



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 075 • 1<sup>re</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 26 février 2013**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mardi 26 février 2013

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bonjour, mesdames et messieurs et bon retour. C'est bien de vous revoir après la semaine de relâche. Nous l'appelons la relâche, mais nous nous reposons rarement; la relâche est une période tellement chargée, n'est-ce pas?

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Nous poursuivons notre étude sur l'innovation technologique. Il s'agit d'une étude très importante. Aujourd'hui, nous accueillons le Dr Danyaal Raza, membre du conseil de Médecins canadiens pour le régime public, et Marjorie MacDonald, présidente de la Public Health Association of BC.

Madame MacDonald, on m'a dit que vous aviez une présentation PowerPoint.

J'aimerais que vous présentiez en premier. Vous avez 10 minutes.

**Mme Marjorie MacDonald (présidente, Public Health Association of BC):** Merci beaucoup. Je suis très heureuse d'avoir l'occasion de comparaître devant le comité aujourd'hui.

Je m'appelle Marjorie MacDonald et je représente la Public Health Association of British Columbia. J'aimerais souligner la participation de mon collègue, le vice-président de l'association, c'est-à-dire le Dr John Millar, qui a préparé la plus grande partie de la présentation. Il n'a pas pu venir aujourd'hui, et je vais donc faire la présentation à sa place. J'espère que ma prestation sera à la hauteur de son travail.

La Public Health Association of BC est très inquiète, car le financement des soins de santé au pays est de moins en moins viable. En effet, les dépenses en soins de santé commencent à augmenter plus rapidement que les revenus du gouvernement. Elles représentent actuellement 40% des dépenses provinciales, mais selon les taux d'augmentation actuels, cette proportion passera à 80 % en 2030. Il faut donc prendre les mesures nécessaires pour régler ce problème maintenant.

En ce qui concerne la viabilité des soins de santé, j'aimerais parler de trois enjeux urgents, mais intimement liés. Je parlerai également de leurs solutions, qui sont évidemment aussi étroitement liées.

Tout d'abord, on observe la détérioration de l'état de santé général de la population et l'augmentation des inégalités relatives à l'état de santé de certains groupes de la population du pays. En effet, la prévalence des maladies chroniques a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. Pourtant, la plupart de ces maladies peuvent être évitées. Par exemple, la prévalence des maladies du cœur a augmenté d'environ 80 %, celle de certains cancers d'environ 50 % et celle du diabète d'environ 78 %. Ce qui est peut-être plus inquiétant, c'est que la prévalence des maladies chroniques parmi les groupes les plus désavantagés et marginalisés de la population est beaucoup plus élevée, et il faut s'en préoccuper. L'augmentation de la

prévalence des maladies chroniques peut diminuer la productivité de la population active et affaiblir la compétitivité économique.

Deuxièmement, il faut se pencher sur les mauvais services aux patients et la piètre qualité des soins. Il y a eu de nombreuses plaintes concernant la dégradation de l'expérience générale dans le système et la qualité des soins. Au pays, la plupart des soins liés aux maladies chroniques sont prodigués par l'entremise d'un système de soins primaires conçu il y a longtemps pour le traitement des maladies graves qui étaient courantes à l'époque, avant l'augmentation du nombre de maladies chroniques dans la population. Bon nombre ont fait valoir que ce n'était plus du tout le modèle de gestion approprié.

Le système de soins de santé primaires du Canada n'est donc pas à la hauteur d'autres systèmes à rendement élevé qu'on retrouve dans certains autres pays, et cela entraîne des hospitalisations et des dépenses inutiles. De plus, nous savons qu'un grand nombre de Canadiens n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires régulier; il y a donc un manque de coordination et de suivi des soins dans le système de soins de santé. Les flux de renseignements sont interrompus. Les patients doivent consulter leur médecin plus d'une fois pour renouveler une prescription et pour obtenir les résultats des tests de laboratoire. En raison du manque de dossiers de santé électroniques interopérables, les renseignements ne sont pas accessibles d'un secteur à l'autre du système. Les gens doivent se contenter de consultations très brèves au cours desquelles ils ne peuvent exposer qu'un problème. Cela ne fonctionne pas lorsqu'il s'agit de maladies concomitantes et de problèmes très complexes. De plus, il est très difficile d'élaborer des stratégies de prévention et de fournir des soins fondés sur des données probantes dans ce type de système. Cela signifie aussi que la responsabilité envers la collectivité et les patients est très limitée, et que les patients ne participent pas beaucoup à la gestion du système.

• (1535)

Troisièmement, il y a l'augmentation des coûts liés aux soins de santé. Je suis certaine que vous en avez souvent entendu parler.

Les revenus du gouvernement diminuent dans tous les secteurs. Selon certaines personnes, il faut réduire la taille du gouvernement, il faut diminuer les impôts et il faut déréglementer l'industrie. On s'inquiète du gaspillage, des erreurs et des inefficacités qui se produisent dans le système. Nous savons que la population vieillit et que cela augmente la prévalence des maladies chroniques. Toutefois, comme je l'ai déjà mentionné, et il est possible d'éviter la plus grande partie de ce fardeau.

Si les trois problèmes dont j'ai parlé sont intimement liés, leurs solutions le sont aussi. Il s'agit d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités, d'améliorer les soins prodigués aux patients et de réduire les coûts.

En ce qui concerne l'amélioration de la santé de la population, il est très important d'investir davantage dans la prévention, à la fois primaire et secondaire. De nouvelles données probantes laissent croire que la prévention peut être très efficace pour réduire les coûts à long terme, car elle va améliorer la santé de la population et par conséquent augmenter la productivité.

Toutefois, pour y arriver, nous devons nous attaquer aux facteurs sociaux de la santé, notamment la pauvreté, les inégalités, la sécurité alimentaire, l'itinérance et le développement de la petite enfance. Il s'agit d'une tâche très complexe qui pose de nombreux défis.

J'aimerais faire un petit retour en arrière pour expliquer brièvement certaines preuves qui démontrent que la prévention est efficace. En effet, de récentes analyses économiques ont démontré qu'une stratégie de prévention qui favorise l'adoption d'habitudes de vie plus saines et la création de milieux et de conditions de vie plus sécuritaires et favorables pouvait ralentir l'augmentation et la prévalence de certaines maladies et blessures et contribuait à alléger le fardeau d'un système de soins primaires à capacité limitée.

Par exemple, selon une étude, une augmentation des dépenses en santé publique de l'ordre de 10 % a entraîné une diminution de 3,2 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires. Cela représentait une augmentation des dépenses de seulement 312 000 \$ américains pour l'organisme de santé local. Pour réduire autant les décès causés par des maladies cardiovasculaires en ayant recours aux soins cliniques, nous devrions investir 5,5 millions de dollars. C'est 27 fois plus que les dépenses en santé publique, ce qui démontre que les stratégies en matière de prévention donnent un bon rendement de l'investissement.

Je ne parlerai pas de la prochaine diapositive, car je risque de dépasser les 10 minutes qui me sont imparties, mais il s'agit essentiellement d'un graphique qui démontre que l'augmentation des mesures de prévention peut, à long terme, réduire les coûts.

