



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 006 • 1<sup>re</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 1<sup>er</sup> juin 2006

—  
**Président**

M. Rob Merrifield

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

**<http://www.parl.gc.ca>**

## Comité permanent de la santé

Le jeudi 1<sup>er</sup> juin 2006

• (1110)

[Traduction]

**Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)):** La séance est ouverte.

Permettez-moi tout d'abord de souhaiter la bienvenue à tous. C'est la sixième séance du Comité permanent de la santé depuis le début de la 39<sup>e</sup> législature.

J'aimerais signaler aux membres du comité que nous débattrons d'une motion relative aux finances du comité, après que la partie de notre réunion consacrée à écouter et à interroger les témoins sera terminée. Voilà pour les renseignements.

Nous avons aujourd'hui une excellente brochette de témoins qui sont venus parler des délais d'attente et nous décrire les réussites dans toutes les régions du Canada. Nous avons hâte d'entendre ce qu'ils diront à notre comité et partant, à la population canadienne. J'aimerais tout d'abord les présenter.

Nous recevons aujourd'hui le Dr Cyril Frank, vice-président de l'Alberta Bone and Joint Health Institute.

Nous entendrons également le Dr Kevin Glasgow du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario.

Le Dr Martin Reed prendra la parole au nom de l'Association canadienne des radiologistes.

Enfin, le Dr Richard Lewanczuk, qui représente Capital Health, de même que Angela Estey. Je vous remercie tous d'avoir bien voulu répondre à notre invitation.

Comme nous avons hâte de vous entendre, je vais donner la parole sans tarder au Dr Frank. À vous.

**Dr Cyril Frank (vice-président associé, Alberta Bone and Joint Health Institute):** Monsieur le président, je suis très honoré d'être ici aujourd'hui. Je vous remercie de m'avoir invité.

Je ne suis pas venu pour ressasser tous les problèmes du régime de santé mais pour vous proposer des solutions, à la lumière de certaines données préliminaires montrant que c'est possible. J'ai apporté à votre intention des exemplaires de mon exposé en anglais et en français.

Permettez-moi d'abord de vous donner quelques renseignements généraux au sujet de l'Alberta Bone and Joint Health Institute : la nature de l'organisme, le projet pilote que nous avons mené et ce que nous entendons faire dans l'avenir, c'est-à-dire les prochaines étapes.

L'Institut est un organisme sans but lucratif qui est également un organisme de bienfaisance financé par des philanthropes et enregistré en Alberta. L'Institut a deux grands rôles : être le catalyseur des améliorations à notre régime de soins de santé et devenir l'évaluateur objectif de la réussite du nouveau système.

Le but fondamental de l'Institut est de susciter la coopération des principaux intervenants dans le domaine de la santé qui jusqu'à maintenant ont travaillé chacun de leur côté : les régions sanitaires,

les universités, le public, les médecins qui traitent des troubles osseux et articulaires, dans notre cas, ainsi que le gouvernement et l'industrie.

L'Institut a été créé par M. Bud McCaig, un philanthrope qui a amené plusieurs personnalités connues dans notre milieu à siéger à un conseil d'administration. Vous en avez la liste devant vous; elle comprend notamment Peter Lougheed, conseiller spécial de notre conseil d'administration. Nous comptons également sur la collaboration d'un comité consultatif international composé de spécialistes de renom des États-Unis et d'autres pays qui nous conseillent sur les façons d'améliorer notre régime de soins de santé sans pour autant réinventer la roue.

L'Institut vise à instaurer un système durable de prestations des soins de santé centré sur le patient qui assure de façon efficace la meilleure santé possible des os et des articulations à tous les Albertains. La satisfaction des besoins des patients est la grande priorité. Le système n'est pas conçu en fonction des médecins, mais bien en fonction des patients et du public.

D'après l'Institut, le problème tient aux longs délais d'attente pour différentes interventions non urgentes comme par exemple le remplacement de la hanche et du genou. Les raisons qui engendrent ces longs temps d'attente ne sont pas très claires. Or, nous estimons qu'il faut cerner clairement les problèmes pour pouvoir les résoudre; il est possible de trouver une solution systématique si on comprend bien la nature des problèmes.

Pour régler les problèmes qui affligent notre régime de santé, nous estimons qu'il faut établir des partenariats entre les différentes entités qui jusqu'à maintenant travaillaient chacun de son côté. C'est justement là le rôle de l'Institut : rallier tous les intervenants pour qu'ils renoncent à leurs rivalités et se mettent à collaborer afin de favoriser l'accès aux soins, la qualité des soins et le contrôle des coûts.

Le projet que l'Institut a lancé dans le domaine du remplacement de la hanche et du genou en sont un exemple. Nous avons analysé les problèmes et mis en place des solutions en communiquant avec tous les partenaires et en ralliant toutes les régions sanitaires de l'Alberta, le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, les médecins du secteur des soins primaires et tous les chirurgiens orthopédistes de la province. Une centaine de chirurgiens orthopédistes ont pris part à ce projet. Ensuite, l'Institut a joint ses efforts à ceux de ses partenaires pour épurer l'information versée dans le système, qui était de piètre qualité, en commençant par les listes d'attente. Je vous donnerai tout à l'heure des exemples qui vous montreront à quel point l'information était déficiente.

L'Institut a analysé les façons de faire qui avaient cours et conçu de nouvelles modalités, qu'on a baptisé une approche de continuité, qui n'est pas entièrement inédite. On vous décrira aujourd'hui d'autres cas où l'on a réorganisé le système pour le rendre plus efficace et moins coûteux.

L'Institut a obtenu l'aval du ministère de la Santé de l'Alberta qui s'est engagé à injecter de l'argent neuf dans ce projet. J'y reviendrai dans quelques minutes. Le gouvernement albertain nous a donné 20 millions de dollars pour mener à bien ce projet, montant qui était évidemment très important pour instaurer les changements et pour procéder aux chirurgies de remplacement des articulations.

• (1115)

Ensuite nous avons mis à l'essai cette nouvelle façon de fonctionner, cette séquence idéale. La diapositive qui figure en haut de la page suivante montre les partenaires qui ont participé au projet : les universités, les régions sanitaires et tous les médecins.

Je vais résumer de nouveau brièvement en quoi consiste les problèmes à notre avis.

Le système donne lieu à beaucoup de confusion et les patients doivent essayer de se retrouver par leurs propres moyens. Il y a beaucoup de dédoublement, d'inefficacité et de gaspillage lorsque les gens essaient de s'y retrouver dans le système sans avoir d'aide. Ils s'adressent à plusieurs professionnels de la santé, ils repassent les mêmes épreuves diagnostiques, ce qui est très inefficace et entraîne un gaspillage de ressources et de temps.

Nous avons également constaté un grave manque d'information exacte qui permettrait de corriger le problème. Les bases de données administratives ne contiennent pas les renseignements exacts dont on a besoin pour régler les problèmes liés à l'accessibilité, à la qualité et au coût des soins de santé. On vous présente ici le schéma d'un système composé d'une foule d'éléments qui s'entrecroisent comme des spaghettis, système centré sur les départements, les médecins et les hôpitaux. C'est très difficile pour le commun des mortels de s'y retrouver.

Nous sommes partis du principe qu'il faut disposer d'informations exactes pour corriger les lacunes du système. En analysant les pratiques de 20 chirurgiens, nous avons découvert quelques moyens de raccourcir la file d'attente ou les délais d'attente. Nous avons constaté qu'environ 15,5 p. 100 de patients de ces chirurgiens qui avaient déjà signé des formulaires de consentement à des interventions chirurgicales n'étaient pas du tout en attente d'une chirurgie. Beaucoup d'entre eux avaient déjà été opérés tandis que d'autres étaient décédés. Certains avaient déménagé et ne voulaient pas subir d'intervention chirurgicale, même s'ils avaient signé un formulaire de consentement. Ils ne l'avaient fait que pour que leur nom soit inscrit sur la liste si jamais ils avaient besoin d'une chirurgie dans l'avenir.

Une autre liste de patients qui avaient été dirigés vers ces chirurgiens présentait des lacunes encore pires. Pas moins du tiers des personnes figurant sur la liste n'attendaient pas vraiment pour consulter ce chirurgien. Sans que celui-ci soit au courant, ils avaient déjà consulté un autre médecin et avaient déjà été opérés. Entre temps, ils avaient cheminé dans le système par un autre chemin, consommant inutilement des ressources. Ces chirurgiens croyaient sincèrement que ces patients voulaient les consulter, alors qu'ils avaient déjà été traités. Et ce n'est là qu'un exemple montrant à quel point une information de piètre qualité engendre des coûts inutiles, du gaspillage, et des pertes de temps et d'efforts.

L'Institut a défini une séquence en précisant des jalons objectifs permettant de mesurer le temps s'écoulant entre les différentes étapes

de la séquence des soins. Le système a été restructuré en fonction du patient, du début à la fin, en partant du moment où le patient éprouve une douleur à la hanche pour la première fois et en allant jusqu'à ce qu'il reçoive son congé de l'hôpital, heureux, en santé et bien renseigné. Je ne vais pas passer en revue tous les détails de cette séquence à moins que vous me posiez des questions à ce sujet. Le système a été restructuré en créant des centres bien définis dotés de cliniques de triage centralisées, d'équipes multidisciplinaires au sein desquelles des agents de gestion des cas étaient assignés à chaque patient. Le système comportait également des normes et des repères en matière de temps d'attente et d'examen approprié. Ces modalités ont été suivies pour chaque patient.

Un élément central de cette approche était la création d'une base de données exacte sur la qualité de l'accès aux soins, ce qui englobait la satisfaction du patient ainsi que l'issue du traitement. Et on mesurait ces paramètres dans chaque cas. On mesurait également les coûts, directs et indirects, à l'aide d'un système sur lequel les trois régions sanitaires s'étaient entendues. Nous avons pu pour la première fois définir avec précision le coût des remplacements du genou et de la hanche en nous fondant sur un certain consensus. Et plus important encore, nous avons la possibilité de suivre ces coûts de façon prospective dans tous les cas. Nous avons des points de repère pour calculer les coûts.

Nous avons adopté la formule d'un essai cas-témoins randomisé. Il s'agit d'une méthodologie de recherche dans laquelle les mêmes chirurgiens répartissent leurs patients en deux groupes, l'un suivant le nouveau système et l'autre, l'ancien système. Ensuite, nous avons évalué l'accès, la qualité et le coût des soins.

• (1120)

Dans un rapport préliminaire publié en décembre, on traite des délais d'attente. Les délais ont été considérablement réduits. Le délai d'attente pour voir un chirurgien est passé de 35 semaines à 6 semaines, et le délai d'attente pour la chirurgie est passé de 47 semaines à 4,7 semaines. Encore une fois, il s'agissait de 1 200 patients dans un système spécialisé, tout simplement pour montrer que le concept peut fonctionner. C'est en quelque sorte un scénario de réussite, avec de nouvelles ressources, de nouvelles équipes et un accès adéquat. Cela montre ce qui est possible.

La partie la plus importante c'est que des renseignements sont générés pour tous les patients qui passent à travers le système. Un autre rapport sera publié par l'Institut au cours des prochains mois, rapport qui contiendra de l'information sur les coûts et la qualité. Ce rapport en révélera davantage au sujet du ratio coût-avantages de cette façon de procéder.

Les patients étaient très satisfaits de cette nouvelle façon de faire les choses. Ils ont dit que c'était préférable. Ils avaient l'impression de savoir ce qui était nécessaire. Il y avait toujours quelqu'un pour s'occuper d'eux dans le système. Ils adoraient leur gestionnaire de soins. La validation de principe montre bien que cette nouvelle façon de faire est préférable sur le plan de la satisfaction et qu'elle assure un meilleur accès.

Vous direz peut-être cependant : « Et alors? Cela a été possible grâce à des fonds qui auraient pu être utilisés pour faire des chirurgies de remplacement des hanches et des genoux », ce qui est la solution dans certaines autres provinces, nous le savons. Eh bien, non seulement cela a permis d'avoir un meilleur accès et une plus grande satisfaction, mais nous pensons que cela donnera de meilleurs résultats. Il y aura un système en place pour mesurer l'accès, la qualité et le coût pour tous les patients dans la province, car à l'heure actuelle nous sommes en train d'étendre ce modèle à toute la province. Nous avons obtenu la participation de tous les chirurgiens orthopédiques qui font des remplacements de la hanche et du genou. Les leçons que nous avons tirées de ce projet sont maintenant utilisées pour tous les médecins dans ces trois régions, et nous sommes en train d'éduquer les autres médecins dans d'autres régions.

Cela nous donne par ailleurs l'occasion de déterminer maintenant combien il en coûte réellement pour offrir des soins de santé dans tout le continuum, et demander pour la première fois aux fournisseurs : « Est-il possible d'épargner de l'argent tout en offrant de meilleurs soins? », ce qui est, je pense, essentiel si l'on veut créer un système durable. On ne leur a jamais demandé auparavant : « Pouvez-vous imaginer épargner de l'argent, en tant que copropriétaire de cette entreprise? » Tous ceux à qui j'en ai parlé de façon informelle m'ont dit qu'ils croyaient que cela était possible.

Je ne voudrais pas faire des promesses que je ne pourrais tenir, mais je pense qu'il serait possible d'économiser au moins 10 p. 100 des coûts dans chaque cas, et ces économies pourraient être réinvesties, ce qui nous permettrait de faire 10 p. 100 de plus. Cela pourrait sans doute être davantage que 10 p. 100 avec un peu d'effort.

