

MR. GOLD: There are certain tests which many physicians do in their own offices, some physicians run a small laboratory to carry out such a simple laboratory tests as the routine examination of urine, perhaps the determination of hemoglobin in blood, but in all cases, the member labs of this association are not serving in this capacity just as serving a physician runs the lab, but they are serving a wider medical public.

MR. COITEUX (Duplessis): Do you think that the results would have been the same if you had been comparing a group of hospitals and a group of your laboratories?

MR. GOLD: I think in general that the comparison was made just between one hospital and one laboratory, because this was simpler, but we have looked at the figures for numerous hospitals and numerous labs. The figures for the private labs are fairly comparable and very small differences exist. In the hospitals perhaps there is some wider variation in the prices charged for tests, but on the whole, I think I can safely say that the comparison would hold.

MR. COITEUX (Duplessis): Then, what would be the explanation for the lower cost?

MR. GOLD: Well, as I explained in my preliminary remarks, the hospital charges were originally based on the concept that the patient who paid for his test was paying not only for his test but also for the non-paying patients. The whole system of voluntary hospitals was built up this way, whereby the public non-paying patients were covered in some way by the fees collected by the hospital from paying patients. Private labs that entered the scene were not faced with this problem. They were selling a service on a fee basis and, in most cases, there was a very small proportion of non paying patients. Occasionally, our laboratory members will, on request of a physician, provide service at no charge to an indigent patient, but this is a relatively small part of the service, as compared with that in the large voluntary hospitals.

MR. COITEUX (Duplessis): Thank you.

MR. RENAUD: Mr. Gold, may I refer you to page 5 of your brief, paragraph 12.

You say that for 27 laboratories, a test was performed for 430 hospitals. According to our information from the Ministry of Health, there are around 300 public and private hospitals in the Province, a little more than 300, and this includes sanatoriums and psychiatric hospitals. Does that mean that you include convalescent homes and homes for old persons?

MR. GOLD: No, Sir. The services provided are also for hospitals outside the Province. We have specimens sent by mail for specialized tests from all over the Maritimes and parts of Ontario and even farther West.

MR. RENAUD: I understand.

M. COLLARD: Dr Gold, au paragraphe 13, vous semblez demander de standardiser le

travail dans les laboratoires. Est-ce que cela serait votre désir que cette standardisation se fasse autant dans les laboratoires de votre association comme dans les laboratoires des hôpitaux? Et de quelle façon cela opérerait-il? Paragraphe 13.

M. GOLD: Je pense bien que c'est un problème assez important que celui du travail qui est fait par les laboratoires, et qui serait standardisé et qu'il y ait un niveau assez haut de qualité.

Je pense aussi que jusqu'à présent, il n'y a eu aucune surveillance ni pour les hôpitaux ni sur les laboratoires privés. Et je pense que cela serait une très bonne innovation.

M. COLLARD: Est-ce que l'effet serait sur le coût du travail en laboratoire ou si la qualité serait meilleure?

M. GOLD: C'est uniquement une question de qualité.

M. COLLARD: Merci.

M. FORTIER: Dr Gold, à la page 4, paragraphe 7, vous dites qu'il y a de grands hôpitaux qui se servent de laboratoires privés pour faire faire certains examens. Est-ce que vous pourriez me nommer certains grands hôpitaux qui se servent de vos laboratoires?

M. GOLD: Oui, certainement.

M. FORTIER: Hôpitaux connus, reconnus?

M. GOLD: Oui, certainement.

A Montréal, « St. Mary's », « Queen Elizabeth », « Jewish General », « Montreal General », de temps en temps le « Royal Victoria », et je pense peut-être...

M. FORTIER: Le « Royal Victoria » aussi?

M. GOLD: Oui, et je pense peut-être...

M. NADEAU: Oui, en particulier certains examens très spécialisés demandant un équipement ou une organisation particulière. Je pense aux épreuves qui se font chez l'animal de laboratoire. L'« Hôtel-Dieu de Québec, » par exemple, 1* « Hôpital St-Sacrement, » et les gros hôpitaux de Québec...