En ce qui concerne la deuxième solution, il est important de transformer le système de soins primaires du pays en un système de soins de santé primaires axés sur la collectivité. Pour y arriver, il faut satisfaire à six exigences fondamentales qui se fondent sur des données probantes.

Tout d'abord, nous devons offrir des services à une population géographique définie, afin que chaque habitant de la région ait accès aux services. Il faut offrir une gamme complète de services qui vont au-delà de ceux qui sont actuellement offerts dans notre système de soins primaires. Nous devons être en mesure de nous occuper des facteurs sociaux de la santé, de la prévention clinique, des maladies concomitantes qui nécessitent des soins de santé complexes et des soins de fin de vie.

Nous devons donc établir un meilleur réseau de professionnels composé d'omnipraticiens, d'infirmiers praticiens, de pharmaciens, de professionnels de la santé publique, d'intervenants spécialisés en santé mentale et en toxicomanies et d'organismes sociaux. Au Canada, peu d'organismes de soins primaires sont actuellement en mesure d'offrir ce réseau de services et de professionnels.

Il nous faut d'autres sources de financement pour encourager la prévention, favoriser la collaboration et utiliser les données et les systèmes de données qui peuvent servir à améliorer les soins. On propose souvent l'adoption d'un modèle de financement mixte pour y arriver.

De plus, il nous faut des systèmes de données électroniques. Ces systèmes sont essentiels à l'atteinte des objectifs en matière d'efficacité. Ils permettent également l'accès aux données sur les patients ainsi qu'aux renseignements généraux sur la santé de la population, ce qui permet d'améliorer les soins.

Il faut aussi une structure de gouvernance partagée qui permet aux membres de la collectivité d'exprimer leurs besoins et de donner leur avis sur la façon dont les services et les soins sont offerts.

● (1540)

Je vais maintenant parler des réponses possibles du gouvernement.

Je viens juste de remarquer qu'il y a une erreur dans ma présentation. Je voulais indiquer que de légères hausses d'impôt reçoivent un certain appui du public, et non un appui solide.

Selon un récent rapport du Centre canadien de politiques alternatives en Colombie-Britannique, de petites augmentations d'impôt représenteraient un fardeau minimal pour les particuliers, mais pourraient constituer une importante source de revenus qui servirait au financement des services de santé et des services sociaux.

On pourrait aussi élaborer des politiques en matière de santé publique. La portée de ces politiques s'étend au-delà du système de soins de santé et de sa gouvernance pour englober une approche pangouvernementale. La portée de certaines de ces stratégies et politiques dépasse les limites du système de santé.

Par exemple, l'une de ces stratégies pourrait être un plan de réduction de l'obésité. Il faut encourager, au niveau fédéral, la prise de mesures gouvernementales pour réduire la consommation de calories. On pourrait, par exemple, modifier les politiques agricoles et afficher des renseignements sur la teneur calorique des aliments au point de consommation. On pourrait taxer les boissons sucrées, interdire la publicité sur la malbouffe et les boissons sucrées destinée aux enfants et mettre en oeuvre une stratégie de réduction de la consommation de sel. Toutes ces méthodes pourraient mener à une réduction du fardeau des maladies chroniques.

Le développement de la petite enfance, les stratégies en matière de réduction de la pauvreté; ce sont toutes des choses très importantes.

Je n'ai pas le temps d'approfondir ces points, mais vous pourrez obtenir plus de détails dans notre rapport préparé par le Dr Millar. Il est disponible sur demande.

Ce qui est important, dans toutes ces stratégies, c'est de prendre des mesures, d'exercer une surveillance et d'enregistrer les résultats. Les tâches dont on mesure le résultat ont tendance à être accomplies. Nous devons donc mettre au point des unités de mesure communes et une stratégie coordonnée à l'échelle nationale qui fournirait des indicateurs et des bases de données pour mesurer les progrès réalisés dans le cadre de ces stratégies. L'ICIS, c'est-à-dire l'Institut canadien d'information sur la santé, est déjà responsable d'une partie de ces activités, ce qui signifie que l'infrastructure nécessaire est déjà en place.

Je vais m'arrêter ici. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

● (1545)

**Le président:** Merci beaucoup, madame MacDonald.

Nous allons maintenant entendre le Dr Raza, de Médecins canadiens pour le régime public.

**Dr Danyaal Raza (membre du conseil, Médecins canadiens pour le régime public):** Merci, et bonjour.

Je m'appelle Danyaal Raza et je suis médecin de famille à Ottawa. Je représente aujourd'hui Médecins canadiens pour le régime public. Il s'agit d'un organisme dirigé par des médecins et appuyé par des milliers de Canadiens, et nous préconisons l'amélioration de notre système de soins de santé public.

Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant le comité et de nous permettre de contribuer à votre étude sur la santé et l'innovation.

En tant que médecin, je constate les effets de l'innovation à un niveau personnel dans ma pratique et avec mes patients. Aujourd'hui, j'aimerais parler de l'élément humain dans l'innovation et du rôle essentiel qu'il joue dans l'utilisation optimale de la technologie à notre disposition. Ensuite, j'expliquerai pourquoi le Canada prend du retard dans ce domaine, malgré nos investissements dans la recherche et la technologie. Je terminerai en encourageant les membres du comité au sujet du rôle important que le gouvernement fédéral peut jouer en favorisant l'innovation dans les soins de santé par l'entremise du renouvellement de notre accord sur la santé en 2014.

Les Canadiens ont la chance d'avoir accès à certaines des technologies les plus récentes, mais leur utilité est limitée. Elles peuvent seulement contribuer à améliorer la santé des Canadiens si elles sont utilisées par des professionnels qui trouvent des façons intelligentes de les exploiter le mieux possible au profit des patients.

J'aimerais citer en exemple le projet de consultations électroniques qui se déroule dans la région d'Ottawa. Ce projet influence de façon spectaculaire la façon dont les patients reçoivent leurs soins de santé et il a également des effets sur leur santé en général. Avant le lancement de ce projet, les médecins de famille qui voulaient obtenir l'avis d'un spécialiste sur une question de santé complexe devaient habituellement lui envoyer une requête par fax. Ce projet de consultations électroniques fait entrer ce processus dans le XXI<sup>e</sup> siècle. Maintenant, un médecin d'Ottawa qui prodigue des soins primaires, par exemple moi-même, peut faire quelque chose de complètement différent. En effet, il peut envoyer au spécialiste, par l'entremise d'un portail sécuritaire en ligne, les renseignements sur l'état de santé de leurs patients et des questions sur les problèmes de santé non résolus. Étant donné qu'il fallait attendre en moyenne trois mois et demi avant qu'un patient puisse voir le spécialiste, le projet a permis de réduire le temps d'attente à moins d'une semaine.

En plus de réduire considérablement le temps d'attente, le projet de consultations électroniques a réussi à éliminer 43 % des requêtes traditionnelles sur papier qui auraient autrement été envoyées dans le cadre des consultations en personne avec les spécialistes. En ce qui concerne les renvois qui demeuraient nécessaires, les médecins de famille ont pu mieux préparer les spécialistes en leur suggérant des tests en laboratoire et d'autres études de diagnostics.

