Document généré le 24 avr. 2024 17:08

L'Actualité économique

L'économique des médicaments

Jean-Luc Migué et Gérard Bélanger

Volume 47, numéro 2, juillet–septembre 1971

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1003924ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1003924ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (imprimé)
1710-3991 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Migué, J.-L. & Bélanger, G. (1971). L'économique des médicaments. *L'Actualité économique*, *47*(2), 250–265. https://doi.org/10.7202/1003924ar

Tous droits réservés © HEC Montréal, 1971

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'économique des médicaments*

L'industrie des médicaments constitue un secteur particulier de l'industrie générale des services de santé. À ce titre elle partage avec l'ensemble des soins médicaux cette propriété sur laquelle se fonde une bonne partie de l'analyse économique des services de santé, soit l'ignorance du consommateur vis-à-vis l'efficacité du traitement reçu et, en deuxième lieu, le fait que son ignorance soit, ou du moins soit perçue comme nettement plus grande que celle du médecin. Le produit de l'industrie des médicaments est en effet tout aussi difficile à évaluer que celui des soins médicaux ou des soins hospitaliers. Le véritable produit du médicament réside dans sa valeur thérapeutique qui, elle, comme les soins du médecin ou le séjour à l'hôpital, n'est pas facilement identifiable. Il s'ensuit donc ici comme pour les autres services de santé une conséquence connue, soit la délégation au médecin de la responsabilité du choix du traitement et des médicaments.

Il s'avère cependant qu'en raison de la multiplication des produits pharmaceutiques (un grossiste peut avoir plus de 8,000 médicaments différents en stock), elle-même attribuable au progrès de la connaissance et de la technique médicale et au caractère oligopolistique de l'industrie, à l'ignorance du patient s'ajoute l'ignorance du médecin lui-même. Le médecin n'est plus en mesure d'apprécier adéquatement la valeur thérapeutique des produits. Il s'ensuit donc qu'une fois de plus l'incitation est grande pour le médecin à recommander le meilleur traitement, sans considération

* Texte revisé d'une communication présentée dans le cadre d'une session d'étude sur l'économique de la santé, organisée par l'École nationale d'Administration publique à l'intention des administrateurs et des présidents de Conseils de médecins des hôpitaux de la région de Québec. Les auteurs remercient le Conseil des arts du Canada pour la subvention qui a rendu cette recherche possible.

du coût. Le médecin simplifie ainsi sa tâche en ce qu'il diminue ses risques d'erreur et les efforts qu'il aurait à mettre pour connaître véritablement les produits et en ce qu'il donne l'impression de prendre les intérêts du patient au sérieux. Or, à toute fin pratique, le choix du meilleur produit revient pour le médecin à adopter les marques commerciales connues *(brand name)*, par opposition aux médicaments à dénomination commune. Cette dynamique dont la réalité est aujourd'hui démontrée n'est sans doute pas étrangère à l'opinion voulant que la population en général soit surmédicamentée et que les médicaments coûtent trop cher. En un mot, l'absence d'information du consommateur et ses conséquences sur les liaisons avec le médecin et l'hôpital entraînent la surconsommation de médicaments, la consommation de produits supérieurs et de marques commerciales au détriment des produits à dénomination commune. Cette incitation à l'achat du meilleur produit et du *brand name* est d'autant plus forte que le coût du médicament est assumé en bonne partie par des agents autres que ceux qui décident : les hôpitaux, eux-mêmes à la charge de l'État, les assureurs, ou l'État directement dans le cas des assistés sociaux après l'adoption du projet de loi de l'assurance-médicaments au profit des assistés.

La production des médicaments

On aura observé que de tous les services de santé (services médicaux, services hospitaliers et médicaments), le secteur des médicaments est le seul à être encore soumis à une commercialisation intégrale, atténuée à peine par l'interposition du médecin et dans une moindre mesure, du pharmacien. Les fabricants de produits pharmaceutiques restent encore en effet des entreprises commerciales soumises aux mêmes règles du marché que l'ensemble des firmes. Ce qui nous amène à analyser de plus près les caractéristiques et les comportements des producteurs de médicaments.

Quelques renseignements de nature descriptive permettront d'abord de mieux formuler la question. L'industrie des médicaments est dominée par quelques grandes firmes à dimension internationale. En 1968, cent quarante-huit entreprises (151 établissements) s'adonnaient au Canada à la production de médicaments. Sur ces cent quarante-huit firmes, vingt et une, à propriété étrangère, produisaient 65 pour cent de la production totale. Même aux États-Unis, qui

offrent un marché beaucoup plus étendu, 75 pour cent de la production totale sortait des trente plus grandes entreprises [1].

