



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 076 • 1<sup>re</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 28 février 2013**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 28 février 2013

•(1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous étudions l'innovation technologique. C'est extrêmement intéressant; c'est l'une de nos meilleures études.

Le Dr Jason Sutherland, professeur adjoint, et Emad Guirguis, chirurgien général et plasticien, témoignent à titre personnel.

Docteur Guirguis, êtes-vous d'accord pour commencer? Vous avez 10 minutes pour présenter votre document PowerPoint, qui est devant vous.

Merci.

**Dr Emad Guirguis (chirurgien général et plasticien, Lakeview Surgery Centre, à titre personnel):** Merci beaucoup.

C'est un honneur d'être invité à témoigner devant le comité.

Je pratique la médecine depuis une vingtaine d'années. Je suis diplômé de l'Université McMaster, où j'ai étudié à l'école de médecine. À l'Université d'Ottawa, j'ai suivi une formation de chirurgien général et plasticien. Je travaille dans ma ville natale, Barrie, en Ontario. La ville d'Ottawa et son université me rappellent beaucoup de souvenirs.

Après 16 ans de pratique à l'hôpital, nous avons élaboré un concept qui sort de l'ordinaire. C'est une innovation en matière de prestation de soins de santé dans une clinique chirurgicale, en dehors de l'hôpital. Nous fournissons des soins avancés et l'anesthésie générale. Même si nous offrons bien des procédures au Centre chirurgical Lakeview, nous allons vous présenter notre programme de gestion de l'obésité à l'aide de l'anneau gastrique.

En résumé, nous allons parler de la création d'une clinique chirurgicale accréditée, des étapes à suivre, de la façon d'obtenir l'accréditation et des raisons qui nous poussent à axer nos efforts sur l'obésité. Nous allons parler de notre programme et expliquer ce qu'est un anneau gastrique. J'ai amené un exemple que je vais présenter durant l'exposé. Enfin, je vous ferai part de notre expérience au Centre chirurgical Lakeview.

Pour la construction du centre il y a environ quatre ans, nous avons consulté le service construction et de zonage de la ville de Barrie. Nous avons collaboré étroitement et avons respecté tous les règlements. Nous avons acheté une propriété devant le lac, rue Kempenfelt. Nous avons aménagé une entrée en façade séparée et une pente d'accès pour les fauteuils roulants et installé un nouveau transformateur pour certains équipements de pointe. Nous avons aussi installé une génératrice en cas de panne d'électricité et nous avons construit une porte de service latérale et une sortie d'urgence.

Nous avons installé un ascenseur commercial de grande capacité. Nous avons consulté des ingénieurs et des architectes spécialisés dans les établissements de soins de santé nous pour refaire les planchers et la ventilation à l'aide de technologies d'avant-garde.

Nous avons intégré tout le matériel pour l'oxygène, la succion et l'air médical dans l'infrastructure du centre.

Notre salle d'opération est accréditée. Notre salle de réveil comprend quatre lits. Toutes les deux donnent sur la baie Kempenfelt.

N'oublions pas que notre centre est entièrement accrédité par l'Association canadienne d'accréditation des installations de chirurgie ambulatoire, un groupe privé. Ces deux dernières années, le Collège des médecins et chirurgiens a reconnu que la chirurgie et la chirurgie avancée réalisées à l'extérieur de l'hôpital constituaient un domaine en évolution. Il inspecte les installations et veille à la conformité. Grosso modo, nous avons créé un hôpital en dehors de l'hôpital.

Comme vous pouvez le voir, l'obésité est définie par l'IMC, l'indice de masse corporelle. Le poids normal se situe en deçà de l'IMC 25. Nous gérons l'obésité grave ou massive dont l'IMC se trouve au-dessus de 35. Les tendances au Canada sont très intéressantes. En 1985, il y avait moins de 10 p. 100 de personnes obèses partout au pays. En 2006, le taux d'obésité dépassait 20 p. 100 dans la majorité des provinces. L'incidence globale de l'obésité au Canada s'élève à 23 p. 100. La croissance de l'obésité est ahurissante, mais il faut aussi savoir que l'obésité est liée à des maladies chroniques qui ont des conséquences majeures sur le financement et les dépenses en santé.

Par exemple, les patients obèses ont quatre fois plus de risque de souffrir d'hypertension, six fois plus de risque d'avoir un diabète de type 2 et ont un risque accru d'être atteint d'apnée du sommeil, qui cause beaucoup de ronflement, le calcul biliaire et des AVC. Toutes ces maladies sont associées à l'obésité croissante.

Par ailleurs, le taux de mortalité augmente et est directement lié au taux d'obésité. En 1980, le taux de mortalité associé à l'obésité n'était que de 5 p. 100. En 2005, il frôlait les 10 p. 100.

•(1535)

Il y a deux options de chirurgie, l'anneau gastrique et le pontage gastrique.

Les régimes fonctionnent-ils? Voici une étude typique sur la question.

Quel que soit le régime, la personne qui souffre d'obésité grave va perdre du poids au début. Mais même si le régime est combiné à une thérapie, le taux d'obésité est supérieur un an et cinq ans plus tard. En fait, les régimes classiques exacerbent l'obésité, ce que l'industrie passe sous silence.

J'ai amené un anneau gastrique. Nous appliquons deux modifications. Nous réduisons la capacité de l'estomac. Le patient est rassasié plus longtemps après avoir mangé une petite portion. Il n'a pas faim entre les repas. Nous comprimons aussi le nerf vague, qui est associé au sentiment de satiété.

Au fond, il y a deux modifications. Nous comprimons l'estomac et le nerf vague pour que les gens se sentent rassasiés après les repas.

L'anneau est ajustable, et la procédure est réversible. C'est ce que nous appelons un port. Tout se trouve sous la peau attachée au muscle. Nous pouvons modifier le degré de compression de l'estomac. Comme le tour de taille, la taille de l'estomac diminue lorsque nous perdons du poids. Il faut donc apporter des ajustements pour le patient. Nous injectons de l'eau saline pour gonfler l'anneau.

La partie en vert, c'est ce que nous obtenons grâce à l'anneau. Nous injectons assez d'eau saline pour que le patient soit rassasié avec de petites portions. Il y a un bon contrôle de la perte de poids, sans symptômes anormaux ou punitifs, comme l'inconfort ou le reflux gastrique. Le patient peut se situer dans la partie en jaune, lorsqu'il manque de liquide dans l'anneau. La partie en rouge, c'est lorsque l'anneau est trop serré.

Nous pouvons apporter des ajustements et nous pouvons contrôler le sentiment de satiété après les repas.

Toutes les comorbidités ou les maladies liées à l'obésité, comme l'hypertension, les diabètes, l'apnée du sommeil et le reflux gastrique, diminuent beaucoup après la chirurgie de l'anneau gastrique. Le taux de mortalité lié à la perte de poids chez les personnes obèses baisse beaucoup lui aussi. La différence entre les deux taux de mortalité est majeure.

Cette chirurgie est devenue bien reconnue dans le domaine médical et par plusieurs sociétés. Les guides canadiens sur la pratique clinique recommandent la chirurgie bariatrique, l'anneau gastrique ou le pontage gastrique pour les personnes obèses qui ont des maladies liées à l'obésité. C'est très efficace pour réduire le poids et les comorbidités de manière prolongée.

Au Centre chirurgical Lakeview, nous avons mis sur pied une équipe dont je suis le directeur médical. Une infirmière est directrice de la gestion de poids. Nous avons aussi un diététicien agréé, un psychologue et un entraîneur personnel afin de garantir le succès à long terme des patients atteints de cette maladie chronique. Il est maintenant reconnu que l'obésité est une maladie chronique qui ne peut pas être traitée avec les méthodes classiques.

Pour les 59 premiers patients que nous avons opérés pour installer un anneau gastrique, la ligne foncée située en haut représente le poids de départ, et la ligne en bas le poids après le traitement. Certains patients pesaient plus de 400 livres. Tous les patients perdent du poids, mais surtout, ils n'en reprennent pas. La perte de poids moyenne est de 45 livres, environ 20 p. 100 du poids total. Les patients perdent de 3 à 100 livres au début du programme et présentent peu de complications.

Par exemple, une patiente de 57 ans avait un IMC de 46 en 2010, pesait 304 livres et prenait des médicaments contre l'hypertension et le reflux gastrique. Nous suivons le progrès de tous les patients avec un graphique. Après 21 mois, cette dame avait perdu 101 livres, soit environ 33 p. 100 de son poids. Elle a cessé sa médication, et son

IMC est passé de 46 à 30. C'est un cas typique pour nous. C'est très valorisant de travailler avec des patients obèses qui parviennent finalement à perdre du poids après des années de régimes yoyo très pénibles.

En terminant, les installations chirurgicales en dehors des hôpitaux sont novatrices et sécuritaires pour la prestation des soins de santé à la collectivité. Le programme de l'anneau gastrique ajustable par laparoscopie que nous vous avons présenté est sécuritaire et efficace pour lutter contre l'épidémie d'obésité.

● (1540)

Merci beaucoup de votre attention.

**La présidente:** Merci beaucoup. C'était très intéressant.

Nous passons maintenant au deuxième témoin.

Docteur Jason Sutherland.

**M. Jason Sutherland (professeur adjoint, Centre of Health Services and Policy Research, University of British Columbia, à titre personnel):** Merci.

Je vais d'abord prendre une ou deux minutes pour me présenter. Je suis professeur adjoint au Centre de recherche sur les services et les politiques de santé de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver. Je me spécialise dans l'évaluation de l'organisation, de la prestation et du financement des systèmes de santé. Je suis chercheur à la fondation Michael Smith pour la recherche en santé et je suis boursier canadien du programme Harkness sur les politiques de santé.

J'étudie présentement la réforme de l'assurance-maladie que le président Obama a édictée aux États-Unis. Je vais travailler à Washington D.C. à titre de chercheur étranger pendant les 10 prochains mois.

[Français]

Je peux répondre à vos questions en français ou en anglais.

[Traduction]

Les résultats internationaux ont été publiés. Le Canada se classe dernier parmi les 11 principaux pays industrialisés en ce qui a trait à l'accès aux nombreux types de soins hospitaliers et spécialisés. Les délais d'attente sont élevés pour recevoir des soins à l'hôpital et consulter un spécialiste. Selon moi, cette tendance lourde montre clairement que nous affichons un rendement très faible dans certains aspects du système de soins de santé.

Selon les données de 2012 de l'Institut canadien d'information sur la santé, les gouvernements au Canada dépensent plus de 60 milliards de dollars par année pour les soins de santé fournis dans les provinces et 30 milliards pour les médicaments et les services de médecins. À l'échelle internationale, nous nous situons parmi les pays qui dépensent le plus par habitant. Ces données révèlent le paradoxe entre notre accès très restreint aux soins spécialisés et nos dépenses très élevées.

Compte tenu de ces conclusions et cette tendance lourde, nous devons faire beaucoup plus attention à la façon dont nous engageons ces énormes dépenses dans les soins de santé. Notre façon de dépenser amène les fournisseurs de soins à adopter certains comportements. Par exemple, les budgets globaux, par lesquels nous finançons la plupart des fournisseurs, favorisent la réduction au minimum des coûts et le rationnement des soins de santé.

Quels résultats entraînent ces comportements pour lesquels nous payons? Les exemples d'inefficience, de soins inefficaces et de pratiques dangereuses sont nombreux. Deux problèmes importants viennent tout de suite à l'esprit.

Tout d'abord, le délai pour voir un spécialiste dépasse souvent 12 mois. Autrement dit, il faut plus d'un an en moyenne avant de pouvoir consulter un spécialiste sur la recommandation de son généraliste. C'est long pour la personne qui est plongée dans les pires souffrances, dont la qualité de vie diminue ou qui a une maladie débilitante.

Ensuite, voici une information consternante, mais qui n'est pas nouvelle pour nombre de personnes qui travaillent dans les soins de santé. Chaque jour, des milliers de patients qui occupent des lits d'hôpitaux et qui peuvent recevoir leur congé sans danger n'ont nulle part où aller. On leur a même donné un nom; ce sont les patients qui requièrent un autre niveau de soins. C'est un problème très répandu au Canada. L'emploi inefficace des lits d'hôpitaux est dangereux pour les patients et nuit au personnel soignant. Il est aussi lié à la congestion à l'urgence. J'ai écrit abondamment là-dessus.