Donc, le fait est que cela nous donne une meilleure information pour susciter un changement. Nous pouvons, grâce à un processus de décision qui se fonde sur les preuves en ce qui a trait à l'accès, à la qualité et — je le souligne — les coûts, créer un nouveau modèle d'affaires avec des incitatifs pour les fournisseurs qui, pour la première fois, seraient en mesure de participer à l'amélioration du système.

Nous avons établi un pourcentage de cas pour financer les remplacements de hanches et de genoux qui vont au groupe de médecins pour gérer un continuum de soins. À mon avis, cela changera la façon dont les médecins sont en fait incités à améliorer l'accès, la qualité et le coût avec des renseignements réels, sachant que quelqu'un y prête attention et obtient l'information nécessaire pour améliorer la qualité des soins, mais cela les incitera également à être plus efficaces et rentables.

Cela nous permettra de projeter ce dont nous aurons vraiment besoin à l'avenir, de sorte qu'il n'y aura pas d'hystérie sur le nombre de patients qui ont besoin de soins et le montant que cela va coûter. Nous saurons exactement au cours des prochains mois ce qu'il en coûtera pour régler ce problème, une fois pour toute, dans notre province.

Notre approche progressive pour régler ce problème consiste à optimiser ce que nous avons et à le rendre le plus rentable possible en demandant aux fournisseurs de participer à la solution. À notre avis, si nous ne prenons pas cette première étape, cela ne se produira jamais. Nous croyons que les gens vont continuer de demander des tests inutiles, ce qui fait inutilement grimper les coûts, à moins qu'ils soient encouragés à régler le problème d'abord.

Ensuite, nous pourrions définir avec transparence quels seront nos besoins, discuter des options sur la façon de régler le problème en arrêtant de faire des choses qui ont un avantage marginal et qui se

fondent sur la preuve — des tests de diagnostic, la réadaptation, et tout ce qui est inutile — et réinvestir cette valeur. Voilà essentiellement ce dont il s'agit. C'est cette tactique que nous proposons pour l'avenir.

Merci.

• (1125)

**Le président:** Je vous remercie pour votre exposé.

Avant de passer au témoin suivant, je vous demanderais de faire envoyer au comité les résultats du rapport en question. Je suis sûr que l'on vaudra savoir comment le montant de 20 millions de dollars a été dépensé, combien de médecins supplémentaires il a fallu, et ainsi de suite. Quoi qu'il en soit, nous attendrons les questions pour aborder cet aspect.

Nous allons maintenant passer à notre prochain témoin, M. Glasgow.

**M. Kevin Glasgow (directeur général, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario):** Mesdames et messieurs les membres du comité permanent, je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de parler de la surveillance, de la gestion et de la réduction des listes d'attente pour les soins cardiaques.

Je m'appelle Kevin Glasgow et je suis président-directeur général du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario.

Permettez-moi de vous mettre en contexte : le RSC est financé par le ministère de la Santé. Il tient le plus important registre en population des soins cardiaques de l'Amérique du Nord, avec système intégré de surveillance et de gestion des listes d'attente. Notre méthode est si novatrice que plusieurs provinces, dont la Saskatchewan, pour ce qui est de la liste d'attente pour les chirurgies, et le Québec, pour ce qui est du système de gestion de l'accès au service, l'ont adoptée. Nous sommes également un organisme consultatif auprès du ministère de l'Ontario pour les questions de soins cardiaques et nous sommes bien connus dans le domaine en raison des rapports de notre groupe d'experts sur ces questions. Ces rapports sont d'ailleurs disponibles sur notre site Web.

Le Réseau est un chef de file national et international pour ce qui est de favoriser un accès rapide et équitable à des soins cardiaques de qualité. Nos activités s'étendent à l'échelle de la province à l'égard de certaines interventions précises, soit la chirurgie cardiaque, le pontage aortocoronarien et la chirurgie valvulaire; l'angioplastie coronaire, c'est-à-dire l'insertion d'endoprothèses à l'aide de ballonnets pour débloquer les artères du cœur; et le cathétérisme cardiaque, connu également sous le nom d'angiogramme coronaire qui consiste à injecter une teinture permettant d'examiner le blocage des artères.

Chaque année, plus de 85 000 patients tirent profit des mesures que prend le RSC en collaboration avec 18 hôpitaux membres — chaque hôpital en Ontario qui a un laboratoire de cathétérisme cardiaque — et ses coordonnateurs régionaux de soins cardiaques, à savoir des cotes d'urgence des cas, c'est-à-dire cas urgents, semi-urgents et non urgents, déterminés en fonction de critères cliniques uniformisés; des lignes directrices sur l'attente maximale; le suivi des patients sur la liste d'attente; et la gestion des patients afin que les cas les plus urgents reçoivent des soins en priorité.

Nous avons réussi à obtenir que tous les chirurgiens cardiaques, les cardiologues d'intervention et les cardiologues de cathétérisation de l'Ontario participent au registre provincial de soins cardiaques. Essentiellement, nous avons regroupé les listes d'attente que détenait chaque médecin afin de dresser un portrait par hôpital et pour la province. Notre succès est en grande partie attribuable à l'engagement d'intervenants de diverses disciplines aux comités du RSC, tant médecins qu'infirmières, administrateurs d'hôpitaux et fonctionnaires du ministère, qui cherchent tous à améliorer le système de soins cardiaques. De plus, le Réseau a conclu des ententes de responsabilisation avec chacun des établissements membres.

Vous trouverez dans la trousse d'information que je vous ai remise des documents sur le fonctionnement du Réseau et sur l'évolution de la situation d'après la surveillance que nous effectuons. D'autres documents ont été remis au greffier pour qu'ils soient traduits.

Le Réseau a uniformisé les définitions de temps d'attente pour les hôpitaux et les cliniciens, ce qui permet de véritables comparaisons. Dans le cadre de notre processus récent de révision de la définition des données, notre groupe d'experts se composait de représentants de la Nouvelle-Écosse, du Québec et de l'Alberta, en plus de représentants de la Société canadienne de cardiologie. Il s'agit donc d'une initiative importante qui permettra d'établir des définitions communes de données pour faciliter les comparaisons d'une province à l'autre. Le Réseau entretient également des liens étroits avec l'Office régionale de la santé de Winnipeg et les registres de cardiologie de la Colombie-Britannique.

Le Réseau publie depuis plus de 10 ans des rapports sur les listes d'attente de chaque hôpital offrant des soins cardiaques et nous fournissons aussi aux médecins, aux hôpitaux et au ministère de la Santé des rapports mensuels détaillés. Grâce à nos efforts et au soutien des gouvernements qui se sont succédés depuis 1990, les patients attendent beaucoup moins longtemps avant de subir des soins cardiaques et l'accès est beaucoup plus équitable. La transformation des données en renseignements utiles et la surveillance des périodes d'attente sont des mesures valables, mais elles ont leurs limites. Pour réduire encore plus les temps d'attente et améliorer davantage l'équité d'accès, il faut exercer une gestion active des systèmes.

Je suis ravi de pouvoir dire qu'il y a un an, le ministère a confié au Réseau un mandat élargi, soit de recourir à la gestion active des systèmes afin de réduire les écarts entre les régions quant au temps d'attente. Nous avons déjà réussi à modifier les habitudes en matière d'aiguillage et à réduire les goulots d'étranglement dans les listes d'attente afin d'accroître le pourcentage de patients qui subissent les soins voulus dans les délais recommandés. Je tiens à souligner l'appui, sur le plan des idées et des fonds, de la Stratégie sur les délais et l'accès aux soins de l'Ontario.

Les principaux éléments du plan d'action en 10 points du Réseau afin de réduire les écarts régionaux en matière de soins se trouvent dans votre trousse d'information, sur ces deux feuilles, dans les deux langues officielles. Vous trouverez aussi à l'adresse suivante le plan détaillé que vous pourrez télécharger : [www.ccn.on.ca](http://www.ccn.on.ca).

• (1130)

Je souhaite aussi remercier la province et le gouvernement fédéral du soutien financier qu'ils nous ont accordé afin d'améliorer la technologie de l'information. D'ici la fin de 2006, le Réseau sera doté d'un système d'information en ligne moderne qui permettra d'obtenir des renseignements beaucoup plus rapidement dans le cadre de la gestion active des systèmes.

Je veux maintenant vous parler des tendances favorables de la dernière année en Ontario en ce qui concerne les périodes d'attente pour les soins cardiaques. Veuillez consulter le feuillet intitulé « Plan d'action en 10 points pour réduire les disparités régionales ».

La première diapositive montre une nette amélioration quant au pourcentage de patients qui subissent les soins dans les délais maximums recommandés. Par exemple, en ce qui concerne les pontages non urgents — et le délai fédéral-provincial a été établi à six mois — nous constatons une amélioration par rapport à l'exercice financier 2004-2005 au cours duquel 86 p. 100 des patients en Ontario ont subi l'intervention dans les délais maximums recommandés, alors que dans le quatrième trimestre de l'exercice 2005-2006 — c'est-à-dire très récemment — ce pourcentage est passé à 98 p. 100. Des améliorations semblables se manifestent dans d'autres catégories d'interventions chirurgicales urgentes entre autres dans les cas de chirurgies cardiaques et de cathétérismes.

Les autres diapositives témoignent de la réduction des écarts dans les délais entre les hôpitaux qui affichent la plus longue attente et ceux qui affichent l'attente la plus courte.

Sur la deuxième diapositive, j'attire votre attention sur le tableau concernant le cathétérisme non urgent. Dans la version couleur, la ligne bleue représente un hôpital où l'attente est la plus longue et la ligne rose représente un hôpital où l'attente est la plus courte. Au cours de l'année dernière, ces deux lignes ont convergé, ce qui indique qu'un plus grand pourcentage de patients reçoivent des soins dans les délais recommandés. L'endroit où vous vivez en Ontario a moins d'importance, pour ce qui est de l'endroit où vous recevez des soins dans les délais recommandés.

Comment l'Ontario a-t-elle réussi à réduire les délais pour les soins cardiaques et à améliorer l'équité? Cette réussite est attribuable à plusieurs facteurs : tout d'abord à la surveillance et à la prévision de la demande; deuxièmement, à l'investissement dans les capacités; troisièmement, à la coordination et à l'amélioration de l'accès partout dans le système et plus particulièrement dans les points chauds; et quatrièmement, à la participation des médecins, chirurgiens, administrateurs et fonctionnaires à la planification et à la mise en oeuvre pour le bien commun.

Dans son invitation, le comité me priait de parler des méthodes employées pour diminuer les listes d'attente à la satisfaction des patients, dans un contexte de ressources humaines et financières limitées. Je vous parlerai donc des mesures suivantes : écouter les patients; aider les patients; améliorer le rendement, exploiter les capacités; planifier; établir un lien entre l'utilisation et des résultats de qualité.

Tout d'abord, il faut écouter les patients et le public. L'année dernière, le Réseau a interrogé plus de 2 000 patients qui attendaient de subir une intervention non urgente ou semi-urgente, ainsi que les fournisseurs de service et les membres du public. Les faits saillants de notre sondage — dont les détails seront bientôt affichés sur notre site Web — sont les suivants :

Tout d'abord, la plupart des médecins ne tenaient pas vraiment compte des listes d'attente quand ils envoyaient un patient subir une intervention.

Deuxièmement, seule une minorité de patients et de fournisseurs de soin abordaient la question des délais et des options en matière de soin.

Nous avons posé la question théorique suivante aux patients : si vous étiez pleinement informé des options possibles, seriez-vous disposé à vous déplacer plus loin pour vous faire soigner plus rapidement? Vingt pour cent des patients qui attendaient de subir une intervention non urgente ont dit que ce serait une possibilité qu'ils envisageraient. Il est important que les patients soient pleinement informés de leurs options.

Grâce aux résultats de ce sondage ainsi qu'à d'autres données et renseignements, et au travail de liaison que nous avons fait, nous sommes en train d'améliorer encore davantage l'accès aux soins en Ontario. Nous avons renforcé notre partenariat avec la Fondation des maladies du coeur de l'Ontario afin de mieux servir les patients.

Il faut également aider les patients et le public. C'est pourquoi, les coordonnateurs régionaux en soins cardiaques du Réseau, qui travaillent en milieu hospitalier, servent d'orienteurs auprès des patients. Les renseignements sur les délais figurent sur le site Web du Réseau et vous trouverez dans vos trousseaux des exemples de brochures d'information remises aux patients. Chaque année, ces brochures sont remises à 85 000 patients dans la province de l'Ontario.

Troisièmement, nous devons améliorer le rendement. Le Réseau est en train d'établir l'étalonnage de l'efficacité opérationnelle et de mettre en commun les pratiques exemplaires avec les 18 établissements membres. Nous faisons également des démarches auprès des hôpitaux communautaires qui renvoient des cas aux hôpitaux spécialisés. La stratégie provinciale de l'Ontario sur les temps d'attente a aussi mis en oeuvre des améliorations du rendement chirurgical dans différents secteurs thérapeutiques.

• (1135)

Quatrièmement, nous devons exploiter les capacités actuelles afin de servir le plus grand nombre possible de patients; c'est la raison d'être du plan en dix points du Réseau pour améliorer l'accès régional aux soins et mieux utiliser les ressources provinciales actuelles.

Cinquièmement, nous devons planifier en prévision de l'avenir. Le réseau est en train d'établir des objectifs quant au volume des interventions afin d'aider le ministère ontarien dans sa prise de décisions concernant les investissements futurs. De plus, le réseau est en train d'établir des scénarios en matière de chirurgie cardiaque afin de tenir compte de l'évolution rapide dans le domaine attribuable au recours accru à l'angioplastie.