Le projet améliore l'accès aux soins, et les médecins qui prodiguent des soins primaires et les spécialistes sont d'avis qu'ils sont mieux outillés pour déterminer le meilleur traitement pour leurs patients, et ils affirment qu'ils collaborent de façon efficace. Il s'agit manifestement du type d'innovation qui réduit les temps d'attente et qui permet d'épargner de l'argent, mais il faut aussi que les consultations électroniques fassent maintenant partie du modèle de rémunération des médecins. Il s'agit aussi de savoir comment nous pouvons étendre cette pratique à d'autres provinces et à d'autres villes, et ne pas la réserver seulement à Ottawa.

Il y a aussi d'autres innovations qui se fondent sur la coordination et sur la collaboration interdisciplinaire pour offrir des soins plus efficaces et de qualité supérieure aux Canadiens. Un grand nombre

d'entre vous a déjà entendu parler du succès de l'Alberta Bone and Joint Health Institute, lorsque des approches innovatrices en matière de chirurgie de la hanche et du genou ont considérablement réduit les temps d'attente; ils sont passés de 82 semaines à seulement 11 semaines. Comment? Par l'entremise de méthodes telles que l'admission centralisée des patients, le diagnostic d'évaluation, le traitement non chirurgical dans des cliniques spécialisées, et le recours à des équipes multidisciplinaires.

Par exemple, si un patient doit se renforcer physiquement pour être admissible à une chirurgie, un physiothérapeute travaille avec lui pour créer un programme de renforcement préopératoire. Des diététiciens travaillent avec les patients qui ont besoin d'améliorer leur poids ou leurs habitudes alimentaires. L'important, c'est qu'on était prêt à essayer quelque chose de nouveau. Il a fallu investir un peu, mais les retombées ont été considérables.

Il y a un projet d'hôpital virtuel en oeuvre à Toronto qui représente une autre innovation qui exige des changements dans notre façon de travailler. Les patients qui présentent un risque élevé d'être réadmis dans un hôpital profitent d'un environnement de soins continus à la maison qui ressemble à celui qu'on retrouve dans un hôpital. En tant que patients virtuellement admis dans un hôpital, ils peuvent téléphoner à leur équipe de soins et lui exposer leurs inquiétudes jusqu'à ce qu'ils soient transférés à leur médecin. Le projet a contribué à réduire le nombre de patients qui sont physiquement à l'hôpital, à les relier à la communauté de soins, et à éviter qu'ils glissent entre les mailles du système.

Comme vous pouvez le constater, l'innovation ne concerne pas seulement les récents développements en matière de technologie. Souvent, il s'agit de trouver de meilleures façons de collaborer et d'utiliser les outils et la technologie dont nous disposons déjà. Il s'agit de modifier notre approche en matière de soins de santé, de travailler vers l'intégration, la coordination et la collaboration.

Comment pouvons-nous y arriver, et que peut faire le gouvernement fédéral pour améliorer l'utilisation des innovations au Canada?

Eh bien, pour aller de l'avant, nous devons aussi examiner ce qui a été fait jusqu'ici. L'accord sur la santé de 2004 a reconnu que les investissements en sciences, en technologie et en recherche sont nécessaires pour appuyer l'innovation. Le gouvernement fédéral a d'ailleurs effectué quelques investissements fructueux dans ces domaines. Toutefois, l'accord a aussi reconnu l'importance de se doter de nouveaux modèles de soins, notamment en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques, et c'est dans ce domaine d'innovation que le Canada a pris du retard.

● (1550)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a souligné l'absence de progrès dans son rapport intitulé « Un changement transformateur s'impose: Un examen de l'Accord sur la santé de 2004 ».

Le président du comité, le sénateur Ogilvie, y a affirmé que « le système est cloisonné, qu'il ne dispose d'aucun mécanisme global de reddition de comptes et que les véritables innovations sont rarement reconnues et mises en oeuvre ». Il a dit:

Il est essentiel que les fonds ajoutés chaque année aux budgets de l'Accord sur la santé soient majoritairement affectés à l'élaboration et à la mise en oeuvre de modèles novateurs qui offrent aux Canadiens un système de soins de santé moderne qui les accompagne dans tous les cycles de leur vie.

Le comité a recommandé divers moyens pour parer à cette lacune, dont du financement fédéral et des réseaux dirigés par le gouvernement fédéral pour repérer les innovations et les modèles exemplaires qu'on trouve dans le domaine de la santé et les appliquer à plus grande échelle.

Les Médecins canadiens pour le régime public ont enjoint à maintes reprises au gouvernement fédéral de participer plus activement à la mise en commun des innovations en santé. Le gouvernement fédéral ne fait rien pour signifier aux Canadiens qu'il y aura un autre accord sur la santé, malgré la nécessité d'unir nos forces pour réaliser ces priorités. Nous aimerions demander à ce comité d'appuyer le projet d'un accord sur la santé 2014 dans toutes les recommandations qu'il formulera à ce sujet et de faire en sorte que les innovations soient mises en commun pour que toutes les provinces puissent en bénéficier.

L'une des solutions consisterait à inverser la donne pour favoriser un modèle de financement par tête lié à la croissance, parce que les provinces les moins peuplées n'ont pas nécessairement suffisamment d'argent pour suivre le rythme de l'innovation technologique. Nous proposons également que le Canada se dote d'un accord-cadre pour l'innovation et qu'il emboîte le pas au Sénat, qui a réclamé un financement fédéral et des mesures de coordination. Ainsi, il est fondamental de créer un organisme qui abordera l'innovation sous l'angle national plutôt qu'à la pièce, par province.

Le Conseil canadien de la santé relève actuellement les pratiques exemplaires qu'on observe au pays grâce à son Portail de l'innovation. Si son mandat était élargi et qu'il recevait du financement pour favoriser l'adoption de ces pratiques et de ces innovations à plus grande échelle, il pourrait faire partie de la solution.

Nous recommandons également de confier à un organisme national la responsabilité d'examiner continuellement les données scientifiques sur les nouveaux médicaments, les tests diagnostiques et d'autres interventions. Cet organisme pourrait conseiller les fournisseurs de soins de santé au Canada, sans le biais commercial des sociétés pharmaceutiques et des fabricants d'appareils médicaux, un peu comme le National Institute for Health and Clinical Excellence au Royaume-Uni. La qualité des soins de santé s'en trouverait améliorée au Canada, et nous réaliserions des économies. C'est déjà ce qui se fait à plus petite échelle grâce à l'initiative sur les produits thérapeutiques qui a cours en Colombie-Britannique. Le gouvernement fédéral doit participer à l'établissement de normes en matière d'innovation et appliquer le meilleur de nos connaissances partout au pays.

Il est vrai que certaines provinces font déjà part de leurs innovations aux autres, mais les Canadiens croient qu'il revient au gouvernement fédéral de veiller à ce que les soins les plus novateurs soient offerts à tous et non seulement à certains. Nous avons besoin d'un accord sur la santé 2014 pour faire de l'innovation une priorité financée pour tous les Canadiens. Nous exhortons ce comité à recommander que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan en matière d'innovation, afin de forger des partenariats avec les provinces dans le but d'offrir les meilleurs soins de santé possible à tous les Canadiens.