Origine de la concentration industrielle

Pourquoi un aussi faible nombre d'entreprises ? La première hypothèse qui nous vienne à l'esprit serait la présence d'économies d'échelle prononcées. Comme pour la production d'autos, d'acier ou d'aluminium, s'il s'avérait que la grande taille d'une entreprise abaissât les coûts moyens de production, pour des raisons de plus grande efficacité technique, de gestion, de financement ou de recherche, les entreprises motivées par le souci du profit tendraient spontanément à adopter une taille relativement grande. C'est donc essentiellement la contrainte technologique qui expliquerait la dimension des fabricants de médicaments. À cet égard l'industrie des médicaments ne diffère pas essentiellement des autres secteurs économiques.

Un deuxième type de conditionnement caractérise aussi l'industrie : c'est la possibilité dont jouissent les producteurs de médicaments, grâce en partie à l'ignorance du consommateur, de réduire « artificiellement » la concurrence par l'introduction de produits légèrement différenciés ou différenciés par l'apparence seulement. En d'autres termes, l'entreprise accroît la demande de ses produits et la rend moins élastique. Le producteur peut ainsi augmenter ses profits s'il parvient à convaincre les consommateurs que son produit jouit des propriétés uniques qui le distinguent de tous les substituts. La mécanique est au fond assez simple. Le produit d'un fabricant particulier étant identifié à tort ou à raison comme supérieur, l'entreprise peut en augmenter plus ou moins le prix sans risquer de perdre automatiquement une portion importante de sa clientèle, comme ce serait le cas disons du producteur de lait. L'entreprise peut alors vendre son produit à un prix supérieur à ce qu'il lui en coûte vraiment pour le produire et encaisser des profits « anormaux ».

Dans quelle mesure peut-on attribuer ce comportement particulier aux producteurs de médicaments ? Comment les entreprises

1. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *The Drug Makers*, U.S. Government Printing Office, Washington, 1968. Les données canadiennes sont tirées du Rapport annuel du ministre de l'Industrie et du Commerce présenté conformément à la Loi sur les déclarations des corporations et des syndicats ouvriers (Partie 1. Corporation), 1967, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969, pp. 28 et 93.

de produits pharmaceutiques en arrivent-elles à différencier leurs produits ? Les moyens adoptés par les fabricants de médicaments pour y arriver sont assez facilement identifiables. Le premier réside dans la recherche et le développement auxquels s'adonnent systématiquement les entreprises et le second, dans la publicité.

Recherche et développement

En ce qui a trait au premier sujet, il importe d'établir une distinction entre ce qu'on est convenu d'appeler la recherche fondamentale et appliquée, d'une part, et le développement, d'autre part. La recherche fondamentale vise à la création de connaissances nouvelles sans application projetée précise. C'est tout simplement le désir d'expliquer, de comprendre les phénomènes et les processus qui inspire cette démarche. En ce sens, la découverte qui en résulte devient le bien collectif de la société. Il y a, en deuxième lieu, la recherche appliquée qui dans le domaine des sciences expérimentales se distingue de la première par la motivation. La recherche appliquée vise aussi à la découverte de nouvelles connaissances scientifiques, de nouveaux produits et de nouveaux processus, mais avec des objectifs politiques ou commerciaux bien définis. En pratique, les deux démarches ne se distinguent pas essentiellement dans les entreprises.

Il y a, enfin, le développement, c'est-à-dire la traduction de nouvelles découvertes ou de connaissances anciennes en produits ou en processus utilisables commercialement. En règle générale, c'est la partie la plus coûteuse de ce que la coutume appelle recherche et développement des entreprises.

L'industrie du médicament fait cependant exception. Ça se conçoit du fait que l'industrie du médicament n'est pas une industrie à haute technologie. C'est davantage la mise au point de nouvelles combinaisons chimiques que leur affectation commerciale qui grossit le budget de recherche et de développement de ce secteur. Ainsi en 1964, aux États-Unis, 16 pour cent des fonds de l'industrie des médicaments allaient à la recherche fondamentale, 49 pour cent à la recherche appliquée et 35 pour cent au développement [2].

2. Source : *National Science Foundation Reviews of Data on Scientific Resources*, no 7, janvier 1966, cité dans E. Mansfield, *The Economics of Technical Change*, W.W. Norton & Co. Inc., New-York, 1968, p. 58.

