



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 062



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 1^{er} novembre 2012



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 1^{er} novembre 2012

•(1100)

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD)): Je déclare la séance ouverte.

Nous tenons une réunion du Comité permanent de la santé. Notre présidente, Mme Joy Smith, étant absente aujourd'hui, je dirige la réunion en ma qualité de vice-présidente.

Nous accueillons plusieurs témoins, aujourd'hui. Je vous remercie infiniment d'être venus. Nous entendrons Lyne Thomassin et Carole Lemire, de l'Université du Québec à Trois-Rivières, José Côté et Diane Saulnier, de l'Université de Montréal, Michael McBane, de la Coalition canadienne de la santé, et, par vidéoconférence, Dale Lacombe, des Chambres de commerce du Manitoba.

Je vous souhaite à tous la bienvenue. Une partie de notre réunion se déroulera à huis clos à 12 h 30.

Docteure Sellah?

[Français]

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

Avant de commencer, j'aimerais avoir l'accord de tous les membres du comité pour l'adoption de la motion suivante:

[Traduction]

Que le Comité débute immédiatement une étude, tel qu'il a été demandé par le Comité permanent des Finances dans leur motion adopté le 31 octobre 2012, des clauses 269 à 298 du projet de loi C-45, Loi no 2 portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 29 mars 2012 et mettant en oeuvre d'autres mesures, et que le comité fasse rapport d'amendements suggérés au Comité des finances sur ces clauses au plus tard à 17h le 20 novembre 2012.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup.

Voulons-nous discuter de la motion? Je crois qu'il nous faut un consentement unanime pour ce faire.

Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Madame la présidente, je crois que c'est pendant la période réservée aux affaires du comité qu'il conviendrait de discuter de cette motion, à la fin de la séance. J'aimerais reporter la discussion à ce moment.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Docteure Sellah, est-ce que cela vous convient?

Je crois que nous savons tous que le Comité des finances nous a demandé d'examiner certaines questions qui se rapportent au budget. Selon la greffière, il nous faut un consentement unanime pour le faire maintenant. Sinon, je crois que nous reporterons la discussion à 12 h 30, lorsque nous traiterons des affaires du comité.

•(1105)

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci pour votre suggestion, madame la présidente. On pourrait l'inclure, plus tard, dans les travaux du comité afin de l'adopter. Je voulais seulement la présenter, pour avoir le consentement de tout le comité. Merci.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup.

Venons-en donc à nos témoins. Nous entendrons en premier Mme Thomassin, de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Allez-y.

[Français]

Mme Lyne Thomassin (coordonnatrice, Clinique multidisciplinaire en santé, Université du Québec à Trois-Rivières): Bonjour, mesdames et messieurs. Je suis ici aujourd'hui avec Mme Carole Lemire pour vous parler d'une pratique innovante à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il s'agit de la Clinique multidisciplinaire en santé.

La Clinique multidisciplinaire en santé est la plus récente des cliniques à l'université. Il y a aussi quatre autres cliniques. La plus ancienne, en psychologie, existe depuis près de 25 ans. La Clinique multidisciplinaire a ouvert ses portes en septembre dernier.

Grâce à l'arrivée de cette clinique et grâce à un désir au sein de l'université de travailler beaucoup plus en collégialité, un nouveau comité officiel a été formé, soit le Collectif des cliniques universitaires en santé. Ce collectif réunit tous les représentants pédagogiques et administratifs des cliniques. Ils se réunissent tous les mois afin de discuter ensemble de tous les sujets pertinents à la gestion d'une clinique universitaire.

Une clinique universitaire est un milieu où ce sont les stagiaires qui offrent les services à la population, qui est la clientèle que l'on désire desservir, sous la supervision constante de gens compétents et reconnus par leur ordre professionnel.

Le collectif travaille très fort. Il y a vraiment un désir d'interdisciplinarité et de multidisciplinarité. Depuis un an, le fruit de nos des efforts communs se voit vraiment. Comme on est en démarrage, il y a encore des travaux à compléter pour atteindre notre vitesse de croisière.

La Clinique multidisciplinaire en santé regroupe trois disciplines, soit l'ergothérapie, l'orthophonie et les soins de santé. Mme Lemire, qui m'accompagne, vous parlera des soins de santé. Pour ma part, je vais vous parler de l'ergothérapie.

Le Département d'ergothérapie a été établi en septembre 2011. La clientèle que l'on y reçoit est composée d'enfants venant de CPE, des milieux scolaires et de la pédiatrie sociale. Le département tenait à offrir des services à une clientèle peu desservie par le réseau public.

Cette clientèle est peu desservie parce que, souvent, les gens qui la composent ne font pas appel aux services publics ou encore parce que les problèmes éprouvés par les enfants ne sont pas suffisamment importants ou prioritaires pour être au début des listes d'attente. Forcément, ces enfants se retrouvaient sans services ou, du moins, les délais pour en obtenir était un peu plus long. Pour nous, cela représentait un atout parce que nos stagiaires sont moins expérimentés et sont donc en mesure d'offrir ce genre de services.

En ergothérapie, on a des étudiants au baccalauréat et à la maîtrise qui travaillent auprès de la clientèle des enfants, mais dans les prochaines années, la clientèle des adultes sera également prise en charge.

En ce qui concerne l'orthophonie, nous rencontrons une clientèle formée de gens de tous âges ayant des problèmes particuliers tels que le bégaiement, l'aphasie et divers troubles du langage parlé et du langage écrit. Ce sont des étudiants de la maîtrise qui offrent les services à cet égard. Nous offrons également des services en milieu scolaire, en garderie et directement aux parents qui nous demandent des services.

Je terminerai ma présentation en ajoutant qu'à la clinique, nous avons un comité de régie qui est constitué de tous les responsables cliniques. Ceux-ci sont les personnes issues des départements concernés qui veillent au bon fonctionnement de la clinique d'un point de vue académique et pédagogique. Les coordonnateurs administratifs de la Clinique multidisciplinaire en santé, comme moi, siègent également au comité. Le comité de régie se réunit environ une fois par mois. Nous veillons à la bonne marche des milieux.

Je dois également souligner que, en général, les ordres professionnels viennent visiter la clinique lorsqu'ils font leur tournée d'accréditation des programmes de l'université. La clinique fait donc partie du processus d'accréditation

Je cède maintenant la parole à Mme Lemire.

• (1110)

Mme Carole Lemire (directrice, Département de sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières): Bonjour. Je vais vous parler de la clinique universitaire en sciences infirmières.

Cette clinique a été établie principalement pour répondre aux besoins de nos infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, les IPSPL. Il s'agissait notamment d'augmenter leur temps de pratique clinique. Nous voulions aussi augmenter le taux de réussite aux examens professionnels. Cette clinique a permis d'offrir aux étudiantes praticiennes un milieu d'apprentissage établi et encadré non seulement par des IPSPL, mais aussi par des médecins partenaires désireux de contribuer à la formation de nos infirmières IPS, dans un contexte pédagogique très important.

Cela nous a permis également de développer un milieu de stages propice à l'expérimentation d'une approche novatrice, en ce sens que la clinique reproduit de façon très précise le vécu des infirmières dans le système de santé québécois. Les IPS ou les infirmières praticiennes retrouvent à la clinique le même fonctionnement qu'elles connaîtraient dans une clinique médicale en tant que stagiaires. Cela permet aussi d'exposer rapidement nos IPS aux rôles et fonctions auxquels elles vont devoir rapidement faire face lorsqu'elles vont commencer leur stage.

Dans la formation IPS, trois cours concernent l'application pratique. Ces cours permettent à nos étudiantes de faire face rapidement à des décisions et à certains problèmes physiopathologiques qu'elles doivent résoudre. Elles doivent aussi appliquer la thérapie pharmacologique et non pharmacologique en plus de développer tout leur processus de surveillance clinique face à une clientèle réelle.

Les cours comprennent notamment deux formations qui incluent des stages d'intégration. Nos étudiantes peuvent maintenant faire ces stages à notre clinique universitaire, étant donné qu'elle a été reconnue en tant que milieu de stage en juin 2012. Nous avons besoin d'étudiantes de différents niveaux pour appliquer le processus de partenariat médecins-infirmières-IPS.

En termes d'innovation, nous avons élaboré depuis septembre dernier un cours de bachotage qui permet aux IPS candidates à l'examen ou aux praticiennes qui ont malheureusement échoué à une ou deux reprises l'examen de l'ordre professionnel de venir chez nous faire 10 jours de stage d'intégration et de stage préparatoire à l'examen ou à la reprise de l'examen.

En ce qui concerne le profil de service, la clientèle visée est, dans un premier temps, les employés de l'UQTR, leur conjoint et leurs enfants, les retraités de l'hôpital et leur conjoint, ainsi que tous les étudiants des communautés universitaires. La clinique est ouverte une journée par semaine. En tout temps, un médecin est présent à la clinique, de même que des infirmières IPS de divers niveaux, soit en stage d'observation ou en stage, ou des étudiantes qui ont déjà terminé leur cours et qui sont au bachotage. Nous voyons en moyenne 24 clients par jour, soit environ quatre clients par heure. Ces clients sont vus à la fois par les IPS et par les médecins partenaires.

