



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 065



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 22 novembre 2012

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 22 novembre 2012

•(1100)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
Bonjour tout le monde.

Je dois vous informer que la sonnerie se fera entendre à 11 h 15; nous devons alors aller voter.

De plus, étant donné que je dois faire une annonce en compagnie du ministre Toews, Mme Davies assumera la présidence pour entendre les autres témoins.

Ensuite, nous devons aborder aujourd'hui des travaux du comité, mais ce sera reporté à la prochaine fois.

D'accord? Parfait.

Nous accueillons de L'Hôpital d'Ottawa... Dr Dale Potter, n'est-ce pas?

M. Dale Potter (premier vice-président, Stratégie et transformation, Hôpital d'Ottawa): C'est M. Dale Potter. Je ne suis pas docteur.

La présidente: Merci. Vos noms ne sont pas encore là.

Bienvenue; merci de votre présence.

Nous avons également Marie-Claude Prémont de l'École nationale d'administration publique.

Bienvenue, Marie-Claude.

En vidéoconférence, nous avons Margaret Webb, qui témoignera à titre personnel, et Mary Collins et Scott McDonald, qui témoigneront au nom de la BC Healthy Living Alliance.

Étant donné que la sonnerie se fera bientôt entendre sur la Colline, nous devons peut-être vous demander de revenir un peu plus tard pour entendre vos exposés. La sonnerie est prévue pour 11 h 15, et nous reprendrons nos travaux après le vote. Nous vous tiendrons au courant de l'évolution de la situation.

Il arrive parfois d'avoir de telles interruptions. Je m'excuse à l'avance. Merci de votre présence.

Monsieur Potter, vous avez sept minutes. Merci de votre présence.

M. Dale Potter: Merci.

Je vous ai remis un document d'information en anglais et en français qui expliquera plus en détail les concepts que j'aborderai dans mon bref exposé.

J'avais reçu une liste de sujets qui intéresseraient le comité, selon ce qu'on m'a dit. J'ai choisi de vous donner mon point de vue sur trois d'entre eux.

Si vous prenez la page 3 du document, il y a trois questions auxquelles j'essayerai de répondre. Pourquoi le secteur des soins de santé tarde-t-il autant à adopter des technologies et des approches qui sont en place dans d'autres industries et leur procurent des avantages? La deuxième question se veut un résumé de ce que

nous faisons à L'Hôpital d'Ottawa à cet égard. Ensuite, je ferai des commentaires sur la façon dont les investissements peuvent être redirigés, à mesure que nous abordons de nouveaux défis.

Je vais vous donner un bref contexte. Je crois qu'il y a une histoire derrière cela qui donnera le ton et qui rendra mes opinions plus intéressantes.

Il y a 25 ou 30 ans, les hôpitaux dépendaient presque exclusivement des gens pour l'exécution des activités et du papier pour l'échange de renseignements. C'était aussi vrai dans un grand nombre d'industries, dont les secteurs manufacturier et bancaire. À cette époque, c'était le statu quo. C'est dans les années 1970 que la divergence a débuté et que le secteur des soins de santé a commencé à accuser un retard en ce qui a trait aux technologies de l'information.

Passons à la page 4. J'aimerais faire un bref retour sur la chronologie de l'évolution des hôpitaux et du système de santé, parce que je crois que c'est important de la connaître. Cela se fonde sur des faits et aucunement sur mes opinions.

Tout au début, la médecine se résumait à des médecins généralistes dans les collectivités rurales qui se rendaient chez les gens pour prodiguer des soins. Il s'agissait d'une petite entreprise. Nous sommes alors à la fin des années 1800. Dans les années 1900, avec les guerres, l'urbanisation, etc., des établissements ont été créés, soit des hôpitaux, mais les employées et les dirigeantes étaient des infirmières. Ces établissements étaient conçus pour les gens qui nécessitaient des soins continus. Les soins de base étaient encore dispensés chez les gens. Cette situation a persisté jusque dans les années 1930 ou 1940.