Je crois que nous devons élever nos attentes pour notre système de santé et viser des soins très rentables, facilement accessibles, de grande qualité et très sécuritaires. Dans mon prochain rapport sur les modes de financement pour changer la prestation des soins, je propose de mettre en oeuvre des politiques dont l'efficacité a été prouvée à l'étranger pour améliorer l'accès, surtout à la chirurgie. J'encourage aussi la suppression des politiques qui rationnent les ressources, qui restreignent l'accès aux soins et qui prolongent les délais d'attente.

Il faut adopter des mesures incitatives pour façonner le système de santé selon nos besoins. Par exemple, le mode de financement doit favoriser l'accès aux soins hospitaliers si c'est un objectif de la politique. Le financement par activités prédomine dans les hôpitaux des pays industrialisés. Bien d'autres stratégies mises sur pied à l'étranger permettent d'atténuer le risque que les dépenses augmentent et recourent à ce genre de mode de financement.

En outre, nous pouvons élaborer et mettre en oeuvre des encouragements pour que les fournisseurs de soins à la collectivité donnent leur congé aux patients dans les hôpitaux si c'est sécuritaire. Je rappelle que, chaque jour, des milliers de patients attendent de retourner chez eux. Nous pourrions ainsi améliorer l'accès aux soins hospitaliers pour les milliers de patients qui attendent de subir des opérations non urgentes et, je l'espère, diminuer la congestion à l'urgence.

● (1545)

Je veux maintenant vous parler de deux provinces qui s'efforcent de trouver des moyens de mettre à profit ces innovations pour réaliser leurs visées stratégiques en faveur d'un meilleur accès aux soins.

Tout d'abord, la Colombie-Britannique a amorcé la mise en oeuvre et l'expérimentation d'un financement fondé sur les activités pour les interventions non urgentes, afin d'accroître la quantité d'interventions semblables, d'améliorer l'accès et de réduire les listes d'attente. Ce financement représente une faible proportion du budget total des hôpitaux. Une évaluation est en cours pour déterminer l'efficacité de cette politique qui est déjà largement appliquée dans de nombreux pays.

Pour sa part, l'Ontario a recours pour certaines maladies chroniques à une nouvelle initiative stratégique qui associe le financement aux pratiques de soins exemplaires. Ainsi, on a créé des incitatifs financiers en vue de récompenser les pourvoyeurs de soins qui s'appuient sur des données probantes pour répondre aux besoins de ces patients. C'est ce qu'on appelle les actes médicaux de qualité clinique.

Je pourrais vous citer un troisième exemple qui nous vient des États-Unis et que je suis en train d'étudier. On applique des stratégies novatrices pour décloisonner les différentes composantes du réseau de la santé. On peut notamment intervenir au niveau des soins postactifs ou pour la transition entre l'hôpital et la résidence. Des incitatifs sont versés sous forme de paiements regroupés en fonction de la capacité de réduire les soins non essentiels. Les recherches ont déjà démontré la faisabilité d'une initiative semblable dans certaines provinces canadiennes.

Que faudrait-il alors ajouter à ces politiques pour mieux mettre à profit les innovations afin de combler les lacunes de notre système de santé? En réalité, il y a encore beaucoup à faire. Notre agence nationale d'information sur la santé doit s'adapter et offrir la structure nécessaire à l'application efficace de ces innovations. J'estime que c'est tout à fait réalisable à court terme.

À moyen terme, je crois que nous devrions avoir une agence qui se spécialiserait dans le repérage des stratégies de soins de santé novatrices et efficaces, de manière à pouvoir les faire connaître dans les autres régions ou provinces. Il n'y a pas actuellement de centre pour la mise en commun des bonnes idées et j'estime que cela pourrait être fort utile à moyen terme.

À plus long terme, je pense qu'il serait très important de pouvoir recueillir des données sur les expériences et les résultats signalés par les patients, de manière à pouvoir les mettre en corrélation pour mieux cibler les soins et les ressources vers ceux qui en ont le plus besoin et ceux qui sont en attente.

En terminant, je souhaite remercier le comité de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer sur la situation de l'innovation au sein du système de soins de santé du Canada.

● (1550)

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur Sutherland. Certaines de vos idées m'apparaissent excellentes, et il nous tarde d'en entendre davantage.

Nous amorçons maintenant le premier tour où les membres du comité auront droit à sept minutes pour vous poser leurs questions.

Nous commençons avec Mme Davies.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à nos deux témoins de leur participation aujourd'hui.

Au début de votre déclaration, docteur Guirguis, je crois vous avoir entendu parler du concept d'un hôpital à l'extérieur de l'hôpital. On peut y voir une certaine contradiction, mais je pense que nous avons compris où vous vouliez en venir.

Pouvez-vous nous dire si le Lakeview Surgery Centre est un établissement privé?

**Dr Emad Guirguis:** Oui.

**Mme Libby Davies:** Quelle est la couverture d'assurance des patients qui fréquentent votre établissement? Vous êtes bien en Ontario? Sont-ils couverts par le RAMO, le régime d'assurances ontarien? Comment est-ce que ça fonctionne?

**Dr Emad Guirguis:** C'est une excellente question.

Le financement du centre Lakeview est entièrement de source privée. Nous nous en sommes chargés nous-mêmes. Nous n'avons pas demandé de fonds à la province ou au gouvernement fédéral pour le centre.

Quant aux interventions qu'on y pratique, nous croyons beaucoup en la Loi canadienne sur la santé. Nous estimons que tous devraient avoir un accès égal à des services assurables. Il faut donc dire dès le départ que nous sommes tout à fait favorables à la Loi canadienne sur la santé.

Cela étant dit, nous effectuons des interventions qui sont payées par le régime public ontarien, le RAMO, mais également d'autres qui sont financées par des sources privées. Lorsqu'un service est assuré par le gouvernement provincial, nous n'exigeons pas de frais supplémentaires pour l'intervention, que ce soit pour une hernie inguinale, la thyroïde ou le cancer du sein. Lorsque le gouvernement ne délie pas les cordons de sa bourse, si vous me permettez l'expression, c'est le patient ou un assureur privé qui doit payer l'intervention.

**Mme Libby Davies:** Mais aucun montant supplémentaire n'est facturé pour une intervention couverte par le RAMO, comme...

**Dr Emad Guirguis:** Non, nous respectons totalement...

**Mme Libby Davies:** ... une chambre privée ou quelque chose du genre?

**Dr Emad Guirguis:** Non.

**Mme Libby Davies:** C'est comme si le patient se rendait dans n'importe quel établissement public?

**Dr Emad Guirguis:** Tout à fait. La difficulté du point de vue opérationnel vient bien sûr du fait que si une intervention est couverte par le régime provincial, comme dans le cas d'une hernie, on ne peut facturer la province que pour l'intervention à proprement parler, ce qui nous oblige à absorber tous les autres coûts pour les soins infirmiers, l'anesthésie et les installations. Il devient donc très difficile de réaliser des interventions financées par un régime public dans un établissement comme le nôtre.

Cependant, les provinces... Par exemple, l'Ontario a dit souhaiter que davantage d'interventions financées par les régimes publics soient effectuées à l'extérieur du cadre hospitalier. Nous avons la ferme conviction que c'est la voie de l'avenir. Il s'agit de cibler les interventions pouvant être réalisées en toute sécurité dans un établissement autre que l'hôpital et d'en assurer le financement à un niveau approprié.

**Mme Libby Davies:** Je comprends, mais j'aimerais bien que nous ayons plus de temps pour en parler davantage, car j'ai l'impression que tout peut devenir passablement embrouillé lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui peut être considéré comme un établissement privé et quels types de frais peuvent être exigés. Quoi qu'il en soit, je souhaitais vous poser cette première question à ce sujet.

J'aimerais maintenant m'adresser au Dr Sutherland.

Je trouve vos propositions tout à fait fascinantes. Il y a une question qui me vient à l'esprit. Nous savons que la prestation des soins de santé relève des provinces, mais qu'elles profitent bien sûr d'un financement fédéral important. À votre avis, y a-t-il des mécanismes à l'échelon fédéral, des incitatifs ou quoi que ce soit d'autre qui pourraient nous mettre sur la voie du financement des soins en fonction des activités ou des autres modèles que vous proposez? Tout cela m'apparaît tellement disparate. Il se passe des choses en Colombie-Britannique et en Ontario, et je crois qu'il est aussi question de l'Alberta dans nos notes d'information.

Pourquoi des efforts ne sont-ils pas déployés dans tout le pays et qu'est-ce qui manque à l'échelon fédéral? Il serait vraiment bon que vous puissiez nous aider à déterminer ce que nous devons faire valoir au gouvernement fédéral pour veiller à ce que ces modèles de financement efficaces soient mis en oeuvre, ce qui serait bénéfique pour le système à long terme.

● (1555)

**M. Jason Sutherland:** Vous me posez là une très longue question qui soulève des enjeux fort complexes. Je vais essayer de me débrouiller pour y répondre. Tout d'abord...

**La présidente:** Je suis persuadée que vous allez très bien vous débrouiller.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Jason Sutherland:** Tout d'abord, en ce qui concerne plus particulièrement le financement fondé sur les activités, je pense que c'est un mécanisme qui vise manifestement à améliorer l'accès aux soins chirurgicaux. Il y a des limites associées à l'augmentation des coûts pour le travail des médecins et les installations hospitalières qui découle fréquemment d'une hausse du volume de soins offerts. Si votre objectif stratégique est effectivement d'améliorer l'accès aux soins, c'est un mécanisme qui a fait ses preuves dans de nombreux pays, ce qui permet d'en connaître les effets secondaires et de savoir comment s'en prémunir.

À ce titre, je vous signale que la stratégie fédérale de réduction des temps d'attente peut être un moyen privilégié pour paver la voie au financement fondé sur les activités à différents niveaux au Canada. Bien des provinces y ont recours comme mécanisme contractuel pour acquérir des blocs additionnels de soins chirurgicaux auprès des hôpitaux ou des autorités régionales de la santé. Je crois que cela a grandement contribué à faciliter l'accès aux soins non urgents et que c'est assurément un mécanisme qui pourrait fort bien être étendu à bon nombre d'autres maladies, outre celles considérées comme négligées.

**Mme Libby Davies:** Parlez-vous des cinq problèmes qui ont été ciblés? Il y avait les chirurgies pour les genoux ou les hanches... Est-ce bien ce dont vous parlez?

**M. Jason Sutherland:** Oui, avec les cataractes et le cancer. Certains de ces cinq problèmes de santé que l'on peut presque qualifier de négligés ont bénéficié des contrats additionnels conclus grâce à ce mécanisme qui pourrait être étendu assez facilement à toutes les chirurgies non urgentes.

**Mme Libby Davies:** Y a-t-il d'autres demandes que nous pourrions adresser au gouvernement fédéral aux fins d'une perspective davantage nationale à l'égard de ces différents modèles de financement? Faut-il cibler le financement en visant des résultats précis et assortir l'octroi de toute somme supplémentaire à l'atteinte de ces résultats?

**M. Jason Sutherland:** Je crois que la stratégie fédérale pour la réduction des temps d'attente s'est révélée une méthode très novatrice pour essayer d'obtenir des contrats semblables avec un lien vers le financement en fonction des activités, car les provinces connaissent désormais fort bien le mécanisme. Par ailleurs, cela peut créer des perceptions d'iniquité au détriment de différents types de chirurgies ne visant pas les cinq problèmes de santé considérés comme négligés. Par exemple, des réparations d'hernies pourraient être reportées au bénéfice de chirurgies additionnelles pour les hanches et les genoux pour une simple question de rentabilité.

**La présidente:** Merci, docteur Sutherland.

Nous passons à M. Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** Merci, madame la présidente. Merci pour vos témoignages jusqu'à maintenant.

Docteur Guirguis, vous nous avez bien sûr beaucoup parlé de la gestion de l'obésité. Quelles sont selon vous les répercussions de l'obésité sur notre système de soins de santé? J'estime que c'est important si l'on souhaite prendre conscience des économies qui pourraient être réalisées grâce à l'innovation.

Avez-vous des chiffres sur les coûts que cela entraîne?

**Dr Emad Guirguis:** Au total, on peut aisément parler de millions. Les principales maladies associées à l'obésité — hypertension artérielle, diabète de type 2, apnée du sommeil, problèmes cardiaques — comptent pour une grande partie des coûts de nos soins de santé.

Des études ont été effectuées pour déterminer les économies possibles. Je ne vous les ai pas fournies aujourd'hui, mais disons que l'on chiffre en millions de dollars les économies découlant des bandes gastriques installées par laparoscopie et des pontages gastriques.