M. FORTIER: Est-ce que vous voulez parlez des tests de grossesse ou bien...?

M. NADEAU: Oui, et des tests plus complexes que cela. Et ces hôpitaux ont réalisé qu'ils ne pouvaient garder une animalerie complète avec le personnel...

M. FORTIER: Ah! bon!

M. NADEAU: ... et les tests qui s'y font — peut-être cinq ou six par semaine — tout cela est dirigé vers des laboratoires spécialisés. Je dois vous dire que, dans mon cas, c'est ce qui a assuré depuis les dernières années la survie de notre laboratoire, puisque nous sommes les seuls qui les faisons à peu près avec ce groupe.

M. FORTIER: Maintenant, est-ce qu'il y a beaucoup de médecins généraux, de praticiens généraux, qui envoient leurs examens chez vous?

M. NADEAU: Vous voulez dire directement?

M. FORTIER: Oui, directement.

M. NADEAU: Dans notre cas, je dirais à peu près la moitié.

M. FORTIER: Mais 50% viennent des grands hôpitaux?

M. NADEAU: Oui, de grands et surtout de petits hôpitaux.

M. FORTIER: Surtout de petits hôpitaux?

M. NADEAU: Oui, vous comprenez qu'il y a 300 hôpitaux, et il y a quarante-cinq biochimistes dans la province de Québec.

M. FORTIER: Oui.

M. NADEAU: Alors, ces hôpitaux ne sont pas équipés, c'est ce qu'il faut bien penser, n'est-ce pas, ils n'ont pas été conçus pour faire autre chose que les examens des patients hospitalisés.

M. FORTIER: Maintenant une chose qui m'intéresse.

Le Dr Gold a dit qu'il y avait des hôpitaux, par exemple, même dans les Maritimes, qui envoyaient des examens semblables pour être faits chez vous?

M. NADEAU: Mon expérience récente: j'ai trois clients de l'Ontario et deux des Maritimes, dans mon cas en particulier. A Ottawa, c'est l'« Ottawa General Hospital » qui a jugé que, pour certains examens, ce ne serait pas économique de les faire eux-mêmes.

M. BERTRAND: Avez-vous des demandes qui viennent à peu près de tous les coins de la province?

M. NADEAU: Oui, à cause des examens très spécialisés de ces hôpitaux-là ayant une demande ou deux par semaine; ça devient très très onéreux pour eux de les faire.

M. CLOUTIER: Si vous faites un examen, pour un patient qui est hospitalisé par la suite est-ce que votre diagnostic, votre travail, est accepté par l'hôpital.

M. NADEAU: Bien voici, d'après la charte de notre association, nous tenons nos dossiers, comme si c'était des dossiers de l'hôpital, c'est-à-dire que nous les gardons au moins cinq ans tel que requis, avec copies accessibles tout simplement sur la demande du médecin traitant.

M. CLOUTIER: Or, ce qui veut dire que le patient en entrant à l'hôpital, ce que vous avez fait est accepté par...

M. NADEAU: Exactement.

MR. THEBERGE: Mr. Gold do you always have to get a prescription from a doctor to do any test?

MR. GOLD: Yes. This is a part of the ethics which is listed as the appendix constitution and by laws, test are performed only on the order of a doctor.

MR. THEBERGE: Why then, on page 2, do you mention that: « payment for laboratory services should be made by the Health Insurance Service? In that case you would go over to the physician and you will be paid by the insurance? Is that ethical?

MR. GOLD: We are thinking of this service in the same way as we would think of the drugs which are required for treatment. The physician orders this service but we cannot exactly expect him to pay for it any more than he can be expected to pay for the hospitalization of the patient.

MR. THEBERGE: If a doctor sends a patient to you the patient pays his test?

MR. GOLD: Yes.

MR. THEBERGE: Directly to you? O.K. Thank you.

MR. MARLER: What of course is anonymous at the moment is that if these tests are only taken for a patient who is occupying a bed in a hospital then they are paid for on the hospitalization service. If the same patient goes into the Outdoor Department, he has got to pay for them himself. If he goes to his doctor and his doctor decides to use a private laboratory to make the test, he is going to pay for them again. So that there is a rather natural inclination, I would think, for the doctor to spare the less fortunate patients from the expense and to put them in a hospital overnight so that the Hospitalization Plan will pay for these tests.

