



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 060



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 25 octobre 2012**



**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 25 octobre 2012

• (1140)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Mesdames et messieurs, bonjour. Nous avons un horaire très chargé aujourd'hui.

Nous accueillons ce matin d'éminents invités, et je vous demande toute votre attention parce que nous devons faire quelque chose d'inhabituel.

Du Réseau télémédecine Ontario, nous accueillons le Dr Ed Brown. Le Dr Brown participe à la discussion par vidéoconférence.

Nous entendrons également le Dr Kendall Ho.

Est-ce que vous m'entendez, messieurs? Est-ce que le son est bon?

**Dr Ed Brown (directeur général, Réseau télémédecine Ontario):** Oui, merci.

**Dr Kendall Ho (directeur et professeur, eHealth Strategy Office, Faculté de médecine, University of British Columbia):** Oui, merci.

**La présidente:** Docteur Brown, je crois que le Dr Rossos se joindra lui aussi à nous par vidéoconférence et qu'il aura une présentation PowerPoint à faire.

Je vous vois, derrière, docteur Rossos. Dans un instant, nous regarderons votre présentation.

Commençons par les vidéoconférences. Chers collègues, nous entendrons trois déclarations préliminaires faites par vidéoconférence. Dans le cas du Dr Rossos, il ne se contentera pas de participer par vidéoconférence, il utilisera aussi la technologie pour nous faire une présentation PowerPoint.

Mesdames et messieurs les membres du comité, est-ce que j'ai toute votre attention? Parfait. Vous avez des exemplaires de cette présentation PowerPoint sous les yeux.

Je vous présente aussi nos deux autres témoins: le Dr Glen Geiger, de l'Hôpital d'Ottawa — soyez le bienvenu —, et le représentant de l'Inforoute Santé du Canada, M. Richard Alvarez. Est-ce docteur Alvarez ou monsieur? Vous avez été promu, ce matin.

**M. Richard Alvarez (président et chef de la direction, Inforoute Santé du Canada):** Ou rétrogradé: c'est une question de point de vue.

**La présidente:** Je remercie nos témoins d'être venus.

Docteur Fry, allez-y.

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

Nous sommes en retard, je le sais, en raison du vote, et je demande à nos témoins de bien vouloir nous excuser, mais je veux aujourd'hui déposer une motion. Le comité pourra en discuter ultérieurement, mais je veux la présenter dès maintenant. La voici:

Que, le Comité entreprenne une étude de la section 13 de la partie 4 du projet de loi C-45, Loi n° 2 portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 29 mars 2012...

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** J'en appelle au Règlement.

**La présidente:** Pardon, docteur Fry, un de nos collègues invoque le Règlement.

**L'hon. Hedy Fry:** ... et mettant en oeuvre d'autres mesures, et qu'il fasse rapport de ses conclusions à la Chambre des communes au plus tard le lundi 5 novembre 2012.

**La présidente:** Monsieur Lobb.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Madame la présidente, je sais que vous avez donné la parole à Mme Fry. Je pense qu'elle sait bien que nos témoins attendent. En outre, elle peut parfaitement lire sa motion pendant le temps qui lui est alloué pour les questions. Donc, je l'encourage, si c'est ainsi qu'elle choisit d'utiliser son temps, ses cinq minutes ou ce qu'elle aura, à le faire quand son tour viendra, si c'est ce qu'elle considère comme sa priorité aujourd'hui.

**La présidente:** Docteur Fry, nous avons prévu 15 minutes pour les affaires du comité à la fin de la réunion. Pourriez-vous s'il vous plaît nous laisser écouter les témoins que nous avons ici?

**L'hon. Hedy Fry:** Certainement, madame la présidente. Je voulais simplement présenter ma motion au comité en séance publique, parce que nous avons tendance à faire les choses à huis clos, et dans ce cas personne ne sait ce qui se passe.

**La présidente:** Pouvons-nous écouter nos témoins?

**L'hon. Hedy Fry:** J'ai terminé, madame la présidente. J'ai lu ma motion.

**La présidente:** Pouvons-nous écouter nos témoins?

**L'hon. Hedy Fry:** Oui. Nous pourrions examiner la motion ultérieurement.

**La présidente:** Parfait.

Nous allons d'abord donner la parole aux témoins qui comparaissent par vidéoconférence, en commençant par le Dr Peter Rossos.

Vous avez préparé une présentation PowerPoint. Vous avez 10 minutes, docteur Rossos.

**Dr Peter Rossos (dirigeant principal des renseignements médicaux, Réseau universitaire de santé):** Bonjour, madame la présidente, bonjour, mesdames et messieurs les membres du comité. Je suis honoré de pouvoir participer à vos travaux ce matin.

Je veux d'abord faire le bilan de la situation actuelle de la cybersanté et de la télésanté au Canada, puis je vous donnerai un exemple de services de télésanté au sein d'une organisation particulière, le Réseau universitaire de santé. Je formulerai ensuite quelques recommandations en matière de cybersanté et de télésanté.

Vu le nombre de cliniciens qui sont ici aujourd'hui, j'ai pensé qu'il serait opportun de commencer par examiner un cas. Notre pays est vaste, et notre modeste population est distribuée le long de la frontière Canada-États-Unis. L'une des variables clés est que nous sommes tous en train de vieillir.

En raison de cette situation et d'autres facteurs, le total des dépenses au titre de la santé augmente de façon exponentielle, ce qui menace la viabilité de notre système. En comparaison d'autres pays de l'OCDE, nous dépensons beaucoup par habitant.

En ce qui concerne l'adoption du dossier médical électronique dans les hôpitaux, j'attire votre attention sur le modèle de maturité de l'analyse de la HIMSS. Il est divisé en sept étapes. Aux États-Unis, actuellement, plus de 21 p. 100 des hôpitaux en sont à la cinquième de ces sept étapes. Par contre — et ces données nous viennent de l'Association des hôpitaux ontariens —, la majorité des hôpitaux canadiens se trouvent encore dans la moitié inférieure de cette échelle.

Si nous regardons les dossiers médicaux électroniques et les systèmes d'information hospitaliers au Canada, nous pouvons dégager certaines tendances. Les dossiers médicaux électroniques communautaires sont souvent des solutions locales produites par de petits fournisseurs. Elles sont mises en place dans le cadre de programmes provinciaux et nationaux et elles portent souvent sur les soins primaires plutôt que sur les soins spécialisés ou interdisciplinaires.

Dans les hôpitaux, la majorité d'entre nous utilisons les solutions de fournisseurs étrangers, qui tournent souvent sur des plates-formes existantes. Pour compiler l'information, nous avons recours aux dossiers de santé électroniques régionaux nouveaux ou existants. Souvent, ce sont des systèmes qui font intervenir des consortiums de grandes entreprises canadiennes, Telecom Canada, par exemple, et des solutions commerciales étrangères.

Il ne faut surtout pas oublier qu'une partie de notre combat, au moins sous l'angle organisationnel des soins de santé, découle de ce que la majorité des systèmes existants n'ont pas été conçus pour la prestation de soins valables. Cet état de choses crée des difficultés en termes de déroulement du travail, de structure des bases de données et d'interopérabilité.

Du point de vue des soins de santé, les difficultés sont liées aux normes, à l'interopérabilité, à l'adaptation, à la fragmentation du marché, à la réglementation ainsi qu'à l'adoption par les utilisateurs. Nous devons prendre un peu de recul et nous demander ce que nous pouvons faire qui soit abordable, réalisable, efficace et adaptable et qui respecte l'esprit, la structure et les valeurs de la Loi canadienne sur la santé.

Depuis 10 ans, l'Inforoute Santé du Canada nous a beaucoup aidés à progresser dans cette direction. Ici, je vous présente le modèle proposé pour la solution du dossier médical électronique pancanadien. Je suis certain que M. Alvarez le commentera.