Il ne faut pas oublier qu'il s'agit là de maladies chroniques qui exercent une ponction constante sur nos budgets de santé et l'énergie de nos médecins de famille. Dans le modèle proposé ici, on parvient à contrôler l'indice de masse corporelle (IMC) des patients participant au programme, ce qui réduit considérablement leurs problèmes de santé ainsi que leur dépendance aux médicaments. Le temps de travail perdu est un autre élément à considérer.

Je pourrais vous fournir des chiffres plus précis, mais cela se calcule assurément en millions de dollars.

**M. Patrick Brown:** Vous avez mentionné dans votre réponse les bandes gastriques et cela m'a fait penser à toute la question des dispositifs médicaux. À l'issue de la vérification de Santé Canada menée en 2011, le Bureau du vérificateur général a notamment souligné la nécessité d'accélérer l'approbation de ces dispositifs médicaux. C'est l'une des améliorations possibles qui ont été relevées.

J'estime important d'en parler ici, car les nouveaux dispositifs médicaux font bien évidemment partie des outils favorisant l'innovation. Qu'avez-vous pu observer relativement aux obstacles à ce chapitre au sein du gouvernement fédéral? Avez-vous des réserves quant à notre processus d'approbation des dispositifs médicaux?

● (1600)

**Dr Emad Guirguis:** Personnellement, je n'ai eu aucun problème avec l'approbation de la bande gastrique comme dispositif médical. Elle a été approuvée au départ par Santé Canada à la fin des années 1980. C'est en 1993 que la première laparoscopie, une chirurgie moins invasive, a été effectuée.

La bande a été grandement modifiée depuis. Il faut généralement compter de un à deux ans pour l'approbation par la FDA aux États-Unis et par Santé Canada chez nous. Dans le cas d'un dispositif existant qui est modifié, l'approbation peut prendre en moyenne de six à douze mois.

**M. Patrick Brown:** Pour ce qui est de votre bande gastrique, a-t-il été plus difficile d'obtenir l'approbation au Canada, comparativement à ce qui se passe dans d'autres pays?

**Dr Emad Guirguis:** Dans le cas de la bande gastrique, rien n'indique que Santé Canada se soit montré plus lent pour l'approuver que les Européens et les Américains.

Nous revenons d'ailleurs d'une conférence sur le sujet au Mont-Tremblant où nous avons discuté avec l'inventeur de la bande gastrique. Il n'a fait aucun état de difficultés reliées à son approbation.

**M. Patrick Brown:** Dr Sutherland, avez-vous des observations concernant la réglementation des dispositifs médicaux?

**M. Jason Sutherland:** Désolé, mais je ne m'y connais pas suffisamment pour vous répondre.

**M. Patrick Brown:** Dans ce cas, j'aurais pour vous une question que je me pose encore concernant vos travaux au sein des IRSC. Estimez-vous la collaboration suffisante dans le cadre de ces travaux de recherche qui doivent mener à l'innovation?

Je pense au diabète juvénile et aux recherches menées sur le pancréas artificiel tant au Canada qu'en Australie. Je sais que la FRDJ s'efforçait pour sa part de mettre en commun les travaux de recherche.

À la lumière de votre expérience au sein des IRSC, estimez-vous qu'une approche semblable y est préconisée?

**M. Jason Sutherland:** Bon nombre de mes collègues de faculté travaillent dans le cadre d'efforts de collaboration à l'échelle internationale, mais ce n'est pas toujours facile de le savoir. Pour avoir travaillé un peu au NIH grâce à des subventions, je peux vous dire que les Américains ont tendance à s'isoler et à moins collaborer avec des collègues étrangers.

Quoi qu'il en soit, j'estime certes possible d'essayer de cerner, d'élaborer et de déployer des stratégies et des politiques efficaces beaucoup plus rapidement qu'on le fait actuellement. Je sais que les IRSC s'efforcent d'intégrer à chaque projet de recherche une composante visant l'application des connaissances acquises. J'estime toutefois qu'il y aurait lieu de confier à une instance centrale le mandat de répertorier les stratégies efficaces, d'en faire la promotion et d'en assurer le déploiement assorti des ressources suffisantes. On pourrait ainsi agir beaucoup plus rapidement qu'en laissant le tout aux bons soins de chercheurs comme moi, alors que mon temps serait beaucoup plus judicieusement utilisé si je le consacrais à l'innovation.

Je pense donc qu'il convient de mandater un organisme central pour détecter les bonnes idées, les évaluer et en assurer le déploiement.

**M. Patrick Brown:** Docteur Guirguis, permettez-moi de me faire un peu l'avocat du diable. Lors de notre propre étude sur l'obésité, je me souviens d'avoir souligné que les gens faisaient de moins en moins d'exercice. Il y a davantage de distractions avec les jeux vidéo et la télé qui offre maintenant 300 chaînes, plutôt que seulement 2, et les enfants sont de moins en moins nombreux à aller jouer dans les parcs. Compte tenu de ces difficultés, croyez-vous que nous devrions nous tourner vers l'innovation pour lutter contre l'obésité ou y a-t-il d'autres mesures que le gouvernement pourrait prendre en la matière? Avez-vous des idées d'innovations possibles en dehors des interventions chirurgicales?

**Dr Emad Guirguis:** C'est une question intéressante.

Comme pour toutes les politiques en matière de santé, la prévention devrait toujours primer sur le traitement de la maladie. Mais il faut composer avec la situation actuelle. Tout indique qu'il est bénéfique de s'assurer que les enfants font de l'exercice dès leur plus jeune âge pour prévenir l'obésité précoce. Si les enfants conservent ces habitudes de vie en combinant exercice et contrôle des portions, on réussira dans une large mesure à maintenir un poids santé au sein de la population.

Mais une fois qu'un patient est rendu obèse, l'équation est totalement différente. Nous recevons ces patients en consultation. Ils ressentent de l'anxiété quant à leur perte de poids. Ils se lancent à corps perdu dans des programmes d'exercice. Ils s'essaient au contrôle des portions. Leur poids fait du yoyo au rythme des régimes qui se succèdent.

Selon les données disponibles, à partir du moment où une personne est obèse, son nouvel IMC se transforme en ressort. Peu importe les régimes rigoureux auxquels elle peut se prêter, la personne obèse revient toujours au même IMC et va souvent le dépasser. Il devient donc très difficile pour ces personnes de perdre du poids sans le reprendre par la suite. C'est la principale difficulté associée à l'obésité. Une fois qu'un patient devient obèse, il est aux prises avec une maladie chronique.

•(1605)

**La présidente:** Merci.

**Dr Emad Guirguis:** C'est un excellent point, mais il est à peu près impossible de renverser le processus d'obésité en misant uniquement sur l'exercice et les régimes. D'après les études révélant que cela peut se faire, ce ne sont généralement que 1 ou 2 p. 100 des gens qui sont parvenus à maintenir leur nouveau poids au bout de deux ans.

**La présidente:** Merci, docteur.

Docteur Fry.

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

Je veux débiter avec une question concernant l'obésité. Je sais que ce ne sont pas toutes les provinces qui défraient les coûts associés à l'intervention novatrice que vous effectuez avec la bande gastrique. Y a-t-il des lignes directrices indiquant que l'intervention peut-être remboursable si vous dépassez un certain poids ou si votre IMC est supérieur à un certain niveau, ou n'est-elle jamais remboursable?

**Dr Emad Guirguis:** Les régimes de remboursement pour la bande gastrique varient d'un endroit à l'autre au Canada. L'Alberta en défraie les coûts. Le Québec également. La difficulté vient toutefois de la quantité de fonds disponibles pour financer une intervention comme l'installation de la bande gastrique, car elle vise en fait le traitement d'une maladie chronique qui exige un suivi et des soins très poussés.

Le pontage gastrique et une autre intervention permettant l'installation de ce qu'on appelle un manchon gastrique sont financés par les régimes publics de toutes les provinces.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci.

Docteur Sutherland, je considère vos propositions extrêmement importantes dans le contexte de nos efforts pour assurer une utilisation judicieuse des fonds publics. Je sais que bon nombre d'entre nous qui avons travaillé longtemps dans le secteur de la santé avons toujours eu l'impression que les hôpitaux sont récompensés pour leur mauvaise gestion financière, en recevant l'année suivante un budget encore plus élevé, contrairement à ce qui se passerait avec la formule que vous préconisez, à savoir le financement fondé sur les activités.

Dans le projet qui va aller de l'avant en Colombie-Britannique — et que nous considérons comme une pratique exemplaire — est-ce que le financement fondé sur les activités doit s'appliquer à toutes les interventions ou simplement aux cinq qui sont ciblées dans le cadre de la stratégie de réduction des temps d'attente? Y a-t-il des possibilités de financement en fonction des activités?

**M. Jason Sutherland:** Pour nous limiter à la Colombie-Britannique, le financement axé sur les patients se traduit par plusieurs initiatives, notamment le financement en fonction de l'activité et le programme visant les opérations fréquentes, dont il confie le volume supplémentaire en blocs aux hôpitaux.

Le financement en fonction de l'activité est partout. Il évalue donc de façon égale l'activité de tous les hôpitaux. Toutefois, il n'est destiné qu'à une petite proportion de l'activité des autorités sanitaires ou des hôpitaux. Il ne représente qu'environ 17 p. 100 de leur financement. Il ne s'applique qu'aux hôpitaux les plus gros, prétendument susceptibles de réaliser des économies d'échelle sans mettre en péril l'accès dans les petites communautés. Il ne s'applique pas partout et il ne le devrait probablement pas. Comme dans beaucoup d'autres pays, on l'a judicieusement limité aux gros hôpitaux.

**L'hon. Hedy Fry:** Vous avez parlé des incitations axées sur la qualité qui, par exemple, sont en vigueur en Ontario. Pouvez-vous me donner un exemple de leur mode de fonctionnement? Est-ce que tout le monde effectue des analyses disant qu'elles donnent tels résultats dans tels secteurs? Pouvez-vous dire si cela se fonde sur des données et dire quelles sont ces mesures d'incitation qu'on applique en Ontario?

**M. Jason Sutherland:** En Colombie-Britannique, l'expérience du financement en fonction de l'activité vise essentiellement à augmenter les soins. Il s'agit d'abrèger les hospitalisations et de raccourcir les listes d'attente. On ne mesure pas les résultats auprès des patients ni d'après leurs réactions, mais nous examinons les taux de réadmission et de mortalité pour déceler d'éventuels changements.

En Ontario, les incitations axées sur la qualité sont très récentes. Il s'agit essentiellement de constituer des groupes de cliniciens spécialistes dans chaque domaine, de déterminer, pour tel état, les pratiques exemplaires et d'organiser leur financement, puis d'y faire correspondre la gamme complète de moyens de financement. On en est seulement au stade de la constitution des groupes. Certains se sont réunis, notamment ceux qui s'occupent de l'insuffisance cardiaque chronique, de l'insuffisance cardiaque congestive, des fractures de la hanche, des prothèses du genou.



Un certain nombre de ces groupes se sont donc déjà rencontrés et ils élaborent ces lignes directrices. Ils ont l'intention de déterminer le financement correspondant, mais ce travail n'est pas avancé au point de leur permettre de déterminer les pratiques exemplaires. C'est ce qu'ils sont en train de faire.

**L'hon. Hedy Fry:** Est-ce qu'il me reste du temps?

**La présidente:** Il vous reste une minute.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci.

J'ai bien peur que, faute de mesurer les résultats, nous ne saurons pas si cela fonctionne ou s'il s'agit uniquement d'une idée grandiose. J'aimerais donc voir en premier s'il est possible d'intégrer la mesure des résultats.

Ensuite, je voudrais savoir si, en plus du financement des mesures d'incitation fondées sur l'activité et, comme en Ontario, actuellement, du financement des incitations fondées sur la qualité, on peut aussi, même à l'intérieur de l'hôpital, confier les soins à la personne compétente? Est-ce qu'on y travaille?

Par exemple, faut-il un médecin pour une intervention qu'une infirmière pourrait faire, par exemple, ou une sage-femme, n'importe qui d'autre, avec les mêmes résultats, mais à un coût moindre? Est-ce qu'on y voit?

• (1610)

**M. Jason Sutherland:** Je vais essayer de répondre à ces deux séries de questions.

En premier lieu, l'une de mes recommandations, que je crois vraiment importante, c'est de commencer à rassembler des mesures des résultats et des mesures auprès des patients, pour pouvoir les faire correspondre aux initiatives.