Des deux caractéristiques essentielles de l'industrie, soit la concentration de la production dans un nombre limité d'entreprises et l'importance de la recherche appliquée, découlent un certain nombre de comportements observables. Disons d'abord que la connaissance et les découvertes acquises, bien qu'étant par nature un bien commun ou collectif, restent monopolisées pour un temps par les entreprises grâce aux barrières que l'État institue par le truchement des brevets et des droits. La protection accordée par les pouvoirs publics explique en bonne partie le profil type de l'évolution des prix des nouveaux produits, considérés isolément. Le nouveau médicament breveté se vend généralement très cher au moment de son introduction sur le marché, puis son prix diminue progressivement et souvent rapidement à mesure que des substituts apparaissent pour tomber généralement à un niveau très fortement inférieur au prix initial lorsque la durée du brevet est écoulée. On pourrait citer ici de nombreuses illustrations ; contentons-nous d'un seul exemple : en 1943, mille unités de pénicilline coûtaient 20 dollars, en 1950, le prix en était tombé à 4½ cents.

Le phénomène oligopolistique et l'importance de la recherche appliquée expliquent également les disparités internationales énormes qu'on observe dans les prix des produits. En général les prix nord-américains sont très sensiblement supérieurs aux prix européens [3].

Enfin, dernière conséquence des efforts énormes engagés par l'industrie dans la recherche, la concurrence dans l'industrie des médicaments se fait de moins en moins par les prix et de plus en plus par la multiplication des produits et la recherche de la qualité. C'est la guerre des formules chimiques et des combinaisons de molécules qui souvent ne comportent pas d'innovation réelle. Voyons de plus près les faits.

Aux États-Unis, entre 1950 et 1959, 4,667 nouveaux produits sont apparus sur le marché. Or il s'avère que sur ce nombre, 337 seulement constituaient véritablement ce qui peut s'appeler des entités nouvelles. 80 pour cent de ces quelque 5,000 « nouveaux » produits résultaient de la combinaison de deux ou plusieurs produits

3. Il s'agit ici d'une application frappante de la théorie de la discrimination des prix par laquelle une entreprise faisant affaire dans deux marchés fixe des prix différents dans chacun des marchés. Voir : *Second Report of the Special Committee of the House of Commons on Drug Costs and Prices*, session 1966-1967, p. 76.

déjà existants et 12 pour cent ne faisaient que reproduire sous un nom différent des médicaments déjà en circulation. Entre 1957 et 1968, des 2,131 produits pharmaceutiques dits nouveaux, seulement 311 étaient véritablement nouveaux, 1,440 provenaient de la combinaison de produits existants et 380 autres n'étaient que la duplication sous un nom différent d'un ancien produit [4]. En moyenne donc on estime qu'entre 10 et 25 pour cent des nouveaux produits mis sur le marché sont vraiment originaux [5]. Et ces résultats omettent une autre dimension importante de la question, celle de la qualité. Un rapport anglais, présidé par Lord Salesbury et publié en 1967 établit que 35 pour cent de plus de 2,000 médicaments étudiés se révélaient inefficaces ou indésirables. La plupart des analystes de cette industrie s'entendent donc pour reconnaître la réalité d'un gaspillage indéniable de ressources dans ce secteur. Qu'on le mesure par l'ampleur de la main-d'œuvre qualifiée engagée dans cette industrie ou par l'importance des facilités de recherche et des investissements consacrés à « l'innovation », on ne peut s'empêcher de conclure que le prix du « progrès » est lourd à porter.

La publicité : deuxième instrument de différenciation du produit

Le deuxième instrument principal de différenciation du produit auquel recourent les entreprises réside dans la publicité ou la réclame. Quelques indices suffiront à nous en convaincre. Si l'on mesure l'importance accordée à la publicité par le rapport entre le budget affecté à la réclame et la valeur des ventes, les médicaments occupent le huitième rang d'une classification de tous les produits en une cinquantaine de catégories [6]. On estime qu'environ 30 pour cent du prix de vente du fabricant provient du coût du marketing. Autre phénomène important à signaler, et qui confirme l'analyse déjà formulée, la réclame s'adresse bien davantage aux médecins et dans une moindre mesure aux pharmaciens et aux hôpitaux qu'aux consommateurs. En 1968, aux États-Unis, les fabricants de médicaments dépensaient en moyenne 4,500 dollars par médecin par année pour

4. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *op. cit.*, p. 18.
5. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Task Force on Prescription Drugs — Final Report*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1968, p. 8.
6. Voir H.G. Johnson, *The Canadian Quandary*, McGraw-Hill, Toronto, 1963, p. 276.

les atteindre par le truchement de revues, de visites d'agents ou de représentants et par l'octroi d'échantillons [7].