Sixièmement, et je réitère ainsi les propos de M. Frank — il faut établir un lien entre le temps d'attente, l'utilisation, les résultats et la qualité. Le Réseau et l'Institut de recherche en services de santé travaillent en collaboration depuis plusieurs années afin d'établir des fiches de rendement qui comparent les résultats des patients dans les différents hôpitaux. Ces fiches sont publiées sur notre site Web. D'ici la fin de cette année, nous publierons une fiche de rendement sur les angioplasties, et nous croyons que ce sera une première pour le Canada.

Cela m'amène à mon dernier point. Une stratégie complète de réduction des délais véritablement axée sur le patient doit tenir compte de l'attente en amont et en aval, en plus des périodes d'attente une fois que le patient est inscrit sur la liste des spécialistes. Cela comprend le temps d'attente pour pouvoir consulter le médecin de famille, le temps d'attente une fois que celui-ci a fait une demande de services de spécialistes et le temps d'attente pour recevoir des services de réadaptation après l'intervention. Il s'agit aussi de diminuer les interventions en faisant de la prévention primaire et d'éviter d'avoir à les reprendre et de recourir une fois de plus au

système de soins actifs — c'est-à-dire la prévention secondaire et tertiaire.

Les mesures prises récemment par les provinces et le gouvernement fédéral afin de réduire les listes d'attente constituent un excellent point de départ. En Ontario, nous avons été témoins de réductions importantes des listes d'attente et de l'amélioration de l'équité des soins cardiaques. Il faut continuer dans cette voie et aller plus loin.

Je vous remercie de votre attention et je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Glasgow.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Martin Reed, qui est radiologiste. Vous avez 10 minutes.

[Français]

**Dr Martin Reed (membre exécutif, Association canadienne des radiologistes):** Bonjour.

[Traduction]

Je vous remercie de m'avoir invité à cette réunion.

L'imagerie diagnostique joue un rôle très important dans le diagnostic des troubles cliniques dans de nombreux domaines cliniques, et nous savons qu'il est impossible de traiter correctement des patients sans avoir un diagnostic exact. Par conséquent, les temps d'attente en imagerie diagnostique créent d'importants goulots d'étranglement dans de nombreux autres domaines des soins cliniques.

J'aimerais simplement vous présenter quelques chiffres pour vous donner une idée du problème. En 2003, 35 millions d'examen d'imagerie diagnostique ont été faits au Canada. Cela représente 17 000 examens par radiologiste, soit 2 000 de plus que ce que nous considérons être un chiffre optimal, et plus d'un examen d'imagerie diagnostique par Canadien.

En 2004, le Canada comptait environ 2 000 radiologistes. Nous confédérons que c'était 500 radiologistes de moins que le nombre dont nous avons réellement besoin, et un an ou deux plus tard, la situation n'a pas vraiment changé.

Si la tendance se maintient, nous prévoyons que le nombre d'examen d'imagerie diagnostique augmentera de 30 p. 100 au cours des six prochaines années, alors que le nombre net de radiologues augmentera de moins de 5 p. 100. Donc la situation ne s'améliorera pas; en fait elle s'aggravera à moins que nous intervenions.

Par le passé, nous avons recommandé l'achat d'un plus grand nombre d'appareils d'imagerie diagnostique et nous sommes reconnaissants aux gouvernements fédéral et provinciaux de nous avoir fourni des fonds pour acheter un plus grand nombre d'appareils. Mais nous savons également que la solution ne réside pas uniquement dans l'achat d'appareils supplémentaires. Nous devons améliorer notre efficacité et notre productivité.

L'Association canadienne des radiologistes travaille à l'heure actuelle à quatre projets qui nous permettent, selon nous, d'accroître notre efficacité et notre productivité. Le premier consiste à recommander d'accroître le nombre de systèmes PACS et RIS au Canada. Le PACS est un système d'archivage et de transmission d'images. Le RIS est un système de gestion de l'information radiologique. Ce sont des systèmes électroniques, que l'on peut considérer comme le volet de l'imagerie diagnostique d'un dossier électronique de santé. Ces systèmes accroîtront notre efficacité, et nous sommes reconnaissants à Inforoute de l'appui qu'il nous a fourni pour nous aider à financer les systèmes PACS et RIS dans l'ensemble du Canada.

Nous travaillons également en collaboration avec l'Association canadienne des technologues en radiation médicale pour former des personnes qui seconderont les médecins. Ils s'agit de former des technologues pour qu'ils fassent certaines des interventions que pratiquent les radiologistes, sous la supervision de ces derniers, afin de libérer les radiologistes pour qu'ils puissent faire d'autres tâches et être plus efficaces dans d'autres secteurs.

Nous préconisons également, en collaboration avec l'Association canadienne de radiologie d'intervention, le recours accru à la radiologie d'intervention. Nous croyons que ces techniques éviteront aux patients de passer par la salle d'opération et leur permettront d'être traités dans des salles de radiologie d'intervention où les interventions sont moins coûteuses et moins effrayantes, ce qui libérera les salles d'opération qui pourront alors être utilisées pour des interventions plus compliquées.

Le quatrième projet est le projet des lignes directrices, et c'est un projet sur lequel j'aimerais m'attarder. Je suis le président du comité des lignes directrices, et nous croyons que ces lignes directrices pourraient avoir une incidence importante sur les temps d'attente en imagerie diagnostique.

Pour vous situer brièvement le contexte et vous présenter d'autres chiffres, en fonction d'un projet pilote que nous avons fait au Nouveau-Brunswick et de certaines études, nous croyons qu'au moins 10 p. 100 des examens d'imagerie diagnostique faits au Canada sont inutiles. Cela équivaut, cette année, à environ 4 millions d'examens. Cela représente la charge de travail de 250 radiologistes, soit la moitié de l'effectif qui nous manque. Cela représente également la charge de travail d'environ 200 hôpitaux de taille moyenne. Il s'agit donc d'un nombre considérable d'examens, et si nous pouvions mettre fin à ces examens inutiles, nous croyons que cela pourrait nettement réduire les temps d'attente en radiologie.

• (1140)

Vous vous demandez sans doute pourquoi tous ces examens inutiles sont effectués? Il y a trois grandes raisons. Premièrement, certains examens sont répétés parce que l'examen original n'est plus disponible ou accessible, et le système PACS contribuera grandement à régler ce problème. Mais il y a aussi deux autres raisons.

Il faut comprendre que les quantités d'information qu'on fournit aux médecins chaque jour, chaque semaine et chaque année sont immenses et qu'aucun médecin ne peut toutes les assimiler. Souvent, les médecins ne savent pas quelle méthode d'imagerie diagnostique est la plus indiquée. Ils ne sont pas toujours certains que l'imagerie diagnostique aidera leurs patients, mais ils font de leur mieux et commandent un examen.

Dans certains cas, ces examens ne sont pas ceux qui permettent une réponse à la question clinique que se pose le médecin. Il leur faut donc alors faire faire un autre examen plus utile.

Dans d'autres cas, les médecins commandent un examen dont les résultats les aideront, croient-ils, alors qu'en fait, cet examen d'imagerie diagnostique ne peut les aider dans ce cas clinique ou à ce moment-là.

Les lignes directrices visent à prévenir le plus possible les examens inutiles. Par conséquent, l'ACR a décidé d'élaborer des lignes directrices en matière d'imagerie. Nous avons examiné ce qui était disponible et avons adopté comme modèle les lignes directrices du Royal College of Radiologists d'Angleterre, des lignes directrices excellentes fondées sur les preuves. Avec la permission de nos homologues britanniques, après les avoir adaptées à la situation canadienne, nous les avons publiées sous forme de livret à la fin de l'an dernier. Nous avons déjà distribué tous les exemplaires du premier tirage et en sommes au second tirage. J'ajouterai que le livret a été publié en anglais et en français.

Nous avons toutefois aussi conclu que des lignes directrices sous forme de livret n'étaient pas la meilleure solution. Les médecins, qui sont très occupés, n'ont souvent pas le temps de faire des recherches quand ils voient leurs patients. Par conséquent, nous croyons que la meilleure façon de mettre en oeuvre ces lignes directrices est de faire en sorte qu'elles soient efficaces et de les mettre à la disposition des médecins là où ils prodiguent leurs soins.

L'ACR a donc établi un partenariat avec Medicalis, une entreprise de logiciel médical canadienne de Waterloo. Elle a conçu un logiciel d'entrée électronique des demandes d'imagerie diagnostique appelé Percipio et y a intégré les lignes directrices de l'ACR. Quand un médecin demande un examen d'imagerie diagnostique, il fournit des informations cliniques. Si l'examen demandé ne correspond pas aux lignes directrices, le médecin reçoit un message électronique lui suggérant l'examen qui serait le plus utile ou lui indiquant que l'imagerie diagnostique ne peut l'aider en l'occurrence.

Nous sommes sur le point de lancer un projet de ce logiciel à mon hôpital, l'hôpital pour enfants de Winnipeg. Santé Canada et Santé Manitoba ont financé ce projet qui a aussi l'appui de l'Office régional de la santé de Winnipeg. Le projet jouit aussi de l'appui enthousiaste de nos pédiatres.

Une équipe de recherche indépendante évaluera l'efficacité du logiciel à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives.

Nous estimons important de mener d'autres projets pilotes dans d'autres situations cliniques, comme dans des bureaux de médecins de famille dans des régions rurales et isolées et dans des salles d'urgence bondées, et nous souhaitons que le comité nous appuie dans notre demande de financement de ces projets pilotes.

En conclusion, notre association estime que la coopération et la communication continues entre toutes les parties — les gouvernements, les médecins et les patients — sont essentielles pour apporter et soutenir les changements. Notre association nationale de radiologistes s'engage à collaborer avec toutes les parties intéressées afin de réaliser des changements positifs.

• (1145)

[Français]

Merci de votre attention.

[Traduction]

Merci de votre attention.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Reed.



Nous passons maintenant à notre dernier témoin, le Dr Richard Lewanczuk, de Capital Health, en Alberta.

**Dr Richard Lewanczuk (directeur médical régional, Gestion des maladies chroniques, Capital Health):** Merci beaucoup de votre invitation à comparaître ce matin. Nous n'avons été avisés qu'il y a quelques jours et n'avons donc rien à vous distribuer mais nous nous ferons un plaisir de vous envoyer quelque chose plus tard.

Nous nous occupons pour notre part des maladies chroniques plutôt que d'actes médicaux et nous vous parlerons d'une de nos expériences et de la façon dont nous l'appliquons à d'autres secteurs.

Les maladies chroniques représentent de 60 à 80 p. 100 de nos coûts de santé, environ 60 p. 100 de nos hospitalisations et nous savons tous ce qu'il en est des listes d'attente pour les lits d'hôpitaux. Ce sont les principales causes de recours aux services d'urgence et nous entendons sans arrêt les médias parler des temps d'attente dans ces services. Les maladies chroniques sont également la raison la plus fréquente des rendez-vous chez les généralistes et, là encore, nous savons combien il est difficile d'avoir accès à un généraliste et le temps qu'il faut pour obtenir un rendez-vous.

Les maladies chroniques, c'est par exemple le diabète. Un sur quatre d'entre nous, ici, souffrira d'une forme de diabète au cours de sa vie. La tension est une autre maladie chronique. Si nous vivons jusqu'à 80 ans, nous aurons tous des problèmes de tension. L'ostéoporose, toutes les femmes de 70 ans vont souffrir d'ostéoporose, etc. Les maladies chroniques sont très courantes et sont une des grandes dépenses incontournables de notre régime de santé public.

Afin que vous compreniez bien, dans notre région de Capital Health à Edmonton, il y a environ 0,2 p. 100 de la population qui attend un remplacement d'articulations, mais il y en a de 80 à 90 p. 100 qui doivent avoir accès à des services spécialisés dans les maladies chroniques. Sur la scène internationale, dans notre région et au Canada, le diabète semble être le prototype de la maladie chronique parce que c'est un des principaux responsables des coûts des maladies cardiaques, des amputations, de la dialyse rénale et d'un certain nombre d'autres choses très coûteuses.

À Capital Health, comme dans de nombreuses régions du pays, vous avez une liste d'attente de six mois pour le service diabétique, qu'il s'agisse d'information ou de consultation de spécialistes. Certains collègues dans le reste du pays me disent que cette attente peut aller jusqu'à un an. Imaginez ce que cela veut dire lorsque l'on apprend que l'on est diabétique, que l'on ne sait pas ce que cela veut dire et ce qu'il faut faire! Va-t-on perdre la vue? Va-t-on perdre une jambe? On vous dit qu'il faudra attendre un an avant d'obtenir réponse à ces questions.

De même, dans notre région, nous avons cinq centres offrant des services aux diabétiques et tous ces centres se trouvaient dans des hôpitaux de soins actifs. Il n'y avait aucune coordination entre ces centres, aucune gradation dans les priorités. C'était premier arrivé premier servi, quelle que soit l'urgence et, malgré cela, nous ne servions, d'après nos estimations, que 6 p. 100 de la population diabétique. Nous savions que ce système ne pouvait pas durer, que ce n'était pas normal pour les patients et que ce n'était pas soigner convenablement la population si bien qu'il nous a fallu le changer.

Depuis environ trois ans, nous sommes passés à un système régional unifié reposant sur les principes des maladies chroniques et ceci nous a permis de ramener cette période d'attente de six mois à deux semaines. Nous avons pu rattraper un retard d'environ 1 000 patients, traiter le nombre de personnes qui passaient par nos services, tout cela sans coût additionnel. Cela coûtait la même chose; nous avons simplement redistribué nos ressources. Surtout,

nous l'avons fait de façon durable. Il ne s'agissait pas d'un projet pilote, cela n'a pas nécessité de fonds supplémentaires qui auraient pu s'épuiser; c'était de l'argent que nous avons et qui resterait. C'était donc un modèle durable.