En fait, j'effectue en ce moment même la seule mesure des résultats dans la population, signalés par les patients, que financent les Instituts de recherche en santé du Canada, dans la région relevant des autorités sanitaires de la région côtière de Vancouver. Je pense que c'est une excellente initiative pour comprendre comment les mécanismes de financement modifient la dynamique des soins sensibles aux préférences et à l'offre, mais j'aimerais qu'on en élargisse la portée. Je pense qu'il y a incontestablement un rôle à jouer dans la publication de normes et dans la détermination des normes qui s'appliquent aux résultats, pour que nous puissions les comparer entre les opérations et à l'intérieur d'elles et entre les provinces et à l'intérieur d'elles, en ce qui concerne l'affectation des ressources.

Beaucoup de personnes travaillent à la question de l'efficacité et à celle des ressources humaines en santé que vous soulevez. Personnellement, c'est moins mon domaine, mais je sais que beaucoup d'efforts leurs sont consacrés.

**La présidente:** Merci.

Madame Fry, il vous reste en fait une trentaine de secondes.

**L'hon. Hedy Fry:** Vous en avez peut-être un peu plus à dire, monsieur Sutherland.

**M. Jason Sutherland:** Eh bien, j'aimerais revenir à la mesure des résultats déclarés par les patients qui, à mon avis, est d'une importance capitale pour l'avenir de notre système de soins de santé.

Actuellement, un seul pays, l'Angleterre, rassemble des mesures sur les résultats d'après la population, à partir d'un échantillon très limité de soins sensibles à l'offre et aux préférences. Je pense que l'échantillon devrait être représentatif de la population, pour nous donner une idée des secteurs où les ressources sont nécessaires et où les patients souffrent.

Nous devons commencer à rassembler ces données dès l'inscription des patients sur les listes d'attente, pas seulement avant et après les opérations qu'ils subissent, mais vraiment pendant tout leur parcours vers les soins. C'est quand ils se présentent dans le cabinet du médecin généraliste, souffrant de douleurs chroniques ou dans un état qui les dépasse et au moment où leur qualité de vie se détériore que nous devrions commencer les mesures.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Lobb.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Merci.

Docteur Guirguis, êtes-vous le seul propriétaire du centre chirurgical Lakeview ou êtes-vous en partenariat avec d'autres médecins?

**Dr Emad Guirguis:** Je suis le principal propriétaire.

**M. Ben Lobb:** D'accord. Vous avez donc utilisé vos propres fonds pour le concevoir et le construire, comme je pense que vous avez dit dans votre exposé.

**Dr Emad Guirguis:** Oui. Il a été financé... et c'était un projet ambitieux.

**M. Ben Lobb:** L'idée et la conception de l'immeuble, pour ne mentionner que cela, vous doivent beaucoup.

**Dr Emad Guirguis:** C'est exact.

**M. Ben Lobb:** Vous avez mentionné là-dedans tous les aspects techniques qui font partie de la conception de cet immeuble.

Comment est-ce qu'on fait? Existe-t-il pour cela des entreprises au Canada ou aux États-Unis? À qui vous êtes-vous adressé pour la conception et, essentiellement, la technologie à utiliser?

**Dr Emad Guirguis:** C'est une excellente question.

Je cherchais quelqu'un pour coordonner la réalisation de tout le projet, mais, malheureusement, il faut plus d'un coordonnateur pour la conception entière d'une clinique chirurgicale de pointe.

J'ai consulté les lignes directrices établies depuis plus de 20 ans par l'association canadienne des établissements de chirurgie ambulatoire. Il y en a des pages et des pages sur les normes de sécurité et d'efficacité d'une clinique chirurgicale. Je me suis essentiellement conformé à ces normes et je suis entré en contact avec des ingénieurs qui avaient des antécédents dans la conception des soins de santé et des architectes. En ce qui concerne la construction même, nous avons collaboré avec le service de construction de Barrie, en Ontario.

La construction a pris neuf mois. Le centre a ouvert en mai 2009. C'était un projet ambitieux. Il a fallu beaucoup d'énergie et de capitaux et, manifestement, les coûts d'exploitation sont élevés. Nous nous sommes aperçus, après coup, que nos capitaux étaient insuffisants, mais, heureusement, nous nous en sommes bien tirés.

**M. Ben Lobb:** Vous pourriez probablement nous parler une heure complète des innovations technologiques qui se trouvent dans votre immeuble.

**Dr Emad Guirguis:** Absolument, et je ne voulais pas que le message soit occulté par l'exemple de l'obésité. Je pense qu'il s'agit de deux sujets importants. J'ai utilisé l'obésité comme modèle pour dire que des cliniques extrahospitalières peuvent effectivement fonctionner absolument sans danger pour les patients et qu'elles sont susceptibles de faire économiser beaucoup d'argent aux contribuables. Je pense que c'est un message important que cet exemple envoie. Les collèges de partout au pays reconnaissent maintenant ce fait et concèdent des licences de sécurité aux installations.

En Ontario, par exemple, sur 350 établissements inspectés, 300 ont satisfait aux conditions et sont licenciés, mais l'immense majorité est destinée à la chirurgie esthétique. Lakeview se distingue par le fait qu'on y donne des soins de santé et des soins chroniques par l'entremise du programme « *lap band* ».

• (1615)

**M. Ben Lobb:** J'aurais aimé disposer d'une quinzaine de minutes pour vous poser toutes les questions que j'ai notées ici, mais il y en a une autre que je tenais à vous poser. Vous avez dit que le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario rembourse les coûts de l'opération, mais, visiblement, vous devez payer votre personnel et tous les autres coûts indirects. Est-ce que le remboursement couvre tous ces coûts ou, sinon, comment faites-vous...?

**Dr Emad Guirguis:** C'est une excellente question. Je pense qu'elle est de la toute première importance pour le concept de clinique extrahospitalière.

Au début, quand j'ai entrepris le projet, il était très altruiste et je voulais vraiment couvrir tout le champ de la chirurgie généraliste. J'ai dû ensuite me rendre à l'évidence que, en ce qui concerne le financement, il serait impossible d'effectuer la majorité des opérations financées par l'État tout en respectant la Loi canadienne sur la santé, que j'appuie.

Je crois que l'avenir des soins de santé, ce sont les opérations effectuées dans des établissements extrahospitaliers appartenant à l'entreprise privée, mais financés par l'État. Les soins sont donnés par le privé, si vous voulez, mais on continue de respecter...

**M. Ben Lobb:** Une dernière question, parce que mon temps sera bientôt écoulé.

Comme vous avez commencé en 2009, ce n'est pas comme si vous aviez une décennie d'expérience, mais possédez-vous des données, à des fins de comparaison, sur les infections que vos patients ont attrapées? Par rapport aux opérations en hôpital, comment vous comparez-vous? J'aurais tendance à penser que vous êtes loin devant.

**Dr Emad Guirguis:** Nous avons comparé nos données sur les opérations de hernies et nous avons constaté que nos résultats, pour une clinique extrahospitalière, étaient meilleurs. Notre examen a été objectif. Un étudiant en médecine a examiné nos résultats, et nous avons constaté une légère diminution, par exemple, des taux d'infection et d'autres résultats.

**M. Ben Lobb:** Une toute petite dernière question, parce que j'ignore tout de ce que vous faites.

Comment avez-vous appris à installer cela? Vous pensez probablement que c'est une question idiote, mais vous êtes médecin, alors comment avez-vous appris? Avez-vous été certifié pour cette opération? Pouvez-vous nous répondre en quelques secondes?

**Dr Emad Guirguis:** Il faut d'abord être chirurgien généraliste, détenteur d'un certificat de spécialité pour cette opération. Elle se fait par laparoscopie, c'est donc une méthode très peu invasive.

Nous possédions des compétences fondamentales, mais comme il s'agit d'une nouvelle opération, nous avons un mentor, un chirurgien qui a effectué plus de 1 000 de ces opérations. C'est un programme de mentorat systématique. Dans notre cas, il s'agissait du Dr Steve Miller, de Drummondville, au Québec. Il est venu à Lakeview nous montrer comment effectuer les quelques premières opérations. Ensuite, il a été assistant, puis il a cédé sa place et nous a observés. Après environ 25 opérations, il nous a certifiés et il a estimé que nous pouvions sans risque les effectuer seuls.

C'est un peu comme apprendre à piloter un nouvel avion. On possède déjà les compétences de base, mais il faut apprendre les particularités d'un mode opératoire particulier. Vous avez posé une excellente question.

**M. Ben Lobb:** Me reste-t-il du temps? Est-ce que j'ai encore une dizaine de minutes?

**La présidente:** Je suis désolée. J'aurais bien aimé, parce que vos questions étaient très intéressantes.

Nous pouvons passer à la prochaine série de questions, d'une durée de cinq minutes par intervention. Peut-être pourriez-vous persuader quelqu'un de vous laisser poser quelques questions.

Commençons par Mme Sellah.

[Français]

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

Je remercie nos deux invités de s'être déplacés ici pour nous éclairer un peu plus.

Ma question s'adresse à M. Sutherland.

J'ai écouté avec attention votre présentation. Vous avez dit que notre pays, le Canada, était le dernier des 11 pays développés sur le plan de l'accès à des soins de spécialité. Vous avez aussi parlé de la politique de financement axé sur la rémunération au rendement, qui visait à inciter les prestataires de soins de santé à répondre à certaines exigences.

J'aimerais savoir si, à votre avis, le financement axé sur la rémunération au rendement aiderait à promouvoir l'innovation dans les systèmes de santé. Également, pourriez-vous nous donner un exemple qui se pratique ici, au Canada, ou à l'étranger, s'il vous plaît?

• (1620)

[Traduction]

**M. Jason Sutherland:** Je pense que le financement en fonction de l'activité est une innovation au Canada. Cela ne signifie pas que c'est une innovation internationale, puisque de nombreux pays l'ont graduellement adopté. Le premier a été les États-Unis, à la fin des années 1970, puis certains États australiens, suivis, pour l'essentiel, par tous les pays nordiques, puis la France, l'Angleterre, l'Irlande, l'Allemagne et le Japon.

Bien que ce ne soit certainement pas une innovation, nous pouvons beaucoup apprendre de ces systèmes. Je ne pense pas qu'on puisse transposer tels quels ces systèmes très complexes dans un pays où la situation est très différente, comme ici, où les médecins sont payés à l'acte et où ils forment un groupe très puissant, sans oublier que le réseau d'hôpitaux est financé par allocations budgétaires globales. L'acclimatation au Canada sera très complexe. Voilà pourquoi je pense que c'est une façon très innovante pour l'Ontario et la Colombie-Britannique de s'y prendre de cette façon.

**La présidente:** Allez-y, madame Sellah, pour deux minutes.

[Français]

**Mme Djaouida Sellah:** Ma question s'adresse au Dr Guirguis.

Il y a d'autres traitements, d'autres méthodes pour combattre l'obésité, à part l'anneau gonflable.

Je voudrais d'abord savoir si le matériel que vous présentez ici est approuvé par Santé Canada.

J'aimerais ensuite que vous me disiez si ce ballon reste dans l'estomac du patient de façon définitive. Enfin, je voudrais savoir quels sont les effets secondaires et les risques de complications associés à ce ballon.

**Dr Emad Guirguis:** J'ai fréquenté l'école française en Égypte, mais à Barrie, on ne parle pas beaucoup le français. Alors si vous me le permettez, je vais vous répondre en anglais.

**Mme Djaouida Sellah:** Ce n'est pas un problème.

[Traduction]

**Dr Emad Guirguis:** Pour répondre à votre première question, oui, c'est approuvé par Santé Canada et la FDA.

Quant au ballon, il reste en place six mois. On travaille à mettre au point un ballon qui pourrait demeurer en place jusqu'à 12 mois. Mais il est expulsé. La probabilité de reprise de poids est donc supérieure qu'avec la *lap band*, parce que ce n'est pas un dispositif permanent.

Je devrais aussi mentionner, en réponse à la question de Patrick Brown, que le ballon a été approuvé d'abord par Santé Canada et ne l'a pas encore été par la FDA, malgré son innocuité et son efficacité éprouvées.

La troisième question portait sur les complications associées à la *lap band*; il y en a deux. Elle risque de glisser et de se déplacer. Cette complication a notablement diminué depuis la nouvelle conception de l'anneau, vers 2009. Il est maintenant conçu pour rester en place. Une technique permet de le suturer en place dans l'estomac. Donc, la première complication, le glissement est très rare.