Pour l'instant, je m'appuierai sur le programme de télésanté du Réseau universitaire de santé que nous utilisons à Toronto pour illustrer la façon dont une organisation de soins de santé particulière peut appliquer certaines technologies de communication et d'information.

Nous utilisons les technologies de l'information et des communications pour dispenser des services de santé et offrir un savoir-faire et de l'information à distance. Cela peut se faire en temps réel ou en retransmission, dans les domaines de la télépathologie ou de la téléradiologie. Nous utilisons les services de télésanté pour compléter nos initiatives de soins axés sur le patient et limiter les déplacements, les coûts, les délais, l'inconfort et, dans bien des cas, le risque non négligeable que courent les patients qui doivent se déplacer pour recevoir des soins spécialisés qui ne sont pas offerts localement. Nous avons aussi calculé les avantages environnementaux. Cela figure dans une annexe de ma présentation. En dernière analyse, ce que nous voulons tous, c'est de faire ce qu'il faut pour aider nos patients.

● (1145)

Au Réseau universitaire de santé, la majorité des services de télésanté sont dispensés dans le cadre de vidéoconférences interactives tenues dans des réseaux protégés, un peu comme le témoignage que je vous présente aujourd'hui. Nous essayons de reproduire une visite en personne par l'entremise du Réseau télémédecine Ontario, dont le Dr Brown vous parlera. Nous dispensons également des soins dans d'autres provinces, malgré de sérieux obstacles soulevés par la réglementation.

Sur ce graphique, vous voyez que dans la majorité des hôpitaux tertiaires et quaternaires l'accent porte principalement sur les soins médicaux et chirurgicaux avancés, la cancérologie et les greffes. La diapositive suivante montre que le volume de travail augmente de façon exponentielle depuis 10 ans, même si les coûts des programmes sont relativement fixes et que l'équipe demeure très modeste. Sur le plan géographique, la majorité de nos services sont dispensés en Ontario, mais nous menons aussi certains programmes à l'échelle nationale.

J'aimerais offrir quelques suggestions pour la suite des choses.

Premièrement, je crois qu'il importe de s'attaquer aux questions touchant la conception des systèmes de TI du domaine de la santé ainsi que les stratégies de télésanté. Nous devons trouver des solutions aux maladies chroniques pour réduire la morbidité et les coûts qui y sont associés et atténuer la courbe que nous vous avons montrée il y a un instant. Nous devons mieux relier les patients et les fournisseurs de soins du point de vue de l'efficacité et de la qualité, habiliter les patients à mieux gérer leur maladie et accroître leur efficacité, et raccorder les fournisseurs entre eux pour prévenir les erreurs médicales.

Deuxièmement, sur le plan de la technologie nous pouvons faire beaucoup mieux. Pour réaliser des économies d'échelle, nous pouvons regrouper, moderniser et remplacer nos systèmes et nous pouvons améliorer la connectivité et l'interopérabilité entre les systèmes existants. Nous pouvons aussi combler des lacunes importantes pour encourager et financer l'innovation de façon entrepreneuriale en appuyant la recherche-développement de technologies et les initiatives de commercialisation et en créant et en renforçant des communautés cliniques qui seront à même de promouvoir des pratiques exemplaires et des normes de soin ainsi que d'encourager la production de rapports et l'adoption de la technologie. Nous pouvons promouvoir les pratiques exemplaires de TI avec des applications agiles à moindre coût, grâce à l'utilisation de la technologie du Web, à une meilleure application des services d'analyse et à des progrès dans le domaine de la médecine et des soins personnalisés.

Certes — et c'est le troisième paradigme —, rien de tout cela ne peut être concrétisé si nous n'avons pas la gouvernance et la responsabilité appropriées. C'est évidemment là que les dirigeants comme vous entrent en scène, pour nous aider à harmoniser nos efforts en fonction des soins au patient et de la gestion des maladies chroniques et à établir des comparaisons avec l'étranger pour atteindre nos objectifs sur les plans des résultats en santé, de l'accès, de la qualité et de la sécurité, pour que les investissements consentis dans notre système de santé contribuent effectivement à l'atteinte de nos cibles en matière de performance et d'adoption.

Dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé, il faut que les patients et les fournisseurs de soins soient suffisamment mobiles, et les services de télésanté et le renforcement des communautés de soins nous permettent d'appuyer l'universalité et l'accessibilité.

Je suis un clinicien. Je participe à la mise en place de ce processus depuis presque 15 ans et je demeure optimiste et passionné. Je pense que nous pouvons tous collaborer — patients, fournisseurs de soins, payeurs et gestionnaires, industrie et innovateurs — pour atteindre ces buts. Je pense que le travail que vous faites est très positif. Je vous remercie encore de m'avoir permis de contribuer à la discussion aujourd'hui.

• (1150)

**La présidente:** Merci beaucoup. J'ai bien aimé votre présentation PowerPoint.

Nous allons passer au témoin suivant, puis à la période de questions.

Je demande à mes collègues de ne pas oublier les importants invités qui discutent par vidéoconférence. Je suis très heureuse qu'ils aient pris le temps de participer à notre réunion.

Écoutons maintenant le représentant du Réseau télémédecine Ontario, le Dr Ed Brown, qui en est le directeur.

Docteur Brown, vous avez 10 minutes.

**Dr Ed Brown:** Merci beaucoup, madame la présidente, et merci aux membres du comité. C'est un véritable plaisir et un honneur pour moi de venir aujourd'hui exposer l'histoire du Réseau télémédecine Ontario.

Nous sommes une entreprise indépendante et sans but lucratif qui dispense des services de télémédecine en Ontario. Nous sommes financés principalement par le gouvernement ontarien, en vertu d'une entente de transfert. Nous avons plusieurs partenaires clés — l'Inforoute Santé du Canada, la Keewaytinook Okimakanak Telemedicine et Cybersanté Ontario.

Nous sommes un des réseaux de télémédecine les plus étendus et les plus actifs du monde. Nous, Canadiens, sommes généralement modestes, mais nous pouvons probablement reconnaître que Télésanté Ontario et le Canada sont des chefs de file mondiaux dans le domaine de la télémédecine.

Je sais également que vous êtes bien conscients du fait que l'Ontario occupe un vaste territoire. La province couvre plus d'un million de kilomètres carrés et compte environ 13 millions d'habitants. Bien des gens vivent dans les régions rurales, et l'immense région septentrionale de la province comprend environ un million d'habitants.

La télémédecine a débuté à la fin des années 1990, pour répondre au défi que constituait la prestation de services de santé à une population aussi largement répartie. Nous utilisons les vidéoconférences interactives, les appareils médicaux électroniques, notamment des stéthoscopes numériques, des caméras d'examen à l'épaule, des

instruments pour les examens d'oto-rhino-laryngologie et divers autres dispositifs. Grâce à ce matériel, les médecins et autres fournisseurs de soins peuvent examiner un patient à distance comme s'il était dans leur cabinet.

Au début des années 1990, quatre ou cinq hôpitaux collaboraient pour offrir quelques services, en orthopédie et cardiologie notamment, à une poignée de patients qui vivaient loin des spécialistes. Pendant l'exercice 2011-2012, plus de 200 000 patients ont reçu des soins de cette façon en Ontario. Ces services ont été exécutés par près de 1 700 consultants dans pratiquement toutes les spécialités, y compris la santé mentale, la médecine interne, l'oncologie, la chirurgie et la réadaptation. Vous venez d'entendre le porte-parole de l'un de nos principaux partenaires, le Dr Peter Rossos, du Réseau universitaire de santé.