En termes de supervision, comme je l'expliquais plus tôt, il y a toujours le tandem étudiante IPS-médecin partenaire. Pour ce qui est des étapes d'intervention, la première évaluation du client est faite par l'étudiante dans la salle d'examen. Une supervision immédiate est assumée par le médecin et l'IPS déjà reçue, par l'entremise d'une caméra. Nous avons en effet un système de caméra dans chacune des salles d'examen et une salle commune où le médecin et l'IPS superviseur observent et évaluent la pratique de l'étudiante face au client rencontré. Par la suite, l'étudiante IPS consulte les superviseurs. Ils discutent du cas clinique et établissent le plan de traitement. Finalement, le superviseur et l'étudiante retournent dans la salle d'examen pour rencontrer le patient, finir l'évaluation et déterminer le plan de traitement, ou du moins en discuter avec le patient.

Il y a quatre postes qui sont disponibles pour le visionnement en temps réel des examens des patients. Ça nous permet aussi, à la fin de la journée de travail, de faire un retour sur les cas cliniques à partir des enregistrements. Pour des raisons de confidentialité, ces enregistrements sont détruits chaque jour. Une seule personne y a accès, de façon à éviter, entre autres, les dédoublements ou les bris de confidentialité.

•(1115)

J'ai omis de préciser que les patients de la clinique universitaire signent un document stipulant qu'ils consentent à être vus non seulement par un médecin partenaire ou une IPS superviseur, mais aussi par des étudiantes. Ce formulaire de consentement est à peu près identique dans toutes les cliniques du campus de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La deuxième phase de mise en oeuvre consiste à intégrer les étudiantes de premier cycle à la pratique clinique. Par exemple, certaines étudiantes pourraient faire de la répartition.

En conclusion, ce projet novateur est axé sur la formation clinique de nos IPS. Il favorise beaucoup la collaboration entre les médecins partenaires et les IPS ainsi que la collaboration multidisciplinaire, étant donné que nous faisons appel aux diverses cliniques du milieu. Il y a aussi une collaboration avec les partenaires du réseau, étant donné que nous faisons beaucoup de références de patients.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Madame Lemire, pourriez-vous conclure rapidement, s'il vous plaît?

Merci.

[Français]

Mme Carole Lemire: La conclusion la plus importante est que des gens provenant de divers milieux de stage ont communiqué avec nous l'été dernier, lorsque nos étudiantes sont arrivées pour faire leur stage, pour nous dire que l'intégration de ces nouvelles étudiantes s'était nettement améliorée et qu'elles avaient mis beaucoup moins de temps à s'adapter.

Merci.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup.

Nos prochains témoins sont Mme Côté et Mme Saulnier, de l'Université de Montréal.

Madame Côté.

[Français]

Mme José Côté (titulaire de la Chaire et professeure, Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers, Université de Montréal): Merci, madame la présidente.

Bonjour, tout le monde. Je voudrais remercier le comité de nous avoir donné cette occasion de présenter les prestations innovantes de soins de santé.

Nous formons une équipe. Je suis professeure et titulaire de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche du CHUM. Ma collègue Diane Saulnier, infirmière aussi, est coordonnatrice de la chaire en ce qui touche la programmation de recherche.

Au cours des 10 prochaines minutes, je vais tracer les grandes lignes du mémoire sur les prestations innovantes de soins de santé qui a été déposé et dont vous avez la version anglaise ou française entre les mains.

À quoi est-ce que je fais référence en parlant de prestations innovantes de soins de santé? Ce sont des interventions en santé assistées par les technologies de l'information et de la communication, ce qu'on appelle les TIC, dans le domaine des maladies chroniques.

Pourquoi les maladies chroniques? C'est parce que c'est un défi majeur pour notre système de santé que d'offrir des soins et des

services conçus pour mieux soutenir cette clientèle. Au Canada, 65 p. 100 de la population de plus de 12 ans rapporte souffrir d'au moins un problème de santé chronique. C'est un défi majeur.

Vivre au quotidien avec un problème de santé chronique, c'est être en mesure de déceler des signes et des symptômes d'aggravation. C'est aussi gérer une thérapie au quotidien, gérer un traitement et déployer des comportements de santé. On parle beaucoup de ce que la personne doit acquérir, des comportements d'autogestion des soins. La maladie ne se vit pas à l'hôpital, mais chez soi. C'est une maladie irréversible, une maladie à vie. Les gens ont besoin d'être mieux outillés et mieux accompagnés.

Voilà qui explique le recours à l'innovation que peuvent offrir les TIC. Elles permettent de rejoindre les gens à leur domicile par de nouvelles façons, par de nouvelles approches d'intervention en santé.

Comme je suis chercheuse, j'ai pu constater que ce créneau de recherche s'est vraiment développé au cours des 10 dernières années. On a mis au point beaucoup d'interventions dans le domaine de la santé assistées par les TIC. L'état actuel des connaissances nous permet vraiment d'apprécier ces innovations. Les résultats sont véritablement prometteurs en ce qui touche le rehaussement des capacités d'autogestion de ces personnes, des comportements de santé et de l'adhésion. Par exemple, on a pu constater certains indicateurs de santé chez les patients diabétiques, dont un meilleur contrôle de la glycémie.

Ces interventions représentent vraiment des avenues prometteuses. Elles ont été évaluées davantage auprès de la clientèle cardiaque, diabétique ou souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques. Si vous regardez plus à fond ces interventions en santé assistées par les TIC, vous remarquerez qu'il y en a vraiment une panoplie, une grande variété. Cela va du site Web, lequel offre un très large contenu d'information et une assistance minimale, à des interventions plus sophistiquées. Par exemple, des programmes permettent aux personnes concernées d'acquérir des habiletés ou de leur offrir un soutien en ligne de façon synchronisée avec un professionnel de la santé. Il existe vraiment toute une panoplie de services.

À l'heure actuelle, l'état des connaissances ne nous permet pas de brosser un portrait juste de ce qui fonctionne le plus, auprès de qui et dans quel contexte. On poursuit donc les recherches pour développer ces innovations, les évaluer, mais aussi évaluer leur rapport coûts-avantages.

C'est dans toute cette mouvance selon laquelle la maladie chronique ne se vit pas à l'hôpital, mais dans les milieux de vie, que notre chaire de recherche a élaboré un concept d'intervention infirmière virtuelle. On vous a distribué le portfolio. Il vous donnera un peu plus d'information. Puisque seulement 10 minutes me sont allouées, je ne vais pas m'attarder aux détails.

Il n'y a plus de limites géographiques pour assurer des soins, surtout auprès de la clientèle vivant avec un problème de santé chronique. Dans cette optique, nous avons développé TAVIE, dont l'acronyme signifie Traitement, Assistance Virtuelle Infirmière et Enseignement. Ce sont des interventions infirmières virtuelles qui ciblent les capacités d'agir des personnes concernées et qui permettent de les outiller dans la gestion de leur condition de santé.

Cela va au-delà d'un site Web qui transmet des informations. Car des informations ne conduisent jamais à un changement de comportement. On travaille davantage sur les habiletés des personnes.

• (1120)

La première application qu'on a développée est VIH-TAVIE, pour amener des patients vivant avec le VIH à mieux gérer les antirétroviraux. Cette clientèle de patients porteurs du VIH rencontre son équipe de santé trois ou quatre fois par année. Toutefois, ces patients ont besoin d'un soutien en temps réel, et c'est ce qu'on offre avec notre VIH-TAVIE.

Il s'agit de séances interactives à l'ordinateur, où la personne est interpellée pour s'engager dans un processus afin de développer des habiletés par l'intermédiaire d'une infirmière virtuelle. Et c'est fait de façon asynchrone. Tout a été un peu pensé et simulé d'avance. Ça ne demande donc pas d'autres ressources proprement dites.

L'infirmière va donner des conseils sur mesure, selon la réponse donnée par la personne aux questions qui lui sont posées et selon les besoins qu'éprouve cette dernière. On pourrait dire que ce sont des programmes plus sophistiqués où des interventions personnalisées ciblent les capacités. Comment voyons-nous cela?

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Madame Côté, il vous reste quatre minutes.

[Français]

Mme José Côté: En fait, je fais toute la présentation. Je parle peut-être trop rapidement. Non?

[Traduction]

D'accord, j'ai encore du temps. C'est parfait.

Je présente notre exposé, et nous répondrons ensemble aux questions. Il me reste donc du temps.

[Français]

Pour nous, comme infirmières du groupe — on a bien sûr des alliances avec des gens en génie informatique et génie logiciel de Polytechnique Montréal —, il était important d'offrir une intervention infirmière virtuelle comme un outil complémentaire à une vraie consultation avec une infirmière, qui se réalise dans le milieu de soins lors de la visite de la personne, trois ou quatre fois par année, à l'hôpital ou dans un autre milieu. On voulait leur donner accès à un service en temps réel et en tout temps, lorsqu'ils en ont besoin. On voit ça un peu comme un prolongement du rôle de l'infirmière, qui, maintenant, se transporte dans un rôle virtuel.

Cela vous informe un peu au sujet de nos innovations. Vous avez en main le dossier. S'il y a des questions, ça nous fera plaisir d'y répondre. Je vais terminer par un peu de réflexion sur les enjeux, les préoccupations et les recommandations, en lien avec le développement des interventions dans le domaine de la santé assistées par les TIC.

En ce qui concerne les développements, ceux-ci sont très onéreux. Ils nécessitent un mariage d'équipes peu communes. Souvent, ce sont des professionnels de la santé avec des équipes informatiques et des équipes de médias. On essaie de mettre en commun notre expertise pour arriver avec un produit qui soit innovant, mais qui soit bénéfique pour la clientèle. L'informatique à cet égard reste vraiment en appui aux solutions qu'on propose.