La Deuxième Guerre mondiale a peut-être été le déclencheur, mais deux facteurs ont mené à une augmentation de la complexité. Il y a les progrès technologiques et les approches en santé. Nous avons des radiologues, parce que nous avons inventé un appareil qui utilise les rayons X et qui devait être interprété. Une nouvelle spécialité médicale a ainsi vu le jour. L'équipement à dialyse a donné naissance à des néphrologues, et l'appareil d'anesthésie, à des anesthésistes. Les médecins spécialistes et les technologies médicales, qui étaient à la fois dispendieux et rares, ont forcé les gens à tout regrouper dans ce que nous avons appelé un hôpital. Les soins prodigués dans les hôpitaux ont commencé à évoluer. Les gens pouvaient maintenant y recevoir des soins proactifs en vue de recouvrer la santé et retourner à la maison.

L'autre phénomène qui s'est perpétué était un nombre élevé de médecins généralistes qui envoyaient leurs patients à l'hôpital pour des rayons X, des examens de laboratoire ou des consultations avec des médecins spécialistes. Cette relation entre les soins de base et les hôpitaux a débuté dans les années 1940 et 1950.

Ensuite, dans les années 1960 et 1970, les hôpitaux ont commencé à se réorganiser; l'évolution des technologies, des spécialisations et des approches en santé a provoqué une hiérarchisation des hôpitaux qui persiste encore aujourd'hui. Il y a des hôpitaux ruraux, des hôpitaux communautaires, des hôpitaux de soins actifs et des hôpitaux d'enseignement. C'est grosso modo la hiérarchie que nous avons actuellement.

Pendant ce temps, les technologies de l'information ont fait leur entrée dans les années 1970, mais encore plus dans les années 1980 et 1990. Nous avons fait en sorte que chaque établissement ait son propre système d'information, et c'était très bien, parce que les interactions étaient peu complexes. Les gens pouvaient échanger des documents papier. Le tout fonctionnait bien.

• (1105)

Voici ce qui a changé. Les interactions entre les hôpitaux, soit les déplacements des gens et les échanges de renseignements sur la santé, sont beaucoup plus complexes et doivent se faire beaucoup plus rapidement. Voilà ce qui nous a menés à ce que nous connaissons actuellement.

En ce qui concerne les fournisseurs de systèmes, ils ont été en mesure de le faire dans les services auxiliaires, y compris la médecine de laboratoire et l'imagerie, parce que ces secteurs sont hautement normalisés. Tant à Toronto qu'à Ottawa, le travail se fait de la même façon.

Pour ce qui est des services médicaux et des soins, la manière de faire un processus peut grandement varier d'un endroit à l'autre. Il est possible de recevoir trois fois le même traitement à L'Hôpital d'Ottawa et d'avoir trois expériences différentes, parce que ce sont des humains qui s'en occupent, même si les appareils électroniques occupent une grande place. Je précise qu'il n'est pas question ici de résultats, mais bien d'expériences.

J'espère que cela vous donne un bon aperçu de l'évolution.

À la page 7 du document d'information, vous avez la « figure 1 ». Si vous me le permettez, je m'en servirai pour expliquer quelques concepts que je considère comme importants.

Cela ressemble aux approches adoptées dans d'autres industries. Examinons le tout de bas en haut; il faut d'abord éliminer les variations et normaliser les processus, là où c'est possible. Il s'agit des deux premières étapes.

Lorsque c'est fait, il est possible d'avoir recours à certaines approches, dont Lean ou Six Sigma, en vue d'optimiser les

processus. La façon de travailler d'un bout à l'autre de l'hôpital est exactement la même à certains égards. Ensuite, on arrive aux changements comportementaux, organisationnels et culturels; à la gestion et à la mesure de la performance; et aux processus gérés. L'objectif est de gérer de manière proactive les ressources de l'hôpital en fonction de l'avenir.