La deuxième est l'érosion. L'anneau peut traverser la paroi stomacale par érosion. Habituellement, le saignement ne menace pas la vie, mais il peut se comporter un peu comme un ulcère. On peut le soigner. On intervient et on dénoue l'anneau. Dans la plupart des cas, l'érosion guérira spontanément. Il suffit de retirer l'anneau. Six mois plus tard, après guérison, on retourne en placer un autre. Le glissement aussi est facile à corriger. On remplace l'anneau et on le fixe de nouveau en aménageant un nouveau tunnel autour de l'estomac.

**La présidente:** Merci, docteur Guirguis.

Nous passons maintenant à Mme Block.

**Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à vous remercier tous les deux. J'ai trouvé vos propos très intéressants.

Docteur Guirguis, la semaine dernière, en Inde, j'ai pu visiter des cliniques chirurgicales à la fine pointe de la technique, dont le modèle de financement semble très semblable à celui que vous utilisez dans votre établissement privé. Mais il est indéniable que vous comptez sur vos honoraires pour pratiquer la chirurgie et ainsi de suite.

Je ne suis pas certaine de comprendre complètement l'entente qui existe entre un établissement comme le vôtre et la province. Est-ce que vous voudriez bien nous expliquer un peu plus?

• (1625)

**Dr Emad Guirguis:** Actuellement, en Ontario, il n'y a pas d'ententes précises concernant le financement, par la province, des établissements extrahospitaliers, sauf que nous pouvons effectuer des opérations financées par l'État et facturer uniquement nos honoraires pour l'opération. Voilà donc actuellement la situation dans laquelle fonctionnent les cliniques extrahospitalières.

Mais je reconnais que, dans plusieurs pays, on effectue des opérations financées par l'État, comme sur les hernies, la thyroïde et

ma spécialité, dans une clinique extrahospitalière qui reçoit l'argent de l'État. Je pense que c'est un modèle pour l'avenir. Le gouvernement de l'Ontario a déjà exprimé, dans plusieurs communiqués, qu'il aimerait voir augmenter le nombre d'opérations extrahospitalières. Deux exemples sont l'opération de la cataracte et l'endoscopie. Toutefois, dans le modèle actuel, si nous prenions en charge la masse des cas financés par l'État tout en ne pouvant facturer que les honoraires pour l'opération, nous ferions faillite. C'est la réalité pure et simple. D'un point de vue altruiste, j'aimerais pouvoir le faire, mais, pour la majorité des opérations financées par l'État, le financement fait simplement défaut.

**Mme Kelly Block:** Au sujet de la *lap band*, vous avez dit à un de mes collègues qu'il n'avait pas été difficile de la faire approuver par Santé Canada. Mais je suis sûre que, en raison de la méthode innovante d'exploitation de votre installation, vous avez dû vous battre contre une certaine lourdeur administrative. Pourriez-vous nous donner une idée des lourdeurs que les lois fédérales pourraient diminuer, pour aider à la création d'un plus grand nombre d'établissements comme le vôtre?

**Dr Emad Guirguis:** C'est une excellente question. Le plus gros obstacle fut la construction de l'édifice. Il a fallu neuf mois pour nous assurer que la bâtisse respectait les normes de construction et celles de la ville de Barrie par rapport aux exigences du code du bâtiment, du code de prévention des incendies et du code de sécurité sur les ascenseurs. Ensuite, il a fallu s'assurer que la clinique chirurgicale, en particulier, obéissait à la panoplie de critères, notamment en ce qui a trait à la stérilité des lieux, aux génératrices auxiliaires et aux procédures d'évacuation d'urgence. C'est ce qui a été le plus difficile.

Le processus d'inspection, auquel participent l'ACALCA et l'Ordre des médecins et chirurgiens, est très pénible. Il a fallu des mois de préparation. En Ontario, on ne peut pas ouvrir une clinique hors hôpital et se mettre à accueillir des patients comme on pouvait le faire il y a deux ou trois ans. Il faut suivre un processus très complexe.

Sur le plan du financement — et je me répète peut-être, mais c'est important —, nous espérons que le gouvernement fédéral appuiera les cliniques hors hôpital en disant qu'elles sont efficaces et sécuritaires, et qu'elles constituent une solution de rechange viable pour la prestation de soins de santé médicalement nécessaires financés par l'État. Nous voulons respecter la Loi canadienne sur la santé, tout en offrant des soins de santé nécessaires à la collectivité, et nous croyons que notre modèle nous permet de faire cela de façon rentable. Par exemple, nous pourrions répondre à des appels d'offres pour les chirurgies relatives au traitement de hernies ou pour régler un problème de la thyroïde ou d'autres chirurgies financées par l'État. Selon nous, ces patients n'ont pas besoin d'être hospitalisés; ils n'ont pas des maladies complexes nécessitant une admission aux soins intensifs. Nous croyons pouvoir offrir ces chirurgies en toute sécurité et de façon efficace en dehors des hôpitaux.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Morin, vous avez la parole.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Ma première question s'adresse au Dr. Sutherland.

Vous avez fait une belle présentation, mais j'ai été peiné par les informations que vous nous avez données. Vous avez fait un triste constat. En fait, le Canada se classe bon dernier dans plusieurs domaines, alors qu'on dépense beaucoup d'argent au Canada. Vous avez dit que les provinces et le gouvernement fédéral dépensaient 60 milliards de dollars pour les systèmes de santé, 30 milliards de dollars en médicaments et en frais de médecins, alors qu'il faut environ 12 mois avant de voir un spécialiste. C'est un portrait assez sombre.

Vous avez évoqué plusieurs pistes de solutions possibles pour améliorer la situation. Je ne m'attends cependant pas à ce qu'il y ait des changements du jour au lendemain. Vous avez évoqué la possibilité d'avoir recours davantage aux CHSLD pour désengorger les hôpitaux, donner un meilleur service à la population et peut-être même rendre les gens à domicile plus autonomes.

Il y a eu des accords sur la santé en 2004 et on y avait établi des objectifs. Certains domaines étaient plus critiques et le fédéral réservait des enveloppes spécialement pour ces secteurs. Croyez-vous que pour le prochain accord, qui devrait être conclu en 2014-2015, on devrait s'assurer qu'il y a une enveloppe réservée aux soins de longue durée?

C'est embêtant, parce que les provinces dépensent l'argent comme elles le désirent. Serait-il intelligent d'établir des barèmes ou des objectifs de rendement pour ces investissements plus particuliers, par exemple pour les soins de longue durée?

• (1630)

[Traduction]

**M. Jason Sutherland:** C'est une excellente question. Nous pourrions en parler pendant des heures. Je crois que le secteur des soins de longue durée est extrêmement important et en croissance, et qu'il offre de nombreuses possibilités d'harmonisation des fonds avec des objectifs.

Par exemple, dans le cadre de certaines initiatives en Ontario et en Alberta, les fonds dédiés aux centres de soins de longue durée sont harmonisés en fonction de l'acuité de la douleur, de la complexité clinique des cas et des besoins physiques des patients. Je crois qu'il s'agit d'étapes importantes pour d'autres secteurs en matière de financement axé sur les cas complexes ou sur les activités.

Cependant, il y a aussi des possibilités d'intégrer des mesures de la qualité, puisque l'on procède déjà à la collecte de données normalisée. Par exemple, si les patients qui reçoivent des soins médicaux de longue durée doivent constamment être hospitalisés de nouveau parce que les soins de plaies ou en physiothérapie qu'ils reçoivent dans certaines centres de soins longue durée ne sont pas adéquats, c'est un bon indice de la qualité des soins qui y sont offerts. On pourrait alors harmoniser le financement de ces établissements en fonction des objectifs que l'on veut atteindre, comme l'indépendance fonctionnelle ou la meilleure qualité de vie possible pour les patients concernés. Donc, oui, absolument.

**M. Dany Morin:** Je veux simplement m'assurer d'avoir bien compris. Vous dites que, dans le cadre du prochain accord sur la santé, les fonds fédéraux devraient être liés à des dossiers précis, comme les soins de longue durée. Laissez-vous entendre que les fonds devraient être transférés aux provinces seulement si elles atteignent certains objectifs?

**M. Jason Sutherland:** Je crois certainement que c'est possible. Mais, et je reviens à ma première recommandation, je crois que l'institut d'information sur la santé peut et doit faire des progrès relativement à la collecte de données normalisée dans les provinces

qui n'ont pas adopté cette pratique. Sinon, le gouvernement investit constamment des fonds sans savoir s'il obtient un bon rendement sur ses investissements.

Nonobstant ce fait, de nombreuses provinces font la collecte de ces données normalisées sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour déterminer le rapport coût-efficacité, la qualité et l'efficacité des soins offerts. Je crois que, dans ces provinces, il serait très facile d'évaluer les différents secteurs.

**M. Dany Morin:** Combien de temps me reste-t-il?

**La présidente:** Il vous reste environ 30 secondes.

**M. Dany Morin:** D'accord.

Dites-vous, également, que les agences nationales de santé devraient jouer un plus grand rôle ou qu'elles devraient diffuser davantage les pratiques exemplaires?

**M. Jason Sutherland:** En ce qui a trait à l'Institut canadien d'information sur la santé, je crois qu'elle pourrait être beaucoup plus proactive sur le plan de la collecte de données dans les provinces, car, pour le moment, cette collecte se fait sur une base volontaire dans plusieurs provinces. Si ces provinces ne disposent pas de l'infrastructure nécessaire, physique ou électronique, les données ne sont pas versées dans le système.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Morin, pour ces très bonnes questions.

Monsieur Lizon, vous avez la parole.

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

Merci aux témoins d'avoir accepté notre invitation. J'aimerais d'abord m'adresser au Dr Guirguis.

Je ne suis pas encore certain de bien comprendre comment les choses fonctionnent en Ontario. Vous dites que vous respectez la Loi canadienne sur la santé et que les interventions sont payées par le gouvernement provincial par l'entremise du RAMO.

Dans le cas de cette procédure pour la gestion de l'obésité, cela représente quel pourcentage du coût total?

• (1635)

**Dr Emad Guirguis:** Je ne suis pas sûr de bien comprendre votre question.

**M. Wladyslaw Lizon:** Combien facturez-vous aux patients pour cette intervention?

**Dr Emad Guirguis:** Le coût total est de 18 000 \$. Cela comprend l'intervention et, essentiellement, les soins à vie.

**M. Wladyslaw Lizon:** Quelle partie de cette somme est couverte par le RAMO?

**Dr Emad Guirguis:** Zéro.

**M. Wladyslaw Lizon:** Dans ce cas-ci, le régime ne couvre aucuns frais.

**Dr Emad Guirguis:** Dans le cas de la gestion de l'obésité, le RAMO couvre les frais pour d'autres interventions, comme le pontage gastrique ou la gastrectomie longitudinale qui consiste à réduire la taille de l'estomac, mais il ne couvre pas la procédure de l'anneau gastrique.

**M. Wladyslaw Lizon:** La procédure de l'anneau gastrique n'est pas couverte. Y a-t-il des interventions que vous pratiquez et qui sont couvertes par le RAMO?

**Dr Emad Guirguis:** Oui. On en faisait davantage au début. Nous faisons des chirurgies pour le traitement des hernies, de problèmes de thyroïde...

**M. Wladyslaw Lizon:** D'accord. Prenons les hernies.

**Dr Emad Guirguis:** Ces interventions sont toutes couvertes.

**M. Wladyslaw Lizon:** Prenons les hernies. Vous dites que le RAMO ne couvre que l'intervention. Les frais connexes ne sont pas couverts. Qui assume ces frais?

**Dr Emad Guirguis:** C'est nous.

**M. Wladyslaw Lizon:** C'est vous qui assumez ces frais. Donc, vous ne les refitez pas aux patients.

**Dr Emad Guirguis:** Non, et c'est le dilemme. Dans la structure actuelle, le modèle de financement actuel n'est pas viable. Donc, j'ai décidé que, pour le moment, je ne ferais plus ces interventions. Nous espérons qu'à l'avenir, et le gouvernement provincial est d'accord, nous pourrions faire davantage d'interventions totalement et proprement financées par l'État, comme c'est le cas dans les hôpitaux, par exemple, des chirurgies des cataractes, des endoscopies ou des chirurgies pour traiter des hernies. Ces interventions sont couvertes lorsqu'elles sont pratiquées dans les hôpitaux, mais nous croyons pouvoir les faire de façon plus rentable.