Notre préoccupation est beaucoup liée à l'implantation. On développe. Toutefois, comment ces innovations vont-elles être implantées? Comment va-t-on faire le pont entre les différents systèmes informatisés dans le réseau? Comment peut-on s'assurer de la maturation de ces prestations de soins? Quelles sont les stratégies qu'on peut mettre en avant pour soutenir le tout, dans l'appropriation de ces nouvelles technologies? L'implantation dans les milieux de

soins nous fait nous questionner beaucoup: comment favorise-t-on l'accès aux technologies aux groupes les plus démunis de la société?

Je termine avec certaines recommandations. Le développement des technologies en santé est un milieu qui n'est pas balisé. Des chercheurs défrichent, présentement. C'est un milieu qui devrait avoir davantage de lignes directrices et de mécanismes pour permettre aux chercheurs, aux cliniciens et aux industries d'être encore plus des partenaires et d'avancer plus rapidement.

Également, il faut assurément des investissements pour soutenir les milieux dans l'appropriation de ces technologies et dans leur implantation. Ils sont toujours très intéressés et voient ça comme des outils d'habilitation pour leur clientèle, mais ils n'ont jamais l'enveloppe budgétaire pour implanter ces technologies et former leur personnel.

Également, je suis très heureuse de voir que, aux Instituts de recherche en santé du Canada, on a maintenant ouvert un nouveau programme de recherche, qui soutient ces innovations cliniques en matière de santé, le programme Innovations en cybersanté.

Je vous remercie.

• (1125)

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup.

Écoutons maintenant M. Lacombe, qui participe à notre discussion par vidéoconférence.

Allez-y, nous vous écoutons.

M. Dale Lacombe (président, Comité de la santé, Manitoba Chambers of Commerce): Bonjour, je vous remercie de m'offrir l'occasion de témoigner devant le comité ce matin.

On m'a demandé de présenter une approche innovatrice que nous avons adoptée ici, aux Chambres de commerce du Manitoba.

Je me présente. Je suis membre du conseil d'administration des Chambres de commerce du Manitoba ainsi que du comité des politiques, et M. Graham Stamer, président des Chambres de commerce du Manitoba, m'a demandé de présider le comité consultatif du président sur les services de santé au Manitoba. Sur le plan professionnel, je suis directeur d'un cabinet de consultation du secteur public de PricewaterhouseCoopers au Manitoba et en Saskatchewan.

J'aimerais utiliser les 10 minutes qui me sont allouées ce matin pour exposer les efforts du comité, donner un aperçu des activités que nous avons menées l'an dernier, et présenter quelques-unes des conclusions que nous avons tirées de nos activités, certaines de nos recommandations et nos prochaines étapes, en 2013. Je vous remercie à nouveau de votre invitation.

Au printemps et à l'été 2011, en Ontario, PricewaterhouseCoopers a mené un exercice appelé Groupe de référence de citoyens sur les services de santé de l'Ontario. Deux personnes, un homme et une femme, ont été désignées pour représenter chacune des autorités régionales de la santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, dans le cadre d'une série de trois fins de semaine, pour s'informer sur les services de santé. C'était pendant la première fin de semaine. La deuxième fin de semaine, nous avons organisé un atelier sur la formulation de recommandations, d'après ce que les participants pensaient du système ontarien. La troisième fin de semaine, les 28 citoyens ont rédigé un rapport qu'ils ont ensuite présenté au gouvernement ontarien afin de faire connaître le sentiment des citoyens.

Je vous en parle parce que c'est vraiment ce qui a éveillé l'intérêt des Chambres de commerce du Manitoba et notamment de Graham Stamer, leur président. Il y a vu une approche innovatrice pour engager la population dans un dialogue sur les services de santé.

J'ai été prié de présider le comité et j'ai accepté, à condition que le travail soit mené en collaboration et de façon constructive. J'ai énormément de respect pour les cadres du système de santé ici, au niveau provincial, et dans tout le pays. Ils remplissent des fonctions difficiles, car il s'agit d'un dossier très complexe sur les plans émotif et personnel.

Voilà pour ce qui est du comité. Il compte une douzaine de membres, dont deux médecins, des représentants de l'Association canadienne de la santé mentale, de la société Eli-Lilly Pharmaceuticals et du Département d'économie à l'Université de Winnipeg, le responsable de Sport Manitoba et divers autres intervenants. En outre, nous étions appuyés par l'équipe de gestion des Chambres de commerce du Manitoba.

Quant à nos activités, disons que le comité s'est réuni en décembre 2011 et en janvier 2012 pour fixer ses priorités pour l'année à venir. Notre mandat était vraiment d'entamer un dialogue sur les soins de santé avec les membres des Chambres de commerce du Manitoba.

Au cours de la première discussion, les membres du comité ont mentionné 15 ou 16 éléments qui leur semblaient importants et qui allaient de la santé mentale au service à la clientèle, des temps d'attente à la soutenabilité économique et à diverses autres questions. Nous avons décidé de regrouper ces éléments selon trois grandes catégories d'activité. Les trois catégories qui nous intéressaient étaient la soutenabilité économique, les modes de vie sain et les patients comme partenaires ou le service à la clientèle.

En 2012, tout au long de l'année, les trois sous-comités que nous avons formés — un pour chacune des catégories — ont étudié la situation au Manitoba. Nous les avons chargés de se renseigner sur ce qui se faisait ailleurs au Canada, c'est-à-dire dans les autres provinces et territoires et aussi ailleurs dans le monde dans ces domaines, que ce soit la soutenabilité économique, les modes de vie sains ou les patients comme partenaires. Puis nous leur avons demandé de formuler des recommandations.

Les trois comités ont recueilli l'information demandée. En avril, à l'occasion de notre assemblée générale annuelle, nous avons exposé nos activités, certaines de nos conclusions et quelques renseignements fondamentaux sur le système de santé au Manitoba. Cela a été très utile, parce que nous avons découvert qu'en s'appuyant sur un minimum d'information, les quelque 90 chambres de commerce du Manitoba et des dirigeants de partout dans la province avaient réagi de façon très positive. Cette information leur était très utile. Elle leur

donnait une bonne idée de certains des défis et possibilités que présentait le système de santé.

Nous avons consacré l'été 2012 à la production d'un rapport qui résumait les trois rapports des sous-comités et qui était axé sur ces trois catégories, puis nous avons formulé des recommandations. J'en parlerai dans un instant. Nous en sommes actuellement à l'étape des consultations auprès des intervenants, et nous discutons donc avec les dirigeants communautaires, les ministères provinciaux et les ministres de la Santé et des Finances. Nous leur avons présenté, à eux ainsi qu'à plusieurs sous-ministres, une rétroaction fort intéressante.

La contribution principale vient sans doute du monde des affaires — j'en parlerai dans un moment — sur ce qui devrait se passer en 2013.

• (1130)

Nous avons constaté que lorsqu'on l'y invitait, le public était tout à fait disposé à participer à des discussions sur les services de santé.

En matière de soutenabilité économique, nous avons découvert qu'il existait des programmes expérimentaux ou innovateurs un peu partout au pays, y compris au Manitoba. Nous croyons qu'une meilleure connaissance de certaines de ces approches en matière de soutenabilité économique et la sensibilisation de la population aux aspects économiques des soins de santé nous permettraient d'améliorer la situation au pays. Nous avons regardé ce qui se faisait dans d'autres compétences. Certaines présentent une facture à la population: voici les services du système de santé que vous avez utilisés et qui sont financés par la province. Les provinces ont recours à diverses techniques. Dans d'autres pays du monde, on combine de façon expérimentale les services de santé privés et publics. Nous avons relevé certaines choses intéressantes sur le plan de la soutenabilité économique.

En ce qui concerne les modes de vie sains, il se fait de la recherche fondamentale. Il existe un grand nombre de bons programmes au pays et dans le monde. Les membres du comité qui connaissaient ce domaine ont indiqué que la coordination pourrait peut-être produire des résultats intéressants. Nous avons recueilli de bons commentaires sur la façon dont nous pouvons canaliser toutes ces énergies. Comme dans le cas de nos 15 ou 16 priorités, nous avons regroupé tout cela dans trois catégories. Il y a peut-être une meilleure façon de faire les regroupements. L'un des éléments de rétroaction du groupe qui s'intéressait aux modes de vie sains était que dans les grandes villes du Canada — dans les villes elles-mêmes — l'accès et les installations étaient parfaitement satisfaisants, mais que dans les régions rurales, cela présentait un défi. Ce sont là quelques-uns des aspects que nous avons relevés sur le plan des modes de vie sains.

En ce qui concerne les patients comme partenaires, pratiquement toutes les provinces du Canada ont des initiatives, qu'elles s'appellent Patients comme partenaires ou autrement. La Saskatchewan, par exemple, administre le programme Patient First. Nous croyons que c'est une initiative formidable. Nous avons pu constater, dans le cadre de notre dialogue et des activités communautaires que nous avons organisées dans les campagnes au Manitoba et ici même, à Winnipeg, que les gens veulent s'engager. Alors quand nous avons examiné les patients comme partenaires, nous avons choisi le mot partenaires parce que nous croyons que les patients doivent s'engager activement dans leur régime de soins de santé, en collaboration avec les fournisseurs et le système de santé. Cette façon de faire procure des avantages sur le plan de la santé personnelle, mais aussi du point de vue de la soutenabilité économique pour la prochaine génération, celle de nos enfants et de nos petits-enfants.