Nous appuyons actuellement plus de 1 500 sites dans la province. Il y a plus de 3 000 plates-formes de vidéoconférence. Tous les hôpitaux participent à ces activités, avec plus de 125 équipes de santé familiale, 72 centres de santé communautaire, 350 organismes de santé mentale, 94 établissements de soins de longue durée, 65 centres d'accès communautaires, 10 centres d'accès aux soins de santé autochtones et même 13 prisons, dont 8 prisons fédérales en Ontario. Les six écoles de médecine utilisent le réseau. L'un de nos principaux partenaires est la Keewaytinook Okimakanak Telemedicine. En intégrant ses services, nous pouvons rejoindre 30 collectivités éloignées dans le Grand Nord ontarien.

Quand les patients utilisent les services de télémédecine, ils n'ont pas besoin de se déplacer pour recevoir des soins. Au total, les déplacements évités aux patients s'élevaient l'an dernier à 207 millions de kilomètres. Cela correspond à environ 275 allers-retours jusqu'à la lune ou 5 200 fois la circonférence de l'équateur. Cela vous donne une idée des trajets ainsi évités.

En outre, les habitants du Nord ontarien ont droit à une subvention du gouvernement lorsqu'ils doivent se déplacer, et les 108 millions de kilomètres que nous avons évités l'an dernier représentent donc des économies d'environ 45 millions de dollars au titre des subventions. Comme le Réseau télémédecine Ontario a un budget de base de seulement 22,5 millions de dollars, c'est-à-dire environ la moitié du montant économisé, nous croyons qu'il constitue un investissement plutôt judicieux pour notre gouvernement, ne serait-ce que de ce point de vue.

L'autre bonne nouvelle, c'est qu'en rendant tous ces déplacements inutiles nous avons évité la consommation de 22 millions de litres d'essence l'an dernier, ce qui aurait rejeté 57 millions de kilogrammes de polluants dans l'atmosphère. C'est une conséquence fortuite, car nous cherchons simplement à améliorer les soins, mais nous découvrons que la télémédecine est verte et écologique!

• (1155)

Outre les consultations régulières que j'ai décrites, le Réseau télémédecine Ontario appuie aussi divers services d'urgence. Nous avons une initiative TéléAVC provinciale, une autre pour les brûlures, des services d'interprétation gestuelle, des services de crise en santé mentale, des soins critiques, et un projet pilote de traumatologie.

Nous avons recours à la même technologie pour exécuter un programme d'éducation très dynamique. Nous avons appuyé quelque 14 000 activités éducatives l'an dernier, et environ 16 000 réunions, comme celles que nous tenons aujourd'hui. Cela représente une moyenne de 18 activités éducatives à l'heure pour chaque jour ouvrable, et ce, pendant toute l'année.

Ces dernières années, nous avons aussi mis en place des services technologiques très prometteurs en santé mentale. Nous avons un service de télésoins à domicile pour faciliter au personnel infirmier la surveillance et l'encadrement à distance de personnes qui souffrent de maladies chroniques graves. Il y a plusieurs années, nous avons mené dans ce secteur un programme pilote auprès de 800 patients pour lesquels nous sommes arrivés à réduire des deux tiers les taux d'hospitalisation. Cela est fort prometteur.

Nous avons aussi créé un service de cyberconsultation en vertu duquel les fournisseurs de soins primaires peuvent transmettre des données et des images à un spécialiste. Par exemple, si quelqu'un a un grain de beauté ou une irritation cutanée, le généraliste peut la photographier et transmettre l'image à un dermatologue en y joignant une foule de données électroniques. Le dermatologue examinera tout cela le même jour ou la même semaine et communiquera son diagnostic. Les spécialistes sont beaucoup plus efficaces ainsi, et les patients sont plus rapidement traités. Dans nos groupes de discussion, par exemple, alors qu'il faut attendre six mois ou plus pour voir un dermatologue en personne, nous constatons que les patients qui ont recours à ce service obtiennent une consultation en cinq ou dix jours, tout au plus. C'est une très nette amélioration de l'accès.

Nous essayons d'élargir ces programmes. Nous avons récemment adopté des systèmes de vidéoconférence sur PC et sur dispositifs mobiles pour faciliter partout la tenue de vidéoconférences. Nos programmes de télésoins et de cyberconsultation connaissent une rapide expansion en termes de patients et de spécialités. Nous sommes en effet convaincus que ces services sont essentiels, ils sont indispensables pour améliorer l'accès aux soins et, de fait, assurer la viabilité du système de santé. Si nous voulons un système de santé viable, nous devons recourir à l'innovation. Nous devons trouver des solutions technologiques pour améliorer les processus. En Ontario, nous mettons les bouchées doubles pour arriver à ce but. En réalité, malgré nos chiffres impressionnants, nous avons à peine effleuré la surface. Il y a beaucoup de travail à faire pour intégrer la télémédecine aux soins de santé au pays.

En terminant, je veux vous remercier tous, en particulier parce que vous ignorez peut-être l'immense contribution que le gouvernement fédéral a apportée à la télémédecine en Ontario ces dernières années.

Le gouvernement fédéral, dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé, le PPICS, a financé la mise sur pied de trois réseaux de télémédecine dans la province. De fait, sans le PPICS les activités de télémédecine n'auraient probablement pas autant d'ampleur aujourd'hui. En 2006, l'Inforoute Santé du Canada et le ministère ontarien de la Santé ont financé de concert l'intégration de ces trois réseaux pour créer ce qui est aujourd'hui le Réseau télémédecine Ontario.

Depuis, l'Inforoute Santé du Canada a financé un important projet d'expansion et d'adaptation du Réseau télémédecine Ontario, appelé STEP. En partenariat avec le ministère ontarien de la Santé elle a aussi financé le pilote de télésoins et elle finance maintenant l'expansion de notre programme de télésoins. Notre collaboration avec le fédéral, et en particulier avec l'Inforoute, a été très fructueuse. C'est une collaboration éclairée. Je voulais simplement souligner toute l'aide que vous nous avez fournie pour lancer ces initiatives, leur donner de l'expansion et assurer leur succès.

Merci de nous avoir invités.

●(1200)

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur Brown. Vous êtes fort aimable de reconnaître ainsi les bons offices du gouvernement. Le comité vous en est reconnaissant.

Passons maintenant au Dr Kendall Ho, directeur et professeur au bureau de stratégie de cybersanté à la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique.

Soyez le bienvenu, docteur Ho. Merci de participer à la discussion. Vous avez 10 minutes pour présenter votre déclaration préliminaire.

**Dr Kendall Ho:** Merci, madame la présidente.

Mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la santé, c'est un honneur pour moi de participer à cette séance sur la cybersanté et la télémédecine.

D'après un rapport de 2012, il y a dans le monde plus de gens qui ont accès à un téléphone mobile qu'il n'y en a qui ont l'électricité et l'eau potable. Les Canadiens sont plongés dans les technologies modernes de l'information et des communications. Ils ont par exemple des téléphones intelligents, des appareils informatiques portables et des ordinateurs qui leur permettent de se raccorder à l'Internet, aux médias sociaux et aux applications, et ils les utilisent quotidiennement pour faire des transactions bancaires, planifier leurs déplacements, investir et se prévaloir des services gouvernementaux. Bien sûr, les Canadiens se servent aussi de ces technologies pour s'occuper de leur santé et vivre plus sainement. En 2010, Statistique Canada a constaté que huit Canadiens sur 10 dans le groupe des 16 ans et plus utilisaient l'Internet à des fins personnelles. Soixante-quatre pour cent d'entre eux, c'est-à-dire près des deux tiers, consultent en ligne de l'information sur la médecine et la santé.