MR. GOLD: I quite agree, I think some overuse of hospitals because of this problem of the expense of laboratory services.

MR. FORTIER: You said, « overuse ».

MR. GOLD: I mean in the sense that the hospitals are used unnecessarily.

MR. FORTIER: I agree with you, Dr. Gold, if we have a plan of medicare, they are expensive those tests?

MR. GOLD: Well, they vary tremendously as seen in the appendix which gives a comparison of fees. They may be as little as \$2 in some cases and the most expensive one on this particular list is \$15. They are some however which are even more complex such as measurements of hormones, testosterone and so on, which are very elaborate tests and which may be even more than that.

MR. FORTIER: What I want to come to, is this: Do you believe that if we have a medicare that those examinations will be demanded, and that the demand will be increased?

MR. GOLD: I would foresee that when the tests are available without the barrier of a fee to the patient directly, there would be an increase utilization as has been the experience within hospitals over the last five years.

MR. MARLER: Dr. Gold, does the question of bad debts have any significance at all in the operation of these laboratories?

MR. GOLD: Well, as in the operation of any business there are some bad debts. This has not been a big problem in my own experience and we have not canvassed our members. I don't

know, I can't answer for the other members of our association.

MR. MARLER: I would take it from that, it is really not a very significant item.

MR. GOLD: No.

MR. MARLER: The reason I mentioned that is that of course if you have a scheme of medicare with the government paying, you have no risk of not getting paid at all. Because once you get the prescription, I take it, it is just a check in the bank.

M. NADEAU: C'est pourquoi, M. Marler, les laboratoires privés ayant, eux, dans la deuxième colonne, calculé leur prix sous le coût de revient, pourraient avec l'assurance, si on peut dire un espèce de contrat, en fait ce serait presque un contrat, établir des prix plus précis que les hôpitaux. On demandait tout à l'heure comment il se faisait que, dans les hôpitaux, c'était plus cher. L'histoire est très simple. C'est que, autrefois, les hôpitaux étant indépendants leur seule source de revenus, tout le monde le sait, étaient les rayons-X et les laboratoires. C'était leur seule source. Alors, ils ont fait ceci... ils n'ont pas calculé mathématiquement le coût des examens, les examens étaient soit de \$5, de \$10 ou de \$15, sans calculer ce que cela pouvait coûter. Je sais très bien que dans les hôpitaux aujourd'hui où des examens sont marqués à \$5, cela coûte à l'hôpital probablement \$7 ou \$8 pour le faire. Je me fiera beaucoup plus à la deuxième colonne, pour cette raison-là.

M. MARLER: Alors, nous pourrions peut-être même penser qu'avec un plan d'assurance-maladie, peut-être, le coût de ces épreuves baisserait?

M. NADEAU: Je crois qu'il baisserait d'abord, oui, en étudiant les prix et deuxièmement si le nombre augmentait, les laboratoires privés pourraient jouer si on peut dire sur le volume évidemment.

M. MARLER: Ce qui serait impossible lorsque vous avez en effet un seul client qui doit payer.

M. NADEAU: C'est ça.

M. COLLARD: M. Nadeau, à l'appendice 3, il y a un tableau qui mentionne les différents coûts des tests. Est-ce que les différences sont

dues à la longueur du travail que vous devez faire ou bien si... sur quel critère vous basez-vous...?

M. NADEAU: ... pour une même colonne vous voulez dire, vous?

M. COLLARD: Il y a différents coûts.

M. NADEAU: Ah oui. Tout cela est basé pratiquement sur l'unité de travail, à part du coût des produits servant à le faire, mais généralement ce qui intervient le plus c'est l'unité travail. Certains tests demandent 20 unités de travail, c'est-à-dire 20 fois dix minutes de travail si vous voulez, d'autres une unité seulement. Je prends l'exemple d'une deuxième hémoglobine, c'est une opération qui se fait très rapidement, tandis que dans les dosages d'hormones, comme je le mentionnais tout à l'heure, ce sont des expériences animales qui pour chaque test prennent cinq jours. Il y a trois injections par jour sur une série de douze animaux par test. Chaque patient a douze animaux qui lui appartiennent, si on peut dire. C'est cela qui est surprenant, quand vous dites \$20 pour un test et que vous faites le coût de revient comme nous l'avons fait, nous nous apercevons que cela nous revient à \$19.85, bien, il y a quelque chose qui ne marche pas évidemment.