Nous nous sommes attaqués aux étapes du milieu. Nous avons beaucoup travaillé. Vous avez beaucoup entendu parler du Lean, des soins centrés sur le patient et de l'engagement du personnel, à savoir les éléments à droite du tableau. Nous n'avons pas passé beaucoup de temps sur les deux étapes du bas, à savoir l'élimination des variations dans les processus de l'hôpital. Voilà pourquoi nous n'avons pas été en mesure de gérer efficacement les processus et les ressources de l'hôpital.

L'approche que nous adoptons à L'Hôpital d'Ottawa, et j'imagine que le fondement de ma recommandation... Vous verrez une autre figure à la page 9. « L'état actuel » vous explique en gros ce qui se passe non seulement dans les hôpitaux, mais aussi dans le système de santé. On retrouve beaucoup de fournisseurs de soins de santé dans la partie supérieure, et il y a de nombreux systèmes disparates dans la partie inférieure qui acheminent les renseignements au sujet des patients. Les interactions entre ces éléments sont sporadiques et non régulières.

Nous avons essayé de relier les systèmes entre eux, ainsi que les gens de la partie supérieure, dans une certaine mesure, mais cette méthode n'est pas durable. En ce qui a trait à la normalisation des processus, l'approche adoptée par L'Hôpital d'Ottawa est d'utiliser les processus comme moyens pour acheminer les renseignements qui se trouvent dans un système aux gens de la partie supérieure qui ont besoin de les consulter. Le processus déterminera les renseignements qu'auraient besoin de voir un médecin ou une infirmière. Voilà en gros le concept.

Combien de temps me reste-t-il? Deux minutes?

• (1110)

La présidente: Il vous en reste une.

M. Dale Potter: Je vais passer directement aux deux recommandations qui se trouvent à la dernière page.

Il faut premièrement mettre l'accent sur la normalisation des processus, soit l'élaboration de modèles de processus. Il y a des outils dans d'autres industries qui procurent une viabilité à long terme. Ils s'assurent que les processus normalisés sont respectés et suivis de manière prévisible. De plus, arrêtons d'investir dans des systèmes disparates, lorsque c'est possible, et investissons plutôt dans les processus. Nous pourrions ainsi nous soustraire à la complexité des systèmes.

La deuxième recommandation est de créer un modèle fédéré. Un hôpital torontois pourrait élaborer un modèle normalisé pour le service des urgences. Un autre pourrait aborder les consultations externes. Un autre pourrait concevoir les modèles concernant la gestion des maladies chroniques. Si nous avions une gestion appropriée, nous pourrions échanger nos modèles et nous aurions ainsi un modèle commun à l'échelle de la province ou du pays, ou à l'échelle qui semble la plus appropriée.

Je m'excuse d'avoir effectué un survol aussi rapide de la question. Le document d'information l'aborde plus en détail. C'est tout.

La présidente: Merci beaucoup. Merci de votre document, monsieur Potter. C'est très intéressant.

J'aimerais demander quelque chose au comité. Nous votons précisément à 11 h 45, et la sonnerie se fera entendre d'ici deux minutes. Avec votre permission, pouvons-nous entendre notre prochain témoin jusqu'à 11 h 25? Aurons-nous amplement le temps de nous rendre à notre place?

Il me faut le consentement unanime du comité. Est-ce que je l'ai? Monsieur Carrie?

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): J'allais tout simplement dire « oui ».

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre la représentante de l'École nationale d'administration publique.

Marie-Claude.

Mme Marie-Claude Prémont (professeure titulaire, École nationale d'administration publique): Merci. Je m'appelle Marie-Claude Prémont.

[Français]

Je vais vous parler en français, puisque nous sommes à Ottawa.

Je suis accompagnée de ma collègue Mme Nassera Touati. Mme Touati se spécialise dans la gestion du système de santé. Quant à moi, je suis juriste. J'enseigne notamment le droit de la santé et des services sociaux. Je vous remercie de me donner l'occasion de partager mes commentaires avec vous.