La cybersanté, le recours aux ordinateurs, aux téléphones intelligents et à d'autres dispositifs informatiques pour dispenser des services de santé, n'est pas une simple théorie, elle améliore véritablement la santé. Divers exemples ont déjà été mentionnés. Les habitants des régions rurales et éloignées du pays voient les médecins et les infirmiers dans des centres médicaux et ils en reçoivent des services de santé et de consultation qui ne peuvent être dispensés dans leurs propres collectivités. Les citoyens utilisent les messages textes pour cesser de fumer ou se rappeler de prendre leurs médicaments afin d'en tirer tous les avantages. Les gens utilisent des téléphones intelligents pour vérifier leur rythme cardiaque, les distances parcourues ou la durée de leur séance d'exercice ou encore pour envoyer automatiquement un courriel et demander de l'aide s'ils tombent alors qu'ils sont seuls à la maison. Les gouvernements surveillent l'état de santé des citoyens grâce aux dossiers de santé électroniques afin de mieux investir les budgets de santé en fonction des besoins particuliers de la population.

La preuve que la cybersanté améliore le système de santé canadien est irréfutable. Les possibilités et les défis qui s'offrent à nous n'ont pas trait à l'utilité de la cybersanté, mais plutôt à la façon d'intégrer la cybersanté dans le système de santé au Canada.

Il y a six ans, par exemple, mon fils, qui avait 12 ans à l'époque, m'a demandé pourquoi nous ne pouvions pas prendre rendez-vous avec notre médecin en ligne. Je crois que la question est encore pertinente aujourd'hui pour la majorité des citoyens du Canada.

Et est-ce que nous pouvons consulter nos renseignements de santé et nos résultats de laboratoire, de radiographie ou de biopsie en ligne et demander ainsi à notre médecin ou à un infirmier de nous aider à les comprendre?

Les choses s'améliorent. Grâce au leadership de l'Inforoute Santé du Canada, en particulier, nous constatons des améliorations. Il faut toutefois accélérer cette évolution pour que les Canadiens puissent bénéficier plus rapidement et plus facilement des services de cybersanté.

En me fondant sur l'expérience du bureau de stratégie de cybersanté de la Faculté de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique, j'ai quelques suggestions à faire au Comité permanent de la santé.

Premièrement, comment pouvons-nous mobiliser les professionnels de la santé dans le domaine de la cybersanté, en partenariat avec nos patients et la population? Il s'est avéré que les patients dont les fournisseurs de soins de santé utilisent la technologie sont beaucoup plus susceptibles d'y recourir eux-mêmes. De nombreux professionnels de la santé se servent des outils de la cybersanté, mais de nombreux autres ne le font pas, parce que ce n'est pas ainsi qu'ils fonctionnent à l'heure actuelle ou parce qu'ils comprennent ou connaissent mal l'éventail des services de cybersanté qui pourraient être utiles à leurs patients.

Nous devons sensibiliser les professionnels de la santé au moyen de l'éducation permanente. Nous devons inscrire la cybersanté au programme des écoles de médecine, de sciences infirmières et de pharmacie ainsi qu'à d'autres programmes de formation des professionnels de la santé, pour favoriser leur adhésion. Il nous faut encourager les professionnels de la santé à collaborer avec la population pour découvrir comment la technologie peut améliorer la communication et aider les patients à obtenir de meilleurs résultats en santé et pour vraiment mettre en pratique les concepts et les méthodes de la médecine personnalisée.

● (1205)

À l'Université de la Colombie-Britannique, la Faculté de médecine dispense de la formation en cybersanté. Nous planifions des conférences et des activités d'éducation permanente pour aider les professionnels de la Colombie-Britannique — médecins, infirmiers, pharmaciens — à intégrer immédiatement la cybersanté à leur activité professionnelle à l'échelle provinciale. Nous collaborons avec les patients qui relèvent du ministère britanno-colombien de la Santé, dans le cadre de programmes de partenariat, pour faire participer la population à la cybersanté.

Il existe des exemples de la façon dont la population et les professionnels de la santé peuvent être encouragés à collaborer dans ce domaine.

Deuxièmement, nous devons examiner les lacunes de notre système actuel et trouver des façons de recourir à la cybersanté pour les corriger — il faut agir avec sagesse. N'adoptons pas la technologie la plus récente, la plus perfectionnée dans le domaine de la santé, simplement pour le plaisir. Comment pouvons-nous déterminer quels sont les outils innovateurs et rentables que nous offre la technologie pour relever les défis du système de santé?

Comment la technologie peut-elle aider à domicile les citoyens qui ne sont pas en mesure de se déplacer pour recevoir des services de santé? Comment pouvons-nous exploiter la technologie pour aider les patients qui quittent le service d'urgence ou obtiennent leur congé de l'hôpital — je suis moi-même urgentologue — et qui ont besoin d'aide et de surveillance à la maison en attendant d'être entièrement rétablis? Songez aux habitants des régions rurales, qui ne devraient pas avoir à parcourir de longues distances et à passer des heures sinon toute une journée sur la route pour se présenter à un rendez-vous de 15 minutes pendant lequel un spécialiste fera un suivi régulier après une opération ou, peut-être, des tests quelques

semaines auparavant. Pensez à l'inconvénient, à l'inconfort, aux difficultés que présentent de tels déplacements.

Dans ces situations comme dans bien d'autres, nous n'avons pas besoin de technologies de pointe pour assurer le bien-être des patients et améliorer la qualité des soins. Il nous faut trouver des moyens d'intégrer les technologies dont nous disposons aujourd'hui.

Troisièmement, nous devons innover dans le domaine des politiques de la santé pour guider l'intégration progressive de la cybersanté dans notre système. Ces politiques devraient en principe reposer sur des données concrètes pour déterminer quels types de services de cybersanté amélioreront le mieux l'accès, la qualité, la productivité et la rentabilité. Les décideurs du domaine de la santé, en collaboration avec les chercheurs, les cliniciens, les patients et les partenaires de l'industrie, peuvent efficacement définir de saines politiques. Nos partenaires peuvent contribuer à surveiller le succès de ces politiques ainsi qu'à les parfaire et à les préciser en fonction de résultats qui s'amélioreront progressivement.

La Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique a eu la chance de participer à certains de ces efforts stratégiques fondés sur les données. Nous avons entre autres réalisé une étude documentaire sur la télésanté mentale pour le ministère provincial de la Santé. Nous avons procédé à une évaluation des avantages nationaux que présente la cybersanté dans les collectivités autochtones, en collaboration avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, à Santé Canada. Nous avons collaboré à l'Observatoire mondial de la cybersanté 2011 de l'Organisation mondiale de la Santé, consacré à la télémédecine dans les collectivités mal desservies.

L'Union internationale des télécommunications, à Genève, a déclaré, en novembre 2011 que les communications à large bande relevaient du droit universel, au même titre que le droit à l'alimentation, le droit à la santé et le droit au logement. Au Canada, nous avons une excellente infrastructure à large bande, un très bon système de soins de santé dans lequel oeuvrent des décideurs et des professionnels dévoués, déterminés à améliorer le système, et nos citoyens sont tout disposés à utiliser la technologie numérique dans l'intérêt de leur santé et de leur mieux-être. Nous avons la possibilité et le devoir d'utiliser la cybersanté de façon efficace, économique et responsable pour améliorer le système et promouvoir la santé et le bien-être de nos citoyens.

Les établissements d'enseignement et en particulier la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique aimeraient vous appuyer et contribuer et collaborer à vos efforts dans ce dossier. Nous avons les données voulues. Il nous suffit de collaborer pour mettre concrètement nos connaissances en pratique dans le système de santé canadien afin d'atteindre l'objectif. Les citoyens pourront trouver en ligne des services de santé dignes de confiance qui les aideront à mieux vivre.

● (1210)

**La présidente:** Docteur Ho, votre temps est écoulé.

**Dr Kendall Ho:** Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Passons maintenant au Dr Glen Geiger, directeur médical de l'Hôpital d'Ottawa.

**Dr Glen Geiger (dirigeant principal des renseignements médicaux, Hôpital d'Ottawa):** Merci, madame la présidente. Je remercie aussi les membres du comité. Je suis heureux que vous m'ayez invité aujourd'hui.