Pour résumer, en matière de soutenabilité économique, nous avons repéré divers outils que les provinces et d'autres compétences utilisent. Dans le domaine des modes de vie sains, nous avons reconnu la nécessité de mieux coordonner les programmes, parce qu'il en existe d'excellents. Dans le cas des patients comme partenaires, nous considérons qu'un rôle ou des attentes mieux définis aideraient les patients à s'engager plus activement pour veiller à leur bien-être.

En ce qui concerne les recommandations, nous voulons résumer nos travaux et mettre l'accent sur un secteur particulier dans le rapport de chacun des trois sous-comités.

Relativement à la soutenabilité économique, nous proposons de créer un conseil consultatif manitobain de la santé, qui serait composé de chefs d'entreprise, de leaders communautaires et de responsables gouvernementaux. Ce conseil examinerait certaines des réalités économiques des soins de santé dans la province et définirait des solutions en collaboration. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas déjà une collaboration, mais nous croyons qu'un groupe provincial pourrait intervenir utilement pour contribuer à faire connaître les aspects économiques des soins de santé. Nous pensons que les chefs d'entreprise, les dirigeants communautaires et les responsables gouvernementaux, s'ils établissent un plan de concert, contribueront à sensibiliser la population et l'encourageront à s'engager.

En ce qui a trait aux modes de vie sains, nous avons pensé qu'il serait bon que le Manitoba se fixe comme objectif de devenir la province la plus saine au Canada. Le ministre de la Vie saine a déjà mentionné qu'il aimerait que cela devienne un objectif, et nous voulons l'appuyer. En 2013, vous verrez les comités de chacun de ces trois secteurs passer à la phase d'exécution. Si nous voulons nous entendre pour fixer cet objectif, qu'est-ce que cela signifie? Nous parlons de coordonner les programmes, nous parlons d'installations et nous parlons de mobiliser le monde des affaires. Ce sont des choses que vous verrez en 2013.

Quant aux patients comme partenaires...

• (1135)

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Monsieur Lacombe, il vous reste moins d'une minute pour conclure votre exposé.

M. Dale Lacombe: Très bien. Merci.

Pour les patients comme partenaires, nous croyons qu'il faudrait insister sur l'interactivité.

Quant aux prochaines étapes, j'ai dit que vous verriez les trois sous-comités passer à la phase d'exécution en 2013.

Finalement, nous croyons que si nous informons et sensibilisons la population aux questions de soutenabilité économique, aux modes de vie sains et au fait que les patients doivent être des partenaires, nous pouvons à long terme non seulement freiner l'augmentation des coûts des services de santé, mais, surtout, réduire la courbe de la demande. Nous pensons qu'il est possible de réaliser des économies de cette façon.

Je vous remercie de votre attention et je répondrai avec plaisir à vos questions.

Merci.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup. Vous avez terminé juste à temps.

Nous allons maintenant passer à M. McBane, de la Coalition canadienne de la santé.

M. Michael McBane (coordonnateur national, Coalition canadienne de la santé): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie le comité de m'avoir invité.

La Coalition canadienne de la santé a été formée en 1979, en réponse à la crise de la surfacturation que nous avons connue dans les années 1970.

Nous sommes heureux que les trois grands partis fédéraux aient participé à la création de notre coalition. Nous avons eu l'aide de Tommy Douglas, du juge Emmett Hall et de Monique Bégin. Cela montre bien que nous sommes une organisation apolitique et que les Canadiens, indépendamment de leur allégeance politique, appuient l'amélioration et le renforcement du système de santé public. C'est vraiment notre objectif.

Je veux aborder un thème particulier, parce qu'évidemment, l'innovation est un vaste sujet et il vaut mieux concentrer ses propos quand on ne dispose que de 10 minutes.

Je suis rentré hier d'une conférence que le Conference Board avait organisée à Toronto et qui comportait nombre d'exposés sur l'innovation. Deux conférenciers m'ont particulièrement intéressé, et je voulais vous faire part ce matin de leurs perspectives sur le thème que je me propose de traiter, soit l'approche innovatrice de la gestion des médicaments dans le système de santé. Le premier est à la tête de la Société canadienne du sang et il a parlé d'achats groupés. Dans une seule catégorie de produits de plasma sanguin, une seule gamme de produits, l'adoption d'une approche nationale en matière d'achats a permis d'économiser 160 millions de dollars en trois ans — pour un produit. Évidemment, il est impossible de procéder ainsi si nous ne sommes pas disposés à collaborer sur le plan national, indépendamment des compétences. L'Île-du-Prince-Édouard ou la Colombie-Britannique, l'Ontario ou le Québec ne peuvent pas obtenir des économies de cet ordre séparément. C'est l'union qui fait la force.

Le deuxième conférencier — il a pris la parole en dernier — était le ministre de la Santé de l'Alberta. Il a très bien expliqué que l'assurance-santé avait pour but d'étaler le risque et les ressources et il a conclu qu'elle n'y arrivait pas aujourd'hui. Selon lui, le gouvernement fédéral manque à ses responsabilités. C'est particulièrement vrai dans le cas des médicaments. Il n'y a aucune orientation coopérative ni coordination nationale, et je dirais qu'aucune approche innovatrice n'est appliquée à la gestion des médicaments.

Je veux plaider ici en faveur d'une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, une stratégie d'achat nationale. Le premier de nos trois objectifs serait, au fond, de rendre les médicaments accessibles à tous. Près de huit millions de Canadiens sont laissés pour compte. Vous vous leurrez si vous croyez que l'on comblera vos besoins. Cela n'arrivera pas. De nombreux Canadiens n'ont pas accès aux médicaments essentiels. Vous le savez, je suis certain que vos électeurs vous l'ont dit. Les médicaments coûtent très cher, et si vous n'avez pas la chance d'avoir un bon régime privé d'assurance-médicaments, si vous avez perdu votre emploi par exemple, vous ne pouvez pas vous les procurer. Nous voudrions faire porter nos efforts sur l'accès. Nous voudrions aussi que les médicaments soient d'un prix abordable.

Le Canada dépense 30 p. 100 de plus pour les nouveaux médicaments de marque que la moyenne des pays industrialisés. C'est beaucoup d'argent.

Notre troisième objectif se rapporte à la pertinence des ordonnances. Trop d'ordonnances sont délivrées. Il y a trop de prescriptions, et les médicaments sont mal utilisés. Les médicaments sont commercialisés à outrance. De plus, évidemment, nous voulons des ordonnances sûres. Les effets indésirables des médicaments sont l'une des principales causes de mortalité au Canada. Il faut clairement s'attaquer à cette question grâce à une approche nationale de gestion des médicaments.

D'une certaine façon, nous disons qu'il faut payer uniquement pour ce qui donne des résultats et nous assurer que nous en avons pour notre argent. Cela paraît relever de la simple logique, mais, en réalité, si nous le faisons dans le cas des médicaments, cela représenterait une innovation notable.

Mes collègues du Québec ont parlé de collégialité et d'équipe. Ce sont des termes évocateurs dans le domaine des soins de santé, parce que la santé n'est pas une entreprise commerciale. Les professionnels de la santé ne sont pas formés pour se livrer concurrence, ils sont formés pour collaborer. Le système public offre d'excellents exemples d'innovation, et la majorité des innovations se trouvent dans le système public, qu'il s'agisse de cliniques de chirurgie ou d'autres choses. Je crois que vous savez tous que le problème, c'est qu'il s'agit toujours de projets pilotes et qu'il nous faut... Notre collègue de Winnipeg a mentionné la coordination. Le système a besoin de coordination. On nous le répète constamment.

● (1140)

Évidemment, je plaide énergiquement en faveur du rôle irremplaçable du gouvernement fédéral. Je soulève la question de la gestion des médicaments parce que c'est un domaine où aucun intervenant crédible ne soutiendrait que la participation du gouvernement fédéral est superflue.

Je veux traiter du rôle fédéral en matière d'innovation. Évidemment, par l'entremise du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le gouvernement fédéral réglemente les médicaments et fixe le prix des nouveaux médicaments à un niveau nettement trop élevé. Ce prix est de 30 p. 100 supérieur à la moyenne des pays industrialisés. Au Québec, les prix sont de 40 p. 100 supérieurs à la moyenne internationale. Pensez à ce que vous pourriez faire pour mieux harmoniser le système, en accroître l'intégration et offrir de meilleurs soins à domicile avec tout cet argent. J'ai distribué une feuille qui montre combien nous pourrions économiser: 10,7 milliards de dollars par année.

C'est une étude très valable réalisée par Marc-André Gagnon. Nous devons en tenir compte. Nous n'avons pas les moyens de gaspiller de l'argent pour acheter des médicaments trop chers et mal utilisés, alors que les Canadiens ne peuvent pas s'offrir les médicaments essentiels. Nous avons le pire des deux mondes: trop pour certains, pas assez pour d'autres. Nous pourrions beaucoup mieux travailler. Nous sommes l'un des seuls pays au monde qui ne se soit pas doté d'un régime public et universel d'assurance-médicaments. Il est temps d'aller de l'avant.

Nous sommes très heureux de voir les provinces... En l'occurrence, l'Alberta manifeste un grand leadership dans ce dossier. Je suis convaincu que toutes les provinces sont intéressées. Nous avons besoin d'un partenaire fédéral. Je vous encourage à examiner avec attention ce volet des services de santé.

Je m'arrête ici, car je veux avoir le temps de répondre à vos questions.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre M. Seely, directeur général du Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa.

Merci.