Comment nous y sommes-nous pris? Nous appliquons maintenant exactement le même modèle à toute une série de maladies chroniques. Nous avons suivi un principe et je vais vous présenter une analogie. Imaginez ce qui arriverait si votre enfant de 18 ans avant d'aller à l'école le matin vous demandait de lacer ses chaussures pour lui. Vous diriez que c'est ridicule qu'un enfant de 18 ans vous demande de lacer ses chaussures. Mais c'est ce qui arriverait dans le domaine des soins médicaux. Nous allons déclarer, écoute fiston, il n'est pas question qu'on continue à te lacer les chaussures, il va falloir que tu le fasse tout seul; mais nous allons te montrer comment le faire.

C'est ce que nous avons fait avec notre système. Nous sommes passés d'un système reposant sur des spécialistes des soins actifs à un système communautaire reposant sur le patient, la famille, le généraliste et les ressources locales. Nous avons utilisé ces ressources pour offrir des soins. C'est un des principes que nous avons adoptés.

● (1150)

Nous avons également adopté un autre principe important, à savoir que dans notre région, nous étions responsables ou devons assumer la responsabilité de tous et chacun qui souffraient de cette maladie chronique. Dans ce cas, c'était le diabète. Nous n'étions pas simplement responsables des gentils patients disciplinés qui se présentaient à leurs rendez-vous et qui faisaient ce qu'on leur disait; nous étions aussi responsables de ceux qui ne venaient pas, ne pouvaient pas ou ne voulaient pas se présenter aux rendez-vous; or ce sont ceux-là qui finissent par avoir des problèmes. Ce sont ceux-là qui se retrouvent aux services d'urgence pour une insuffisance rénale ou parce qu'ils ont un grave problème oculaire ou nécessitent une amputation. Nous avons donc assumé la responsabilité de l'ensemble de la population et comme certains de mes prédécesseurs vous l'ont dit, il est important de savoir qui fait partie de cette population, qui sont les gens que nous traitons.

L'autre principe que nous avons suivi pour concevoir ce système, le Dr Glasgow en a également parlé, c'était de remonter aussi loin que possible dans le continuum des soins. C'est-à-dire que nous voulions traiter la maladie et le risque dans la population avant qu'il ne se répercute dans nos installations de soins actifs. Nous voulions traiter le problème de tension avant qu'il ne soit nécessaire de traiter une coronaropathie.

Aujourd'hui, chacun d'entre nous ici aura 20 nouvelles plaques dans ses artères. Ne serait-il pas préférable de traiter cela aujourd'hui plutôt que d'attendre de devoir subir un pontage coronarien ou une angioplastie? C'est le principe qui nous a orientés alors que nous avons essayé de remonter aussi loin que possible dans ce continuum.

Comment nous y sommes-nous pris? On a déjà signalé une chose. Nous avons recouru à un point d'accès central de sorte que toutes les demandes de services passent par là. Cela nous permet de savoir où se trouvent les patients et, surtout, de trier les patients en fonction des niveaux de service nécessaires.

Dans l'ancien système, on supposait que tout le monde devait voir un spécialiste. On estimait que les généralistes ne pouvaient pas s'occuper de diabète. En fait nous savons que ceux-ci peuvent s'occuper de 70 à 90 p. 100 des malades souffrant de maladie chronique, que c'est leur raison d'être. Ils passent la plupart de leur journée à s'occuper de maladies chroniques. C'est donc là que nous avons mis l'accent.

Nous avons redéployé nos ressources pour permettre aux généralistes de voir la majorité des cas simples et évidents. Les spécialistes ne voient plus maintenant que les cas plus complexes si bien que nous utilisons mieux ces spécialistes. Pour ce qui est des cas les plus compliqués, nous les confions aux équipes les plus spécialisées. C'est ce qui nous a permis de faire un accès centralisé.

Nous insistons beaucoup sur l'échange d'information parce que, là encore, comme on vous l'a déjà dit, quand on n'a pas les informations voulues, on refait la même chose plusieurs fois et cela entraîne des tas de problèmes. Nous insistons beaucoup sur les dossiers médicaux électroniques qui nous permettent d'obtenir efficacement les renseignements que peuvent recueillir les médecins de famille, de leur renvoyer d'autres renseignements, de permettre aux patients d'avoir accès à leurs propres dossiers pour qu'ils soient mieux informés et mieux à même de gérer leur maladie.

Je ne sais pas si quiconque ici a jamais eu l'occasion d'aller dans un service d'urgence à l'hôpital, mais si cela vous est arrivé, l'infirmière est probablement venue vous poser un certain nombre de questions puis un étudiant en médecine vient vous poser les mêmes questions et ensuite le médecin de garde à l'urgence vous les pose à nouveau. Vous vous dites, est-ce que ces gens-là ne pourraient pas se communiquer les informations? Comment se fait-il qu'on me pose indéfiniment les mêmes questions? Les dossiers électroniques nous permettraient d'éliminer cela en nous transmettant immédiatement les informations voulues.

Nous savons qu'au Canada on manque de spécialistes, cardiologues, pédiatres, internistes généraux. Si je pouvais vous donner un moyen de doubler leur nombre en quelques mois, tout le monde serait très content. On ne serait pas forcé d'attendre toutes les formalités d'immigration, de reconnaissance des diplômes ou les huit ans de formation. Eh bien, il y a un moyen de remédier au problème : c'est de recourir aux dossiers électroniques.

Aujourd'hui, comme spécialiste, si je vois un nouveau patient, il me faut environ 45 minutes pour une telle consultation. Si par contre le généraliste m'envoie un dossier électronique et que j'ai ainsi tout le passé médical du patient, les médicaments qu'il prend, les opérations qu'il a subies, les antécédents familiaux, cela peut réduire considérablement le temps que je passe avec ce patient. Il me suffit de 15 minutes. C'est-à-dire qu'en 45 minutes, je peux voir deux ou trois patients sans que cela nécessite davantage de spécialistes. C'est un des avantages des dossiers électroniques et c'est ce que nous utilisons dans notre système pour les diabétiques.

Nous aidons beaucoup les patients si bien que nous les encourageons à gérer leur maladie. Nous leur donnons des informations, des outils, des moyens de sorte que lorsqu'ils vont voir le médecin, ils puissent demander pourquoi ils prennent ce médicament ou pourquoi on ne leur prescrit pas ou si le médecin pourrait vérifier leur tension ou leurs pieds. En fait, il nous a fallu commencer à donner à nos patients des feuilles de papier à remettre à leurs médecins pour expliquer qu'ils avaient suivi un programme de formation et qu'ils seraient peut-être un peu plus exigeants qu'autrefois, un peu plus intéressés par une discussion concernant leur santé.

●(1155)

Vous imaginez bien que pour mettre en place un tel système, il faut apporter bien des changements au niveau de la gestion. Nous soutenons nos médecins de famille. Nous ne nous déchargeons pas de nos responsabilités sur eux; nous leur fournissons de la documentation, des outils éducatifs, des algorithmes et des moyens électroniques qui leur permettent de traiter ces patients.

Vous avez également appris que nous avons un logiciel qui présente des lignes directrices à l'endroit précis où les soins sont prodigués. Lorsqu'un médecin de famille appelle le dossier électronique d'un patient, celui-ci lui indique que M. Smith ou Mme Tremblay est diabétique et qu'il est temps de lui faire subir un test pour les reins. Dès la salle d'examen, le médecin sait ce qu'il faut faire. Voilà les méthodes que nous utilisons.

Nous nous servons de données que nous recueillons nous-mêmes. Nous savons que certaines données sont indispensables, et nous remercions Canada Infoway, par exemple, de participer à la collecte de certaines de nos données. Dans notre région, nous savons d'où vient la demande. Toutes les deux semaines, nous voyons de quel secteur géographique va venir la demande de services pour les diabétiques. Nous voyons ce qui s'annonce dans un ou deux mois dans la partie nord-est de notre région, et nous pouvons déplacer nos travailleurs de la santé vers cette partie de la région, où ils pourront donner des soins. Nous ne pouvons le faire que grâce à ces données.

Nous avons découvert récemment, par exemple, que l'état de santé des patients diabétiques s'améliore au bout de 12 à 18 mois, puis il se stabilise et commence à se détériorer. Nous savons donc ce qu'il va falloir faire au bout de 12 à 18 mois; c'est un changement considérable. Nous prenons les mesures qui s'imposent dès le début, mais nous savons qu'il faut apporter des changements au bout de 12 à 18 mois. Cette particularité n'était pas connue au niveau national ou international jusqu'à maintenant.

La collecte de ce genre de données nous aide à gérer notre système et à prodiguer de meilleurs soins aux patients, ce qui leur évite les files d'attente des soins intensifs.

Par ailleurs, nous traitons nos patients de façon très proactive. Nous leur téléphonons pour voir comment ils se portent, pour savoir s'ils ont des problèmes ou s'ils ont changé leur comportement. En cas de difficulté, ils peuvent être hospitalisés. Par exemple, si un patient cardiaque est en difficulté, au lieu d'attendre que son état s'aggrave et qu'il doive se présenter dans un service d'urgence, nous l'hospitalisons. Nous savons ce qu'il faut faire, nous le faisons et le patient peut retourner consulter son fournisseur primaire de soins de santé deux fois plus vite que s'il avait dû être hospitalisé aux soins intensifs. Nous appliquons des méthodes proactives de ce genre; nous faisons de l'hôpital un outil intégré dans l'ensemble du réseau de soins de santé.

Voilà donc quelques-unes des techniques dont nous nous servons pour le diabète, mais nous avons plus d'un tour dans notre sac. Nous appliquons un système semblable, par exemple, en endocrinologie. C'est ma spécialité. L'endocrinologie tient compte des maladies comme le diabète, l'ostéoporose ou les problèmes thyroïdiens. Nous appliquons également la formule du point d'accès central unique pour les services d'endocrinologie. Le médecin de famille n'a plus à faire 11 appels téléphoniques pour trouver la plus courte liste d'attente — nous avons déjà eu des listes d'attente de six mois.

Grâce au point d'accès central, l'endocrinologue examine chaque jour les demandes de service et sélectionne les cas urgents. La plupart des patients sont examinés le jour-même, parfois le lendemain, mais dans un délai d'un jour ou deux. La seule contrainte, c'est la disponibilité du patient. Les cas les moins urgents vont être examinés au bout de quelques jours. Les patients qui reçoivent des soins de routine peuvent attendre un mois.

Notre système de traitement du diabète nous a même appris qu'on peut avoir des listes d'attente trop courtes. Lorsque nous avons réduit notre liste d'attente à deux semaines, nous avons constaté que certains patients n'avaient plus le temps nécessaire pour organiser leur absence au travail ou la garde des enfants. Nous avons trouvé que la liste d'attente optimale pour les soins de routine était d'environ trois ou quatre semaines. Nous appliquons cette technique en endocrinologie. Cela nous a permis de passer d'une liste d'attente de six mois... En fait, la liste d'attente ne signifie plus grand-chose pour nous, car nous examinons les cas urgents dès que le patient a besoin de soins et il en va de même pour les cas semi-urgents ou routiniers. Nous pouvons également régler environ un quart des cas par téléphone, et nous n'avons donc plus besoin de voir obligatoirement les patients.

Voilà donc les innovations que nous avons réussi à mettre en oeuvre dans notre secteur.

En conclusion, nous voulons vous soumettre plusieurs recommandations. Au lieu de se préoccuper uniquement des listes d'attente, nous visons l'accès aux soins appropriés au moment opportun — comme nous le disons, le bon fournisseur au bon endroit et au bon moment — et nous préconisons les registres centralisés qui permettent de se renseigner immédiatement sur le médecin et sur le patient, de consulter les dossiers médicaux électroniques et de réaménager l'ensemble du système dans l'intérêt des fournisseurs de soins primaires et des patients, en tenant compte des fournisseurs de services communautaires et en assurant une surveillance constante.

Merci de nous avoir écoutés. Nous sommes optimistes et nous sommes convaincus de pouvoir modifier le système. Le changement est déjà amorcé. On observe déjà des résultats positifs, mais nous avons besoin de votre aide pour réussir.

Merci beaucoup.

• (1200)

**Le président:** Merci à tous les témoins et à tous ceux qui ont pris la parole. De toute évidence les succès que vous avez connus vous emballent, et on vous remercie d'être venus discuter avec nous aujourd'hui.

Nous allons maintenant passer aux questions. Madame Brown, allez-y.

**Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.):** Les exposés étaient tellement enrichissants et clairs que je n'ai pas vraiment de questions à part quelques petites choses que j'aimerais demander à l'endocrinologue. Je préfère céder mon temps à M. Steckle, qui lui, a des questions.

**M. Paul Steckle (Huron—Bruce):** Merci.

**Le président:** Allez-y, monsieur Steckle.

En passant, ce genre de chose ne se produit jamais. C'est bien la première fois.

**M. Paul Steckle:** J'ai beaucoup de questions à vous poser et beaucoup de remarques à formuler, mais étant donné que je sors tout juste du comité de l'agriculture... En effet, je remplace un autre

député ce matin. Je vous remercie de votre témoignage et ce fût un honneur pour moi d'avoir eu l'occasion de vous entendre. C'était très intéressant.

Vous avez beaucoup progressé. Par le passé, on avait tendance à croire que l'argent réglerait tous nos problèmes, que si nous avions plus d'argent, nous pourrions résoudre tous nos problèmes.