Vous m'avez déjà présenté. J'ajouterai que j'exerce la médecine interne à l'Hôpital d'Ottawa, où je suis aussi dirigeant principal des renseignements médicaux. J'exerce ma profession depuis 25 ans, surtout dans le domaine des systèmes d'information clinique, en plus de dispenser des soins à mes patients.

J'aime dispenser des soins. J'ai eu la chance de travailler dans des établissements formidables, avec des gens extraordinaires.

Depuis un quart de siècle, tous les jours de ma vie professionnelle, force m'est de constater que les soins de santé ne sont pas très bien structurés. La façon dont nous assurons les services n'est pas parfaite. Je l'ai toujours su. Les années passent, d'autres industries adoptent des stratégies, des technologies et des processus qui leur permettent de prospérer alors même que le système de soins de santé stagne et que le fossé ne cesse de s'élargir.

J'ai pris conscience de ce problème dès le début de ma carrière, et la disparité continue de s'accroître entre ce que la technologie de l'information peut faire pour d'autres entreprises et d'autres types d'industries et ce que le système de santé est moins capable de faire.

J'aimerais structurer mon intervention de façon thématique. Partout, dans le domaine de la santé, vous voyez ce que j'appelle le paradoxe fondamental des soins de santé. Comment se peut-il qu'un système doté d'un personnel compatissant, intelligent et bien intentionné ne puisse pas répondre aux attentes des citoyens? Lisez les journaux: les gens ne cessent de déplorer le fait que le système ne répond pas à leurs attentes. Pourtant, quand je regarde les spécialistes avec lesquels je travaille, je constate qu'ils sont tous passionnés par les soins aux patients. Ils veulent vraiment faire ce qu'il y a de mieux pour les patients. J'ai rarement rencontré un infirmier, un médecin, un physiothérapeute ou un pharmacien qui n'était pas entièrement dévoué. Alors pourquoi sommes-nous incapables de créer un système qui satisfait les citoyens et leur inspire confiance dans les services qu'ils sont censés recevoir?

Les citoyens écrivent aux journaux, les journalistes publient des éditoriaux et les chroniqueurs rédigent des commentaires, mais personne ne semble poser la question fondamentale. Je peux vous fournir ma réponse, elle pourrait peut-être servir.

Je soutiens que puisque ces personnes sont remplies de bonnes intentions, il faut conclure qu'elles ne sont pas en mesure de faire mieux que ce qu'elles font maintenant. Elles travaillent aussi fort et aussi intelligemment qu'elles le peuvent. Dans la plupart des secteurs de la santé, le personnel optimise la pratique. L'infirmier affecté aux soins intensifs ou à l'urgence régularise le travail dans son environnement dans l'intérêt de ses patients, sans nécessairement comprendre les conséquences que cela aura en aval pour les autres joueurs — les autres patients, les autres infirmiers, les médecins — qui passent d'un service à un autre. Selon moi, il est inutile d'exhorter tout le monde à travailler plus fort ou plus intelligemment, à suivre les directives ou à définir de nouvelles politiques. Il est impossible d'effectuer des changements de cette façon.

Du point de vue professionnel, je soutiens que la technologie de l'information peut nous permettre d'instaurer de nouveaux processus qui optimiseront la prestation du continuum de soins dont le patient a besoin, et non pas seulement de façon ponctuelle, lors de l'interaction du praticien avec ce patient.

Vous avez déjà entendu parler de certaines des possibilités de la télésanté ainsi que d'autres initiatives en cours dans les hôpitaux et les établissements avancés du pays et qui offrent ce genre de solutions, mais cela est très difficile. La technologie n'est pas une solution en soi. Je ne préconise pas d'acheter une technologie pour le

plaisir. Il faut adopter la technologie en fonction de buts précis, pour accomplir des processus précis dans l'intérêt des patients.

● (1215)

Dans le cadre de mon travail à l'hôpital et d'autres activités professionnelles dont j'ai parlé, nous essayons de modifier les processus fondamentaux de prestation des soins de santé. Les initiatives menées à l'Hôpital d'Ottawa portent entre autres sur la passation de commandes électroniques, que nous ne considérons pas comme une responsabilité du médecin. Nous la voyons comme une modification des processus hospitaliers. Nos commandes électroniques d'imagerie diagnostique sont entièrement sans papier: la production de la commande, la réception des articles au département de radiologie, l'exécution du travail, l'utilisation d'un logiciel de reconnaissance de parole pour rédiger le rapport, et la transmission du rapport sur un support de technologie de l'information, c'est-à-dire mon iPad.

C'est donc d'un changement de processus à l'intérieur du système qu'il est question. Notre processus de commande électronique au laboratoire est identique. Tout se fait électroniquement, de la commande électronique d'un test de laboratoire à l'étiquetage de l'échantillon sanguin au chevet du patient et à l'identification positive du patient, puis au transport de l'échantillon jusqu'au laboratoire, au traitement dans l'analyseur en fonction du code à barres apposé sur l'échantillon, et à la transmission des résultats au médecin. Il s'agit donc de modifier les méthodes d'exécution des soins de santé.

Nous contrôlons par voie électronique les médicaments prescrits, dans le cadre d'un projet qui modifie la façon dont le système documente les médicaments des patients et qui suit cette médication sur le plan longitudinal à l'extérieur puis à l'intérieur de l'hôpital et jusqu'au retour du patient dans la collectivité. Nous utilisons la technologie de reconnaissance de parole pour produire en temps opportun et avec plus de précision la documentation du médecin et de nos fournisseurs de service.

Là encore, ce sont des exemples où la technologie ne constitue pas une réponse en soi, mais nous aide à modifier les méthodes de prestation des soins et à fournir à ce personnel bien intentionné de nouveaux outils pour qu'il puisse obtenir de meilleurs résultats pour les patients et le système et qu'il accroisse l'efficacité. C'est ainsi que nous voyons les choses.

L'Hôpital d'Ottawa a la chance d'être appuyé par des organismes publics comme Cybersanté Ontario et Inforoute Santé du Canada pour mener divers projets qui visent à améliorer la prestation des soins. Nous avons pu intégrer l'infrastructure utilisée à l'Hôpital d'Ottawa avec celle de l'hôpital de district de Hawkesbury. Nous avons pu relier les deux établissements de façon à appuyer la technologie de l'information utilisée à Hawkesbury. Nous créons des dossiers médicaux électroniques à l'intention des médecins qui dispensent des soins primaires ici, au RLISS Champlain, pour qu'ils puissent consulter les dossiers de leurs patients hospitalisés.

Ce sont des mesures modestes, mais elles sont importantes. Je crois que votre comité gouvernemental devrait s'efforcer d'appuyer des initiatives axées non seulement sur la technologie, mais aussi sur les fournisseurs qui utilisent ces systèmes pour modifier le processus et obtenir de meilleurs résultats pour les patients. C'est sous cet angle que nous avons abordé le travail avec les organismes gouvernementaux jusqu'à maintenant, et nous leur sommes très reconnaissants de leur appui.

Je remercie le comité de m'avoir écouté et je vous encourage à poursuivre vos efforts.

• (1220)

**La présidente:** Merci beaucoup de ces commentaires éclairés, docteur Geiger.

Écoutons maintenant M. Richard Alvarez.

**M. Richard Alvarez:** Bonjour, madame la présidente, bonjour, mesdames et messieurs les membres du comité permanent.

Merci de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui. Je suis venu en compagnie de Mike Sheridan, le chef de l'exploitation.

C'est un honneur de participer à cette réunion avec certains des innovateurs cliniciens les plus éminents du Canada. Je salue les réalisations de ces messieurs.