M. Dugald Seely (directeur général, Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa): Bonjour à tous.

Merci beaucoup de m'avoir invité à venir témoigner aujourd'hui.

[Français]

Nos documents n'ont pas été traduits en français, et j'en suis désolé, mais nous sommes en train de le faire. Pour le moment, ils ne sont qu'en anglais. Il en va de même pour ma présentation.

● (1145)

[Traduction]

Pour commencer, je dois dire qu'il s'agit d'une approche plutôt distincte, et je crois qu'elle convient parfaitement au thème de l'innovation.

Je suis titulaire d'un doctorat en naturopathie et je suis directeur de la recherche au Canadian College of Naturopathic Medicine ainsi que directeur général du Centre de cancérologie intégrative d'Ottawa. Nous avons ouvert nos portes en novembre 2011, il y a presque exactement un an aujourd'hui. De fait, c'est demain notre anniversaire, en quelque sorte. Nous pouvons encore être considérés comme des nouveaux venus.

Notre but est d'offrir des soins complémentaires, en combinaison avec la médecine conventionnelle et, idéalement, d'intégrer nos services à ceux de la médecine conventionnelle dans le cadre d'une clinique communautaire. Nous essayons d'améliorer la communication entre les praticiens de la médecine complémentaire et de la médecine conventionnelle, pour que les patients n'aient pas le sentiment d'être écartelés entre deux mondes distincts lorsqu'ils discutent avec leurs praticiens conventionnels de certains des soins complémentaires auxquels ils ont recours.

Nous savons qu'une grande proportion des patients ont effectivement recours à la médecine complémentaire, en particulier ceux qui souffrent de cancer. Ils sont de 40 à 80 p. 100, selon le sondage et la population interrogée. En règle générale, par le passé, les femmes atteintes du cancer du sein étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des soins complémentaires. Nous constatons toutefois que ces soins sont maintenant de plus en plus utilisés pour de nombreux autres types de cancer.

Nous voulons réaliser des études d'oncologie intégrative pour pouvoir prouver les avantages possibles pour les patients qui combinent la médecine complémentaire et les soins conventionnels ainsi qu'évaluer ces avantages.

L'un des grands objectifs des patients qui viennent nous consulter est de favoriser la guérison postchirurgicale et de contrer certains effets secondaires des thérapies conventionnelles comme la chimiothérapie et la radiothérapie. Nous pouvons les aider de bien des façons. Les gens ont recours à cette thérapie, et son efficacité est confirmée par les données.

Ce qui nous manque, toutefois, c'est l'intégration des systèmes, et le dialogue fait gravement défaut. Il faut changer cela, parce que les patients éprouvent une vive anxiété et beaucoup de stress lorsqu'ils essaient de faire le pont entre ces deux mondes. Cette situation est très pénible pour eux. Nous voulons leur offrir un lieu où ils trouveront non pas des soins de rechange, mais des soins complémentaires, idéalement offerts de façon intégrative. Nous ne sommes pas là pour remplacer quoi que ce soit. Nous voulons collaborer avec les patients, les aider et améliorer leur qualité de vie.

Certaines données indiquent également que nous pourrions prolonger des vies grâce à cette combinaison.

Je veux vous donner une meilleure idée du type de centre et de soins que nous offrons. Nous avons des spécialistes de diverses disciplines qui collaborent pour dispenser ces soins complémentaires. Nous avons cinq naturopathes et trois médecins, un acupuncteur, un physiothérapeute, deux conseillers et une nutritionniste. Certaines personnes dispensent différents types de soins aux patients qui le demandent. Les soins ne sont pas nécessairement axés sur la pathologie de la maladie, comme c'est le cas à l'hôpital, avec la chimiothérapie ou la radiothérapie, mais ils portent sur des aspects très importants de la santé que le patient considère particulièrement pertinents.

Nous tenons à dispenser ces soins dans un cadre clinique qui offre une thérapie sûre et efficace sans interaction négative avec les thérapies conventionnelles. C'est un appui qui intéresse au premier chef les oncologues et, bien sûr, les patients. Nous voulons offrir des thérapies combinées de façon sécuritaire et au moment opportun.

En outre, nous voulons réaliser les études pour déterminer si cette combinaison présente des avantages et, ensuite, les définir, et ce, dans un cadre de pratique complète. Lorsque nous traitons un patient qui reçoit également des soins conventionnels, nous voulons déterminer quels avantages supplémentaires il tire de cette thérapie complémentaire. Nous voulons examiner les résultats qui sont pertinents pour le patient et les résultats plus concrets, par exemple sur le plan de la récurrence et de la mortalité. C'est ainsi que nous pourrions véritablement prouver l'existence d'avantages, améliorer les communications et, éventuellement, passer à un système de santé mieux intégré qui englobera la médecine complémentaire.

La gouvernance est assurée par le Canadian College of Naturopathic Medicine, qui est l'un des sept collèges accrédités en Amérique du Nord. Il est accrédité par un conseil certifié par l'administration fédérale aux États-Unis. Le collège nous sert de base et il fournit une partie de l'infrastructure. C'est donc dire qu'il nous procure la stabilité et un cadre pour la recherche que nous avons réalisé et que nous poursuivons.

Nous avons quelques partenaires clés, dont l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, l'IRHO. Je suis enquêteur affilié à l'IRHO, et nous collaborons avec certains des scientifiques de cet établissement pour mener des projets en recherche de type synthétique, c'est-à-dire essentiellement la collecte de données dans la documentation et les examens systématiques, réaliser des travaux de méta-analyses et participer à des essais cliniques, qui forment un secteur d'activité où nous intervenons et où nous voulons vraiment faire plus.

Nous avons également collaboré avec le Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa, qui relève du Programme régional de cancérologie Champlain, et avec certains de leurs responsables qui constatent eux aussi, dans les sondages réalisés auprès de leurs patients, que ces patients souhaitent vraiment que la médecine complémentaire figure dans le spectre des soins qu'ils envisagent et reçoivent et veulent que cela soit officiellement reconnu.

Nous avons reçu un excellent appui de différentes fondations dans le cadre de certaines de nos études. Je songe entre autres à la Lotte & John Hecht Memorial Foundation et à la Fondation du Centre de cancérologie régional d'Ottawa. Nous avons obtenu des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada.

En oncologie intégrative, de nombreux intervenants distincts s'efforcent de collaborer pour faire progresser ce domaine scientifique. Cela comprend des défenseurs des droits des patients, des oncologues, des naturopathes, d'autres praticiens de la médecine

complémentaire et des chercheurs qui veulent mieux cerner l'efficacité des modèles de soins.

Le CCIO est un nouvel établissement. La demande est forte de la part des patients. Nous voyons leur nombre croître très rapidement. Nous venons d'agrandir nos installations et nous pensons que cette croissance se poursuivra. Nous voulons effectuer nos évaluations comme il se doit, au moyen d'études rigoureuses, et pouvoir permettre à des personnes à faible revenu de profiter elles aussi de ces services, et ce, dans le contexte d'un projet pilote. Je crois que cela est pertinent parce que ce n'est pas courant au Canada. Il y a un exemple dans l'Ouest, un centre qui oeuvre dans ce domaine, mais il n'y a rien dans l'est du Canada. Nous voulons évaluer et documenter les avantages et les résultats et nous voulons pouvoir présenter nos données et les analyser.

• (1150)

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Il vous reste moins d'une minute.

M. Dugald Seely: J'ai deux ou trois citations. Je ne représente pas seulement un collège de médecine naturopathique, je représente aussi les patients qui demandent ces services et les praticiens qui en reconnaissent la valeur.

Le Dr Shail Verma, notamment, nous appuie et nous envoie des patients. C'est un oncologue réputé dans la région d'Ottawa. Voici ce qu'il dit:

Depuis trop longtemps, les disciplines oeuvrent isolément, sans communiquer, et nos patients se sentent souvent écartelés entre différentes philosophies thérapeutiques, souvent à leur détriment. C'est une merveilleuse initiative. Un programme intégratif qui contribue à tisser des liens bien nécessaires.

Et selon le Dr Stephen Sagar, un radio-oncologue au Juravinski Cancer Centre:

Les soins de cancérologie intégrative renforcent les thérapies conventionnelles et contribuent à prévenir les récurrences. En outre, l'oncologie intégrative offre des stratégies systématiques pour prévenir le cancer par la modification des modes de vie, notamment grâce à la nutrition et à l'exercice. Parce qu'elle reconnaît la synergie du point de vue de l'ensemble de la personne, l'oncologie intégrative fournit de nouveaux modèles pour lutter contre l'épidémie de cancer.

• (1155)

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup, monsieur Seely. Vous pourrez nous présenter d'autres citations un peu plus tard, si vous le désirez.

Je remercie tous nos témoins. Je crois que nous avons beaucoup appris au sujet des innovations qui sont apportées ou pourraient l'être dans le domaine de la prestation des services et du soutien aux patients.

Le temps qui nous reste sera consacré aux questions et aux commentaires. Nous avons un premier tour de sept minutes, ce qui comprend les questions et les réponses.

Nous commençons par la Dre Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci, madame la présidente.

Je tiens d'abord à remercier tous les témoins d'être venus nous faire part aujourd'hui de leurs initiatives en matière d'innovation.

Ma première question s'adresse à Mmes Thomassin et Lemire.