Pensez-vous que le financement réservé à l'accord sur dix ans est adéquat? Cette question s'adresse au Dr Frank. Je voudrais en savoir plus sur ce que vous avez fait; je me rends bien compte que vous n'avez pas travaillé seul. Toujours est-il que j'aimerais savoir si l'engagement financier pris par les provinces sur dix ans il y a environ un an suffira?

**Dr Cyril Frank:** Pour le moment, je ne peux pas vous répondre. En effet, je préférerais être mieux informé avant de vous donner une vraie réponse.

Par contre, les prévisions se font plus facilement qu'on ne le pense parce qu'on n'a jamais eu de meilleures informations démographiques. Si on savait quels seront les coûts des soins et des infrastructures requises — j'entends par là les soins actifs et les ressources humaines — il serait plus facile de répondre à votre question.

Mais pour vous donner une réponse ferme, il faudrait que nous ayons accès à des informations fiables, par le biais de registres centralisés de regroupement de données sur les changements démographiques et les vrais coûts qu'il faut assumer. Et je pense que l'on y travaille, comme tous mes collègues ici présents l'ont dit.

• (1205)

**M. Paul Steckle:** Vous avez parlé de l'échange d'information avec l'institut et du travail que vous avez effectué à cet égard, au niveau des diagnostics précoces et des résultats précoces. Dans les autres provinces et hôpitaux, s'intéresse-t-on à cette question de l'échange d'information?

**Dr Cyril Frank:** Depuis le début, nous transmettons nos informations aux groupes semblables des autres provinces. Nous estimons que les bonnes pratiques devraient être imitées et que les connaissances doivent être transmises, c'est là un de nos thèmes principaux.

**M. Paul Steckle:** Dr Lewanczuk, vous avez dit que si l'on vous accordait un souhait, vous demanderiez qu'il y ait davantage de médecins. Notre système peut-il absorber un plus grand nombre de médecins?

Au Canada, il y a des médecins formés à l'étranger qui sont chauffeurs de taxi et qui aimeraient bien réintégrer le domaine médical. Cela ne se fait pas très rapidement. D'un autre côté, nos étudiants canadiens, une fois formés, sont nombreux à s'installer aux États-Unis.

Estimez-vous que le gouvernement a le devoir de mettre en place des mesures pour que ces médecins restent au pays au moins pendant cinq ans? Pensez-vous que ce serait une bonne chose que ces jeunes médecins restent au Canada pendant cinq ans, ou passent trois ans dans le nord du Canada ou dans des régions éloignées, au lieu de terminer leurs études pour intégrer immédiatement le système médical aux États-Unis, ou ailleurs?

**Dr Richard Lewanczuk:** Pour répondre à votre première question, il y a plusieurs techniques qui nous permettent de tirer profit au maximum des compétences de nos médecins. On pense notamment au recours aux autres professionnels de la santé. Comme vous vous en êtes sans doute rendu compte, je pourrais vous en parler pendant des heures.

À l'échelle du pays, il existe diverses réformes des systèmes de soins primaires qui visent à recourir aux services des infirmières praticiennes, des infirmières, des pharmaciens et des experts en santé mentale dans le système de soin de santé; on les appelle les navigateurs. Cela permet de profiter pleinement des compétences des médecins que nous avons. Par exemple, lorsqu'une infirmière praticienne travaille de concert avec un spécialiste, ce dernier peut en faire davantage. Ainsi, en ayant recours aux autres professionnels de la santé et à diverses techniques — par exemple les dossiers médicaux électroniques — nous augmentons notre capacité. Bien évidemment, nous ne refuserions jamais un plus grand nombre de médecins, comme vous l'avez dit, surtout dans les zones éloignées et rurales.

La question que vous avez soulevée fait l'objet de débats au sein d'un grand nombre d'organisations médicales. Il est toujours difficile d'obliger quelqu'un à faire quelque chose. Au Canada, grâce aux systèmes qu'on conçoit, nous rendons le pays tellement attrayant que personne ne voudra le quitter. Pour ma part, j'ai des collègues qui se sont installés aux États-Unis. Mais là-bas, un patient ne peut être hospitalisé que pendant trois jours. Peu importe si le patient a 90 ans et souffre de complications, c'est l'administrateur qui tranche en disant la règle veut que ce soit trois jours, donc pourquoi voulez-vous qu'il reste plus longtemps?

D'ailleurs, par rapport aux difficultés que connaissent les pays étrangers, notre pays se distingue. Le recours aux divers professionnels, aux dossiers médicaux électroniques ainsi que notre système fortement intégré, ce sont des facteurs qui attirent, ou du moins permettent de garder, les professionnels de la santé. C'est toujours difficile d'obliger les gens à faire quoi que ce soit.

Personnellement, j'ose espérer qu'on se rende compte que ce sont les contribuables qui financent une grande partie de l'éducation de ces professionnels et qu'il existe donc une certaine obligation.

**M. Paul Steckle:** On a tendance à s'autocritiquer. On trouve que notre système comporte beaucoup de failles, ce qui est sans doute vrai, mais quand on le compare à celui qui existe aux États-Unis — les coûts, le nombre de patients qui sont traités et les résultats — on tire assez bien notre épingle du jeu.

Permettez-moi de soulever une question qui me semble très importante. Si votre intention est de répondre franchement à nos questions, vous serez forcé d'admettre que c'est un problème réel. Ne trouvez-vous pas qu'il y a trop de maladies nosocomiales aujourd'hui?

Je pose ma question en connaissance de cause. En effet, je viens de la région de London. Il y a un membre de ma famille qui prend toujours des antibiotiques un an après avoir été opéré. Je pourrais vous donner des solutions visant l'élimination de ce problème. Bien sûr, je ne suis pas médecin et je n'essayerai pas de me mettre à votre place, mais je pense que l'heure est venue pour nous de nous intéresser à ces infections qui sont causées par la migration de personnes qui se retrouvent là où elles ne devraient pas être ainsi qu'aux coûts non négligeables qui en résultent?

Qu'en pensez-vous, rapidement?

• (1210)

**Dr Cyril Frank:** Je vous en parlerai volontiers.

Il est vrai que la sécurité et la prévention sont des facteurs clés, parce que nous savons qu'un grand nombre d'infections pouvaient être évitées. Encore une fois, je pense que si nous disposions davantage d'information, nous serions mieux à même de prédire les conséquences de nos actions, de gérer les risques qui pèsent sur nos

patients plus efficacement, de s'assurer que la maladie du diabétique est contrôlée, qu'ils prennent leurs médicaments correctement et que tout a été fait pour minimiser les risques d'infection. On pourrait sans doute tirer profit d'autres mesures pour diminuer les taux d'infection dans les milieux de soins actifs.

On s'intéresse déjà de près à cette problématique, mais vous avez raison de dire qu'il faut qu'on y attache une grande importance parce qu'on y consacre beaucoup de nos ressources.

**M. Paul Steckle:** Mais qui devrait en décider? Je ne veux pas trop prendre de votre temps, mais qui devrait décider? Est-ce le public? Quand les infirmières nous demandent de trouver une solution, c'est qu'il y a un grave problème.

**Dr Cyril Frank:** Je pense qu'il faut un travail d'équipe pour le régler. Ce sont les équipes qui doivent le régler, y compris les administrateurs et le public, comme observateur.

**Dr Richard Lewanczuk:** Puis-je répondre aussi, monsieur le président?

Je suis d'accord avec vous. Il y a toutes sortes de choses que nous pouvons faire. Je peux vous donner l'exemple d'un patient, à l'autre bout de notre région, qui avait une infection de staphylocoque doré résistant à la méthicilline, l'un des types d'infection les plus problématiques. Le cas s'est présenté à l'Hôpital universitaire où je travaille, parce que nous ne pouvions pas échanger d'information et que nous ne savions pas que ce patient était infecté. L'infection s'est propagée. Ce n'était pourtant qu'une question de communication d'information.

Nous savons que l'un des problèmes, c'est la surprescription d'antibiotiques très puissants. Mais comme nous l'avons aussi entendu, si certaines de ces lignes directrices sont prises en compte par les omnipraticiens, par exemple, qu'il ne faut pas prescrire des antibiotiques à un patient enrhumé, cela nous aidera aussi.

Il nous faut donc une solution à multiples facettes.

**Le président:** Madame Gagnon.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ):** Bonjour et merci.

Vous appliquez des solutions davantage axées sur le patient, et à cet égard, vous avez plusieurs cas de réussite à votre actif. J'aimerais poser des questions au docteur Cyril Frank.

Dans le cadre du plan que vous avez mis en oeuvre, vous avez trouvé des façons de remédier à des problèmes urgents. Vous dites entre autres que vous identifiez plus tôt les cas urgents et que pour améliorer l'état des patients à la suite des interventions, vous avez modifié certaines pratiques et offrez certaines formes de soutien. En outre, vous faites souvent appel, lorsque c'est nécessaire, à des réseaux de santé connexes, par exemple à des physiothérapeutes pour renforcer les muscles avant une chirurgie. Vous offrez également du soutien à certains patients qui ont besoin d'aide après une chirurgie. Bref, vous avez pris des dispositions pour que les patients puissent récupérer plus rapidement.

Vous avez dit que les coûts avaient été réduits de 10 p. 100. Plusieurs soins sont reliés à la phase qui précède une chirurgie et à celle qui la suit. Pour ce qui est des soins à domicile, avez-vous eu à faire des transferts de fonds dans certains domaines ou avez-vous conservé à peu près le même budget à l'intérieur du processus d'hospitalisation?

[Traduction]

**Dr Cyril Frank:** Merci pour la question.

Pour les soins de courte durée, nous avons réalisé des économies en raccourcissant les séjours, en réduisant certains des coûts internes de l'hôpital et en dépensant plus d'argent en amont, soit en optimisant la préparation des patients, en les renseignant et en les préparant pour la chirurgie. Les coûts par dossier étaient toujours à peu près les mêmes, de l'arrivée, pour le remplacement d'une hanche ou d'un genou, jusqu'à la fin, y compris la réadaptation et les soins à domicile. C'est ce que nous appelons les coûts par dossier. J'ai dit que nous pourrions, à mon avis, économiser 10 p. 100 par année, pour chaque dossier, si on cible ces moyens d'épargner.

Nous voulions optimiser l'expérience, améliorer l'efficacité et la qualité des soins, de manière prioritaire. Nous croyons toujours que c'est la principale priorité. Si nous cherchons des façons d'économiser de l'argent, où pouvons-nous faire des économies, qui seraient ensuite réinvesties dans l'amélioration de la qualité de l'expérience? Nous pensons qu'ensuite, ces économies pourraient faire augmenter le volume de patients, pour une même enveloppe financière.

•(1215)

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je voulais aussi savoir si on avait, d'une façon ou d'une autre, fait pression sur les patients pour qu'ils assument des coûts qui normalement auraient été payés par le réseau de la santé. Certains ont même dû assumer des coûts pour être plus aptes à subir une chirurgie ou à faire l'objet d'un suivi après cette dernière.

Or, vous dites que vous prenez en charge toutes les étapes qui précèdent la chirurgie.

[Traduction]

**Dr Cyril Frank:** Oui, c'est entièrement financé par les fonds publics. Il n'y a pas eu de coûts supplémentaires, par rapport aux soins normaux. Aucuns. Tout était couvert par le nouveau financement dont j'ai parlé.

Je crois toutefois qu'on a plafonné le nombre de séances de physiothérapie postopératoire; les patients ont peut-être dû déboursier une petite somme, mais je ne crois pas que cela leur pose problème, puisqu'ils se remettent rapidement.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Par exemple, les personnes vulnérables qui n'ont pas nécessairement les moyens de se payer un suivi en plus d'une préparation peuvent avoir des difficultés à suivre votre programme. Certains soins ne sont peut-être pas prévus par les assurances-médicaments ou, au Québec, par la Régie de l'assurance-maladie. Quoi qu'il en soit, je parlais ici de la situation qui prévaut dans votre province.

[Traduction]

**Dr Cyril Frank:** En Alberta, tout était couvert. Il n'y avait pas de frais supplémentaires, en dehors de l'assurance-santé normale. Il s'agissait d'échantillons choisis au hasard, comme les deux tiers des patients que nous avons traités faisaient partie de groupes socio-économiques défavorisés, tous leurs soins étaient payés.

**Le président:** Merci beaucoup pour ces questions, madame Gagnon. Votre temps est écoulé.

M. Fletcher a une courte déclaration, et le reste du temps reviendra à Mme Davidson.

**M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je veux simplement remercier chaleureusement nos témoins. Le gouvernement du Canada étudie de près vos activités, et nous

comptons bien recourir à vos idées et à vos innovations pour nous aider à respecter la garantie que nous avons donnée au sujet du temps d'attente.

Je cède le reste de mon temps à Mme Davidson.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci.

Je tiens d'abord à remercier nos témoins.

Après vous avoir écouté, messieurs, il est difficile de comprendre qu'on ait encore des problèmes dans notre régime de soins de santé. Je pense qu'il existe des solutions très innovatrices et que chacun de vous a travaillé dans son domaine respectif à en faire des réussites.

Ma première question s'adresse au Dr Reed. Je trouve alarmant le nombre actuel de radiologistes que vous citez. Je crois que vous avez dit qu'en 2004, il en manquait 500 et qu'au cours des six prochaines années, on s'attend à ce que le volume des tests augmente de 30 p. 100 alors que le nombre de radiologiste n'augmentera que de 5 p. 100. Ai-je bien compris?

**Dr Martin Reed:** En fait, moins de 5 p. 100.

**Mme Patricia Davidson:** Ces chiffres sont donc très alarmants, et je pense que tous, chacun dans sa collectivité respective, avons vu la tendance se manifester au cours des dernières années.