Je vous remercie de votre temps.

**La présidente:** Merci.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Davies, pour la première série de questions de sept minutes.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci, madame la présidente. Je remercie également les deux témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Vous avez brossé un excellent portrait général dans lequel se situe notre étude sur l'innovation. Vous nous avez donné d'excellents exemples d'innovations concrètes, mais je crois que vous avez tous les deux fait valoir que nous devions aller bien au-delà du syndrome du projet pilote et envisager une stratégie beaucoup plus nationale et pancanadienne.

En fait, docteur Raza, je connais l'un de vos collègues, le Dr Ryan Meili, qui vient de la Saskatchewan et qui a écrit un livre fantastique sur le sujet. J'aimerais souligner que dans cet ouvrage, il met en relief la nécessité de donner une portée nationale à tout le travail fantastique qui se fait localement, mais souvent de manière très isolée.

J'ai quelques questions à vous poser.

Prenons d'abord les accords. C'est une question qui nous intéresse beaucoup, au NPD, parce que nous sommes très déçus que le gouvernement fédéral n'exprime pas de volonté de respecter les accords qu'il signe et nous nous demandons ce qui va se passer quand ils vont venir à échéance en 2014. Je suis d'accord avec vous qu'il nous faut une nouvelle série d'accords sur la santé et que ces accords doivent s'accompagner de fonds ciblés pour améliorer le système. Le simple fait de respecter les engagements pris serait déjà un énorme pas en avant, mais il faudrait en faire tellement plus.

Lorsque vous dites qu'il faudrait créer une nouvelle entité qui serait chargée de suivre l'innovation, croyez-vous qu'il devrait également y avoir un fonds associé, que c'est la carotte qu'il nous manque pour inciter les provinces à embarquer?

Mon autre question s'adresse à la Dre MacDonald. Dans l'exposé que vous avez prononcé au nom de la Public Health Association of B.C., j'ai été très impressionnée d'entendre à quel point vous mettiez l'accent sur la question apparemment simple de la transformation des soins primaires, par les six étapes que vous avez présentées, qui semblent pourtant si difficiles à réaliser. Nous savons ce qu'il faut faire, mais cela ne se fait pas. Je dirais même que le système des centres de santé communautaire de l'Ontario est bien supérieur au système de la Colombie-Britannique, qui est très, très disparate. Je me demande ce que vous proposeriez pour permettre au gouvernement fédéral de participer à la transformation des soins primaires que vous souhaitez et favoriser un modèle multidisciplinaire qui comprendrait des volets prévention, promotion de la santé, ciblage des populations à risque, etc.

Que le gouvernement fédéral peut-il faire pour cibler les soins primaires? Je vous serais reconnaissante de bien vouloir répondre tous les deux à ces questions.

• (1555)

**Dr Danyaal Raza:** Je vous remercie de cette question, madame Davies.

Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, nous avons déjà une partie de l'infrastructure nécessaire pour faire ce que nous proposons. Le Conseil canadien de la santé a déjà mis en place son portail de l'innovation. Il recense déjà les meilleures pratiques observables. Nous devons lui donner encore plus de pouvoir. Nous devons investir pour permettre aux provinces qui le souhaitent de profiter des innovations en place dans d'autres parties du pays.

Il y a deux niveaux d'intervention. Il y a celui des services de santé et il y aurait aussi la possibilité de créer un équivalent canadien du NICE, le National Institute for Health and Clinical Excellence, un organisme britannique que j'ai déjà mentionné. Il y en a un exemple en Colombie-Britannique, avec le projet sur les produits thérapeutiques. La province s'est dotée d'un organisme qui évalue l'efficacité des nouveaux produits pharmaceutiques avant qu'ils ne soient financés par le formulaire provincial des régimes d'assurance-médicaments à financement public. Les coûts de ce régime ont chuté de 8 % après la création de cet organisme. C'est la réalisation d'une seule province, à elle seule. Ce n'est pas comme ça dans tout le pays. En fait, cela pourrait faire partie d'une stratégie nationale d'assurance-médicaments, qui serait une autre forme d'innovation remarquable au Canada.

J'aimerais toutefois revenir un instant à la façon dont nous voyons l'accord sur la santé de 2014 collectivement. Pour nous, cet aspect de l'innovation en fait partie, mais il faudrait ajouter d'autres aspects importants au nouvel accord sur la santé. J'ai déjà dit qu'il fallait nous départir de la formule de financement par habitant qui a été annoncée il y a un peu plus d'un an, parce qu'elle pénalise les petites provinces les moins peuplées. Si le Nouveau-Brunswick souhaitait acquérir un appareil d'IRM, ce serait difficile, parce que la province est trop petite et qu'elle n'aurait pas assez d'argent ensuite pour assurer les autres services de santé nécessaires en raison de la limite de financement par habitant.

Nous voudrions également que le gouvernement fédéral applique la Loi canadienne sur la santé. Tous les jours, nous entendons parler de nouvelles cliniques qui facturent des frais d'utilisation illégaux. La Helios Wellness Clinic de Calgary a fait les manchettes. Il y a une enquête en cours sur le fait que des patients payaient 10 000 \$ en frais d'adhésion pour être membres de cette clinique et passer en tête de liste pour des examens de dépistage du cancer du côlon dans le système public. La clinique Cambie, à Vancouver, est un centre orthopédique privé à but lucratif, qui est financé par de la facturation illégale aux patients pour des services assurés par le régime public. Ce sont là deux cas de violation de la Loi canadienne sur la santé. Il faut ajouter des mesures de reddition de comptes à l'accord sur la santé et rendre le financement conditionnel au respect de la Loi canadienne sur la santé.

Nous devons également profiter de l'accord sur la santé de 2014 pour nous doter de priorités communes. Il ne suffit pas d'émettre des chèques, il faut une certaine unité nationale en la matière.

• (1600)

**Mme Marjorie MacDonald:** Il est difficile de répondre à cette question parce qu'au Canada, la santé est de compétence provinciale, il est donc particulièrement difficile de transformer le système de soins de santé primaires, et le rôle du gouvernement fédéral est un peu difficile à définir. Comme mon collègue, je crois que l'accord sur la santé pourrait constituer une stratégie utile. Il serait possible de lier la réforme des soins primaires aux transferts en matière de santé. Pour ce qui est de la façon dont les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral pourraient parvenir à une certaine unité, je ne suis pas trop sûre de pouvoir vous répondre en raison de la façon dont le système fédéral-provincial est structuré. C'est un obstacle considérable. Il faudra beaucoup de collaboration et de discussions entre les divers groupes d'intérêt, comme celui de mon collègue, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne de santé publique sur les solutions possibles.

**La présidente:** Je vous remercie, madame MacDonald.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais remercier les témoins de leurs exposés d'aujourd'hui.

J'aimerais creuser un peu. Je doute que vous ayez eu assez de temps pour nous expliquer tout ce que vous auriez voulu pour nous guider dans notre étude sur l'innovation technologique.