Pour comprendre le rôle de la réclame dans l'industrie des médicaments, il importe de le situer dans l'ensemble du phénomène publicitaire dans les économies industrialisées. L'envahissement toujours plus marqué de la publicité n'est manifestement pas le propre de l'industrie des médicaments. L'universalité du phénomène découle de facteurs touchant à la fois la demande et l'offre des biens et services. Du côté de la demande on associe l'importance grandissante de la publicité à la hausse du revenu des consommateurs, hausse qui réserve à ces derniers une latitude beaucoup plus grande et une versatilité beaucoup plus prononcée dans le choix des objets de consommation. L'Asiatique moyen qui n'a guère dépassé le niveau de subsistance n'exprimera guère de caprice ni de discrétion à l'endroit de la qualité ou de la marque du riz qu'il consommera. Il ne peut se permettre le loisir de choisir. Au contraire, le consommateur des pays industrialisés se révèle, du moins extérieurement, « très capricieux ». De la réalité indéniable de la hausse du revenu découlent cependant deux perceptions idéologiquement distinctes de la publicité. L'école « libérale » soutiendra que par la réclame l'entreprise ne fait qu'éclairer le consommateur et de ce fait ne répond qu'au besoin du consommateur qui reste souverain. L'école disons « contestataire » soutiendra plutôt que la grande entreprise moderne impose des aspirations artificielles au consommateur, qui a perdu sa souveraineté et qui devient ainsi l'objet des manipulations du producteur tout-puissant. À ce jour, la science n'a pas réussi à trancher le débat.

Du côté de l'offre, il faut reconnaître que les budgets de publicité grandissants observés depuis un demi-siècle sont liés en bonne partie à l'avènement des instruments peu coûteux de communication de masse que sont les journaux et revues, la radio et la télévision. En d'autres termes, il en coûte relativement beaucoup moins cher

7. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Task Force on Prescription Drugs — Final Report*, *op. cit.*, p. 10 ; « Pour l'année 1961, les seuls membres de l'AFPPC (Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada) dépensaient alors 1,060.03 dollars par médecin au titre de la publicité et de la mise en marché », *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. 1, « L'assurance-maladie », Imprimeur de la Reine, Québec, 1967, p. 234.

aujourd'hui à l'entreprise de faire connaître son produit, donc de le différencier.

Il reste cependant que l'importance du budget de publicité dans l'activité d'une firme ou d'une entreprise n'est pas le fruit du hasard. Pourquoi observe-t-on que certains produits font l'objet d'une publicité et d'un budget de ventes plus élevés que d'autres ? Si on classifie, en effet, les entreprises par l'importance du budget qu'elles affectent à la réclame, les 73 plus gros budgets appartiennent presque tous aux secteurs suivants : l'alimentation, dont les boissons gazeuses, vient en premier lieu, l'automobile occupe la deuxième place, le groupe médicaments, produits de beauté, savons, etc., vient en troisième place, la bière et l'alcool en général en quatrième place, le tabac en cinquième et les appareils électriques en sixième [8].

Pourquoi le système engendre-t-il cette hiérarchie plutôt qu'une autre ? Disons d'abord que du fait que la publicité recourt à des instruments de communication de masse, le message doit être concis, ferme et clair ; en d'autres termes, l'information doit être fragmentaire et l'effet de persuasion prononcé. Cela signifie que trois caractéristiques principales de biens et produits favorisent leur promotion par la publicité de masse : 1° les biens en question doivent faire l'objet d'une consommation régulière par l'acheteur, c'est-à-dire que la part du budget qu'il affecte à chaque unité ne doit pas être très élevée ; 2° le produit ou son apparence doivent procurer des effets psychologiques particuliers qui valorisent le consommateur, tels l'amour-propre, la vanité, la sécurité ; 3° enfin, le consommateur doit posséder assez peu de connaissance et d'information pour évaluer les qualités techniques du produit et ainsi être disposé à payer pour obtenir l'assurance d'un bon produit [9].

En général, les produits pharmaceutiques répondent idéalement à la plupart des exigences exposées ci-dessus. Rien d'étonnant par conséquent à ce que le *brand name* ait acquis une importance si grande dans l'industrie et que le médicament occupe le huitième rang de l'ensemble des biens pour l'importance du budget que les firmes consacrent à la réclame. Une opinion répandue veut même

8. Johnson, *op. cit.*, p. 273.

9. En analyse économique on résume l'ensemble de ces conditions dans une seule proposition : la demande du produit ou du service doit être relativement peu élastique par rapport au prix.

que les producteurs donnent à leurs produits des noms plus simples que les noms génériques, de façon à dissuader le médecin de recommander ces derniers. Les résultats d'un récent sondage parmi les pharmaciens, reproduits au tableau 1, démontrent le faible emploi des dénominations communes.