**M. Wladyslaw Lizon:** Donc, je suppose que cette même intervention — la chirurgie des hernies — coûte plus cher lorsqu'elle est pratiquée dans un hôpital que dans votre établissement. Par conséquent, les hôpitaux feraient des économies s'ils vous confiaient ces chirurgies. Est-ce ce qu'ils font?

**Dr Emad Guirguis:** Le gouvernement ontarien vient d'amorcer la discussion concernant les chirurgies des cataractes et les endoscopies.

Non seulement ce serait plus rentable de faire affaire avec nous, mais nous croyons pouvoir pratiquer ces interventions plus efficacement et ainsi réduire considérablement les délais d'attente.

Comme le soulignait M. Sutherland, lorsque certaines interventions payées par l'État sont assujetties à des délais d'attente, comme les opérations pour des cancers, les arthroplasties de la hanche et les chirurgies des cataractes, cela a un impact sur les autres interventions, comme les chirurgies pour le traitement des hernies et les chirurgies pour retirer la vésicule biliaire. Ces chirurgies sont essentiellement remises à plus tard. Au Lakeview Surgery Centre, nous recevons des appels de patients en grande douleur ou qui ont des crises de la vésicule biliaire. Ils ne sont pas toujours admis à l'hôpital en temps opportuns. Nous aimerions les aider, puisque nous avons les locaux et le personnel qualifié nécessaires, mais nous ne sommes pas financés par l'État pour les traiter.

Mais nous pourrions réduire considérablement les délais d'attente, ce qui permettrait aux gouvernements fédéral et provinciaux de réaliser de grandes économies.

À mon avis, le modèle de soins de santé devrait respecter les dispositions de la Loi canadienne sur la santé tout en permettant aux cliniques hors hôpital de pratiquer des chirurgies ambulatoires, comme des chirurgies générales, pour retirer la vésicule biliaire et pour le traitement des hernies et des problèmes de thyroïde. Les délais d'attente seraient réduits et le gouvernement ferait de grandes économies.

**M. Wladyslaw Lizon:** D'accord. J'aurais maintenant quelques questions techniques à vous poser au sujet de cette intervention, l'anneau gastrique. Une fois l'anneau et le câble installés, comment ça fonctionne? Est-ce celui-ci que l'on ajuste?

**Dr Emad Guirguis:** Oui. Ceci s'appelle la chambre d'accès. Elle est vide à l'intérieur...

**M. Wladyslaw Lizon:** Où va-t-elle?

**Dr Emad Guirguis:** Elle est attachée au muscle dans la partie gauche de l'abdomen. Vous ne la voyez pas. Elle est cousue sous le muscle.

**M. Wladyslaw Lizon:** Comment y avez-vous accès?

**Dr Emad Guirguis:** Notre infirmière, qui elle aussi a subi cette intervention, soit dit en passant, fait les ajustements. Elle demande au patient de se coucher sur le dos, sur un oreiller, pour que son dos soit légèrement cambré. Ensuite, elle le palpe pour trouver la chambre d'accès. À l'aide d'une aiguille spéciale qui ne fonctionne que dans un sens, elle injecte une solution saline dans la chambre d'accès qui est vide et reliée à l'anneau ajustable par ce tuyau. La solution fait gonfler l'anneau qui se resserre, un peu comme une ceinture. Au fur et à mesure que le patient perd du poids et que sa taille diminue, nous ajustons l'anneau.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Lizon, pour cette question très intéressante.

**M. Wladyslaw Lizon:** Déjà?

**La présidente:** Je vous ai laissé 20 secondes de plus, monsieur Lizon.

**M. Wladyslaw Lizon:** Merci, madame la présidente. Je vous en suis reconnaissant.

**La présidente:** Il n'y a pas de quoi.

J'aimerais souhaiter la bienvenue au comité à M. Rankin.

Monsieur, vous avez la parole pour cinq minutes.

• (1640)

**M. Murray Rankin (Victoria, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci aux deux témoins pour leurs excellents exposés.

J'aimerais d'abord m'adresser à M. Sutherland. Dans votre exposé, vous avez souligné trois approches qui pourraient fonctionner. Vous avez parlé de précédents, en Ontario, en matière de financement axé sur les activités et la qualité. Ensuite, vous avez abordé une innovation américaine — que vous n'avez pas eu le temps de nous expliquer en détail, je crois — que vous avez appelé les paiements regroupés, et qui vise à briser les structures traditionnelles. Si je ne m'abuse, vous avez prétendu que cela pourrait fonctionner dans certaines provinces.

Comment cela fonctionnerait-il au Canada? A-t-on une idée de ce que cette pratique pourrait nous apporter?

**M. Jason Sutherland:** En fait, le paiement regroupé est un montant fixe remis à la clinique pour couvrir tous les aspects financiers et les risques cliniques associés à un patient pour une période de temps déterminée. Prenons l'exemple d'une arthroplastie du genou. La clinique reçoit une somme — comme dans le cadre de l'initiative fédérale concernant les délais d'attente — pour couvrir tous les coûts, y compris les soins médicaux, les soins hospitaliers et les soins de réadaptation, qu'ils soient donnés dans un hôpital, une clinique externe ou à la maison.

Pendant cette période, si le patient doit être hospitalisé de nouveau, c'est la clinique qui assume les frais. Puisque cela coûte très cher, nous cherchons à offrir des soins très efficaces afin que le patient puisse se concentrer sur sa réadaptation.

Cette pratique est mise à l'essai aux États-Unis afin de voir si elle permet d'améliorer les résultats et de réduire les coûts.

J'ai mené quelques recherches sur le sujet en Ontario. Selon les bases de données des Américains sur l'utilisation, techniquement, les paiements regroupés pourraient fonctionner. Donc, c'est aussi techniquement réalisable ici, dans certaines régions. Cette pratique pourrait fonctionner pour plusieurs types d'interventions.

**M. Murray Rankin:** Pour revenir à la question de mon collègue, M. Morin, vous dites que le gouvernement fédéral devrait exiger des provinces qu'elles fournissent certaines données. Le financement serait alors lié au respect de cette exigence? Cela serait-il conforme au transfert canadien en santé ou est-ce que ce serait une nouvelle façon de faire les choses?

**M. Jason Sutherland:** Ce serait une nouvelle approche. Cependant, je crois que ce genre d'incitatif permettrait d'obtenir ces données parfois coûteuses, mais combien importante pour nous aider à passer au prochain niveau.

Par exemple, si on exigeait des provinces qu'elles fournissent les résultats signalés par les patients, elles pourraient les annexer aux données de routine qu'elles recueillent déjà en matière d'hospitalisation. Ainsi, nous aurions le point de vue des patients sur les résultats de leurs interventions ou leur expérience.

Ça pourrait être un peu voire très dispendieux à établir, quoique l'infrastructure pour la collecte de données relatives à l'hospitalisation est en place depuis de nombreuses années.

**M. Murray Rankin:** Sur le plan institutionnel, qui entre Santé Canada et l'ICIS serait le mieux placé pour jouer le rôle de centre d'échange auquel vous faites allusion?

**M. Jason Sutherland:** L'ICIS. L'institut recueille déjà toutes sortes de données d'utilisation, y compris des données sur les patients en clinique externe et les patients hospitalisés, ainsi que des données sur les soins de longue durée, en établissement ou à domicile.

**M. Murray Rankin:** Si j'ai bien compris — en lisant entre les lignes —, vous en avez assez d'avoir à faire la diffusion. Vous préféreriez faire de la recherche. Personne au fédéral ne se charge de diffuser l'information.

Donc, vous proposez un nouveau mandat pour l'ICIS.

**M. Jason Sutherland:** Je crois que l'institut hésite à réunir toutes les données pour donner une vue d'ensemble des soins offerts aux Canadiens. Sauf votre respect, je crois que ce dossier aurait beaucoup d'incidences sur la politique et la vie privée, mais les provinces peuvent réduire ces incidences. D'ailleurs, elles le font déjà.

Mais je crois que l'institut a l'expertise technique nécessaire. Si cela nous permet d'améliorer l'efficacité et la rentabilité du financement, alors oui, c'est ce que je propose.

**M. Murray Rankin:** Ai-je le temps pour une autre question?

**La présidente:** Il vous reste une minute.

**M. Murray Rankin:** Merci.

Vous avez dit, et c'est curieux, que le Royaume-Uni semble être le seul pays à analyser les résultats signalés par les patients. Ça me paraît étrange. Pourquoi les autres pays n'en font-ils pas autant? Ne voient-ils pas la valeur ajoutée de ces renseignements?

**M. Jason Sutherland:** Au Royaume-Uni, on a suivi un modèle très intéressant dans lequel on a établi un lien entre les honoraires de médecin et la collecte de données sur les résultats observés par les

patients. Les médecins sont donc tenus de donner comme consigne à leurs patients de recueillir des données sur les résultats qu'ils ont observés chez eux avant et après une intervention chirurgicale pour pouvoir comprendre les changements qui s'opèrent sur une courte période chez un patient.

Premièrement, ce n'est que pour cinq types de chirurgies, en fonction de la préférence ou de la demande: ligature de veines, hernies, hanches, genoux et un autre.

Ils visent vraiment des secteurs dans lesquels ils estiment pouvoir rehausser l'efficacité des soins offerts et la rentabilité.

• (1645)

**La présidente:** Merci, monsieur Sutherland.

Merci, monsieur Rankin.

La parole est maintenant à M. Wilks.

**M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci aux témoins d'être ici.

Monsieur Sutherland, j'aimerais parler des patients qui requièrent un autre niveau de soins, surtout avec le vieillissement des baby-boomers. Bien des gens se retrouveront dans cette situation au cours des 20 ou 30 prochaines années.

Je crois comprendre qu'environ 14 p. 100 des lits d'hôpitaux au Canada sont occupés par des patients qui pourraient recevoir leur congé, mais qui ont besoin d'un ANS. La recherche indique qu'un grand nombre de ces patients dans les établissements de soins de courte durée entraîne des conséquences importantes, comme l'augmentation des mouvements d'effectifs en raison des pressions liées aux taux d'occupation élevés dans les hôpitaux, des réductions dans la disponibilité des lits pour les patients qui se présentent à l'urgence, le transfert d'établissement et les chirurgies non urgentes. Par ailleurs, les patients ANS qui font des séjours prolongés dans les hôpitaux sont exposés à des risques qui causent plus de 70 000 effets indésirables évitables par année.

J'ai quatre questions. Je vais vous les poser et vous pourrez y répondre comme vous pouvez. Quels coûts les patients ANS représentent-ils pour le système de soins de santé? Quels sont les facteurs structurels dans le système de santé qui entraînent des séjours prolongés dans les hôpitaux pour les patients qui n'ont plus besoin de soins de courte durée? Quel rôle pourraient jouer les politiques de financement de la santé à cet égard? Y a-t-il des pratiques exemplaires au Canada ou à l'étranger pour réduire le nombre de patients ANS dans les établissements de soins de courte durée? Dans l'affirmative, pouvez-vous fournir des exemples au comité?

**M. Jason Sutherland:** Ce sont quatre excellentes questions. Le genre que je poserais à mes étudiants des cycles supérieurs dans un examen final.

**M. David Wilks:** Et vos réponses seront évaluées.

**M. Jason Sutherland:** Très bien.

Il est clair que les coûts de l'ANS ne sont pas bien reconnus. Une grande partie du prix à payer est en fait la souffrance des patients qui n'ont pas accès aux lits qui sont occupés.

Simple précision: les patients ANS sont des patients hospitalisés qui sont prêts à recevoir leur congé, mais qui ne peuvent être placés dans la collectivité. Ils engorgent les hôpitaux et causent indirectement l'engorgement des urgences. Je ne connais pas les coûts, même si je suis en conscient du fait que les hôpitaux utilisent l'ANS comme technique de réduction des coûts pour rester en deçà du budget global. Cela signifie qu'ils n'utilisent pas pleinement l'ANS. Ce sont les patients les moins coûteux dans un hôpital. Ils requièrent le minimum de soins infirmiers, le minimum de médicaments, et ils seront remplacés par des patients très coûteux.

Deuxièmement, pour ce qui est des facteurs structurels de l'ANS, dans bien des collectivités, le manque de ressources est attribuable aux fournisseurs communautaires. Par exemple, les patients gériatriques ou ceux qui ont des troubles du comportement sont plutôt rares et difficiles à placer. Le milieu des soins postactifs n'a pas les ressources pour accepter des patients nécessitant des soins très intensifs ou à différents niveaux d'intensité, ou de recevoir du financement qui leur est associé, parce qu'ils reçoivent un budget global. Ces patients coûteux sont perçus comme des inducteurs de coûts plutôt que de revenus.