Docteur Raza, pourriez-vous expliquer au comité combien votre organisation dépense chaque année en innovation technologique?

**Dr Danyaal Raza:** Notre organisation est une organisation de défense. Notre conseil d'administration se compose de bénévoles, et nous n'avons que très peu de personnel. Je crois que nous n'avons qu'un employé et demi. Nous exerçons tous la médecine dans nos propres milieux, donc notre organisation ne dépense pas d'argent directement en innovation technologique.

**M. Colin Carrie:** Quelles sont les innovations technologiques attribuables à votre organisation?

**Dr Danyaal Raza:** Nous comparaissons devant le comité à titre de représentants des médecins du Canada qui souhaitent améliorer les soins de santé publique. Nous travaillons dans divers milieux qui emploient ces innovations. Nous formons un conseil à l'écoute de nos collègues du pays qui souhaitent parler de ces innovations et les présenter à divers publics, dont le comité aujourd'hui. Notre rôle est de les promouvoir.

**M. Colin Carrie:** Je vous remercie.

Madame MacDonald, pouvez-vous dire au comité combien votre organisation dépense chaque année en innovation technologique?

**Mme Marjorie MacDonald:** Comme le Dr Raza, je fais partie d'un organisme de défense. Notre conseil d'administration se compose de bénévoles. Nous avons un tout petit budget. Nous ne dépensons pas d'argent en innovation technologique.

Notre rôle consiste à promouvoir et à protéger la santé du public, donc nous faisons des recommandations sur ce que les membres de notre organisation jugent pertinent pour changer les choses. Je ne peux pas vous dire que nous avons dépensé de l'argent pour cela, ni que nous avons un budget pour cela.

**M. Colin Carrie:** Votre organisation a-t-elle créé des innovations technologiques uniques que vous pourriez présenter au comité aujourd'hui?

**Mme Marjorie MacDonald:** Ce n'est pas notre rôle. Ce n'est pas ce que nous faisons. Nous ne développons pas de technologies.

**M. Colin Carrie:** D'accord, mais vos membres utilisent-ils ces technologies?

**Mme Marjorie MacDonald:** Oui. Nos membres sont pour la plupart des professionnels et des dirigeants dans le domaine de la santé publique et ils peuvent utiliser ces technologies dans le cadre de leurs fonctions de fournisseurs de soins.

**M. Colin Carrie:** Le Dr Raza a parlé de la consultation en ligne que certains de ses collègues utilisent, je suppose. Nous avons entendu un certain nombre de témoins qui utilisent des outils comme Télésanté. Vous et vos membres utilisez-vous des technologies comme Télésanté?

•(1605)

**Mme Marjorie MacDonald:** Certains peuvent très bien en utiliser. Nous favorisons tout à fait ce genre de technologies. Nous estimons très important de développer les dossiers de santé électroniques et d'autres systèmes de données électroniques pour venir en aide aux professionnels dans leur travail. À part cela, non.

**M. Colin Carrie:** Vous avez mentionné les défis qui se posent dans le système de santé, puisque ce sont les provinces qui sont responsables de la prestation des soins. Je sais qu'elles travaillent par la fédération à établir des ententes stratégiques. Pour sa part, le gouvernement fédéral finance souvent la recherche. Nous avons entendu le témoignage de diverses personnes sur leurs partenariats avec les organismes de recherche du gouvernement fédéral.

J'aimerais savoir si votre organisation reçoit du financement gouvernemental? Travaillez-vous avec les IRSC?

**Mme Marjorie MacDonald:** Oui. Bon nombre de nos membres en reçoivent à titre personnel. Je suis moi-même professeur à l'Université de Victoria, où je suis titulaire d'une chaire de recherche financée par les IRSC, donc je reçois du financement dans le cadre de mon travail à l'université.

La Public Health Association reçoit de l'argent de l'Agence de la santé publique du Canada pour le perfectionnement et le développement des compétences des professionnels de la santé publique. Nous recevons du financement à cet égard.

**M. Colin Carrie:** Est-ce que vous et vos membres avez reçu du financement pour une innovation technologique particulière, ou n'avez-vous reçu que les fonds dont vous nous avez déjà parlé?

**Mme Marjorie MacDonald:** Je ne peux pas vous le dire. Nous ne vérifions pas tout le financement que chacun de nos membres reçoit, je suis désolée, je ne peux pas vous répondre.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup.

Je n'ai pas d'autres questions pour l'instant. Merci.

**La présidente:** Merci.

Nous allons maintenant passer à Mme Fry.

**L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.):** Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais me concentrer sur ce que nous ont dit les deux témoins aujourd'hui, c'est-à-dire que l'innovation ne se résume pas nécessairement à la technologie, qu'il s'agit de trouver des façons créatives de penser, des façons créatives d'offrir des soins de santé et des façons créatives de nous doter d'un système rentable et efficace qui offre des soins de qualité. Je pense que c'est là l'objet de notre étude.

Vous avez lancé des idées d'innovation pour la prestation des soins de santé.

Je dois dire, madame MacDonald, que vous présentez à merveille ce que nous disons depuis au moins 50 ans, c'est-à-dire que 60 % des maladies se préviennent et que si nous nous dotions d'un modèle de prévention, nous serions à même de créer des populations plus saines qui n'auraient pas autant besoin de soins de santé. C'est ce que nous disons depuis longtemps, mais il y a aujourd'hui beaucoup de gens qui souffrent de maladies chroniques. Il y a de plus en plus de gens atteints du diabète, comme vous l'avez dit, de maladies du cœur, etc. Je souhaite vous féliciter pour avoir dit que l'innovation consistait à trouver des façons novatrices d'aborder les populations saines, par la prévention, entre autres.

Docteur Raza, vous avez capté mon attention quand vous avez parlé de l'accord sur la santé. Je sais que la santé est du ressort des

provinces, autrement dit, que les soins de santé sont assurés par les provinces, mais cet accord a créé un vent de changement transformateur, une entente de collaboration entre elles. C'est ce qui rend l'accord sur la santé de 2004 remarquable: les premiers ministres des provinces et du gouvernement fédéral ont accepté d'envisager un modèle de prestation de services de santé souple, et le gouvernement fédéral a été appelé à jouer un rôle de premier plan en matière de ressources humaines en santé, d'assurance-médicaments, etc.

L'un des grands objectifs de cet accord est de trouver de nouvelles façons d'offrir des soins de santé. Ainsi, le gouvernement fédéral a joué un rôle clé en investissant de l'argent dans l'examen des cliniques communautaires. Je suis allée visiter des cliniques de Calgary et d'ailleurs au pays, où les professionnels appliquent un modèle multidisciplinaire qui leur permet de prendre en charge des gens qui souffrent de maladies chroniques dans la communauté et ainsi, de diminuer le nombre d'hospitalisations et les coûts qui en découlent.

J'aimerais vous interroger sur votre modèle de consultation en ligne. Comment fonctionne-t-il exactement? Est-ce que quelqu'un doit examiner le patient physiquement ou s'agit-il surtout de consultation en ligne sur la simple base des symptômes? Comment cela fonctionne-t-il exactement, pour que les diagnostics se fondent sur l'examen des patients et les conversations avec eux?