J'ai trouvé très intéressant le projet de lignes directrices que vous pilotez.

Je dirais même que le chiffre de 10 p. 100 pour les interventions non essentielles.

•(1220)

**Dr Martin Reed:** Oui.

**Mme Patricia Davidson:** Il y a bien longtemps, j'étais technicienne en radiologie et je dirais qu'à l'époque, déjà, il y avait 10 p. 100 d'interventions inutiles, mais que la tendance s'est aggravée.

Les lignes directrices que vous avez adoptées m'intéressent beaucoup. Ont-elles été envoyées à chaque omnipraticien, à chaque médecin? Comment en avez-vous fait la distribution? S'agit-il uniquement de lignes directrices? Les lignes directrices ne sont que cela; elles n'ont pas beaucoup de poids. C'est ma première question.

Deuxièmement, pourriez-vous nous parler un peu de votre projet pilote?

Enfin, y a-t-il un programme d'éducation publique en parallèle? Je crois fermement qu'une grande partie du problème est liée aux attentes de la population et à ce à quoi elle croit avoir droit.

Pourriez-vous répondre à ces questions?

**Dr Martin Reed:** Je suis d'accord avec vous, pour la première question. Nous pensons que 10 p. 100, c'est une sous-estimation du nombre d'examen qui sont faits inutilement, et nous espérons qu'on pourra réduire encore davantage le nombre d'analyses d'imagerie diagnostique quand les lignes directrices seront largement distribuées.

Quant à nous, nous avons distribué une version électronique des ces lignes directrices à toutes les facultés de médecine, à toutes les sociétés provinciales de radiologistes et, je crois, à tous les collèges des médecins et chirurgiens.

Nous en avons aussi fait la distribution à tous les regroupements de spécialistes, par le truchement de leurs organisations nationales. Nous estimons que c'est important, car ces lignes directrices n'auront d'effet qu'avec l'appui des associations de spécialistes.

Nous les avons aussi envoyées au Collège des médecins de famille du Canada, dont nous avons l'appui. Nous en avons distribuées à certaines rencontres, par exemple, une conférence nationale sur la médecine interne.

Nous les avons aussi mises en vente, et certains en ont achetées pour fins de distribution. En fait, nous ne savons pas très bien où sont toutes les copies, mais ce sont des méthodes que nous avons employées pour la distribution.

Vous avez posé une question au sujet du projet pilote. Je présume que vous parlez du projet dans mon hôpital.

**Mme Patricia Davidson:** Oui, à l'hôpital pour enfants de Winnipeg.

**Dr Martin Reed:** Au départ, nous avons choisi quatre services de l'hôpital pour enfants où des médecins et des pédiatres tenaient beaucoup à mettre en oeuvre ces lignes directrices. C'est là que nous commencerons. Nous nous assurerons que le système est bien rodé, que le logiciel fonctionne sans anicroche et que les médecins sont contents de l'utiliser. Nous espérons ensuite l'étendre à l'hôpital afin que, dès l'automne, tous les tests d'imagerie diagnostique demandés à l'hôpital le soient au moyen du système Percipio. Ainsi, nous pourrions recueillir des données quantitatives sur les utilisateurs des lignes directrices. Si on donne au médecin une ligne directrice, une suggestion, est-ce qu'ils la suivent? Ce genre de données nous permettra de savoir comment améliorer les lignes directrices ou influencer le comportement des médecins.

Tout le monde l'a dit, c'est la même chose pour nous : nous avons besoin de données concrètes.

Il y a aussi une clinique pédiatrique, le plus grand groupe pédiatrique privé de Winnipeg, qui veut employer notre logiciel, et nous espérons que celui-ci y sera utilisé dès l'automne. Ce projet durera environ un an. Nous espérons recueillir des données pour cette période, les analyser et en faire rapport.

**Le président:** Le temps est écoulé, en fait. Nous pourrions revenir à ce sujet aussi, merci.

Madame Keeper, vous avez cinq minutes.

**Mme Tina Keeper (Churchill, Lib.):** Merci beaucoup.

Je voudrais poser une question au Dr Lewanczuk.

La restructuration dont vous avez parlé m'intéresse beaucoup. Ma circonscription compte une grande proportion d'Autochtones, de 33 Premières nations. Nous avons d'ailleurs un document d'information de l'APN sur la crise de la santé. Comme vous le savez, le diabète est un problème chronique dans notre communauté.

Vous avez dit notamment une chose intéressante : vous êtes responsable des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous et vous devez traiter la maladie et le risque dans la communauté. Pourriez-vous nous dire comment vous le faites? Comment travaillez-vous avec ces patients et avec les médecins, et quel est l'effet de votre travail?

• (1225)

**Dr Richard Lewanczuk:** Nous procédons de diverses façons. Pendant que nous y sommes, voulez-vous que je fasse quelques observations sur les Premières nations? Nous avons des stratégies spécifiques et nous avons fait beaucoup de travail.

Ainsi, nous connaissons toutes les personnes de notre territoire qui sont diabétiques ou malades chroniques. Nous le faisons pour la région de la capitale. Essentiellement, nous avons des moyens électroniques de savoir qui est qui, et tous les renseignements sont accessibles. De cette façon, et en consultant les dossiers électroniques de l'omnipraticien, et au moyen de stratégies... Par exemple, nous savons que les diabétiques doivent avoir un dossier à leur nom, dans un laboratoire, signalant un taux de glycémie élevé, auquel on peut avoir accès par voie électronique. En faisant une recherche au laboratoire, nous pouvons savoir qui a le diabète. D'ailleurs, c'est ce que nous faisons dans le cadre du projet Inforoute Santé du Canada.

Grâce à cette base de données électronique intégrée, nous savons que ces gens-là sont diabétiques. Ont-ils visité un médecin dans l'année écoulée? Ont-ils subi le test d'urine annuel? Dans la négative, nous pouvons le leur rappeler. Nous trouvons très avantageux et efficace de le rappeler aux patients. Nous leur envoyons une lettre. S'ils ne répondent pas après trois lettres, nous pouvons leur téléphoner. Nous avons une équipe communautaire qui ira même frapper à leur porte.

Nous avons d'autres stratégies. Certaines de nos infirmières en santé communautaire se rendent dans les centres pour personnes âgées. Il y en a environ 47 dans notre région. Elles s'y rendent principalement pour prendre la tension artérielle et vérifier la glycémie, mais en réalité, elles en profitent pour voir si quelqu'un est malade ou s'il a besoin de voir un médecin. Nous allons donc chercher les patients là où ils sont.

Nous mettons aussi à l'oeuvre les ressources communautaires. Pour les Premières nations en particulier, dans le cas du diabète par exemple, des diabétiques servent de mentors à ceux qui viennent d'être diagnostiqués. J'ai fait de nombreuses visites. On me dit Untel est chez lui et qu'il a un problème avec son pied. Il a un ulcère, par exemple. Nous allons alors le voir chez lui.

Nous recourrons vraiment à la communauté et essayons de développer l'esprit communautaire. Nous avons divers programmes qui aident les patients à se prendre en main, qui favorisent l'entraide dans les communautés. Nous avons donc toutes sortes de stratégies qui encouragent les gens à nous signaler les personnes qui ne vont pas régulièrement chez le médecin.

En ville, nous offrons des déjeuners gratuits. Les patients viennent pour un déjeuner gratuit, et nous en profitons pour leur parler de leur santé.

**Mme Tina Keeper:** Y a-t-il des problèmes liés aux compétences administratives ou des questions de confidentialité?

**Dr Richard Lewanczuk:** On nous pose souvent la question, et nous nous la posons à nous-mêmes. Mais quand les fournisseurs se rencontrent, et que nous nous posons la question, nous ne constatons pas de problème.

Entre autres méthodes, nous signalons au patient que des renseignements sur lui sont disponibles, tout en précisant en quoi c'est avantageux: s'il se fait frapper par un autobus et qu'il se retrouve à l'urgence, on sait déjà tout sur lui. On sait qu'il a des allergies, quel médicament il prend, et nous pouvons être proactifs pour l'aider.

Nous travaillons donc avec le patient. Nous lui disons dès le départ ce que nous faisons. S'il le souhaite, il peut se retirer de ces systèmes mais étonnamment, quand il en comprend les avantages, le patient est très enthousiaste.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Batters.

**M. Dave Batters (Palliser, PCC):** Merci à chacun de vous de se présenter devant notre comité. Comme les autres membres du comité, je dois dire que manifestement, vous avez fait du très bon travail, chacun dans son domaine, son hôpital ou sa zone d'influence. Il faut vous en féliciter, et notre comité et le Parlement peut certainement beaucoup apprendre de vous.

Pour commencer, nous savons que c'est une question extrêmement importante pour les Canadiens. C'est extrêmement important pour le gouvernement du Canada. Comme la plupart d'entre nous ici et la plupart des Canadiens le savent, c'est l'une des cinq priorités du gouvernement : nous voulons donner des garanties au sujet du temps d'attente pour les patients.

Je suis de la Saskatchewan, province gouvernée par les Néo-démocrates, et nous avons les plus longues listes d'attente du pays pour les chirurgies et les tests diagnostics. Faute de temps, je ne vous en donnerai pas d'exemples. J'aimerais que nous parlions un peu des omnipraticiens, ou plutôt de la pénurie d'omnipraticiens au Canada.

Docteur Lewanczuk, vous avez dit que parmi vos stratégies, il y avait l'autonomisation supplémentaire des omnipraticiens. Nos témoins pourraient-ils rapidement nous dire quelle est la meilleure solution au problème de la pénurie des omnipraticiens.

Beaucoup d'omnipraticiens au Canada n'acceptent pas de nouveaux patients. C'est du moins le cas dans ma ville, Regina, où il peut être difficile de trouver un omnipraticien qui prend de nouveaux patients. Il faut souvent se rendre dans les grandes cliniques pour obtenir des soins. Comment régler ce problème?

Vous voudrez sûrement formuler des commentaires là-dessus. Y a-t-il un problème de rémunération des médecins au Canada? Il est certainement avantageux pour un omnipraticien de voir un nombre élevé de patients. On le constate facilement dans les cabinets de médecins. J'ai beaucoup de respect pour nos omnipraticiens, mais il est manifestement avantageux de voir 60 patients par jour, plutôt que 35. On voit des affiches dans les bureaux des médecins : « un problème par consultation ». Voilà qui explique les temps d'attente. Il n'est pas étonnant que le patient retourne voir le médecin la semaine suivante, puisqu'il n'a pu parler que d'un seul de ses six problèmes.

Pourriez-vous nous parler un peu de la pénurie d'omnipraticiens, de la difficulté aussi de voir son médecin. Vous avez parlé de leur donner plus d'autonomie. Vous dites que les omnipraticiens doivent renseigner leurs patients sur le diabète, par exemple. Cela doit bien prendre une heure par patient, non?

Comment régler ce problème?

• (1230)

**Dr Richard Lewanczuk:** À un long problème, je vais vous donner une brève réponse.

Comme je l'ai déjà dit, une des difficultés tient au fait que nous ne donnons aucune ressource à nos médecins de famille. Nous les accablons et, souvent en tant que spécialistes, nous les accusons de faire un travail bâclé, de ne pas surveiller les tensions artérielles comme il faut, de ne pas contrôler les taux de glycémie correctement et pourtant nous ne faisons rien pour les aider.

Certaines stratégies de réforme des soins primaires... par exemple, actuellement en Alberta, la stratégie adoptée consiste en ce qu'on appelle des réseaux de soins primaires, c'est-à-dire que les médecins de famille se constituent en équipes, et on leur fournit un financement supplémentaire pour embaucher des infirmières, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé pour les épauler. Ainsi, cela leur évite d'avoir à fournir eux-mêmes l'information nécessaire à leurs patients diabétiques. Une infirmière peut les aider. Une infirmière peut prendre la taille, le poids, la tension artérielle et faire un tri initial pour le médecin de famille.

Nous sommes allés voir dans d'autres pays comment on procédait. En Nouvelle-Zélande, ce modèle est utilisé avec grande efficacité par exemple. Au fil du temps, nous avons injecté nos ressources dans un système de soins de courte durée prodigués à l'hôpital par des spécialistes, si bien que maintenant, les patients, et on l'a dit tout à l'heure, s'attendent à avoir besoin des soins d'un spécialiste et dans les cocktails, ils disent qu'ils voient un interniste pour leur thyroïde, ou un endocrinologue. Mais où est passé le médecin de famille?

Ainsi, c'est nous qui créons cette attente et en fait les médecins de famille, avec l'aide des spécialistes, peuvent faire un excellent travail. En fait, le spécialiste est une personne que le médecin de famille peut utiliser comme outil. Quant à nous, nous devrions aider les médecins de famille par nos conseils et d'une multitude d'autres façons. Il faut donc relever la considération accordée au médecin de famille.

Le modèle de rémunération, vous avez raison, n'est pas adapté au comportement que nous souhaitons. Il incite forcément à multiplier le nombre de patients vus en consultation. Si un autre professionnel de la santé accomplit certaines tâches, le médecin de famille ne touche pas d'honoraires pour cela en vertu des modèles de financement actuels au Canada. Il faut donc des mécanismes de rechange pour le financement.

À propos de l'accent que nous mettons sur les soins de courte durée, je vous dirais que depuis deux ans, aucun des diplômés de la faculté de médecine ne s'est orienté vers la médecine de famille car les médecins sont beaucoup mieux payés en travaillant en milieu hospitalier, sans frais généraux, avec la possibilité de rentrer chez eux à 17 heures. On constate encore une fois que ce n'est pas seulement au niveau de la méthode que le bât blesse mais aussi au niveau des honoraires versés aux médecins de famille. Nous les avons relégués au bas de la pyramide du point de vue de la considération et des ressources et il nous faut désormais renverser la vapeur.