Comme vous le savez, le Québec est toujours avant-gardiste dans le cadre de certains projets, notamment dans le domaine socio-médical. Si j'ai bien compris, la clinique multidisciplinaire de l'UQTR offre des soins à la population de la région, aux employés, aux retraités et à leurs ayants droits, dans un milieu de formation destiné aux étudiants de plusieurs disciplines en santé. On y offre des soins courants, notamment en orthophonie et en ergothérapie. Je tiens à saluer cette initiative. J'ai été parmi des médecins lorsque je faisais ma résidence au Québec. À cette époque, je disais que la meilleure des choses était que les médecins soient multidisciplinaires dans un domaine tout proche. Or je vois ici que vous devancez les médecins. Je salue donc votre travail. Ce serait peut-être une pratique exemplaire à reproduire ailleurs au Canada.

Savez-vous s'il existe des modèles comme le vôtre ailleurs au Québec ou au Canada? Quel est le principal obstacle à la mise sur pied d'une clinique comme la vôtre?

Enfin, j'aimerais mettre un peu l'accent sur l'accessibilité des soins et vous demander si une clinique comme la vôtre permet de réduire le temps d'attente en vue de consulter un médecin omnipraticien ou un médecin spécialiste.

Mme Lyne Thomassin: Permettez-moi de répondre à une partie de votre question et de laisser Mme Lemire se charger du reste.

Je vais vous parler des défis. En effet, ce n'est pas simple. En tant que clinique universitaire, nous travaillons aussi avec les départements. Or les prérogatives de ces derniers sont très spécifiques en matière de formation. Le fait de devoir coordonner, à l'intérieur de la clinique, les besoins de chaque département ou programme et les objectifs de stage est sans cesse une difficulté.

Même si nous allons acquérir plus d'expérience au cours des prochaines années, ça demeure important. En outre, la préoccupation multidisciplinaire et interdisciplinaire n'est pas nécessairement spontanée chez les gens des départements, étant donné que nous avons devant nous des étudiants qui n'ont pas la compétence minimale pour travailler au sein de leur profession. Nous commençons par la compétence professionnelle. C'est donc dire que la vision multidisciplinaire et interdisciplinaire est en amont.

Mme Carole Lemire: En ce qui concerne le projet novateur, plus particulièrement la clinique en sciences infirmières pour les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, IPS-SPL, nous sommes présentement la seule clinique au Québec qui offre un service de partenariat avec des médecins et des IPS, pour l'encadrement de nos étudiantes. Les étudiantes voient donc en temps réel de vrais patients issus de la communauté universitaire. Actuellement, nous sommes considérés comme la seule clinique-école IPS au Québec.

La difficulté peut-être la plus importante — vous l'avez notée —, c'est le partenariat avec les médecins. Généralement, nos étudiantes vont en stage dans des cliniques médicales ou dans des GMF, des groupes de médecine de famille. Or la difficulté la plus importante, peut-être, que j'aie eu à surmonter, c'est d'avoir des médecins, liés par contrat, qui viennent à la clinique IPS-SPL pour travailler en partenariat avec nos infirmières. Cela a donc été une nouveauté. D'ailleurs, nous avons dû entamer des pourparlers avec le MSSS, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la FMOQ, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, pour permettre cette première. Au fond, il n'y a pas beaucoup de médecins qui enseignent directement à des infirmières.

J'aborde le dernier volet de ma présentation. Actuellement, nous répondons au personnel de l'université et aux étudiants. Parmi les étudiants de l'UQTR, à l'hôpital, environ 20 % de notre clientèle est étrangère. Elle vient de l'extérieur. Parmi ces 20 %, beaucoup représentent une clientèle orpheline: ils n'ont pas de médecin de famille puisqu'ils sont de l'extérieur. Et il y a un excellent partenariat avec les compagnies d'assurances pour assurer le financement de leurs soins.

Actuellement, nous répondons vraiment à une clientèle orpheline importante. Il est prévu que la clinique sera ouverte deux jours par semaine dans un assez bref délai. Nous prévoyons ultérieurement l'ouvrir à la clientèle orpheline de la région de Trois-Rivières, la région 04, où il y a entre autres beaucoup de patients atteints de maladies chroniques qui n'ont pas de suivis faits par un médecin de famille. C'est vraiment dans le but de donner un service à une population qui n'en n'a pas actuellement.

• (1200)

Mme Djaouida Sellah: Merci.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Il vous reste environ une minute, si vous voulez faire un suivi.

Mme Djaouida Sellah: Oui, j'aurais une petite question.

[Français]

Ma question s'adresse à Mme José Côté.

Je vous félicite pour le travail que vous faites en innovation. Je sais que votre but est de soutenir et d'outiller les patients de façon virtuelle.

Quels sont les facteurs qui différencient un patient capable de gérer ses soins d'un autre qui a de la difficulté à le faire? Y a-t-il des facteurs sociaux qui entrent en ligne de compte?

Je me rappelle le cas d'une greffée qui a décidé de ne pas prendre ses médicaments antirejet et qui a dû faire le choix entre ses médicaments, être à la rue et payer son loyer. Elle est maintenant malheureusement en dialyse.

Mme José Côté: Je vous remercie de votre question.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Vous avez seulement 15 secondes pour répondre. Nous devons y revenir et essayer de poursuivre cette conversation. Vous avez peut-être le temps d'ajouter deux ou trois phrases.

[Français]

Mme José Côté: La condition qui affecte le plus capacité d'agir d'un individu, c'est surtout la dépression. On voit chez nos patients cette comorbidité: ils ont une maladie chronique et souffrent en plus de dépression. Cela affecte énormément leur capacité d'agir. Je travaille avec une clientèle diabétique, et 30 % de cette clientèle, ce qui représente environ 300 patients, souffrent de dépression. C'est là qu'on voit que les capacités de ceux-ci sont très limitées.

Il semble que je devrai revenir sur le sujet.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup. Je sais que nous vous laissons peu de temps et qu'il est difficile de poser les questions et de formuler les réponses aussi brièvement.

Passons maintenant à M. Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je voudrais d'abord remercier tous nos témoins.

Je pose mes premières questions à M. Seely.

J'étais vraiment heureux d'assister à votre inauguration, le mois dernier, et de voir par moi-même. L'une de mes collègues, Mme Block, m'a dit que l'intégration est un concept innovateur dans le domaine des soins de santé. J'ai beaucoup aimé la façon dont votre clinique est axée sur le patient et l'importance que vous accordez à l'éducation. J'ai été heureux de voir que vous aviez une cuisine dans vos installations, parce que la nutrition est un aspect si important, et j'ai pu constater la coopération entre les oncologues, les naturopathes et tous ces professionnels qui travaillent avec vous.

Dans votre centre, vous cherchez vraiment à évaluer et à atténuer les causes possibles de cancer chez les gens qui ont suivi ces traitements, pour favoriser leur rétablissement. J'aimerais que vous nous parliez des types de traitement innovateurs et des programmes de gestion que vous utilisez à la clinique.

M. Dugald Seely: Merci de cette question, et merci d'être venu à notre inauguration. De nombreuses personnes ont été très touchées.

Pour ce qui est de l'innovation liée à nos modalités de traitement, nous essayons effectivement d'utiliser divers types de thérapies qui donnent des résultats sur le plan physique, le plan psychologique et même le plan spirituel, dans une certaine mesure.

Par exemple, vous avez mentionné la cuisine. Nous offrons des ateliers sur la nutrition. Cela donne aux patients la possibilité de venir préparer eux-mêmes des aliments plus sains, dans un contexte de lutte contre le cancer. C'est une chose.

Quant aux soins naturopathiques que nous offrons, nous cherchons souvent des approches qui influent sur le mode de vie — pour encourager les gens à faire de l'exercice et à intégrer cela dans leur vie sans risque. Nous savons que l'exercice est incroyablement efficace, c'est encore une chose que les gens peuvent faire pour prévenir les récurrences et accroître l'utilité du traitement.

Nous offrons aussi des suppléments ciblés qui, dans d'autres pays, sont pratiquement considérés comme une thérapie conventionnelle. Je songe par exemple à un extrait du champignon *coriolus versicolore*. Le PSK est l'extrait utilisé au Japon. Il est considéré comme un médicament conventionnel, là-bas, et cela repose sur de solides données. Nous l'utilisons pour renforcer le système immunitaire. C'est une thérapie particulière qui fonctionne bien parce qu'elle risque très peu d'interagir avec les produits administrés dans le cadre d'une chimiothérapie et pour d'autres raisons. Nous cherchons à aider l'organisme à combattre lui-même le cancer grâce à une approche très différente des méthodes conventionnelles. Cela donne de bons résultats en combinaison, et c'est utile.

Ce sont quelques exemples.

Il y a aussi la massothérapie et la thérapie du lymphoedème. Une mastectomie partielle peut entraîner l'ablation de ganglions lymphatiques, et la patiente a alors une plus grande prédisposition au lymphoedème. Si un membre de l'équipe a suivi une formation au drainage lymphatique, vous pouvez inclure ce traitement et réduire les probabilités de complications de ce genre.

Je crois que l'offre de ces divers services en un même lieu, intégrés au sein de la clinique, est très innovatrice en soi. Notre approche et le lien avec les médecins conventionnels permettent aux patients de se sentir à l'aise pour faire les deux, et c'est l'aspect le plus innovateur.

• (1205)

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

J'étais en outre heureux de rencontrer parmi vos invités des survivants du cancer. Vous avez mentionné dans vos commentaires l'importance de l'exercice pour prévenir les récurrences. La recherche indique maintenant que nombre de cancers sont liés au mode de vie, et les récurrences ont un coût émotif non seulement pour la famille, mais aussi pour la société.