Conséquence de cette recherche de différenciation

Est-il possible de mesurer l'impact combiné de la recherche et de la publicité sur les prix des produits pharmaceutiques ? Si l'on s'arrête à des produits particuliers, on est facilement porté à conclure que la pratique du *brand name* impose au consommateur un fardeau scandaleusement élevé, comme le suggère le tableau 2.

Il faut reconnaître cependant qu'à partir d'illustrations particulières, le calcul tend à exagérer le rôle du nom commercial dans le budget du consommateur. Pour supprimer ce biais que l'étude de cas peut introduire, le *Task Force*, dont il a déjà été question, a dressé, en 1966, la liste des 409 médicaments les plus utilisés aux États-Unis. Sur ces 409 produits, 86 portaient une marque de commerce et possédaient en même temps leur équivalent en dénomination commune. Dans 23 de ces 86 cas, on n'a observé aucune différence de prix entre le *brand name* et son équivalent. Dans les 63 autres cas, l'économie moyenne que le consommateur aurait pu réaliser s'il avait acheté des produits en dénomination commune

Tableau 1

Pourcentage approximatif d'ordonnances prescrivant des dénominations communes

Provinces	Nombre de pharmaciens ayant répondu	P.c. d'ordonnances comportant des dénominations communes
Colombie-Britannique	44	23.0
Alberta	65	15.3
Manitoba, Saskatchewan	67	9.7
Ontario	125	14.3
Québec	102	4.0
Maritimes	56	4.6
TOTAL	473	11.6

SOURCE : *Le Pharmacien*, vol. 44, no 7, juillet 1970, p. 22.

plutôt que des marques de commerce aurait été de 55.3 pour cent, soit, en termes absolus, 41.5 millions de dollars. Tenant compte, d'autre part, que l'ensemble des dépenses des consommateurs pour l'achat des 409 articles s'élevait à 612 millions environ, on peut calculer facilement que l'ensemble des consommateurs américains aurait économisé de 5 à 10 pour cent de son budget de médicaments, s'il n'avait acheté aucun produit de marque [10]. Il convient d'ajouter de plus qu'à côté de ces 86 médicaments ayant occasionné une dépense supplémentaire de 41 millions de dollars, il existait également un bon nombre d'autres produits protégés par des brevets et

Tableau 2

Prix de vente aux pharmaciens de quelques médicaments

Produit	Compagnie	Nom de commerce	Prix au 1,000
			$
Tolbutamide	Horner	Mobinol	64.80
500 mg (comprimés)	Hoechst	Orisane	64.22
	Will	Willbutamide	38.00
	Paul Maney	Tolbutone	30.00
	Noco Drugs	Tolbutamide	13.20
	Dymond Drugs	id.	8.95
	Winley-Morris	id.	8.00
Dimenhydrinate	G.D. Searle	Dramanine	27.60
50 mg (comprimés)	Laboratoires Pro Doc	Diminhydrinate	22.00
	W.E. Saunders	Wescovol	12.00
	Noco Drugs	Traveller's Friend	10.20
	Winley-Morris	Dimenhydrate	6.50
	Chemo-Drug	id.	5.20
Nitrofurantoïne	Elliot-Marion	Furanex	138.62
100 mg (comprimés)	Cortunon	Nephronen	86.40
	Pentagone Laboratoire	Urofuran	75.80
	Paul Maney	Nifuran	57.60
	Laboratoires Pro Doc	Nitrofurantoïne	34.00
	Noco Drugs	id.	18.00
	Dymond Drugs	id.	10.95
	Winley-Morris	id.	10.00

SOURCE : Direction des aliments et drogues, *Bulletin Rx*, vol. 2, nos 1 et 2, janvier et février 1971.

10. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Task Force*, *op. cit.*, p. 37.

pour lesquels, par conséquent, il était impossible de produire des équivalents.

La signification importante à dégager de cet état de chose, est que la publicité et la recherche servent au fabricant à maintenir sa position oligopolistique et favorisent la prolifération de produits superficiellement différenciés. On observe, en effet, que :

> « ... pour la période de 1953 à 1960 inclusivement, dans l'ensemble de l'industrie des produits pharmaceutiques (y compris les sociétés déficitaires aussi bien que les sociétés bénéficiaires), le rendement du capital a été en moyenne de 81 pour cent supérieur à celui de l'ensemble des industries manufacturières. En fait, il s'est établi à 19.82 pour cent dans l'industrie des produits pharmaceutiques comparativement à 10.95 pour cent pour l'ensemble de la production manufacturière » [11].