**Le président:** Nous pourrions peut-être faire un deuxième tour.

Madame Demers.

[Français]

**Mme Nicole Demers (Laval, BQ):** Merci, monsieur le président.

Je voudrais vous féliciter, messieurs et madame, pour l'ensemble du travail que vous avez accompli jusqu'à maintenant.

Docteur Reed, j'ai apprécié votre candeur lorsque vous avez mentionné qu'il n'y a pas suffisamment de radiologistes. C'est vrai.

Docteur Frank, au début, quand vous avez commencé à énoncer vos succès, j'ai cru que vous aviez trouvé une autre utilisation pour le pétrole. Je me suis dit que les remplacements de genoux et de hanches étaient peut-être faits avec du pétrole, parce que ce que vous avez réalisé, vous et votre équipe, est assez exceptionnel. Je vous en remercie.

Toutefois, lorsqu'on a de bonnes idées comme celles-là, qu'on réalise l'exploit de réduire le temps d'attente de 47 semaines à 4,7 semaines, pense-t-on à transmettre l'information à nos collègues des autres provinces? Pense-t-on à diffuser cette information afin qu'elle puisse être utilisée par d'autres médecins dans d'autres lieux? Cela est très important.

• (1235)

[Traduction]

**Dr Cyril Frank:** Oui, je pense que cette méthode peut être transférée mais je tiens à souligner que nous ne l'avons même pas encore appliquée à tous les chirurgiens dans la province d'Alberta. Il s'agissait d'un projet pilote avec 13 chirurgiens au départ et à la suite des résultats obtenus, d'autres se joignent au premier groupe. Nous souhaitons que cela s'applique à tous d'ici 12 à 18 mois.

Nous discutons de cela avec nos collègues à l'échelle du pays. Vendredi, à la réunion de l'Association canadienne d'orthopédie, il y aura un groupe de travail qui analysera les pratiques exemplaires d'accès à une chirurgie de reconstruction de la hanche et du genou, de sorte que nous nous entretenons de la question avec nos collègues.

[Français]

**Mme Nicole Demers:** Merci beaucoup, docteur Frank.

Docteur Reed, un problème me touche particulièrement. Plusieurs femmes ayant reçu des implants mammaires au gel de silicone doivent se les faire enlever. Toutefois, elles doivent d'abord avoir des résonances magnétiques pour que l'on puisse détecter le problème. Je sais qu'il n'y a pas beaucoup d'instruments au Canada et au Québec qui peuvent déceler s'il y a des fuites, des brisures, des problèmes relatifs aux implants mammaires. Je sais aussi qu'il n'y a pas beaucoup de radiologistes formés pour réaliser de tels diagnostics.

Pouvez-vous m'indiquer combien il y en a? Pouvez-vous me dire combien il y a de machines et d'équipements spécialisés conçus spécifiquement pour réaliser ces diagnostics? Si je ne m'abuse, on les appelle *core MRI*, en anglais.

[Traduction]

**Dr Martin Reed:** Excusez-moi. Je suis radiologue pédiatre, et vous abordez une question qui est au-delà de mes compétences. Je crains de ne pas pouvoir vous répondre. Je suis sûr qu'on pourra vous donner une réponse par l'intermédiaire de l'Association canadienne des radiologues mais pour ma part, je ne peux pas vous répondre maintenant.

[Français]

**Mme Nicole Demers:** Vous serait-il possible de trouver l'information et de la faire parvenir au Comité de la santé par l'intermédiaire de l'Association canadienne des radiologistes?

**Dr Martin Reed:** Oui, je peux essayer.

**Mme Nicole Demers:** Merci beaucoup, docteur Reed.

[Traduction]

**Le président:** Merci, madame Demers.

Madame Demers est assez férue de ce sujet. Nous allons avoir une autre séance — la semaine prochaine, si je ne m'abuse — sur le même sujet, de sorte que ces renseignements nous seront fort utiles.

Monsieur Epp, allez-y, s'il-vous-plaît.

**M. Ken Epp (Edmonton—Sherwood Park, PCC):** Merci beaucoup.

Merci d'être venu nous parler de vos succès. Si nous pouvions les généraliser à l'échelle du pays, le problème serait résolu, n'est-ce pas? Tout le monde sourit.

Ma question s'adresse à Mme Estey. Elle est directrice du Programme régional du diabète à Edmonton. Elle est venue de là-bas jusqu'à Ottawa, et je voudrais lui donner la possibilité de nous dire brièvement ce que son groupe fait pour donner un accès opportun et rapide aux diabétiques.

Allez-y.

**Mme Angela Estey (directrice, Programme pour lutter contre le diabète en région, Capital Health):** Merci de me donner cette occasion et merci à tous les membres du comité de m'avoir invité.

Le Dr Lewanczuk a rappelé les diverses initiatives que nous avons prises pour, tout d'abord, comprendre les problèmes et les besoins des patients et ensuite, pour garantir l'accès en temps opportun à des soins, qu'il s'agisse d'un simple appel par une infirmière ou une diététicienne pour vérifier la situation auprès des patients ou qu'il s'agisse de la participation au programme éducatif en groupe.

Il y a un certain nombre d'éléments. D'une part, il existe un système central d'accès. Il y a une ligne téléphonique à la disposition des patients. Le numéro est annoncé clairement. Les gens savent comment joindre notre équipe en tout temps. Nous avons tiré parti de certains des succès remportés par Health Link Alberta, qui est un centre d'appel provincial permettant de joindre une infirmière et ainsi, nos éducateurs pour le diabète ont formé certaines infirmières qui sont disponibles 24/24, 7/7 pour aider les patients.

Nous savons que les gens peuvent se trouver en difficulté à n'importe quel moment du jour ou de la nuit. Très souvent, les centres sont ouverts de 8 heures à 16 heures, du lundi au vendredi. Ainsi, ce service disponible en tout temps et où les gens peuvent obtenir un contact personnel est formidable. Nous donnons des renseignements sur des sites Internet que les gens peuvent consulter. Nous sommes en train de voir les possibilités qu'offrent certaines technologies de service de santé électronique pour adapter les renseignements fournis et multiplier les contacts et les connexions virtuelles. Nous donnons ainsi aux gens toute une gamme de possibilités au-delà de l'approche traditionnelle de la brochure et de la prescription. Selon moi, cela a amélioré l'accès.

Comme l'a dit le Dr Lewanczuk, la surveillance est constante. Dès que nous voyons que la tension commence à monter, nous nous renseignons sur nos clients, ce qui fonctionne, ce qui a réussi et ce, non seulement pour les diabétiques mais pour les autres maladies aussi et nous tirons des leçons de la façon dont on est venu en aide à ces patients. Le North East Community Health Center est un endroit où nous avons offert un déjeuner gratuit. C'est une excellente façon d'apprendre à connaître non seulement les intéressés mais aussi leurs amis qui souffrent éventuellement du diabète. Nous contactons également les salles d'exercice. Nous contactons les organismes communautaires qui dispensent toute une gamme de programmes éducatifs sur le mode de vie. Les partenariats se sont révélés un élément vraiment important et nous ont aidé à repérer d'autres patients dans le besoin.

Il y a toutes sortes d'innovations. Nous ne voulons pas stagner. Nous voulons être souples, si bien que nos équipes oeuvrent dans la collectivité pour découvrir ce qui correspond le mieux aux besoins de nos patients.



•(1240)

**M. Ken Epp:** D'après ce que je comprends de la maladie, à l'avenir, le diabète va grever énormément notre régime de santé, n'est-ce pas? Autrement dit, les conséquences de l'inaction vont entraîner une demande accrue de soins de santé.

D'après ce que vous avez pu constater, croyez-vous qu'en donnant un diagnostic précoce et des meilleurs soins, vous allégez les pressions exercées sur notre régime de soins de santé et par conséquent, de façon générale vous réduisez les délais d'attente?

**Mme Angela Estey:** Oui. Nous sommes convaincus que plus les gens sont en bonne santé, plus nous prenons de mesures préventives, plus nous allégeons la pression sur notre régime. Il nous faut rejoindre les gens, établir un contact avec eux et les surveiller de façon permanente. Nous ne nous bornons pas à une intervention ponctuelle. Nous voulons maintenir le contact. Nous voulons savoir comment ils vont. Nous envoyons des lettres de rappel. Virtuellement, nous pouvons voir le résultat des analyses en laboratoire et si nous voyons que le taux de glycémie grimpe, nous intervenons avant qu'une crise ne survienne. Nous avons un contact téléphonique et nous sommes un appui pour les équipes de soins primaires qu'ils consultent de façon régulière.

Oui, effectivement, nous faisons davantage en amont.

**M. Ken Epp:** Manifestement, vous êtes à l'avant garde avec cette nouvelle approche, ce qui est très encourageant, et je suis ravi que cela nous vienne d'Alberta et de la ville que je représente.

Dites-moi si vous travaillez avec d'autres provinces, avec d'autres régions, pour répandre ce système pour que plus de gens s'en servent afin que les résultats de votre travail s'étendent à l'échelle nationale.

**Mme Angela Estey:** Oui, absolument.

Je ne sais pas si vous connaissez le modèle des soins de longue durée et sinon, nous pouvons certainement vous mettre au courant car la plupart des provinces et territoires au Canada y ont recours. Ce modèle comporte des points communs comme les partenariats communautaires, les outils d'appui pour la prise de décision — la TI, notamment — de sorte que lorsque nous nous retrouvons en congrès, nous parlons la même langue. Quand tout le monde est au diapason, cela facilite le partage de renseignements. Oui, c'est le cas.

Nous travaillons en étroite collaboration avec les responsables de la santé dans d'autres régions de nos provinces et, comme l'a dit Richard, nous avons fait beaucoup de tournées pour partager ce que nous avons appris et pour consulter d'autres experts.

**Le président:** Merci beaucoup.

Avant de passer au deuxième tour, que les membres du comité me permettent de demander une petite précision au Dr Frank.

Le projet pilote a coûté 20 millions de dollars. Pouvez-vous nous dire comment cet argent a été dépensé? Il n'y a pas de nouveaux docteurs ou de nouvelles infirmières, et nous voudrions savoir où l'argent a été injecté?

**Dr Cyril Frank:** Volontiers.

L'argent a été partagé entre les trois régions sanitaires qui ont participé au projet: Edmonton, Calgary et Red Deer. Chacune d'elles a reçu une partie de l'argent pour procéder à 1 200 chirurgies de reconstruction d'une articulation. La prestation du service devait se faire suivant ce que la région et ses médecins estimaient être une optimisation des ressources et de l'infrastructure disponibles.

À Calgary, on a octroyé un contrat à un établissement privé et ces établissements embauchaient des gens pour fournir les soins. À Edmonton et à Red Deer, le personnel a été détaché pour ce projet et

les blocs opératoires également afin qu'on puisse effectuer ces 1 200 chirurgies, 500 revenant à Edmonton, 500 à Calgary et 200 à Red Deer. Le financement s'est fait au cas par cas par l'intermédiaire de la coopérative locale, regroupant la région et les médecins, pour qu'il y ait un suivi. Le financement a été calculé suivant le coût par patient dans une région et versé au collectif.

•(1245)

**Le président:** Est-il juste de dire que le coût par cas aurait été le même de toute façon et que cette méthode ne faisait qu'accélérer les choses? De toute façon, il aurait fallu faire face à ce coût. J'essaie de cerner la question. Dans le cas de ce projet, s'agit-il d'une somme supplémentaire de 20 millions de dollars qu'on a dépensée ou le régime aurait-il dû assumer 20 millions de dollars quand même sur une plus longue période?

Voilà essentiellement où je veux en venir avec ma question.

**Dr Cyril Frank:** Il s'agissait de 20 millions de dollars en argent frais que la province avait réservé à cette fin, en marge du budget existant de l'autorité de santé régionale.

**Le président:** Vous dites qu'on s'en est servi pour tous les cas, probablement pour les genoux, les hanches et le reste. Est-ce qu'on aurait dépensé cet argent de toute façon, si le projet avait été en place ou non?

**Dr Cyril Frank:** On aurait pu faire ces choses sans ce financement supplémentaire, mais à vous dire le vrai, ce financement supplémentaire a encouragé les régions à trouver le temps et les ressources voulus pour réaliser ce projet.

**Le président:** On n'a pas engagé de nouveaux médecins.

**Dr Cyril Frank:** Non, on avait les mêmes médecins et les mêmes infirmières.

**Le président:** Très bien. Je crois que cela clarifie les choses.

Nous avons une petite question de Ken, après quoi nous passerons à M. Batters pour le second tour.

**M. Ken Epp:** Je n'ai qu'une petite question.

L'essentiel de ce coût, c'était le coût de la prothèse elle-même, n'est-ce pas?

**Dr Cyril Frank:** Eh bien, nous notons en fait le coût exact de chaque cas, et le coût de la prothèse est environ un quart du coût de chaque cas.

**Le président:** Cela figurera dans le rapport que nous attendons de vous.

Monsieur Batters, il vous reste quelques minutes.

**M. Dave Batters:** Oui, à moins que Mme Brown ait quelque chose à dire.

**Le président:** Voulez-vous commencer? Peu m'importe. Vous pourrez tous les deux poser une question de toute façon, cela n'a donc pas d'importance.

Madame Brown alors.