Cela nous amène à la troisième question sur la façon d'aligner les politiques incitatives ou de créer des politiques incitatives pour réduire l'ANS. Le premier point a montré que pour avoir un solide secteur des soins postactifs, il faut le financer et aligner le financement avec le type de soins que l'on veut offrir. S'il est difficile et coûteux de placer des patients, il faut presque en faire des patients qui génèrent des revenus pour les fournisseurs de soins postactifs. Ils généreront plus de revenus pour qu'il soit possible de construire des installations spécialisées et d'embaucher ou de former du personnel pour s'occuper de ces patients.

Finalement, nous en venons aux pratiques exemplaires qui réduisent l'ANS. Je n'en connais pas, car cela semble être un problème bien canadien. En fait, il existe dans chaque province d'un océan à l'autre. Les taux varient dans certaines provinces. À l'échelle internationale, on contourne le problème en renforçant les effectifs et en augmentant les coûts des soins de santé communautaire. Si nous en faisons autant et ajoutons des soins de santé communautaire pour réduire l'ANS, cela provoquerait une utilisation accrue des hôpitaux, ce qui pourrait être avantageux pour nous.

Il n'y a pas de pratiques exemplaires, mais il y a certainement lieu d'accroître les ressources des centres de soins communautaires pour sortir ces patients des hôpitaux. Comme vous l'avez fait remarquer, en fonction de ma recherche, c'est très bon pour bien des patients ANS hospitalisés, c'est bon pour le personnel hospitalier, et cela peut même réduire les délais d'attente pour les patients qui nécessitent des soins hospitaliers.

• (1650)

**La présidente:** Monsieur Sutherland, je pense que nous allons tous vous donner A+, car vous vous en êtes très bien tiré. Merci.

Monsieur Carrier, la parole est à vous.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Il y a tant de questions à poser en peu de temps, mais j'aimerais continuer dans la même veine que mon collègue et parler de l'autre niveau de soins et des statistiques qu'il a mentionnées. Il pourrait y avoir jusqu'à 70 000 effets indésirables évitables à cause des gens à qui on ne donne pas leur congé. Cette statistique est simplement incroyable. Certains points ont été soulevés aujourd'hui comme le différent modèle de paiement. Le Dr Guirguis a dit que le modèle de financement que nous avons actuellement n'est pas viable.

C'est un véritable défi dans notre pays. Comment intégrer la concurrence dans le secteur des soins de santé à la Loi canadienne sur la santé? Cela semble très compliqué.

Monsieur Sutherland, vous avez parlé brièvement des fournisseurs communautaires. Je crois comprendre qu'en Grande-Bretagne, par exemple, lorsque les personnes diabétiques reçoivent leur congé, on fait un suivi à domicile. Autrement dit, on évite une réhospitalisation coûteuse; cela réduit considérablement les coûts. Mais au Canada, nous semblons avoir tendance à privilégier les soins les plus coûteux.

Les provinces paieront un médecin pour qu'il fasse des visites à domicile. Je suis chiropraticien. Bien des personnes âgées ont des problèmes musculosquelettiques. Nous avons accueilli des auxiliaires médicaux qui offrent des services paramédicaux communautaires, qui coûteraient bien moins cher au système, surtout si vous donnez ces congés et essayez d'éviter que ces personnes soient hospitalisées de nouveau.

Avec la recherche que vous faites, qui est financée par les IRSC ou l'ICIS si je comprends bien, je me demandais si quelqu'un s'était déjà penché sur les économies que l'on pourrait réaliser si l'on demandait aux provinces de ne pas favoriser certains professionnels en particulier? Par exemple, il est moins coûteux pour une femme de recevoir des soins postnataux à domicile d'une sage-femme que de se rendre plusieurs fois à l'hôpital. Comme je l'ai dit, il y a toutes sortes de services — ceux d'auxiliaires médicaux et d'ergothérapeutes —, mais ils ne peuvent élaborer de régime provincial à cause de cet a priori. Est-ce que quelqu'un s'est déjà penché sur la question d'instaurer de la concurrence dans le système?

**M. Jason Sutherland:** Oui. De mon point de vue, je pense que c'est une question vraiment épineuse, car si on ajoute différents types de fournisseurs de soins dans le secteur communautaire, ils offriront des soins de santé de qualité aux personnes qui en ont besoin. Comme vous l'avez dit, nous avons tendance à privilégier les soins les plus coûteux, c'est-à-dire les soins hospitaliers. Si nous n'avons pas la volonté de fermer ces lits d'hôpitaux, ils seront occupés par d'autres personnes. Ces personnes seront ensuite hospitalisées de nouveau, et nous nous retrouverons encore avec des patients nécessitant un autre niveau de soins dans ces lits ou nous devrons offrir des soins en fonction de la préférence ou de la demande. Mais ces lits seront remplis à moins d'être fermés.

**M. Colin Carrie:** D'accord, alors nous devons dire aux provinces...

**M. Jason Sutherland:** On ne fera qu'ajouter des dépenses aux dépenses qu'on a déjà.

**M. Colin Carrie:** Voilà. Il ne semble pas y avoir de modèle pour envisager une façon novatrice d'offrir des services communautaires. Comme mon collègue l'a si bien dit, avec les changements démographiques, alors que nous vieillissons tous un peu...

**M. Jason Sutherland:** Je ne serais pas aussi pessimiste.

**M. Colin Carrie:** Oh, c'est bien.

**M. Jason Sutherland:** Je crois que certaines des innovations dont nous avons parlé — par exemple, les paiements groupés, qui permettent de moderniser le domaine de compétence des fournisseurs de santé et d'offrir différents types de soins spécialisés, mais de concert avec des politiques qui réduisent la capacité d'offrir des soins hospitaliers — peuvent être réalisées de manière à ne pas entraîner de coûts; cela dit, il y a des compromis à faire. Il est très compliqué au niveau politique de fermer des lits d'hôpitaux, mais il y a des possibilités, alors je ne suis pas pessimiste.

**M. Colin Carrie:** Me reste-t-il encore du temps?

**La présidente:** Oui, il vous reste une minute.

**M. Colin Carrie:** D'accord.

Pour continuer avec la question du vieillissement de la population, nous ne formons pas suffisamment de gérontologues, par exemple, pour répondre aux besoins des 20 prochaines années. Avez-vous étudié les différents modèles de paiement? À l'heure actuelle, au Canada, nous avons le service payant — la plupart des médecins sont payés à la consultation — par opposition au salariat. Avez-vous étudié différents modèles susceptibles d'être profitables au fur et à mesure que notre population vieillit? Comme je l'ai dit, pouvons-nous commencer à faire appel à des professionnels capables d'offrir les services dans leur champ d'activité à bien meilleur marché pour les provinces?

• (1655)

**M. Jason Sutherland:** J'aimerais préciser que je ne suis pas spécialiste des ressources humaines dans le domaine de la santé, mais je sais qu'il est possible de modifier les groupements de professionnels de la santé qui offrent des soins. Cela dit, parallèlement, bien des coûts attribuables au vieillissement de la population sont attribuables à l'intensité croissante des services de soins de santé offerts. À titre d'exemple, nous avons des techniques de diagnostic novatrices, de nouvelles thérapies coûteuses, et aussi des appareils. Ils accroissent les coûts tout comme le vieillissement de la population, alors je pense que nous devons les étudier en tenant compte de certains inducteurs de coûts.

**La présidente:** Merci, monsieur Carrie. Merci beaucoup, monsieur Sutherland.

La parole est maintenant à Mme Fry.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci, madame la présidente.

Je pense que l'idée de recueillir des données et de vider les hôpitaux est essentielle à votre message, monsieur Sutherland.

Je sais que toute cette question de l'efficacité des ressources humaines dans le domaine de la santé n'a pas du tout été mise à l'essai.

Il s'agit de questions importantes qui figuraient dans le modèle de 2004 découlant de l'accord, que les gens devaient examiner et sur lesquelles ils devaient se concentrer. Par exemple, il y a des modèles de soins communautaires — pour enchaîner sur ce que M. Carrie disait — et je sais que, à des endroits comme Calgary, on suivait le modèle interdisciplinaire dans lequel on faisait appel à différents professionnels de la santé pour offrir les soins adéquats. Dans le cadre de projets pilotes, ces groupes de fournisseurs de soins communautaires étaient récompensés en fonction du nombre de personnes qui n'étaient pas hospitalisées grâce à eux. Alors en fait, ils libéraient des lits d'hôpitaux en offrant ces services communautaires... et des soins infirmiers à domicile. Ils étaient capables de faire un suivi auprès des gens et de les garder en santé, de leur éviter l'hospitalisation, et d'utiliser les soignants appropriés.

Parce qu'on leur a donné un incitatif et on les a récompensés pour avoir évité à un certain nombre de patients d'être hospitalisés, il y avait un modèle d'incitatifs.

La clinique que j'ai visitée à Calgary a montré qu'elle avait réduit de 25 p. 100 les taux d'hospitalisation. Avons-nous des renseignements semblables pour tout autre modèle de ce type qui aurait été mis en place après la signature de l'accord de 2004? Les connaissez-vous? Les avez-vous suivis?

**M. Jason Sutherland:** Je crois que l'Institut de recherche en services de santé a des données concernant ses équipes de santé familiale en Ontario. Je ne connais pas les évaluations et les résultats, mais je crois qu'on commence à en avoir.

Je sais que, dans le cas du groupe de Calgary, il n'y a pas d'évaluations officielles concernant l'efficacité de ces interventions ou du regroupement des fournisseurs. Il n'y a pas non plus d'évaluations des nouvelles équipes de soins primaires formées et mises en place en Colombie-Britannique.

**L'hon. Hedy Fry:** Elles existent depuis maintenant quatre ou cinq ans? Alors on retourne à la collecte de données. On retourne au besoin de recueillir des informations, des données, etc., et de les diffuser correctement.

**M. Jason Sutherland:** Oui, je pense qu'il y a vraiment lieu d'avoir un responsable national — et j'appuierais la création de ce poste — capable de cerner rapidement des soins de qualité élevée novateurs, efficaces et rentables, de diffuser rapidement cette information et d'aider les provinces à aussi les mettre en place rapidement.

Bien des innovations relatives à la réorganisation et à la prestation de soins de santé ne sont pas évaluées de cette façon. Alors nous saurons seulement qu'elles coûtent quelque chose, mais nous ne connaissons aucun résultat y étant associés.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci.

**La présidente:** Il vous reste une minute, madame Fry.

**L'hon. Hedy Fry:** Pourquoi ce fait-il que le modèle du Royaume-Uni, qui examine les mesures des résultats observés par le patient... Par exemple, la ligature des veines n'est pas une intervention majeure. Avez-vous une idée de la raison pour laquelle ils ont choisi ces interventions mineures au lieu d'examiner des interventions plus coûteuses?

**M. Jason Sutherland:** Ils ont choisi leurs procédures de façon très stratégique, car ils ont choisi les chirurgies en fonction de la préférence ou de la demande et probablement dans les domaines de spécialités chirurgicales où il y avait le moins de résistance ou au sein de groupes de chirurgiens qui cherchaient à faire valoir qu'ils avaient besoin d'un surcroît de financement. Alors je pense qu'ils se sont appuyés sur ces trois facteurs pour faire leur choix.

De plus, je pense que pour eux, c'est une question d'évaluer s'ils ont ou non la capacité nécessaire pour établir un lien entre les données sur les coûts, les données sur l'hospitalisation et, maintenant, les données sur les résultats observés par les patients. Il est remarquable que ces efforts aient porté fruits et qu'ils puissent maintenant discuter de l'efficacité à l'échelle de la population. Même si le programme ne semble pas être en voie d'expansion, je pense que nous devrions examiner la chose d'un oeil critique.

• (1700)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Fry.



Nous avons terminé deux rondes complètes de questions. Je suggère que nous nous arrêtions là à moins que le comité souhaite continuer. Nous pourrions faire une autre ronde, mais je ne suis pas certaine que tout le monde ait une liste de questions. Que voulez-vous que nous fassions?

**Mme Libby Davies:** J'aimerais poser une question de plus, si possible.

**La présidente:** Nous allons suivre la procédure habituelle...

Y a-t-il d'autres questions?

Monsieur Carrie?

Nous allons procéder à la deuxième ronde.