Je me demandais si vous travaillez en collaboration avec des chercheurs étrangers. Vous avez parlé d'un financement des IRSC, plus particulièrement pour ces questions de récurrence et les coûts-avantages d'une approche comme la vôtre. Avez-vous des commentaires à offrir au comité à ce sujet?

M. Dugald Seely: Nous n'avons pas fait d'étude coûts-avantages de notre approche dans le cas du cancer. Nous avons étudié les maladies cardiovasculaires et conclu qu'il était rentable de recourir à une approche naturopathique pour traiter les personnes les plus à risque de souffrir des maladies cardiovasculaires. Cette étude a été réalisée dans trois centres au Canada, auprès de travailleurs de Postes Canada. Nous avons prouvé que cela offrait des avantages sociétaux marqués sur le plan de la rentabilité. Je pense que c'était un peu plus de 1 000 \$ par personne.

Cela est représentatif d'un type de maladie chronique qui répond bien à une approche axée sur la personne. Le cancer est certainement une maladie chronique, maintenant. C'est plus une maladie que l'on gère plutôt que d'essayer de la guérir, alors cette approche convient bien.

Il nous faut réaliser des études coûts-efficacité pour déterminer les avantages possibles, particulièrement si nous pouvons prévenir les récurrences. Cela aurait certainement beaucoup d'avantages.

Dans bien des cas, les gens viennent chez nous après une thérapie conventionnelle. Ils viennent de terminer une chimiothérapie ou une radiothérapie et ils se demandent ce qu'ils peuvent faire d'autre. Ils se sentent abandonnés, ils ne savent pas quoi faire de plus.

C'est souvent vers les spécialistes de la médecine complémentaire que ces personnes se tournent. C'est certainement une des raisons qui attirent les patients. Je suis convaincu que nous pouvons réduire les taux de récurrence, il y a des données qui le montrent.

• (1210)

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup, monsieur Seely.

Vos sept minutes sont écoulées. Nous avons peu de temps aujourd'hui, parce que nous devons discuter des affaires du comité à 12 h 30. Je vais essayer de faire strictement respecter le temps alloué, pour qu'un maximum de personnes puissent parler.

Allez-y, docteur Fry.

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

Je tiens à vous remercier tous d'être venus.

Certaines des innovations dont vous parlez sont celles qui se sont révélées efficaces. Je suis heureuse de voir que vous les perfectionnez.

Ma question s'adresse à M. McBane.

Monsieur McBane, j'étais ravie d'entendre votre exposé. Je veux vous lire un passage tiré d'un accord sur la santé conclu en 2004 et qui précisait effectivement que l'un des cinq résultats escomptés de cet accord devait être une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Les 13 premiers ministres provinciaux et le premier ministre fédéral de l'époque, Paul Martin, s'étaient entendus. Je vous lis ce que l'on disait.

Les premiers ministres conviennent qu'aucun Canadien et aucune Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires.

Puis, évidemment, ils ont décidé de créer un groupe de travail ministériel pour mettre en place au moins huit éléments qui formeraient une stratégie.

Vous avez absolument raison, les achats en masse, etc., que les premiers ministres provinciaux essaient maintenant de faire par l'entremise du Conseil de la fédération, ce n'est pas quelque chose qu'ils devraient faire seuls. C'est absolument essentiel, comme il était dit dans l'accord — et l'accord parlait de souplesse pour les provinces et les territoires — le gouvernement fédéral doit intervenir lui aussi.

Combien d'années ont passé? Il ne reste que deux années à cet accord, et le gouvernement fédéral a mis cet élément de côté en 2006.

Voici ma question. J'aimerais savoir où est passé l'argent prévu dans l'accord pour l'élaboration d'une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Vous l'ignorez sans doute. La question est simple. Le Conference Board, comme vous dites, a organisé une excellente réunion. Il y a été question d'achats en masse, mais aussi d'accès aux médicaments génériques.

J'ai une question importante à vous poser. Il y a actuellement une pénurie de médicaments au Canada, vous le savez. Cette pénurie touche essentiellement les médicaments génériques. Une fois le brevet expiré, les médicaments génériques peuvent continuer d'être fabriqués et vendus, mais parce qu'ils sont beaucoup moins chers, les sociétés ne font plus autant de profit et elles décident de ne plus fabriquer ces médicaments. C'est une question très importante, parce que nous faisons tous face à ce problème quand nous parlons de soins de santé. Selon vous, que pourrions-nous faire pour que les médicaments génériques soient disponibles et qu'ils ne disparaissent pas simplement du marché et cessent d'être fabriqués par les entreprises parce qu'ils ne sont pas assez payants? Avez-vous une suggestion innovatrice à ce sujet?

J'aimerais rappeler qu'autrefois, à l'époque de Trudeau et de Mulroney... Évidemment, les laboratoires Connaught étaient des laboratoires gouvernementaux qui produisaient des médicaments qu'on avait cessé de fabriquer. Cela dit, si nous adoptons les médicaments génériques, qui sont évidemment moins chers, pourriez-vous me dire de quelle façon innovatrice nous pourrions garantir que nous en aurons — puisque nous n'en avons pas?

M. Michael McBane: Merci de ces questions, docteur Fry.

J'ai un bref commentaire sur la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. J'étais heureux de la voir figurer dans

l'accord de 2004. Je la considérais comme l'élément le plus important de cet accord, outre le financement assuré. Donc, je ne pense pas que l'on puisse exagérer le préjudice que le gouvernement a fait au système de santé en abandonnant cette stratégie.

Je crois qu'on ne peut pas réformer la santé sans s'attaquer à la gestion des produits pharmaceutiques. Actuellement, la gestion des produits pharmaceutiques est désordonnée. Les dépenses sont incontrôlées. Le gouvernement fédéral est directement responsable de la hausse des coûts. De fait, le gouvernement négocie actuellement un accord commercial qui ajouterait encore 2 milliards de dollars, mais ce n'est pas lui qui paie la facture. Ce sont les provinces et les Canadiens qui devront la payer.

Alors les coûts augmentent sans cesse, et nous assistons au sabotage de la santé des Canadiens, parce qu'il y a bien d'autres éléments qui doivent figurer dans une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques pour régler la délivrance des ordonnances et d'autres aspects essentiels. En outre, il n'est pas nécessaire que tous les produits pharmaceutiques soient dispensés par ordonnance. Les thérapies de rechange devraient aussi être considérées des thérapies appropriées.

Je crois sincèrement que nous devons ramener le gouvernement fédéral à la table. C'est une question qui fait l'unanimité chez les provinces et les territoires. L'abandon unilatéral...

• (1215)

L'hon. Hedy Fry: Ma question porte sur les médicaments génériques. Comment pouvons-nous les obtenir, comment sont-ils fabriqués?

M. Michael McBane: Je suis heureux que vous mentionniez les laboratoires Connaught, parce que c'était une société publique, une société d'État. C'est intéressant. Elle a hérité de certains brevets de Banting et de Best pour la population du Canada, et cela a ensuite été privatisé. Alors il y a un précédent, le secteur public peut jouer un rôle pour garantir que les médicaments essentiels seront fabriqués et accessibles. Je pense que c'est une option à envisager.

Le gouvernement du Canada fait produire à contrat certains vaccins considérés comme essentiels pour la santé publique. Rien n'empêche de faire la même chose pour les médicaments génériques, pour veiller à ce qu'ils soient accessibles, pour assurer l'approvisionnement. Je pense que nous devrions envisager cela. D'autres pays peuvent nous fournir des exemples à cet égard.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Il vous reste moins d'une minute.

L'hon. Hedy Fry: C'est bien, madame la présidente. Je vais vous laisser continuer.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup.

Monsieur Lizon.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie tous nos témoins d'être venus.

Ma première question s'adresse à M. Lacombe.

Dans votre exposé, vous avez dit à maintes reprises que vous vouliez engager ou que vous engagez les patients comme partenaires. Pourriez-vous expliquer plus en détail comment vous pourriez faire cela en l'absence d'un plan concret pour les mobiliser? J'imagine que vous voulez faire participer des patients éventuels, dans le but de prévenir les maladies.

M. Dale Lacombe: Certainement, merci de cette question.

Quand nous avons formé ces trois sous-comités, nous avons discuté assez en détail des patients comme partenaires, du service à la clientèle. Nous préférons parler de patients comme partenaires plutôt que de services aux patients, parce que nous croyons qu'au fond, le mot partenaire sous-entend qu'ils doivent travailler en collaboration avec les fournisseurs — et pas simplement travailler avec leurs fournisseurs, ils doivent aussi mieux connaître le système.

Par exemple, à l'assemblée générale annuelle, nous avons présenté des exposés à 90 équipes de cadres des chambres de commerce de la province. Je dirais que 60 p. 100 d'entre eux... Je ne dirais pas qu'ils ignoraient absolument tout, mais ils ne comprenaient pas les coûts du système de santé. Nous croyons que le partenariat signifie que vous voulez vous engager, pas seulement pour améliorer votre santé, mais aussi pour participer à l'élaboration de solutions à long terme. Vous voulez posséder toute l'information nécessaire. Nous pensons que lorsque vous avez cette information — ce sera toujours émotif, délicat, politique —, vous pouvez intervenir beaucoup plus judicieusement comme participant et ajouter beaucoup de valeur.

Du point de vue de la santé en général, nous avons longuement discuté de limiter la courbe des coûts. Nous appuyons cela, mais nous pensons aussi qu'avec la sensibilisation et une participation plus dynamique et plus interactive de la part du public nous pouvons réduire la courbe de la demande.