**Mme Bonnie Brown:** Je suis impressionnée par tout ce que vous avez fait pour réduire le temps d'attente. Éliminer 15 p. 100 de la liste d'attente dans un cas et 33 p. 100 de la liste de renvoi, c'est à mon avis très impressionnant, même du point de vue du moral du chirurgien qui reçoit les renvois, de savoir que ce ne sont pas toutes ces personnes qui attendent.

Je voulais savoir qui avait fait tous ces téléphones pour savoir si ces personnes étaient toujours à la même adresse, au même numéro de téléphone, etc. Avez-vous engagé des gens pour réorganiser la liste d'attente en faisant des téléphones et en contactant les gens?

**Dr Cyril Frank:** L'institut a évalué tout ce processus, et l'institut est une organisation philanthropique distincte qui verse des subventions pour faire faire ce travail.

**Mme Bonnie Brown:** Avez-vous engagé des infirmières? S'agissait-il d'infirmières, ou est-ce qu'on engageait presque n'importe qui? Ce que je veux dire, c'est que c'est sûrement n'importe qui qui peut se renseigner pour savoir si le patient X n'habite plus à telle ou telle adresse a changé de numéro de téléphone.

**Dr Cyril Frank:** L'une des principales choses qu'il nous a fallu faire, c'était nous affilier à tous les détenteurs de l'information afin que l'institut ait la permission de contacter ces personnes pour le compte des médecins. Ce n'est pas n'importe qui qui peut téléphoner. Il s'agit de mandataires des médecins qui téléphonent aux patients, et ces personnes travaillent pour le compte de l'institut à la discrétion du médecin.

**Mme Bonnie Brown:** Oui. Mais êtes-vous en train de dire que ce sont les médecins qui recommandaient les personnes à l'institut, ou était-ce l'institut qui engageait son propre personnel?

**Dr Cyril Frank:** Oui, l'institut a son propre effectif d'attachés de recherche, dont certains sont des infirmières et des physiothérapeutes qui faisaient tous ces téléphones.

**Mme Bonnie Brown:** Et certains d'entre eux n'étaient rien de tout cela.

**Dr Cyril Frank:** Oui.

**Mme Bonnie Brown:** Je vois. Il me semble qu'on ferait d'autres économies si on pouvait engager des personnes qui n'ont pas de formation médicale pour faire ce genre de travail.

• (1250)

**Dr Cyril Frank:** Absolument. C'était le thème qui revenait dans tous les exposés. Le Dr Lewanczuk a souligné la nécessité d'avoir des équipes capables de mieux soutenir les médecins, tant au niveau des soins primaires que des soins spécialisés, des personnes coûtant moins cher abattant une bonne part de la besogne.

**Mme Bonnie Brown:** Exactement. Ce qu'il faudrait aussi savoir, c'est combien coûte le personnel pour chaque tâche et savoir aussi si ce personnel était capable de faire le travail.

Il y a une autre chose qui m'intrigue. Avec cette somme de vingt millions de dollars, il vous a été probablement assez facile de recruter ces chirurgiens. Ceux-ci savaient ainsi qu'ils auraient ce but et qu'ils profiteraient de tout ce soutien. Quand les gens sont motivés, tout projet tend à mieux réussir.

Est-ce qu'on sait combien ont gagné les chirurgiens qui ont participé? Autrement dit, est-ce qu'ils pouvaient faire plus d'opérations parce qu'une partie du travail préliminaire avait été fait par quelqu'un d'autre, ce qui a eu par conséquent pour effet d'augmenter leur rémunération? Ou est-ce que leur rémunération a baissé parce qu'ils avaient à s'occuper des patients ou pour une autre raison?

**Dr Cyril Frank:** Je n'ai pas les chiffres exacts, mais je peux vous dire que oui, ils ont gagné plus d'argent. Ils y étaient encouragés parce que, chose certaine, ils avaient plus de temps à leur disposition.

Nous essayons de savoir aussi quel effet cela a eu sur le reste de leur pratique parce que nous voulons nous assurer que personne n'a souffert du fait qu'on s'est concentré sur les hanches et les genoux.

Je dois dire qu'ils se sont tous fait les champions de cette initiative, non seulement parce que leur volume a augmenté, mais parce que c'est mieux. Ils vendent maintenant l'idée à leurs collègues et ils disent même qu'il faut épouser cette approche du triage central avec les équipes parce que cela vaut mieux pour les patients. Ils se sont fait les champions auprès des autres, qui voient bien qu'ils peuvent gagner plus d'argent avec l'actuel système de rémunération qui est encore basé sur le volume. Mais le tarif par cas nous donne en fait la possibilité de leur offrir des incitatifs dans l'ensemble du système au niveau de l'accès, de la qualité et de la rentabilité, par opposition au strict volume.

**Mme Bonnie Brown:** Je comprends. Je pense que le Dr Lewanczuk a probablement vécu la même expérience. S'il ne lui faut que quinze minutes pour voir un patient comparativement aux 45 minutes que cela lui prenait, il peut maintenant voir trois patients dans ces 45 minutes.

Avez-vous mesuré l'impact sur les salaires?

**Dr Richard Lewanczuk:** Absolument. L'un de mes autres rôles consistait à présider notre comité de planification du financement alternatif à l'Université de l'Alberta.

Cela a fonctionné de diverses façons. Si nous disposions de méthodes comme le dossier médical électronique, par exemple, comme vous disiez, les spécialistes ne seraient pas désavantagés. L'organisation de la liste était une des difficultés que nous avions dans le cas du diabète. Les spécialistes voyaient davantage de patients dont les cas étaient plus compliqués et il leur fallait plus de temps pour les voir, mais leur rémunération demeurait exactement la même. Leurs revenus avaient baissé d'environ 25 p. 100 jusqu'au moment où nous avons trouvé d'autres moyens d'augmenter cela.

**Mme Bonnie Brown:** Je comprends.

**Le président:** Monsieur Batters, vous allez poser la dernière question. Après quoi le comité prendra cinq minutes pour régler quelques dernières affaires.

**M. Dave Batters:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Tout le monde a beaucoup parlé de l'importance de la prévention primaire, et chose certaine, j'y crois moi aussi. Vous avez parlé de « patients en amont ». Je n'avais jamais entendu cette expression, ça me plaît.

Chose certaine, il est très important de bien éduquer les patients. De même, dans le respect des lignes directrices du traitement, le rôle de la pharmacologie est extrêmement important en matière de prévention primaire. Je vais demander au Dr Lewanczuk, au Dr Glasgow et à Mme Estey de commenter, s'il vous plaît. J'aimerais avoir votre opinion sur trois questions différentes.

Messieurs, je m'adresse à vous parce que j'aimerais savoir ce que vous pensez des effets que les médicaments peuvent avoir sur les listes d'attente. Particulièrement, je songe aux listes d'attente pour les opérations chirurgicales, la dialyse, et à des médicaments comme la statine ou l'inhibiteur ECA. J'aimerais avoir votre opinion sur l'effet que les médicaments peuvent avoir sur les listes d'attente et sur la qualité de la vie d'un patient. Troisièmement — et c'est une question plus générale — en matière de santé, on se retrouve toujours avec des ressources limitées et une demande illimitée. J'aimerais que vous me disiez si ces catégories de médicaments que j'ai mentionnées, ou des médicaments semblables, constituent un coût net ou une économie nette pour notre système de santé quand on voit l'effet qu'ils peuvent avoir sur la dialyse, la chirurgie ou le temps qu'on passe à l'hôpital.

J'aimerais avoir votre opinion sur ces questions. Ce sont des questions assez vastes, je le reconnais.

**Dr Richard Lewanczuk:** Nos diverses instances professionnelles passent en revue les faits et c'est ainsi que nous élaborons les lignes directrices sur l'utilisation des agents pharmaceutiques. Évidemment, s'ils sont recommandés, c'est qu'ils doivent avoir des avantages. D'autres personnes — les économistes de la santé — interviennent ensuite pour faire les diverses études coût-utilité et coût-efficacité.

J'ai fait un exposé semblable à votre gouvernement provincial il n'y a pas tellement longtemps. Nous avons de bonnes données de la Saskatchewan et nous savons que pour beaucoup de pathologies chroniques que nous pourrions prévenir grâce à l'utilisation d'une thérapie pharmaceutique efficace, les patients ont de la difficulté à poursuivre la thérapie. Bien sûr, c'est parfois une question de coût, mais c'est aussi un simple problème de comportement.

Par exemple, nous savons que de 60 p. 100 à 70 p. 100 des gens cessent de prendre leurs médicaments pour abaisser le taux de cholestérol. On aurait mieux fait de ne pas les prescrire; c'est de l'argent gaspillé en pure perte. Si cela n'a servi à rien, si les gens ont cessé de les prendre, alors c'est autant de vies gaspillées ou d'occasions perdues pour notre système. Si nous pouvions, par l'application de diverses stratégies, faciliter et garantir le suivi, cela se traduirait certainement par des avantages du point de vue médical.

• (1255)

**Le président:** Je vais demander au Dr Glasgow de commenter également.

**M. Kevin Glasgow:** Merci.

Je suis heureux de pouvoir répondre à cette question, à titre d'ancien médecin conseil en santé publique et d'omnipraticien de formation. Je peux commenter brièvement au sujet des médicaments. Je voudrais revenir au concept de la prévention primaire.

Oui, c'est important — je souscris à ces commentaires — pour les cheminements cliniques que les patients appropriés reçoivent les médicaments voulus pour prévenir la maladie, et aussi après l'apparition de la maladie. Il y a des protocoles de soins. L'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario a affiché sur son site Web un certain nombre de cheminements cliniques dans le domaine de la cardiologie.

J'en reviens au concept de la prévention primaire — ce qui se passe en amont. C'est très important de réduire les interventions, parce qu'une fois qu'on a une liste d'attente pour une intervention, c'est trop tard. Il est clair qu'il aurait été possible de prévenir certaines de ces pathologies. Ce que je préconise, c'est une politique de santé publique. Je songe notamment à la législation fédérale et provinciale contre le tabagisme; cela va réduire l'arrivée de nouveaux

patients. Avec le temps, on verra un changement extraordinaire dans l'incidence de certaines maladies, grâce à une politique de santé publique de ce genre.

Les maladies cardiovasculaires — troubles cardiaques et accidents cérébrovasculaires — demeurent la première cause de morbidité et de mortalité dans notre société. Un tiers d'entre nous va mourir d'un trouble cardiaque, d'un ACV ou d'une maladie cardiovasculaire. On constate en fait les conséquences de mauvaises habitudes alimentaires, du sédentarisme et du tabagisme. À mesure qu'on va réduire ces mauvaises habitudes, les gens vont vivre plus longtemps. Tout le concept de la prévention primaire est très important.

En Ontario, le réseau de soins cardiaques de l'Ontario a établi un partenariat avec la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario. La semaine dernière, nous avons eu un sommet des maladies cardiovasculaires qui vise en fait à établir un lien entre la prévention primaire et le traitement, en y englobant la prévention secondaire, la réadaptation, les soins palliatifs; pour examiner tout le continuum des soins. Aborder chaque problème de manière isolée, c'est une approche trop cloisonnée; il faut s'occuper du spectre complet.

En Ontario, nous avons une stratégie du cancer et nous avons une stratégie des accidents cérébrovasculaires, mais nous n'avons pas encore de stratégie des maladies cardiaques ou cardiovasculaires. Nous allons faire des recommandations aux deux ministères de la santé de l'Ontario — le ministère de la Promotion de la santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée — et aux 14 réseaux locaux d'intégration de la santé, dans un avenir rapproché.

La prévention primaire ne doit pas être négligée. À l'instar des médecins de famille... et j'en suis un. Je continue de voir de patients tous les deux vendredis; je remplace des médecins de famille. Je vois les patients qui ne peuvent pas obtenir de rendez-vous avec d'autres médecins de famille et qui doivent se faire soigner à la pièce. La réalité est que la prévention doit prendre une importance accrue afin d'implanter une solution globale.

C'est ce que je disais en guise de conclusion : il ne faut pas s'occuper des soins de courte durée de manière isolée; il faut que tout soit lié pour élaborer une solution globale.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela nous amène à la fin de la séance, mais je voudrais ajouter une dernière observation au sujet de l'étude et du projet pilote du Dr Frank. L'un de mes très bons amis a été diagnostiqué juste avant Noël d'un problème à la hanche. Le médecin de ce jeune homme l'avait inscrit pour une intervention chirurgicale le 31 janvier, mais cela lui a été impossible parce qu'il ne pouvait pas aménager son horaire en tant voulu. Il lui a fallu remettre cela de deux semaines. Cela montre à quel point ce programme a du succès.

Je vous félicite tous pour vos exemples. Vous nous avez donné beaucoup d'espoir pour notre système, car celui-ci n'est vraiment pas soutenable dans sa forme actuelle. Nous avons besoin de ce type de pensées novatrices pour pouvoir assurer la durabilité de notre régime.

Nous vous remercions d'être venus et d'avoir fait part de votre expérience aux membres du comité aujourd'hui.

Avant de partir, nous devons étudier rapidement une motion pour pouvoir rémunérer ces messieurs.

Madame Brown.

**Mme Bonnie Brown:** Cette motion vise à nous doter de l'argent dont nous avons besoin pour diriger les travaux du comité. Une série de motions de ce genre seront présentées.

Je propose, monsieur le président, que le budget proposé au montant de 11 900 \$ pour l'étude sur les files d'attente pour l'obtention de soins de santé soit adopté.

(La motion est adoptée)

**Le président:** Voilà, il se sentent déjà mieux.

Merci beaucoup. La séance est levée.

---







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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :**

**Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:**

**<http://www.parl.gc.ca>**

---

**Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.**

**The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.**