L'Inforoute Santé du Canada a été créée avec l'accord unanime des premiers ministres pour investir dans des systèmes numériques de santé et de télésanté en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la productivité de notre système de soins de santé. L'Inforoute reçoit son financement sous forme de subventions du gouvernement fédéral, et ce financement est bonifié par la participation financière des gouvernements des provinces et territoires ainsi que de divers organismes de santé.

Pendant les quelques minutes qui me sont allouées pour la déclaration préliminaire, je veux vous présenter trois exemples d'évaluations indépendantes qui montrent comment ces investissements innovateurs ont rendu possibles l'expansion et le déploiement d'outils qui améliorent les soins de santé pour les Canadiens.

Le Dr Brown a formulé d'excellents commentaires. Je pense qu'il est trop modeste, parce qu'effectivement, le système de télésanté qu'il administre est l'un des plus efficaces au monde. Nous avons constaté qu'il réduisait les délais d'attente et améliorerait l'accès aux soins, en particulier dans le Nord.

Une étude récente a montré que le Canada avait le plus vaste réseau de vidéoconférence au monde, un réseau qui compte plus de 5 700 postes de télésanté dans 1 200 collectivités, dont 423 postes dans des collectivités éloignées du Nord où vivent des Inuits et des membres des Premières nations. Grâce à ce réseau, un quart de million de séances ont été menées l'an dernier, ce qui a permis aux patients de demeurer dans leur collectivité et à proximité de leur réseau de soutien social tout en leur épargnant le temps et l'argent qu'ils auraient dû consacrer à parcourir des millions de kilomètres.

L'utilisation des outils de télésanté a donné naissance à des applications innovatrices pour le traitement des maladies mentales et des toxicomanies, le suivi des patients atteints de maladies chroniques qui peuvent ainsi demeurer à la maison, le soin à distance des plaies des diabétiques, et les applications de télépathologie grâce auxquelles les pathologistes et les chirurgiens peuvent communiquer et échanger de l'information en temps réel dans un contexte opératoire.

Le deuxième aspect est la réduction du temps d'attente et l'amélioration de l'accès grâce à l'imagerie diagnostique numérique

qui permet de recueillir, de gérer et de faire circuler les radiographies, les tomodensitométries, les images de résonnance magnétique et d'autres images et rapports. Grâce à nos investissements, plus de 90 p. 100 des examens radiographiques les plus courants réalisés dans les hôpitaux du Canada le sont maintenant en mode numérique, contre 38 p. 100 il y a six ans. Les études révèlent que la productivité des radiologistes et des techniciens a augmenté de 25 p. 100, ce qui représente jusqu'à 11 millions d'examens de plus chaque année. Lorsque le tout sera entièrement déployé, nous prévoyons que les bénéfices annuels se chiffreront à environ un milliard de dollars.

La véritable innovation, toutefois, prend tout son sens lorsque, par exemple, un jeune enfant, dans une région éloignée, fait une chute à bicyclette et que sa blessure à la tête peut être diagnostiquée et évaluée à distance par un spécialiste dans un grand centre urbain, sans qu'il soit nécessaire de déplacer le patient, ce qui permet de sauver du temps et d'éviter une aggravation du cas.

Mon troisième exemple concerne les systèmes d'information sur les médicaments, grâce auxquels des cliniciens autorisés peuvent consulter, gérer et partager le profil pharmacologique du patient et ainsi prévenir de dangereuses interactions médicamenteuses. Ils sont utilisés dans le tiers des pharmacies communautaires et la moitié des services d'urgence des hôpitaux. Ils contribuent à prévenir de dangereuses interactions médicamenteuses et à améliorer l'administration des médicaments.

Des recherches ont indiqué que les avantages s'élevaient à 436 millions de dollars par année. Les pharmaciens interrogés dans le cadre de l'étude ont mentionné que les quatre principaux avantages de ces systèmes étaient l'amélioration de l'accès aux renseignements sur le patient, une plus grande sécurité pour les patients, une réduction des ordonnances frauduleuses et un gain de productivité évalué à 9 p. 100.

L'an dernier, dans la même veine que ce que fait le comité dans le cadre de son étude, nous avons lancé et financé des projets pour stimuler l'innovation clinique et son utilisation. Nous avons commencé par lancer sur le Web une invitation aux Canadiens afin qu'ils nous suggèrent des façons d'utiliser la technologie de l'information pour améliorer la santé et les soins. En 13 semaines, plus d'un millier de Canadiens avaient répondu à notre invitation.

Nous avons aussi lancé un concours pour les équipes de professionnels de la santé afin qu'elles adoptent plus rapidement des solutions innovatrices pour la prise de rendez-vous électronique, le bilan comparatif des médicaments, l'accès des patients à l'information sur leur santé et les rapports synoptiques cliniques — le Dr Kendall en a parlé, tout à l'heure.

Au total, 31 équipes cliniques représentant 300 000 utilisateurs participent à ce défi, et leurs solutions cliniques innovatrices ont été utilisées plus d'un million de fois.

• (1225)

De façon générale, dans l'ensemble du Canada, une grande partie de l'infrastructure numérique est fonctionnelle ou le sera d'ici 18 mois, et le temps est venu de miser encore davantage sur nos investissements collectifs et d'en tirer de nouvelles applications innovatrices pour les consommateurs et les cliniciens.

Ce point de vue a été confirmé lorsque l'Inforoute a procédé à des consultations pancanadiennes auprès de plus de 500 intervenants, dont des représentants des gouvernements, des administrateurs, des cliniciens, des médecins, des leaders d'opinion et des chercheurs. Au bout du compte, ces consultations ont fait ressortir cinq grandes orientations innovatrices et transformatrices permettant de mettre à profit et d'étendre les réussites auxquelles ont donné lieu jusqu'ici les investissements de l'Inforoute et ceux des provinces et des territoires.

Un message était particulièrement clair: il faut désormais placer l'accent sur le consommateur en rapprochant les soins de son domicile, en créant les outils qui en faciliteront l'accès, en appuyant de nouveaux et meilleurs modèles de soins centrés sur le patient, en ayant recours à la technologie pour améliorer la sécurité du patient et en recueillant des renseignements électroniques sur la santé à des fins d'analyse et de recherche résultant en un système de santé hautement performant.

C'est un énorme changement dans la culture et la gestion des soins de santé, que de donner suite aux priorités exprimées par les intervenants et de mettre l'accent sur le consommateur. Pour tout dire, nous n'y arriverons pas du jour au lendemain. Pour y arriver et pour en récolter les avantages, nous aurons besoin d'un engagement soutenu envers l'amélioration de la pratique de la part de milliers de cliniciens engagés partout au pays, du renouvellement constant des investissements et d'une solide concordance des lois, règlements et politiques. Nous devons toujours regarder vers l'avenir et réaliser tout le potentiel des solutions numériques innovatrices pour les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé canadiens.

Je vais m'arrêter ici, madame la présidente, et je remercie le gouvernement fédéral d'avoir créé un organisme comme l'Inforoute, qui est vraiment un mécanisme qui vous permet de contribuer à moderniser le système de soins de santé canadien.

Voilà qui met fin à mes commentaires. Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Aujourd'hui, nous avons dû répondre à l'appel des sonneries. Pardonnez-nous. Nous avons commencé en retard en raison des votes tenus à la Chambre des communes, mais les exposés sont allés bon train. Nous avons des témoins très dynamiques, aujourd'hui.

Nous allons devoir limiter la période de questions à cinq minutes et donner la parole à seulement un représentant pour chaque parti.

Commençons par M. Danny Morin.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Je remercie les témoins d'être ici.

Mes premières questions s'adressent aux représentants d'Inforoute Santé du Canada.

Je ne sais pas si vous vous souvenez du rapport de 2005 que vous aviez commandé à Booz Allen Hamilton, un cabinet d'experts. Ce rapport essayait de prévoir les coûts qu'Inforoute Santé du Canada engendrerait ainsi que les avantages que cette organisation pourrait offrir à nos divers systèmes de santé au Canada. Il était question d'une économie nette de 39,8 milliards de dollars sur 20 ans.