•(1610)

**Dr Danyaal Raza:** Comme vous le savez, d'après votre propre pratique de la médecine familiale, il arrive souvent que nous renvoyions des patients à des spécialistes dont nous n'avons pas besoin de toute la palette de compétences. Nous n'avons pas nécessairement besoin d'une évaluation complète de leur part. Nous pouvons leur recommander des patients simplement pour avoir réponse à quelques questions.

À l'époque où beaucoup de professionnels de la santé exerçaient en milieu rural ou lorsque les médecins de famille exerçaient surtout en clinique ou à l'hôpital, on se consultait dans les corridors, si l'on veut. Souvent, on arrêtait un spécialiste dans le corridor pour lui poser quelques questions sur un cas difficile à traiter et l'on évitait ainsi d'avoir à le recommander à un spécialiste.

Ce projet vise à recréer un contexte propice à ces échanges. Il y aura toujours des patients aux cas très complexes qui auront besoin de plus que de la version électronique de la consultation de corridor. L'objectif n'est pas de réduire le nombre de recommandations pour ces patients. Pensez au diagramme de Venn: l'idée est avant tout de ramener le chevauchement au milieu. Comme vous le savez, on évitait alors 43 % des renvois à des spécialistes, c'est un chevauchement assez important.

**L'hon. Hedy Fry:** A-t-on observé une réduction des temps d'attente et des frais de laboratoire?

**Dr Danyaal Raza:** C'est un modèle décentralisé. Si je fais une demande de consultation électronique d'Ottawa, ce n'est pas nécessairement un spécialiste de l'Hôpital d'Ottawa qui y donnera suite. Ce pourrait être un médecin de London ou de Windsor. Si j'ai bien compris, nous manquons de données. Nous ignorons si les temps d'attente diminuent. Je ne peux répondre à cette question aujourd'hui.

**L'hon. Hedy Fry:** Très bien.

Vous avez fait allusion aux 10 000 \$ qu'on demande pour adhérer à une clinique médicale de Calgary. Je voudrais avoir plus de détails, car je crains qu'en laissant faire cela, le gouvernement fédéral n'appuie pas les principes de l'assurance-santé ou de la Loi canadienne sur la santé. Je me souviens du dernier ministre fédéral qui avait interdit une telle facturation à une clinique...

**La présidente:** Docteur Fry, puis-je vous rappeler que vous devez poser des questions sur l'innovation technologique. Vous avez très peu abordé cette question, selon moi.

**L'hon. Hedy Fry:** En fait, je donne suite aux propos du témoin qui a évoqué cette clinique de Calgary. Je voulais formuler un commentaire sur la question. Madame la présidente, puis-je commenter les propos du témoin?

**La présidente:** Efforcez-vous d'aborder le thème de notre étude dans la mesure du possible.

**L'hon. Hedy Fry:** Je m'y efforce. J'essaie simplement d'aborder les questions évoquées par le témoin, madame la présidente.

**La présidente:** Oui.

**L'hon. Hedy Fry:** J'estime que c'est ce que nous sommes censés faire au comité.

Je voulais simplement indiquer que le non-respect de la Loi canadienne sur la santé ne permettra pas d'intégrer l'innovation à un système de santé public qui adhère à certaines règles. Êtes-vous d'avis que les cliniques qui facturent des frais d'adhésion violent la Loi canadienne sur la santé?

**Dr Danyaal Raza:** Je faisais valoir que le gouvernement fédéral devrait être un chef de file pour diffuser l'innovation, notamment l'innovation technologique. C'est d'ailleurs ce qui est prévu dans l'accord sur la santé et la Loi canadienne sur la santé. La planification et la coordination deviennent beaucoup plus difficiles lorsqu'on commence à déroger aux principes figurant dans la loi et que le nombre de cliniques à but lucratif augmente. Trop de cuisiniers gâtent la sauce. Et nous savons pertinemment que les cliniques médicales à but lucratif coûtent plus cher et donnent de piètres résultats sur le plan de la santé. Le gouvernement fédéral ne devrait pas autoriser de telles pratiques. Faire respecter la Loi canadienne sur la santé, c'est une façon d'enrayer la prolifération...

**La présidente:** Vous n'avez plus de temps.

Pourrait-on revenir à notre thème, l'innovation technologique? Nous cherchons à mener une étude sur l'innovation technologique afin de faire jaillir de nouvelles idées sans parti pris politique. Nous cherchons de nouvelles idées sur l'innovation. Nous entendrons maintenant M. Wilks.

**Mme Libby Davies:** J'invoque le Règlement.

Madame la présidente, je n'aurais rien dit, mais comme vous avez insisté, je voudrais faire valoir que nous avons précisé dès le premier jour que nous aborderions également la prestation des soins lorsque nous nous pencherions sur l'innovation technologique. C'est essentiellement dans cette optique que nous avons convenu des modalités de notre étude. Je ne pense pas qu'on se soit éloigné de notre mandat. Je trouve très curieux qu'on fasse ce reproche uniquement à nos témoins d'aujourd'hui.

• (1615)

**La présidente:** Si nous pouvions parler un peu d'innovation technologique...

**Mme Libby Davies:** C'est ce que les deux témoins ont fait.

**La présidente:** Je fais peut-être erreur. Je voulais simplement faire un rappel.

**Mme Libby Davies:** Nous pouvons peut-être relire le compte rendu, mais il me semble que c'était très clair.

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC):** Madame la présidente, je pense que le thème de notre étude est très clair: innovation technologique. Vous autorisez parfois qu'on s'écarte du sujet, mais j'espère que vous ne le ferez pas cette fois-ci. Il est clairement précisé que nous devons nous pencher sur l'innovation technologique. Les témoins n'en ont peut-être pas été mis au courant.

**La présidente:** Je donne la parole à M. Morin.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Madame la présidente, dites-le-moi si je me trompe, mais il me semble que depuis le début de cette étude, on parlait des nouvelles avancées technologiques et des innovations dans le domaine de la santé, et non pas seulement des innovations technologiques. Donc, les deux peuvent être séparés. Dites-le-moi si je me trompe à cet égard.

[Traduction]

**La présidente:** En février 2012, nous avons adopté la motion suivante:

Que le comité entreprenne une étude sur l'innovation technologique, incluant les meilleures pratiques, dans les soins de santé au Canada...

Selon vous, vos propos portent-ils sur les meilleures pratiques?

**Une voix:** Oui.

**La présidente:** Très bien, poursuivons. Merci.

Monsieur Wilks.

**M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC):** Merci, madame la présidente. Je remercie également les témoins de leur présence parmi nous.

Je suis originaire du sud-est de la Colombie-Britannique, la région de l'IHA. Vous me prendrez peut-être un peu en pitié, mais j'ai siégé au conseil d'administration de l'East Kootenay Foundation for Health, dans le district régional d'East Kootenay. Je connais donc assez bien l'IHA et la façon dont elle administre la prestation des soins primaires dans Elk Valley et, plus particulièrement, à Sparwood, qui a perdu son hôpital en 2005 et qui a adopté le modèle de soins de santé primaires.