Aux U.S.A., l'écart est encore plus prononcé. Comme la plupart des principales entreprises canadiennes sont des filiales de firmes américaines, c'est l'état consolidé qui donnerait probablement l'image la plus conforme de la rentabilité de cette industrie. « ... Dans neuf succursales ou filiales canadiennes de sociétés américaines de médicaments contrôlés, le taux moyen des bénéfices (avant impôt sur le revenu) par rapport aux ventes s'est établi à 15.68 pour cent, alors qu'il était de 24.98 pour cent pour les sociétés mères aux États-Unis » [12].

Les indices convergent donc : les profits sont relativement élevés dans l'industrie des médicaments. Est-ce là un prix trop élevé à payer pour sauvegarder le souci d'innovation dans les médicaments ? Existe-t-il d'autres aménagements susceptibles de sauvegarder les avantages du régime actuel en matière de progrès technique à un moindre coût ? On devinera facilement qu'on soulève ici une

11. Commission royale d'enquête sur les services de santé, vol. 1, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, p. 683. Les données plus récentes qui suivent confirment ces observations :

Taux de profit avant impôt par rapport à l'avoir-propre, industrie des produits pharmaceutiques et ensemble des industries manufacturières, 1965-1967 (en pour cent)

Années	*Produits pharmaceutiques*	*Secteur manufacturier*
1965	25.2	17.6
1966	24.3	16.9
1967	22.4	14.9

SOURCE : *Rapport annuel, op. cit.*, pp. 97-103.

12. *Ibid.*, p. 684.

question qui déborde largement l'analyse de la seule industrie des médicaments et qui met en cause tout le régime industriel moderne. Nous n'avons pas la prétention de pouvoir répondre à des questions de cette envergure.

Il reste qu'en deça d'une transformation radicale du « régime » économique, il y a des politiques « réformistes » concevables. À ce sujet, il n'est pas superflu de rappeler brièvement les initiatives adoptées ou proposées par le gouvernement fédéral et les gouvernements de l'Ontario et du Québec dans le but de provoquer la baisse du prix des médicaments. Du côté du gouvernement fédéral, les politiques ont porté sur quatre points : 1) En septembre 1967, la taxe de vente sur les médicaments a été abolie et les droits de douane sur les médicaments réduits. 2) En mars 1969 (bill C-102) le gouvernement a apporté des modifications à la Loi sur les brevets et à la Loi sur les marques de commerce, autorisant l'octroi de licences obligatoires pour la production et l'importation en vertu de brevets ayant trait aux médicaments. Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur l'impact de ces initiatives. Des économies sensibles réalisées sur le prix de certains médicaments ont cependant été signalées. Tel est le cas par exemple du « diazepam » et « chlorhydrate de chlordiazepoxyde ». Au sujet de ce dernier produit, le ministre de la consommation et des corporations affirmait que « l'épargne réalisée par les hôpitaux et le public en général a été de 950,000 dollars par année, en raison de la concurrence des prix à l'égard de ce médicament »[13]. Le Fédéral a aussi publié un bulletin d'information destiné aux médecins et aux pharmaciens et mis en œuvre un système de prêt direct aux fabricants de médicaments d'ordonnance qui sont en concurrence avec les sociétés pharmaceutiques internationales.

Le gouvernement de l'Ontario s'est engagé dans une campagne d'information sur le prix des médicaments. En 1970 il a publié un *Comparative Drug Index,* dans lequel apparaît, pour chaque catégorie de médicaments, une liste de produits accompagnés du coût au pharmacien d'une dose d'une unité. Les manufacturiers de pro-

13. Ministère de la Consommation et des Corporations, *Déclaration de l'Honorable Ron Basford, Ministre de la Consommation et des Corporations à la Conférence fédérale-provinciale des hauts fonctionnaires sur le coût des médicaments et des appareils auditifs, Ottawa, du 10 au 12 juin 1970,* communiqué de presse du 10 juin 1970.

duits énumérés avaient été inspectés au préalable de façon à établir qu'ils répondaient aux critères à observer. Le gouvernement a aussi adopté un programme (PARCOST), en vertu duquel les pharmacies « participantes » s'engagent à vendre les médicaments à un prix ne dépassant pas le prix indiqué dans l'Index, plus deux dollars à titre d'honoraires professionnels.