M. ROY: D'autres questions, messieurs les membres du comité? Docteur Gold, je vous remercie des informations que vous avez données au comité.

M. GOLD: Je vous remercie.

M. ROY: Messieurs, avant l'ajournement, j'aimerais vous donner le travail que nous avons à effectuer demain. Demain matin, à onze heures, la visite de M. Séguin, le mémoire numéro 10. A onze heures et quarante-cinq, M. Larue, mémoire 32 et à trois heures, demain après-midi l'Association des techniciens dentaires de la province de Québec, mémoire numéro 12, et à trois heures et demie ou quatre heures nous aurons la visite de M. Després, le sous-ministre du revenu, qui viendra...

M. MARLER: C'est une séance à huis clos.

UNE VOIX: Alors c'est ajourné à 10 h. 30.

M. ROY: Mettons onze heures moins quart.

M. RENAUD: J'aimerais qu'on soit ici à onze heures moins quart, ce serait très bien.

M. MARLER: Je me demande M. le Président, s'il serait possible pour les séances de la semaine prochaine, je vois que nous avons pour le 29 les doyens des facultés de médecine. Il me semble que c'est tout à fait logique que nous consacrons une séance complète à ces gens-là, n'est-ce pas? Lorsque je vois pour le soir du 29, comité d'étude des termes de médecine, cela c'est une espèce de dictionnaire. Je pense que, peut-être, nous devons remercier ces gens-là de nous mettre sur la bonne piste quant à la langue française et je me demande si nous allons passer toute la soirée à discuter les termes de ce mémoire, et le docteur Gilbert. Ensuite pour le 30 nous avons, semble-t-il accordé toute la matinée au collège des chiros.

M. RENAUD: Cela peut durer...

M. MARLER: Moi, je pense qu'il serait beaucoup plus logique qu'ils viennent le soir du 29.

M. RENAUD: Cela prendra le temps que cela voudra.

M. MARLER: Ils pourront parler jusqu'à minuit, s'ils le désirent. Et je me demande si, dans les circonstances, on ne pourrait peut-être pas mettre les infirmières de l'Ordre de Victoria, le matin du 30 plutôt que le matin du 31.

M. MORENCY: Les infirmières du « Royal Victoria », j'avais pensé de peut-être les reporter au mardi soir avec le comité d'étude et le docteur Gilbert.

M. MARLER: En tous cas, je pense qu'il y a lieu de comprimer un peu plus la liste des mémoires.

M. MORENCY: Cela va être possible parce qu'on a pas tellement de mémoires d'entrés. Je vais essayer, le 31 au matin, d'avoir un mémoire substantiel. Il y en a deux qui sont entrés actuellement, il y a le Collège des médecins et le Collège des chirurgiens-dentistes. Maintenant le Collège des médecins, je crains de le mettre le 31, parce que si le discours du budget est lu dans l'après-midi et si cela se prolonge, on ne pourra pas les entendre. Je crois que ce serait peut-être plus prudent de placer peut-être le Collège des dentistes le 31 au matin, qui finira sûrement dans l'avant-midi. Je pense bien qu'il n'y aura pas de problèmes de ce côté-là, et laisser le 31 après-midi libre. Evidemment, si le discours du budget n'a pas lieu, le comité pourra se réunir quand même et faire d'autre travail, mais ne pas avoir d'auditions ou ne pas se réunir du tout.

M. MARLER: Il y a un autre facteur dont il faudra tenir compte, c'est que la séance du Conseil législatif qui devait avoir lieu demain est remise à la semaine prochaine à cause...

(à suivre)