Nous aurons toujours besoin de services de santé. Si vous êtes malade, si vous vous blessez, vous devez voir un médecin.

Nous pensons que la participation accrue du public, par exemple en vertu d'un contrat conclu avec le patient... prenons l'exemple d'un patient qui signe un contrat avec son médecin: « Voici vos objectifs; voici vos médicaments; vous devez vous engager à les prendre. Nous savons que vous fumez ou que vous ne faites pas d'exercice. Nous aimerions dresser un plan parce que votre santé nous intéresse, nous voulons travailler avec vous. »

C'est vraiment une question d'éducation et d'adhésion à un projet de santé.

Je dirais aussi que nous sommes heureux, honnêtement, de n'avoir pas parlé de services aux patients. Nous respectons le programme Patient First, en Saskatchewan, mais notre dialogue nous a permis de constater que les fournisseurs et tous les intervenants du système de santé font toujours passer l'intérêt du patient en premier. Nous pensions, vous savez... Cette passion, elle existe. Nous la voyons chez les fournisseurs. Nous voulons maintenant que les patients s'engagent plus à fond. Ils doivent devenir des partenaires qui participent à la discussion.

• (1220)

M. Wladyslaw Lizon: Merci.

J'ai lu sur votre site Web que les soins de santé sont la priorité absolue des Manitobains. Votre site Web précise que 43 p. 100 du budget manitobain est consacré aux soins de santé. Ces fonds devraient être utilisés de la façon la plus efficace possible pour offrir des soins de qualité.

Quels exemples pouvez-vous nous donner de mesure efficiente et économique dans le domaine de la prestation de soins de santé au Manitoba?

M. Dale Lacombe: C'est une bonne question.

Je pense à la fusion récente des 11 autorités régionales de la santé, qui ont été ramenées à 5. Nous faisons un effort concerté pour gérer les dépenses administratives du système de santé, et nous en avons vu des manifestations. C'est une importante initiative. Elle est en cours de réalisation, mais le gouvernement continue de la préciser. Nous jugeons que cela est encourageant.

Nous avons aussi constaté le vif intérêt que le ministère porte à la gestion des dépenses, de sorte que le rythme de la croissance a ralenti. Nous constatons ce genre de résultats.

La fusion des autorités régionales de la santé, qui sont passées de 11 à 5, est selon moi l'exemple le plus évident et le plus récent.

M. Wladyslaw Lizon: Merci.

Il me reste du temps?

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Une minute et demie.

M. Wladyslaw Lizon: J'ai une question qui s'adresse à Mme Côté.

Vous menez actuellement divers projets de recherche grâce à des fonds des Instituts de recherche en santé du Canada. Comment ces fonds vous aident-ils à créer de nouveaux emplois et à innover dans le système de soins de santé?

[Français]

Mme José Côté: J'ai reçu quelques subventions des Instituts de recherche en santé du Canada pour développer et évaluer des innovations en matière de santé. Bien sûr, cela crée du travail pour les assistants de recherche qui font l'évaluation de ces nouvelles technologies, mais cela permet aussi de former des équipes de santé peu communes en ce qui concerne l'informatique et les médias. Dans mes équipes de recherche, il y a beaucoup de gens qui travaillent dans les domaines de l'informatique et des médias. Développer ces innovations en santé crée des emplois de façon ponctuelle.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Mme Diane Saulnier (coordonnatrice de la Chaire, Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers, Université de Montréal): Si vous me le permettez, je vais compléter la réponse.

En fait, notre objectif n'est pas tant de créer de l'emploi que d'évaluer l'efficacité d'interventions nouvelles en santé et de déterminer si ces interventions auront un impact positif sur la santé de la population. Il ne faut pas considérer cela comme un gain d'emplois dans le domaine de la santé. Ces outils virtuels informatisés peuvent impliquer la création de certains nouveaux emplois, mais c'est surtout l'expertise des infirmières, des pharmaciens et des médecins qui est mise à profit dans ce cas.

Les retombées indirectes vont avoir lieu davantage dans l'industrie des technologies en santé que dans le réseau de la santé, étant donné que les professionnels qui travaillent avec nous ont déjà un emploi dans un milieu clinique, un groupe de médecine familiale ou un réseau communautaire. On ne peut donc pas parler comme tel de création d'emplois. De toute façon, il faudra voir à ce que ce soit éventuellement commercialisé, ce qui est une autre histoire.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup, madame Saulnier.

Passons maintenant à une série de questions de cinq minutes, et nous devrons probablement nous en tenir à une seule question. Commençons par M. Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie tous nos témoins. Vos exposés étaient fort intéressants et, honnêtement, un peu déprimants, car nous entamons une étude de l'innovation et ce qu'on nous propose ici c'est le très ancien concept de collaboration. L'information que vous nous avez présentée aujourd'hui nous rappelle toutes les belles occasions manquées, tous les milliards de dollars inutilement dépensés au titre de la santé, pour ne rien dire des conséquences sur les soins de santé offerts aux Canadiens avec des phénomènes comme les effets indésirables des médicaments, la surconsommation de médicaments, etc.

Par contre, j'imagine que cette idée est encore vivante aujourd'hui; il s'agit simplement de la mettre en pratique. Ce que nous avons sous les yeux, en particulier dans les documents que vous nous avez remis, monsieur McBane, est une solution qu'il n'y a qu'à saisir. Vous savez, même si les études sont erronées, nous parlons encore de milliards de dollars d'économie pour les Canadiens et d'une amélioration du système de santé.

J'aimerais que vous nous donniez quelques détails sur ce qu'un pays comme la Nouvelle-Zélande fait pour réaliser ces économies de 50 p. 100, et peut-être aussi nous dire quelques mots à propos de l'Australie, s'il est plus facile d'établir une comparaison puisque sa structure politique est plus proche de la nôtre.

• (1225)

M. Michael McBane: Pour ce qui est de la Nouvelle-Zélande, il en est question dans l'étude de Marc-André Gagnon, parce que c'est le genre de source d'économies importantes, si nous voulons mettre en oeuvre ces stratégies d'achat.

En quelques mots, disons que j'ai demandé au directeur du programme des médicaments de la Nouvelle-Zélande comment il y arrivait, s'il avait un document, s'il pouvait nous le montrer et le partager avec nous. Il m'a répondu qu'il n'avait pas vraiment de document. Il négocie simplement les prix. La Nouvelle-Zélande marchande. Le Canada ne le fait pas. La Nouvelle-Zélande arrive ainsi à réaliser des milliards de dollars d'économie.

À l'Université de la Colombie-Britannique, on a réalisé une étude qui portait uniquement sur quatre catégories de médicaments, où les négociations visaient quatre catégories, comme en Nouvelle-Zélande. Nous aurions économisé 2 milliards de dollars pour ces quatre catégories, 2 milliards de dollars de moins pour acheter exactement les mêmes produits. C'est parce que nous ne marchandons pas.

M. Matthew Kellway: C'est simplement l'application d'une autre vieille idée.

M. Michael McBane: L'Australie ressemble encore plus au Canada par la taille et la distribution des responsabilités, alors plutôt que de laisser les États travailler chacun de son côté, le gouvernement national australien établit la liste des médicaments et négocie avec les multinationales. C'est effectivement un cas pertinent où un acheteur unique négocie les prix et dit « Si vous voulez vendre au Canada, vous devez nous offrir des prix intéressants. » Ces sociétés seraient disposées à consentir des rabais. Nous ne demandons même pas de rabais.

M. Matthew Kellway: D'accord.

En quelques mots. Vous parlez de 30 p. 100, c'est le surplus que nous payons au Canada relativement à la majorité des pays industrialisés, et au Québec c'est encore pire: 40 p. 100. Est-ce que cela est compris dans les 50 p. 100 et les 9 p. 100 dont vous parlez, en comparaison avec la Nouvelle-Zélande et l'Australie?

M. Michael McBane: Les 30 p. 100 viennent... Essentiellement, regardez comment fonctionne le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Il choisit un groupe de sept pays qui ont les prix les plus élevés pour établir le niveau repère du Canada, c'est un prix de départ artificiellement élevé. Plutôt que de prendre la moyenne de l'OCDE, disons 30 p. 100...

M. Matthew Kellway: Savez-vous pourquoi nous procédons ainsi?

M. Michael McBane: Eh bien, je sais pourquoi. J'ai une théorie: revenons à la création du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, cet organisme a été créé par le gouvernement Mulroney à titre de cadeau aux compagnies pharmaceutiques. À l'époque, elles nous disaient que si nous leur accordions des prix plus élevés, elles feraient de la recherche. Dans cette entente avec le gouvernement Mulroney, au moment de la création du conseil, elles s'étaient engagées à investir 10 p. 100 des revenus de leurs ventes dans la R-D. Aujourd'hui, ce n'est plus qu'environ 5 p. 100. Elles n'ont jamais tenu leur promesse, alors nous ne devrions pas les récompenser.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Je suis désolée, je dois vous interrompre, monsieur McBane. Merci beaucoup. Le temps que nous avions pour la discussion entre les témoins et les membres du comité est écoulé.

Merci à tous d'être venus. C'était une excellente discussion et elle nous aidera dans notre étude. Je suis désolée pour les membres du comité qui n'ont pas pu poser leurs questions. Une autre fois peut-être.

Monsieur Toone, je vous souhaite la bienvenue au comité.

Merci beaucoup d'être venus. Nous allons suspendre la séance un instant, puis reprendre à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les
Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and
Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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