Au Québec, on abordait de front toute la question de l'industrie des médicaments dans le projet de loi initiale numéro 69. Ce projet avait à l'origine pour objet « de faire assumer par la Régie, pour le compte du ministère des Affaires sociales, les services et médicaments fournis par les pharmaciens sur ordonnance d'un médecin à toute personne qui bénéficie de l'aide sociale ; d'instituer au ministère des Affaires sociales une Commission de pharmacologie qui aurait été composée de cinq membres et qui aurait eu pour fonctions de faire des enquêtes sur les médicaments, leur fabrication et leur coût et de faire des recommandations au ministre des Affaires sociales à cet égard ; d'autoriser le ministre des Affaires sociales à dresser périodiquement une liste des médicaments dont la Régie assumerait le coût et d'indiquer le prix qui serait payé par la Régie pour ces médicaments ». Par ce projet de loi, tous les problèmes de l'industrie étaient donc soulevés.

Dans sa versoin finale, les fonctions d'enquête sur la fabrication et le coût des médicaments ayant été cédées au gouvernement fédéral, le projet de loi 69, sanctionné le 18 juin 1971, a du point de vue qui nous concerne ici, une portée sensiblement réduite, puisqu'il se limite essentiellement à instituer un conseil *consultatif* de pharmacologie, chargé d'assister le ministre dans la confection de la liste des médicaments à la charge de la Régie [14].

14. Assemblée nationale du Québec, Bill 69, *Loi modifiant la Loi de l'assurance-maladie et la Loi de la Régie de l'assurance-maladie*, sanctionnée le 18 juin 1971. Il nous semble inapproprié d'adjoindre un expert en finance et en économie (art. 27b) aux quatre autres membres du conseil consultatif de pharmacologie proposé. Deux ordres de problèmes se rattachent à l'étude des médicaments et chacun d'eux doit relever d'une autorité différente. Le premier touche l'aspect purement pharmacologique de qualité et d'équivalence des médicaments et ne relève donc que de spécialistes dans le domaine. Le groupe appelé à porter des jugements sur la qualité des médicaments doit jouir d'une autorité scientifique et morale qui le place au-dessus de tout doute. L'autre aspect porte sur les implications économiques d'une liste de médicaments, ainsi que des modalités de remboursement et doit relever à ce titre d'un service économique du ministère des Affaires sociales. Le Bill 69 a tort de ne pas différencier ces deux aspects.

La distribution des médicaments

Notre attention s'est portée jusqu'à maintenant sur une phase seulement du processus de production des médicaments : celle de la fabrication. Le stade de la distribution présente suffisamment d'intérêt pour qu'il vaille la peine d'y consacrer la dernière partie de cet article. Quelques données factuelles nous aideront d'abord à circonscrire le problème. En 1970, au Québec, 1,238 pharmacies de détail distribuaient 40 millions de dollars de médicaments d'ordonnances, représentant 60 pour cent de la consommation totale. Le reste, soit 40 pour cent de la consommation, atteignait les consommateurs par l'intermédiaire des hôpitaux [15]. Les pharmacies de détail, généralement de petites entreprises comme leur nombre le fait supposer, s'alimentaient principalement en stocks auprès de grossistes et dans une moindre mesure auprès des fabricants eux-mêmes.

La presque totalité des médicaments d'ordonnance étaient préfabriqués, c'est-à-dire que le rôle du pharmacien se limite la plupart du temps à découper les portions prescrites par le médecin. C'est en ce sens que l'on a pu parler de la dévalorisation du rôle du pharmacien, qui devrait être en principe l'informateur du médecin ou du consommateur.

Autre élément d'information à ne pas oublier : la valeur des médicaments d'ordonnance écoulés par les pharmacies de détail se situe entre 30 et 40 pour cent de la valeur totale des ventes de ces mêmes entreprises. Le reste était composé, comme on le devine, d'un nombre et d'une variété presque illimités des produits qu'on retrouve dans la pharmacie type, depuis les objets de poterie de qualité douteuse jusqu'aux feuilles pornographiques. Précisons enfin que le pharmacien reçoit ses honoraires selon deux méthodes, dont la principale était auparavant la technique par laquelle le vendeur ajoute, à titre de rémunération, un pourcentage donné à la facture. Cependant, la formule du taux uniforme par prescription tend à s'implanter de plus en plus [16]. D'un autre point de vue, il convient de noter que la première technique introduit en principe un élément de discrimination en faveur des médicaments les plus chers.