Aujourd'hui, nous allons brièvement aborder avec vous quatre points qui ciblent une dimension de la gestion du système de santé, soit celle de la collaboration interprofessionnelle: d'abord, nous allons définir ce que l'on entend par collaboration interprofessionnelle; ensuite, nous allons aborder brièvement les mesures qui ont été mises en place au Québec pour favoriser cette collaboration interprofessionnelle; par après, nous allons traiter de la preuve empirique de l'efficacité de ces mesures; enfin, pour conclure, nous parlerons du rôle du fédéral relativement à cette question, ainsi que de quelques recommandations.

Parlons donc de la collaboration interprofessionnelle. Comme ce mot l'indique, il s'agit de la prise en charge des patients en collaboration avec des personnes qui appartiennent à des professions différentes dans le but d'avoir une prise en charge en continu de problèmes de santé qui sont essentiellement complexes.

La question de la complexification des besoins de santé, et notamment en matière de maladies chroniques, exige de repenser la façon dont on dispense les soins de santé. C'est là que la collaboration interprofessionnelle devient un enjeu majeur pour faire face à ces problèmes.

Ces données ne proviennent évidemment pas de Nassera Touati ou de Marie-Claude Prémont. Ce sont des constats qui ont été présentés à différentes reprises par plusieurs commissions d'enquête, rapports d'experts, etc. La gestion, notamment des maladies chroniques, présente des défis majeurs, et la collaboration interprofessionnelle peut nous aider à aller dans ce sens.

Mme Touati va vous parler du deuxième point, qui porte sur les mesures mises en place au Québec.

• (1115)

Mme Nassera Touati (professeure agrégée, École nationale d'administration publique): Qu'a-t-on fait au Québec pour encourager la collaboration interprofessionnelle? Il faut signaler

que dès la création du réseau, on a instauré ce principe, notamment par la mise sur pied du modèle des CLSC, un modèle de prise en charge de première ligne. Cependant, vous le savez déjà peut-être, le modèle des CLSC n'a pas eu beaucoup de succès, notamment à cause des difficultés de recrutement des médecins.

On s'est donc très vite rendu compte qu'il fallait agir sur d'autres leviers. On a donc commencé à agir sur les leviers législatifs pour encourager la collaboration. On a notamment adopté le projet de loi n° 90, en 2002, pour favoriser une plus grande flexibilité sur le plan de l'organisation du travail et pour permettre aussi un certain chevauchement entre les champs de pratique afin de permettre une prise en charge continue et globale des problèmes complexes. On a fait aussi ces changements pour la santé mentale et les relations humaines. On a donc adopté le projet de loi n° 21 en 2009, mais la loi n'est pas encore entrée en vigueur.

Au-delà des changements législatifs, on a aussi beaucoup insisté, dans le cadre des différentes politiques, sur l'importance de la collaboration. En particulier, la politique de lutte contre le cancer et la politique de santé mentale parlent de l'importance de la collaboration interprofessionnelle.

En ce qui a trait à l'organisation des services, on a aussi essayé de traduire le principe de la collaboration, notamment pour les soins de première ligne. Au Québec, on a mis sur pied les groupes de médecine de famille, qui consistent à faire travailler les médecins et les infirmières. À d'autres niveaux de soins, on a instauré les programmes clientèles, qui sont bâtis sur le principe de la collaboration interprofessionnelle. Depuis 2006, on investit aussi beaucoup dans les technologies de l'information pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.

A-t-on raison d'insister autant sur la collaboration? Que nous disent les résultats là-dessus? Il faut dire que beaucoup d'études mentionnent l'intérêt de la collaboration et ses effets positifs, notamment en ce qui touche l'amélioration de la continuité des services, leur accessibilité et leur utilisation. On a aussi remarqué qu'il y avait une meilleure réponse aux besoins.