Des médecins s'affilient et se désaffilient du système au fil des ans. C'est très difficile de les fidéliser. Il y a parfois augmentation des taxes municipales, et nous essayons parfois de compenser en leur offrant des avantages grâce aux innovations, mais rien ne fonctionne. Lorsque nous le faisons, il est déjà trop tard.

Je ne crois pas qu'on puisse intervenir sur le plan fiscal car, ayant été maire pendant six ans, je peux témoigner que cela ne fonctionne pas. Voici ce qui est efficace par contre: le modèle des soins de santé primaires permet d'améliorer l'état de santé des patients et d'éviter des maladies comme le diabète ou l'obésité. Beaucoup de ces programmes sont offerts à Sparwood dans le cadre de ce modèle.

C'est le cas notamment des moyens électroniques dont nous disposons aujourd'hui et auxquels nous n'avions pas accès il y a 10 ans. Selon vous, quel genre de technologie permettra d'améliorer la prestation des soins de santé dans les régions rurales canadiennes, au profit des médecins, des infirmières et des patients qui n'ont pas accès à certaines installations médicales?

**Mme Marjorie MacDonald:** C'est une question épineuse. La cybersanté et la télémédecine offrent d'énormes possibilités. Elles ont fait l'objet de projets pilotes en Colombie-Britannique et d'autres provinces. Je ne pourrais vous en dire davantage, n'ayant pas participé à ces projets pilotes. Cependant, je pense que le potentiel est là. En Colombie-Britannique, l'Interior Health Authority a mis en oeuvre des innovations très intéressantes en matière de soins primaires: on a intégré les infirmières praticiennes au modèle de la rémunération à l'acte en médecine familiale. Cela a beaucoup contribué à réduire les consultations à l'urgence et les hospitalisations, à améliorer le traitement des maladies chroniques et à donner aux patients accès à un fournisseur de soins primaires qu'ils ne pouvaient consulter auparavant. C'est ce qui a été offert dans des régions rurales. Il ne s'agit pas d'innovation technique au chapitre de la cybersanté et de la télémédecine. C'est plutôt une innovation dans la prestation des soins. Je pense que l'IHA a joué un rôle de chef de file à cet égard. Le reste du pays pourrait s'en inspirer.

• (1620)

**Dr Danyaal Raza:** Je vous remercie de la question, monsieur Wilks.

J'ai déjà travaillé dans des localités isolées. J'ai été médecin résident pendant quelques mois à Moose Factory, à la baie James. Nous pouvions avoir recours à la télémédecine et à la télésanté pour consulter des spécialistes.

Je voudrais revenir à votre préoccupation initiale, parce que j'estime qu'elle est valable. Il y a une pénurie de professionnels de la santé dans les localités rurales. L'un des meilleurs moyens d'y remédier, c'est de recourir à la télésanté. On a mené des études, et je serai heureux de vous faire part de leurs constatations ultérieurement. Pour améliorer la santé des populations rurales, nous devons commencer par recruter des étudiants en médecine, qui deviendront des médecins, dans ces collectivités, certes une autre pratique exemplaire dont pourraient s'inspirer les divers programmes d'enseignement médical du pays.

**M. David Wilks:** Si je peux me permettre, madame la présidente, je dirai que cela semble logique en théorie. Cependant, le médecin qui vient de terminer ses études ne voudra fort probablement pas exercer dans une région rurale parce qu'il veut avoir accès à toutes sortes de choses. Et ce qui n'est pas le cas, je peux vous le garantir, dans les régions rurales, du moins dans la mienne.

Nous vivons tous plus vieux qu'auparavant, et je suis sûr que tous ici sont d'accord sur ce point. Docteur Raza, quelles sont les innovations qui, dans 20 ans, feront diminuer le nombre d'hospitalisations à cause du modèle de soins à domicile, ce qui désengorgerait l'ensemble du système de santé?

**Dr Danyaal Raza:** Dans ma déclaration, j'ai évoqué notamment une telle innovation: collaborer davantage dans le cas des patients dont la santé est fragile et qui sont souvent vieux, car ils risquent

beaucoup d'être réadmis fréquemment à l'hôpital. En offrant des soins de santé communautaires et en mettant l'accent sur eux, nous obtiendrions ce résultat. C'est important parce que cela nous permettra d'économiser de l'argent, car les soins actifs coûtent cher. De plus, les patients sont mieux traités lorsqu'ils reçoivent des soins de santé communautaires.

**M. David Wilks:** De quels moyens dispose le patient qui demeure à la maison? Comment peut-il consulter les...

**La présidente:** Je m'excuse monsieur Wilks, mais votre temps est écoulé.

Il nous reste environ cinq minutes avant que nous passions à l'examen des travaux du comité. Je cède donc la parole à Mme Sellah.

[Français]

**Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD):** Merci, madame la présidente.

Si vous me le permettez, avant de poser ma question, je voudrais faire un commentaire. Avec tout le respect que je dois à mon collègue M. Carrie, j'ai trouvé que ce n'était pas très décent de poser des questions à des témoins pour savoir s'ils recevaient de l'argent ou non. Je voulais seulement le signaler, madame la présidente. Je retourne maintenant à notre sujet.

Ma question s'adresse à Dr Raza.

Tout d'abord, j'aimerais féliciter les deux témoins qui sont venus nous rencontrer aujourd'hui. Ils ont été assez précis et pertinents par rapport à toute la situation que l'on connaît déjà en ce qui concerne notre système de santé. Ils ont confirmé à nouveau ce que je pensais de notre système de santé.

Je sais que votre organisme parle de progrès très timides quant à la réforme des soins de santé primaires. C'était un élément phare lors de la rencontre pour le renouvellement de l'accord sur les soins de santé de 2003-2004. Selon vous, pourquoi n'a-t-on pas réalisé de progrès au chapitre des réformes touchant les soins de santé primaires au Canada? Quels sont les principaux obstacles à la réforme des soins de santé primaires?

• (1625)

[Traduction]

**Dr Danyaal Raza:** Je vous répondrai d'après mon expérience dans la prestation des soins primaires en Ontario.

L'Ontario a pris des mesures pour mettre en oeuvre de nouveaux modèles de financement afin d'améliorer l'accès aux médecins de premier recours. Les médecins de famille et les médecins en général sont rémunérés à l'acte. On est donc passé à la capitation: rémunération en fonction de la liste virtuelle et à l'acte.

Il y a également un autre modèle, celui avec lequel je travaille. Je suis affecté dans un centre de santé communautaire. Mme Davies a fait allusion à ce modèle. Nous y sommes des salariés. Notre objectif est légèrement différent puisqu'il consiste à travailler avec des personnes à risque élevé, soit des patients qui ne parlent ni anglais ni français, des immigrants ou des réfugiés, des sans-abri. On nous encourage à consacrer davantage de temps par patient, parce que chaque cas est souvent beaucoup plus complexe, ce qui nous complique la tâche.