15. Données obtenues de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

16. Le 5 mai 1970, plus de 300 pharmaciens propriétaires paraphaient une entente avec la Mutuelle S.S.Q., selon laquelle le pharmacien reçoit des honoraires fixes de 2 dollars par ordonnance.

Inefficacité de la distribution

La plupart des analystes qui ont étudié le secteur de la distribution des médicaments jugent le système inefficace. Cette appréciation s'appuie sur deux indices principaux. Il s'avère, en premier lieu, que la phase de distribution compte pour 50 pour cent du prix que le consommateur doit assumer. On a pu établir en deuxième lieu que les hôpitaux payaient au fabricant un prix d'achat de 25 à 50 pour cent moins élevé que les pharmacies de détail. L'inefficacité technique ici identifiée proviendrait de la trop faible taille ou, si l'on veut, du trop grand nombre de pharmacies existantes. Dans le langage économique conventionnel, cela signifierait que les pharmacies ne réalisent pas toutes les économies d'échelle possibles. L'achat en bloc des médicaments (comme les initiatives de l'expérience Hop-Bec et du comité des achats en groupe de la région no 3 de l'Association des hôpitaux de la province de Québec) ne peut donc pas se faire au même degré ; les frais fixes d'acquisition ou de location d'immeubles, d'administration et d'entretien seraient inutilement élevés ; mais c'est surtout le coût élevé d'une personne trop qualifiée pour la tâche qui expliquerait l'impuissance des pharmacies actuelles à atteindre le coût moyen minimal. C'est en ce sens qu'on a pu estimer qu'une pharmacie de taille suffisamment grande ou encore le centre local de santé conçu par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social pourraient en principe réduire sensiblement le coût unitaire. Le pharmacien serait alors plus en mesure d'exploiter pleinement sa formation et de devenir ainsi le conseiller véritable d'un groupe de médecins ou du consommateur lui-même.

Facteurs d'inefficacité

La théorie économique peut-elle nous permettre de comprendre pourquoi les pharmacies n'atteignent pas spontanément leur taille optimale ? La présomption veut que la recherche du profit, alliée à un degré suffisant de concurrence, amène les entreprises à converger naturellement vers leur capacité optimale, c'est-à-dire le coût moyen minimal. Il faut reconnaître au départ qu'une bonne partie sans doute de ce que nous avons désigné comme l'inefficacité des pharmacies ne représente probablement pas une véritable inefficacité au sens économique du terme. Dans la mesure où les diffé-

rentes unités de distribution se concurrencent non pas uniquement par le prix, mais peut-être principalement par la localisation à proximité du consommateur et par la multiplicité des produits offerts, il s'ensuit que la taille optiale du point de vue du consommateur n'est pas nécessairement celle qui correspond au coût techniquement le plus bas possible. En d'autres termes le consommateur choisit implicitement de payer plus cher pour obtenir un produit différencié.

Il reste que ce facteur à lui seul ne peut expliquer toute la réalité. Deux autres facteurs se présentent à l'esprit. On peut concevoir que la mauvaise information du consommateur sur la nature du produit et la confiance automatique qu'il accorde aux recommandations du médecin font que le souci du coût ou du prix n'intervient pas dans la décision dn consommateur, c'est-à-dire dans le choix qu'il fait du pharmacien comme du produit. En d'autres termes, la concurrence par le prix est à peu près inexistante dans les pharmacies. Mais on peut aussi présumer que certaines dispositions législatives gênent, dans une certaine mesure, l'aménagement d'une structure d'entreprise efficace. Par exemple, l'interdiction faite à un non-professionnel de posséder un établissement de vente de biens médicaux et/ou d'employer un professionnel ; l'interdiction faite à tout pharmacien de posséder plus de trois établissements dans une ville de plus de 50,000 habitants et plus d'un seul dans une agglomération de moindre dimension, bien que cette disposition n'atteigne pas celui qui le 1er mai 1964 possédait plus de pharmacies que le nombre permis ; le fait que la vente de l'aspirine soit réservée aux pharmaciens ; l'interdiction de constituer des sociétés à capital-actions et d'accepter des investissements directs de non-professionnels, etc. [17] Le régime peut donc gêner la pénétration du secteur par les éléments les plus aptes à mettre sur pied les organisations industrielles les mieux adaptées.

Jean-Luc MIGUÉ,
École nationale d'Administration publique (Québec)
et
Gérard BÉLANGER,
Université Laval (Québec).

17. Les nombreuses entraves posées à l'entrée sont décrites dans François Lacasse, *Les mécanismes de distribution des médicaments et prothèses : analyse économique*, annexe 4 de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970, 129 pp.