Cela dit, depuis quelques années, on commence à critiquer un petit peu la solidité des résultats. Certaines études ont des faiblesses méthodologiques. On se rend compte aussi qu'il y a un biais de publication, ce qui signifie que les revues ont tendance à ne publier que les études qui parlent des effets positifs. On se rend compte aussi, selon certaines études récentes, que la qualité des soins n'est pas uniquement liée au degré d'interdisciplinarité. D'autres variables entrent en ligne de compte. Cela signifie qu'il faudra peut-être comprendre un peu plus les processus de production des effets. Il faut donc faire de la recherche là-dessus.

En ce qui a trait au processus de collaboration interprofessionnelle, plusieurs études empiriques démontrent la difficulté de la collaboration en raison de plusieurs facteurs. Notamment, les logiques professionnelles n'encouragent pas la collaboration parce qu'elles sont fondées sur le principe d'exclusivité des pratiques. Également, les intervenants ne sont pas formés pour travailler en collaboration. Des luttes de pouvoir entravent aussi la collaboration. Il faut dire qu'il est très difficile de changer des pratiques qui sont ancrées et qui semblent être pleines de sens pour les intervenants.

Que nous montrent les études empiriques concernant l'appropriation des technologies de l'information qui sont censées améliorer la collaboration? Bien sûr, il y a eu des succès, mais il y a une grande difficulté d'appropriation de ces technologies et de l'utilisation de ces technologies en raison, encore une fois, de plusieurs types de risques. En fait, ce sont des risques techniques, notamment liés à la vitesse de réponse de ces technologies, par exemple, ou des risques humains, liés à la résistance des intervenants. Il y a aussi des risques organisationnels qui renvoient à l'alignement entre les technologies et l'organisation du travail, etc.

Toutes ces études indiquent donc que les technologies de l'information n'ont pas forcément un impact sur les pratiques.

Sur la base de ces résultats, quelles seraient nos recommandations?

• (1120)

Mme Marie-Claude Prémont: Le comité est bien placé pour savoir qu'il est important, quand on parle du système de santé, de voir dans quelle mesure le gouvernement fédéral peut intervenir d'une façon efficace et qui permette de faire des progrès. On sait que c'est le sujet contentieux éternel, car le domaine de la santé est de compétence constitutionnelle. La Cour suprême nous l'a rappelé récemment, lors du renvoi sur la procréation assistée, alors que la loi fédérale a été invalidée en grande partie, comme vous le savez, à la suite d'une contestation du Québec. On pense également à l'affaire *Insite* à Vancouver. Bref, la répartition des compétences constitutionnelles dans le secteur de la santé nous rappelle toujours qu'en matière d'organisation des soins, la compétence première est provinciale. Néanmoins, cela ne veut pas dire que le gouvernement fédéral n'a pas de rôle important à jouer, mais il faut bien le cibler et bien le comprendre.

Si on applique ces principes à la question de la collaboration interprofessionnelle, puisque nous en sommes à des balbutiements en matière de gestion efficace de la collaboration interprofessionnelle, nous croyons que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important et déterminant sur trois plans.

Le premier plan est celui de la formation. On se rend compte, au Québec, que même si la loi de 2002 visait à favoriser cette collaboration interprofessionnelle, même après 10 ans de mise en oeuvre, on n'a pas encore beaucoup progressé. Une des raisons est que le personnel professionnel en place ne connaît pas les principes de la collaboration interprofessionnelle. Il y a beaucoup de choses à faire en matière de formation. À propos de formation, ce rôle a déjà été joué par le gouvernement fédéral. Cela mériterait d'être revisité et repris en appuyant le financement de la formation avec l'aide de concours et de programmes ciblés, par l'entremise, notamment, des universités au moment où les professionnels sont formés.

Le deuxième plan est celui de la recherche et du transfert de connaissances. Là aussi, grâce aux fonds subventionnaires fédéraux et aux programmes ciblés pour favoriser cette collaboration interprofessionnelle et la recherche sur cette collaboration, le gouvernement fédéral a un rôle important.