Vous souvenez-vous de ce rapport? Si oui, pouvez-vous nous parler de ces estimations? Sept ans plus tard, les chiffres ont-ils changé? Je sais qu'il y a eu des coûts additionnels pour la mise en oeuvre d'Inforoute Santé Canada. Parlez-moi de l'analyse des investissements et des avantages.

**M. Richard Alvarez:** Je vous remercie de la question.

[Traduction]

Je vais commencer, puis je céderai la parole à Mike.

Oui, nous avons produit deux rapports sur les coûts et les avantages. L'un a été commandé à McKinsey et l'autre, à Booz Allen. Je ne me souviens plus lequel était en 2005. Je crois que c'était celui de Booz Allen. À l'époque, d'après les conclusions de l'exercice, les coûts s'établissaient à quelque 10 ou 12 milliards de dollars, et les avantages, entre 6 et 7 milliards de dollars annuellement.

Nous avons entre autres — et cela est plutôt inhabituel au Canada dans ce domaine — très rapidement mobilisé certains des meilleurs chercheurs du Canada et de l'étranger et nous avons défini un cadre d'évaluation des avantages. Nous évaluons tout ce dans quoi nous investissons. Je vous ai donné les exemples de la télésanté, des médicaments et de l'imagerie diagnostique. Nous pouvons montrer les avantages pour chacune de ces initiatives.

Actuellement, nous enquêtons sur les dépenses liées aux dossiers médicaux électroniques dans les cabinets de médecin ainsi que pour les résultats de laboratoire. Je dois dire que les avantages commencent à apparaître comme l'avaient prévu Booz et McKinsey.

Il y a des fluctuations. Parfois, il semble que nous parviendrons à réduire le taux de dédoublement des tests. Ce n'est pas toujours le cas parce que les cliniciens veulent reprendre les tests. Dans d'autres secteurs par contre, le mauvais usage des médicaments par exemple, nous avons sous-estimé les avantages éventuels.

Évidemment, nous suivons l'évolution de tout cela. Nous croyons que depuis cinq ans les avantages cumulatifs de ces trois programmes représentent à eux seuls plus de six milliards de dollars.

• (1230)

[Français]

**M. Dany Morin:** Merci. Dans ce cas, je vais m'en tenir aux chiffres plus récents.

Le 9 février 2011, vous avez annoncé vous-même un investissement de 380 millions de dollars pour la mise en oeuvre des dossiers médicaux électroniques. Aussi, votre objectif était d'amener, d'ici mars 2011, de 8 000 à 9 000 médecins et infirmières praticiennes supplémentaires à s'inscrire au programme des dossiers médicaux électroniques pour les cabinets de médecins de leur province ou territoire.

La date butoir est passée. En fin de compte, avez-vous réussi, grâce à cet investissement de 380 millions de dollars, à convaincre ces 8 000 ou 9 000 médecins et infirmières de plus à s'inscrire au programme?

**M. Mike Sheridan (chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada):** La réponse est oui, absolument. Nous avons établi les cibles pendant le processus de planification du programme. Nous avons fixé une cible de 9 000 cliniciens. Selon les données actuelles, à la fin de cette année financière, c'est-à-dire le 31 mars, nous aurons 12 000 cliniciens inscrits à notre programme pour les dossiers médicaux électroniques.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup de l'information.

Dans le peu de temps qu'il me reste, je vais vous poser une dernière question.

Le gouvernement fédéral a investi un total de 2,1 milliards de dollars dans Inforoute. Selon le vérificateur général du Canada, les experts ont estimé à 10 milliards de dollars le coût total de mise en oeuvre.

Donc, qui a raison? Cela va-t-il coûter 10 milliards de dollars, comme le vérificateur général du Canada le suggère, ou encore 2,1 milliards de dollars, selon l'estimation du gouvernement du Canada?

[Traduction]

**M. Richard Alvarez:** Premièrement, je dois dire qu'il s'agit d'estimations. Évidemment, le système ne peut pas absorber plus qu'une certaine somme. La question, ici, se rapporte souvent au taux de participation. La formule de financement d'Inforoute Santé du Canada est très simple. En matière de responsabilisation, si nous ne voyons pas les produits livrables, nous ne versons pas les fonds. Nous retenons les fonds jusqu'à ce que nous recevions les produits.

Prenez ces 2,1 milliards de dollars. Comme je l'ai expliqué, les provinces et les territoires versent une somme équivalente.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Alvarez.

**M. Richard Alvarez:** C'est beaucoup d'argent.

**La présidente:** Je dois limiter les interventions pour que tous puissent contribuer au débat.

Merci énormément, et merci de cette question, monsieur Morin.

Monsieur Carrie.

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

Nous avons aujourd'hui encore d'excellents témoins. J'aimerais que nous ayons plus de temps pour les questions.

Je veux demander une précision au représentant de l'Inforoute. Je crois que lors de notre dernière réunion un témoin a dit que les dossiers de santé électroniques et la numérisation, c'était très joli, mais qu'il pouvait y avoir des problèmes d'intégration et d'interopérabilité. Sur votre site Web, vous mentionnez que le concept de connexion est l'élément final.

Je me demandais si vous pouviez nous dire comment cela est organisé. Si je comprends bien, vous aurez cette capacité d'interopérabilité, d'intégration, entre les provinces.

Expliquez-nous un peu cet aspect.

**M. Richard Alvarez:** Merci, monsieur Carrie.

Vous avez vu dans l'exposé du Dr Rossos qu'une des priorités de l'Inforoute avait été de mettre en place son architecture et son modèle. C'est bien simple, si vous ne respectez pas l'architecture et le modèle, nous ne vous accordons pas de financement. Vous devez respecter les normes.

Lorsque nous avons commencé, nous ne voulions pas créer de dossiers de santé propres à un hôpital, à un cabinet de médecin ou à un laboratoire; notre initiative est axée sur le patient. Comment pouvez-vous compiler tous ces renseignements au sujet du patient et assurer l'interopérabilité entre les systèmes?

Évidemment, si vous respectez l'architecture et les normes, vous y arriverez. Je dois dire que ce n'est pas facile parce que nombre de produits sont des produits fermés. Nous devons encourager les fournisseurs et, certainement, les gens qui vont les chercher, pour qu'ils ouvrent les systèmes de sorte qu'il soit possible de recevoir et de transmettre entre divers systèmes et de former un réseau.

Si vous voulez voir un véritable laboratoire de cela, allez en Alberta. Où que vous soyez dans cette province, vous avez accès à vos antécédents médicaux, à vos résultats de laboratoire, à votre dossier de vaccination, etc. C'est un excellent exemple d'intégration et d'interopérabilité.

• (1235)

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

Nous avons entendu ce qu'a dit mon collègue. Selon moi, il a posé d'excellentes questions au sujet de la centaine de millions que cette technologie permet d'économiser au pays. Avez-vous une idée des économies de cette année? Je vous demande de citer un chiffre.

**M. Richard Alvarez:** Comme je l'ai dit, nous calculons les gains annuels attribuables à chacun de nos investissements.

Nous les examinons annuellement, et j'ai les chiffres en mémoire pour les cinq dernières années: le total cumulatif s'élève à plus de six milliards de dollars. Nous commençons maintenant, comme l'a dit le député, à préparer l'adoption du dossier médical électronique et des systèmes de laboratoire, alors ces gains iront en augmentant.

**M. Colin Carrie:** Excellent.

J'ai vu également que vous aviez créé des milliers d'emplois viables. Je me demandais si vous pouviez nous donner des exemples.