Il faut reconnaître qu'on ne peut adopter une solution uniformisée pour les populations marginalisées. Le centre de santé communautaire est un modèle efficace. Dans d'autres localités, on pourrait adopter un autre modèle. Il faut consentir à affecter les crédits nécessaires afin de mettre en oeuvre des réformes dans la prestation des soins primaires.

[Français]

**Mme Djaouida Sellah:** J'ai une dernière question.

Grâce à tous les témoins qui sont passés devant notre comité, nous avons appris que, malheureusement, le Canada était un chantier de projets pilotes. Vous n'avez peut-être pas la réponse, mais j'aimerais savoir comment le gouvernement pourrait faire preuve de leadership et aider à répandre ces pratiques exemplaires afin que tout Canadien, là où il est et quel que soit son revenu, puisse avoir accès à ces pratiques exemplaires.

[Traduction]

**La présidente:** L'un ou l'autre des témoins peut répondre à cette question.

**Mme Marjorie MacDonald:** C'est difficile de répondre à cette question. Pourquoi n'avons-nous pas constaté de progrès? C'est très complexe. Bien des raisons expliquent pourquoi nous n'avons pas fait beaucoup de progrès, à mon avis.

Il est difficile d'opérer un changement dans un système qui a profité pendant de nombreuses années aux patients et aux professionnels de la santé. Il est difficile de délaissier ce à quoi nous sommes habitués et ce qui a fonctionné. Les mécanismes et les structures ne sont pas prêts à accepter ces changements. À l'intérieur du système, il y a des intérêts particuliers, dont certains sont très puissants.

On observe un changement démographique chez les professionnels de la santé. De plus en plus de femmes épousent la carrière de médecin. Elles sont plus nombreuses à chercher des modèles de financement de rechange, parce qu'elles ne veulent pas pratiquer la médecine comme auparavant. Cependant, leur tâche est très ardue pour toutes sortes de raisons. Je le répète il y a des intérêts particuliers au sein du système.

Je pense que tous ont à coeur l'intérêt des patients et de la population, mais il est très difficile de mettre en oeuvre ces changements.

Je le répète, le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative et s'entendre avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. La tâche sera peut-être ardue, mais je pense qu'il est important que le gouvernement fédéral joue ce rôle.

• (1630)

**La présidente:** Je vous remercie infiniment tous les deux.

Je voudrais que vous sachiez que nous menons cette étude sur l'innovation technologique notamment parce que nous essayons de produire un rapport volumineux qui fera état des pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays. Tous les membres du comité

cherchent à sortir des sentiers battus pour y parvenir. Vous l'avez signalé, c'est un dossier très complexe.

Comme vous l'avez évoqué, docteur Raza, une solution uniformisée ne convient pas. Il faut tenir compte s'il s'agit d'une localité éloignée ou d'une ville. Il faut examiner de nombreuses variables, notamment les caractéristiques de la population.

Nous convenons tous qu'il s'agit d'une situation difficile et complexe. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir comparu aujourd'hui.

**Mme Libby Davies:** Madame la présidente, je voudrais invoquer le Règlement.

Je sais que vous pensez que le temps pour l'audition des témoins tire à sa fin, mais je vous fais remarquer que tous n'ont pas eu l'occasion de poser des questions et que nous ne consacrons habituellement pas une heure aux travaux du comité.

Je proposerais donc de prendre 20 minutes supplémentaires pour poser d'autres questions aux témoins, y compris Mme MacDonald qui est venue de la Colombie-Britannique. Nous aurons toujours le temps d'aborder les travaux des comités par la suite. Je ne pense pas que la sonnerie se fasse entendre avant 17 h 15.

Il est inhabituel d'avoir une série de questions partielle. Nous avons toujours tenu une série complète pour tous les autres groupes de témoins. Je voudrais donc proposer la même chose pour aujourd'hui. Je suis sûre qu'il nous restera suffisamment de temps pour aborder les travaux de comités par la suite.

**La présidente:** En fait, il n'y a pas toujours eu deux séries de questions complètes pour tous les groupes de témoins. Nous...

**Mme Libby Davies:** Non, je ne parle pas de deux séries complètes, mais bien d'une seule.

**La présidente:** Non, je sais.

**Mme Libby Davies:** Nous n'avons eu qu'une demi-série de questions.

**La présidente:** Je vous demande de m'excuser, mais puis-je terminer, madame Davies?

Nous n'avons pas tenu une série de questions complète. Nous avons veillé à ce que des représentants des deux côtés de la table aient pu poser des questions. Nous devons examiner les travaux du comité, ce que nous avons entrepris lors d'autres séances sans pouvoir mener le tout à bien. La situation est davantage propice à cela aujourd'hui, parce que nous n'avons que deux témoins.

Cependant, je demanderai au comité de trancher. Voyons ce que tous en pensent.

Monsieur Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** La sonnerie se fera entendre pour nous avertir des votes qui se tiendront à 17 h 45. Nous n'aurions donc pas une heure pour examiner les travaux du comité. Nous ne disposerions que d'une demi-heure.

**La présidente:** À quelle heure se tiendront les votes aujourd'hui, monsieur Brown?

**M. Patrick Brown:** À 17 h 45, ce qui veut dire que la sonnerie se fera entendre à 17 h 15.

**La présidente:** Madame Davies.

**Mme Libby Davies:** Je sais que la sonnerie se fera entendre à 17 h 15, ce qui est paradoxal parce que le comité est censé terminer sa séance à 17 h 30, mais cela relève des whips. Je propose de continuer à poser des questions jusqu'à 16 h 40, ce qui nous laissera encore 25 minutes pour mener à bien les travaux du comité. Parfois, ces travaux ne nous nécessitent que cinq minutes. Nous avons très rarement consacré une heure à cela. Je ne peux croire qu'il nous faudra 45 minutes ou une heure pour examiner les travaux du comité. Il m'apparaît injuste de ne pas avoir pu tenir une série complète de questions, comme nous le faisons habituellement.

**La présidente:** Madame Block.

**Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC):** Madame la présidente, je propose que nous nous en tenions à l'ordre du jour distribué. Il y est bien précisé que nous procéderions à l'audition des deux témoins de 15 h 30 à 16 h 30, puis que nous passerions à l'examen des travaux du comité de 16 h 30 à 17 h 30. Nous devrions nous en tenir à cela.

**La présidente:** Je pense que c'est ce que souhaite la majorité des membres du comité.

**Mme Libby Davies:** Je voudrais proposer une motion afin de continuer à poser des questions pendant 15 minutes supplémentaires aux témoins.

**La présidente:** Quelqu'un veut-il seconder?

●(1635)

**M. Dany Morin:** Je voudrais un vote par appel nominal.

**La présidente:** Nous en tiendrons un.

(L'amendement est rejeté par 6 voix contre 4.)

**La présidente:** Je voudrais remercier infiniment les témoins. Cependant, nous devons passer à l'étude des travaux du comité. Je vous remercie beaucoup d'avoir comparu aujourd'hui.

Je vais suspendre la séance pendant deux minutes seulement, parce que nous allons manquer de temps. La sonnerie se fera entendre sous peu.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]

---







Publié en conformité de l'autorité  
du Président de la Chambre des communes

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

---

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>