**Mme Libby Davies:** Ou peut-être que chacun pourrait poser une question supplémentaire?

**La présidente:** Nous procéderons dans les règles de l'art ou pas du tout.

Nous allons donc retourner aux rondes de questions de sept minutes, et nous commencerons avec Mme Davies.

**Mme Libby Davies:** Pourquoi ne pas simplement faire une ronde de questions de cinq minutes, ou même poser une question brève?

**La présidente:** D'accord, nous allons faire une ronde de questions de cinq minutes, si vous voulez. Nous poserons seulement une question chacun?

**Une voix:** Une seule chacun, oui, pourquoi ne pas procéder de cette façon?

**La présidente:** D'accord.

Madame Davies, la parole est à vous.

**Mme Libby Davies:** Oui, c'était ce que je suggérais.

La question que je voulais vous poser, monsieur Sutherland, est la suivante. Vous avez beaucoup parlé des hôpitaux, et je me demandais simplement si vous appliquiez votre recherche et le travail que vous faites au Centre for Health Services and Policy Research à d'autres secteurs, comme celui des soins primaires, par exemple. Cela me semble être une question importante aussi pour ce qui est de la rémunération à l'acte et de la façon dont ce modèle fonctionne ou plutôt ne fonctionne pas.

Et ma question supplémentaire est la suivante: qui d'autre mène cette recherche au Canada? Cela semble être une question si importante. Est-ce que la recherche se fait surtout en milieu universitaire et dans les centres de recherche? Je sais que vous recevez du financement des IRSC, mais y a-t-il un autre organe qui le fasse à l'échelon fédéral? Je suis simplement curieuse de connaître l'importance que nous accordons à cette question. Ou êtes-vous en train d'innover dans ce domaine?

**M. Jason Sutherland:** Je vais essayer de répondre précisément aux questions. Je ne suis pas un spécialiste de l'évaluation des interventions dans le domaine des soins de santé primaires, surtout en ce qui touche le côté prestation de services. Je sais qu'il existe des réseaux de chercheurs qui s'intéressent aux soins de santé primaires au Canada. En Colombie-Britannique, en Alberta et dans les Maritimes, la recherche dans le domaine des soins de santé primaires est très vaste. Je suis spécialiste des soins de santé communautaire, donc tout soin non primaire offert à l'extérieur d'un hôpital, et les modèles de financement qui s'y rapportent, en plus des soins hospitaliers.

Comme vous l'avez fait remarquer à juste titre, c'est sur ces questions que je me suis concentré plutôt que sur les soins de santé primaires.

Un autre point est qu'il y a très peu de chercheurs qui s'intéressent aux politiques de financement et à l'évaluation de ces politiques dans le contexte des systèmes de soins de santé, et qui étudient l'efficacité du modèle de soins de santé et des interventions qu'on y fait au Canada. Je crois qu'il y a seulement quelques chercheurs subventionnés par les IRSC dans ce domaine au pays, et j'aimerais vraiment qu'il y en ait davantage.

**La présidente:** Merci.

Monsieur Carrie, vous aviez une question.

**M. Colin Carrie:** Oui, merci beaucoup.

Et merci encore à nos témoins.

Monsieur Sutherland, tout d'abord, j'aimerais que vous nous parliez davantage de la rémunération à l'acte par rapport aux salaires. J'ai des amis qui sont médecins et, pour eux, le fait d'avoir toute une série de malades gériatriques... il faut une heure et demie par patient. Ce n'est donc pas très rentable. Essentiellement, dans le modèle de la rémunération à la carte, on peut seulement consulter peut-être, tout au plus, 16 patients par jour. Certains de ces patients pourraient même nécessiter plus de temps.

Je me demande donc si vous pouvez nous proposer des solutions pour ce qui est de la rémunération à l'acte par rapport aux salaires.

Mon autre question s'adresse au Dr Guirguis, en ce qui concerne les services regroupés. Là encore, je constate qu'il y a un parti pris. Supposons que je sois un patient et je veuille me rendre à votre clinique. Si vous allez m'offrir ce service, alors oui, la RAMO versera un paiement à vous, le chirurgien. Par contre, dans un hôpital, tout est payé: la salle d'opération, le médecin, le personnel infirmier, ainsi que les soins de suivi à l'hôpital pendant deux ou trois jours, ou peu importe.

À l'heure actuelle, vous absorbez certains de ces coûts, mais relativement à l'idée des services regroupés, pensez-vous que votre modèle de prestation innovateur permettrait de réaliser des économies dans le système, si les services regroupés étaient plus accessibles? Y a-t-il des gains d'efficacité dans ce type de situation?

J'aimerais d'abord entendre M. Sutherland, puis le Dr Guirguis, si cela vous convient.

**M. Jason Sutherland:** Je serai heureux de commercer.

Il y a des preuves que la rémunération à l'acte encourage les médecins à consulter plus de patients. Lorsqu'on est payé à l'acte, cela nous incite à travailler plus et à traiter plus de patients. Toutefois, dans le cas des médecins qui ont des cas plus difficiles que la moyenne ou des patients atteints d'une maladie plus grave que la moyenne, c'est certainement un désavantage lorsqu'ils sont payés ainsi, par rapport à la moyenne.

En revanche, certains indices permettent de croire que les médecins salariés ne manquent pas d'imposer des limites quant au nombre d'heures de travail qu'ils sont disposés à faire. Ils sont moins disposés à travailler sur appel, plus portés à rentrer chez eux à 17 heures — ce genre de choses.

C'est justement la raison pour laquelle je recommande qu'on définisse d'abord ce qu'on veut atteindre, pour ensuite établir les incitatifs financiers en conséquence. À mon avis, ce qui risque de fonctionner au Canada, c'est un modèle qui combine le salaire à un paiement à l'acte partiel afin d'encourager les gens à travailler plus, si c'est ce que nous voulons.

● (1705)

**La présidente:** Madame Fry, avez-vous une question?

**L'hon. Hedy Fry:** M. Carie a posé une question très intéressante.

**La présidente:** Excusez-moi. Je suis désolée. Cela m'a échappé. Aviez-vous une question, monsieur Carie?

**M. Colin Carie:** J'avais une deuxième question qui s'adressait au Dr Guirguis, mais s'il ne me reste plus de temps...

**La présidente:** J'en suis vraiment navrée. Allez-y. Je suis désolée, madame Fry.

**Dr Emad Guirguis:** J'aimerais commencer par la bonne nouvelle, à savoir que les innovations dans le domaine des soins de santé permettent d'économiser de l'argent. Il nous arrive souvent de perdre cela de vue. Par exemple, quand j'étais à l'Université d'Ottawa, notre protocole pour la chirurgie de la vésicule biliaire était en pleine transition: au lieu d'une procédure ouverte, nécessitant une grande incision, suivie d'une hospitalisation de sept jours et d'un arrêt de travail de six semaines pour guérison, nous avons adopté la technique chirurgicale par laparoscopie.

Au début, les patients devaient rester une nuit à l'hôpital, puis une fois rentrés chez eux, ils recevaient deux visites du personnel infirmier. Par la suite, nous avons réduit cela à une seule visite. En examinant les coûts sur le plan des services sociaux et des soins de santé, nous avons découvert que nous réalisions une économie importante en ce qui concerne les coûts sociaux, sans oublier les avantages liés à la guérison et au retour au travail. Je parle là uniquement de l'expérience générale à Ottawa.

Cela dit, je crois que la prochaine étape consiste à pousser plus loin l'innovation et à se mettre à pratiquer la chirurgie ambulatoire dans des installations extrahospitalières. À mon avis, nous pouvons économiser de l'argent et, comme je l'ai dit, réduire les temps d'attente.

Nous sommes inondés d'appels téléphoniques de gens des quatre coins du pays qui veulent profiter de nos services. De toute évidence, grâce à l'accès électronique aux renseignements, à tout le moins, nous obtenons régulièrement des coups de téléphone de patients de plusieurs provinces qui veulent savoir si nous pouvons les opérer au niveau de la vésicule biliaire ou de la hernie en temps opportun parce qu'ils doivent attendre de neuf à douze mois et parfois même plus longtemps pour ce genre d'interventions chirurgicales ou pour une opération des poignets au niveau du tunnel carpien.

Nous aimerions bien être capables de le faire. Il n'y a aucune limite, pour ainsi dire, quant à la disponibilité de nos salles d'opération. Ainsi, dans une installation extrahospitalière, nous pourrions fournir un accès plus rapide et plus rentable à des services regroupés, comme vous l'avez dit.

**La présidente:** Merci.

Madame Fry, aviez-vous une question?

**L'hon. Hedy Fry:** Oui, merci.

J'allais donner suite à la question de M. Carie sur les modèles de paiement, c'est-à-dire s'il faut payer un salaire aux médecins ou les rémunérer à l'acte. Je suis vraiment heureuse d'entendre M. Sutherland dire qu'on obtient de très bons résultats grâce à une combinaison des deux modèles parce que les données montrent qu'il y a une faible productivité.

Quand on touche un salaire, on fait sa journée de travail, on rentre à la maison à 17 heures et on ne veut pas recevoir d'appels à la maison ni faire toute autre chirurgie d'urgence. Résultat: la productivité baisse. Il faudra donc plus de gens pour effectuer le même travail. Et il faudra payer des salaires à ces gens supplémentaires.

En même temps, certaines tâches se prêtent au travail salarié. Par exemple, il faut du temps pour s'occuper de personnes ayant une déficience cognitive, comme les patients gériatriques ou les patients atteints d'une maladie psychiatrique. Bref, j'ai été très contente de vous entendre soulever ce point parce qu'il y a quelque temps, on avait l'impression qu'il fallait choisir entre l'un ou l'autre des deux modèles, que l'un était meilleur ou pire que l'autre et que c'était à prendre ou à laisser.

Mène-t-on actuellement des études au Canada sur ces modèles et la façon dont ils fonctionnent? C'est la question que je vous pose, Jason.

Vous avez ensuite ouvert une boîte de Pandore, madame la présidente, parce que ma question est simplement la suivante. Nous savons tous qu'un des cinq principes de l'assurance-maladie et de la Loi canadienne sur la santé concerne l'administration publique, sans nécessairement inclure la prestation publique. Des preuves permettent de conclure que la prestation privée des services peut alléger le fardeau du secteur public, à condition que le fournisseur de services privé respecte la Loi canadienne de la santé à la lettre, c'est-à-dire qu'il accorde des contrats conformément à la loi et qu'il n'a pas recours à la surfacturation.

D'après vous, comment cela fonctionnera-t-il par rapport à l'expansion des types de services dont vous parlez?

J'aimerais d'abord entendre Jason parler des travaux réalisés dans ce domaine.

**M. Jason Sutherland:** Deux chercheurs au Canada étudient l'impact de l'utilisation d'incitatifs sur la productivité des médecins; je peux certainement vous donner les références plus tard et vous faire parvenir les études en question.

● (1710)

**Dr Emad Guirguis:** Premièrement, je crois qu'une des questions dont nous n'avons pas discuté concerne les services médicalement nécessaires. Par exemple, le gouvernement de l'Ontario a examiné le barème des prestations pour déterminer quels services sont assurés et lesquels ne le sont pas. Conclusion: certaines des procédures financées par le secteur public ne sont pas, pour ainsi dire, médicalement nécessaires. Il s'agit de cas comme les lipomes, les kystes bénins ou les grains de beauté bénins qui ne posent aucune menace pour la santé médicale du patient.

À mon avis, nous devons examiner cette question à l'échelle fédérale et provinciale. Qu'est-ce qui est médicalement nécessaire? Parce que certains services qui figurent actuellement sur le barème des prestations pourraient ne pas être médicalement nécessaires.

Deuxièmement, devrait-on financer à 100 p. 100 les installations extrahospitalières de propriété privée? Ce serait en toute conformité avec le régime des provinces, en ce qui concerne la Loi canadienne sur la santé. Cela dit, une des difficultés consiste à déterminer comment trouver le juste milieu entre l'autonomie et le respect de la Loi canadienne sur la santé. Par exemple, quand il s'agit de restreindre le nombre de procédures, comment s'y prendre pour déterminer ce chiffre? Je pense que toutes ces questions doivent être examinées dans le cadre d'un dialogue.

**La présidente:** Merci infiniment.

Je vous remercie d'être venus témoigner devant nous aujourd'hui. C'était bien de vous avoir eu comme invités, rien que vous deux, parce que vous aviez plus de temps pour élaborer vos réponses. Je tiens à vous remercier de vos observations éclairées.

Merci également aux membres du comité.

La séance est levée.

---





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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