**M. Mike Sheridan:** L'innovation et la technologie produisent des retombées qui profitent non seulement au patient, mais aussi à toute l'économie. Nous avons travaillé avec le Conference Board du Canada en nous fondant sur la dernière subvention que le gouvernement fédéral nous a octroyée, qui était de 500 millions de dollars. Quand vous investissez dans l'innovation, vous pouvez obtenir un effet multiplicateur de ces investissements. Nous avons ajouté à ce demi-million de dollars près d'un quart de milliard de dollars par l'entremise de nos partenaires provinciaux. Avec ces investissements, nous devrions créer en quatre ans environ 10 700 années-personnes à temps plein.

Quant aux types d'emplois, ils touchent l'intégration des systèmes, la production de matériel et de logiciel, la gestion du changement... C'est tout un éventail. Les médias, je crois, ont parfois indiqué qu'il s'agissait d'emplois de seconde zone, des emplois mal rémunérés, dans le secteur des services. Les emplois créés par nos investissements en technologie sont des emplois de haute technologie, des emplois professionnels qui ont de fortes chances d'être maintenus, si l'on en juge par les conclusions de l'analyse du Conference Board.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Passons maintenant à la Dre Fry.

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

Je remercie tous nos témoins de ces exposés passionnants. Nombre des témoins que nous rencontrons par vidéoconférence aujourd'hui confirment, tout comme le Dr Geiger d'Ottawa, que la cybermédecine, la télésanté, etc., nous aident vraiment à assurer les soins, à améliorer les résultats pour les patients et à réaliser des économies au sein du système.

J'ai entendu nombre de questions sur les coûts. Avez-vous aussi évalué les améliorations des résultats pour les patients?

Les témoins de la séance précédente nous ont parlé des défis qu'ils doivent relever, entre autres parce que toutes les régions du Canada ne sont pas raccordées. Qu'est-ce que vous avez l'intention de faire pour régler ce problème? Comment les patients peuvent-ils être raccordés? Qu'en est-il de l'infrastructure pour les patients et de la communauté des infirmiers, des nutritionnistes et des fournisseurs de soins dont le travail aide les patients et réduit les taux d'hospitalisation?

Finalement, il y a la question des renseignements personnels. Les patients craignent que n'importe qui puisse consulter leurs renseignements. La confidentialité est importante.

• (1240)

**La présidente:** C'est une excellente question, docteur Fry.

**M. Richard Alvarez:** Vous nous présentez de nombreuses questions, docteur Fry. Je vais essayer d'y répondre.

Premièrement, parlons des résultats. Si possible, évidemment, dans le cadre de nos évaluations nous mesurons les résultats. Dans le cas des médicaments, ces mesures ont certainement confirmé que nous réduisons les interactions indésirables entre médicaments. Je vous donne un exemple. Nous venons de réaliser une étude auprès de trois cabinets de médecins qui utilisent encore le papier et de trois autres qui sont informatisés. Nous leur avons demandé de trouver des patients qui avaient été victimes d'une crise cardiaque un mois auparavant et des patients qui étaient en chimiothérapie. Nous avons nommé deux médicaments et nous avons demandé s'il serait possible, en cas de rappel de ces médicaments, de retracer les patients auxquels ils avaient été prescrits. Au bout de 40 heures, les cabinets qui tiennent des dossiers papier ont renoncé. En une heure, ceux qui étaient automatisés ont pu, avec confiance, sortir les dossiers de ces patients. C'est un résultat qui se passe de commentaire.

Dans le reste du Canada, nos deux plus grandes provinces ont un nombre plus élevé de points de service et la situation y est beaucoup plus complexe, les progrès sont moins visibles. Le Canada atlantique progresse bien. L'Ouest a fait beaucoup de chemin. Le Manitoba accuse un peu de retard, mais il se rattrape. Je dirais que d'ici 18 mois, j'espère que l'Ontario et le Québec afficheront aussi des progrès. Comme je l'ai dit, dans le domaine de la télésanté, en matière de dossiers médicaux électroniques et dans les cabinets des médecins, l'Ontario connaît un succès exceptionnel.

Pour ce qui est de certains aspects des nouveaux modèles de soins, l'une de nos nouvelles orientations stratégiques — et le Dr Kendall Ho en a parlé —, rien ne nous empêche de passer aux cyberconsultations. Le Conference Board vient de terminer une nouvelle étude qui montre que 50 millions de visites inutiles sont effectuées dans les cabinets des médecins, ce qui représente 70 millions d'heures perdues, des heures non productives, pour les Canadiens qui passent trois heures, en moyenne, à l'extérieur de leur bureau ou de leur salle de classe pour se rendre à un rendez-vous de 10 ou 15 minutes.

Certaines de ces choses se prêteraient à la cyberconsultation.

**La présidente:** Je crois que le Dr Brown veut ajouter un commentaire.

**L'hon. Hedy Fry:** Oui, je suis désolée. La question de la confidentialité est très importante.

**La présidente:** Nous y viendrons.

Allez-y, docteur Brown.

**Dr Ed Brown:** Votre question sur les résultats et les patients est excellente. Je voulais simplement signaler les télésoins à domicile qui, à mes yeux, sont un domaine particulièrement prometteur. Nous prenons des patients assez gravement malades, qui sont atteints par exemple d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire chronique, nous installons une technologie de télésurveillance chez eux et nous leur affectons un infirmier pour les encadrer. Cet infirmier aide le patient à surveiller sa propre santé. En règle générale, quand le patient visite son médecin celui-ci lui dit qu'il doit perdre du poids, cesser de fumer, etc. Le patient repart sans savoir quoi faire.

Ces patients ont de graves problèmes. Quand ils ont un soutien, ils peuvent définir des cibles avec lui. Dans un cas, il peut s'agir de jouer plus souvent avec les petits-enfants, mais la personne manque d'énergie. L'infirmier définit une cible avec le patient pour lui permettre d'y arriver. Le résultat est dramatique. Ces patients trouvent de l'énergie. Dans le cadre de notre programme pilote, il a ainsi été possible de réduire des deux tiers les hospitalisations, ce qui est énorme, et de 70 p. 100 les visites à l'urgence.

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

Je sais que notre temps est écoulé, mais la Dre Fry a posé une question sur la protection des renseignements personnels. Soyez très brefs.

Pouvez-vous en parler, monsieur Alvarez?

**M. Richard Alvarez:** Certainement. La confidentialité est une arme à deux tranchants. D'une part, elle est extraordinairement importante. Dans les projets que nous finançons, nous insistons pour que cet aspect soit prévu. Nous intégrons la protection de la vie privée dès la conception. Nous insistons sur l'adoption de contrôles de la confidentialité dans tous les projets que nous finançons. Cela doit être fait.

Cela dit, quand nous posons la question aux Canadiens, ils répondent qu'ils veulent que leur information soit transmise à ceux qui en ont besoin. En cas d'accès non autorisé, ils veulent en être informés. Nous tenons à ce que le système comporte des contrôles automatisés de la confidentialité, pour détecter les incidents d'accès non autorisé.

En dernier lieu — et c'est l'envers de la médaille —, je dirai que la protection de la vie privée ne devrait pas être un écran qui nous empêche de partager l'information. Cela, madame Fry, nous ramène à ce que vous disiez au sujet des divers médecins qui ont maintenant besoin de collaborer dans le dossier d'un patient. Ils ont besoin de consulter ces données, alors il ne faudrait pas entraver leur accès sous prétexte de protéger les renseignements personnels.

• (1245)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je remercie mes collègues du comité, qui ont posé d'excellentes questions. Nous avons de nombreux témoins aujourd'hui, et ils ont été très concis, mais ils nous ont quand même transmis une foule de renseignements.

Nous allons maintenant poursuivre notre réunion à huis clos. Je demande à tous de quitter la salle. Merci d'être venus à cette réunion du comité. La séance est suspendue pendant quelques minutes.

[La séance se poursuit à huis clos.]







**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

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

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

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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