Enfin, le troisième plan est en lien avec la présentation de mon collègue M. Dale Potter, soit celui des technologies de l'information. Le gouvernement fédéral est déjà présent avec Inforoute, mais il faut penser à l'améliorer encore et à mieux cibler l'utilisation que l'on fait des technologies de l'information.

Même si, a priori, le gouvernement fédéral est plus loin du système de santé, nous pensons qu'il a un rôle important à jouer.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

La sonnerie se fait entendre. Nous reprendrons après le vote qui aura lieu à 11 h 50. Nous reprendrons donc tout juste après midi.

Madame Collins, monsieur McDonald, vous aurez alors l'occasion de faire votre exposé. Merci beaucoup à l'avance de votre indulgence. Je sais également que vous vous êtes levés tôt. Merci beaucoup. Nous ne pouvons rien faire au sujet des votes.

Nous suspendons nos travaux. Nous reprendrons bientôt. Ce sera alors Mme Davies qui assumera la présidence à ma place.

Merci.

• (1125)

(Pause)

• (1210)

La vice-présidente (Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD)): Nous pouvons reprendre.

Tout d'abord, merci beaucoup à nos témoins, particulièrement nos témoins en Colombie-Britannique, de nous avoir attendus pendant que nous votions, parce que nous savons que vous vous êtes levés assez tôt. Merci beaucoup d'avoir attendu.

Nous sommes prêts à poursuivre la séance. Nous allons débiter par Mme Margaret Webb, qui témoigne à titre personnel.

Madame Webb, vous avez 10 minutes.

Mme Margaret Webb (infirmière régionale, à titre personnel): Merci beaucoup. Je vous remercie de me donner l'occasion de venir témoigner devant votre comité.

Je suis infirmière régionale dans le nord du Labrador. J'y travaille depuis 35 ans. J'ai une maîtrise en sciences infirmières et j'ai beaucoup d'expériences de travail dans les collectivités isolées du Nord canadien.

Les infirmières régionales, comme vous le savez probablement, doivent accomplir des pratiques avancées, et notre travail s'apparente grandement au travail des infirmières praticiennes. Nous travaillons dans des endroits isolés où il n'y a pas de médecin. Le médecin est en fait consulté par téléphone ou par vidéoconférence télérobotique. Je suis justement ici pour faire la promotion de l'utilisation de tels systèmes dans les endroits isolés.

Au nord du Labrador, nous avons la vidéoconférence depuis environ 12 ans; le système ressemblait à ce que nous utilisons aujourd'hui pour communiquer avec vous. Je remarque qu'il y a un long retard entre le moment où je fais un geste de la main et le moment où vous le voyez. La téléopération robotisée que nous utilisons actuellement est une gracieuseté de Ivar Mendez d'Halifax. Notre système a été baptisé « Rosie », et nous avons utilisé les versions un et deux. Il n'y a pas de retard, et l'instantanéité du système nous aide grandement.

J'aimerais revenir en arrière un instant. Il y a des années, grâce au généreux don de M. Mendez au Labrador-Grenfell Health, à savoir mon employeur, en partenariat avec le bureau de la région de l'Atlantique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, nous avons hérité d'un système de téléopération robotisée qui a été installé dans le poste de soins infirmiers de Nain pour nous épauler dans notre travail.

Comme je l'ai déjà mentionné, nous sommes des infirmières et nous nous débrouillons seules. Nous sommes six infirmières dans une collectivité isolée d'environ 1 300 Inuits. Le médecin vient sur place environ toutes les six semaines. En d'autres temps, il est accessible par téléphone et maintenant par le système de téléopération robotisée.

Au cours des dernières années, nous avons appris à utiliser de tels systèmes et à les adapter en fonction de notre travail. Nous avons également appris que nos clients sont très enclins à se servir de ces systèmes. Nous avons un ardent défenseur dans notre région, à savoir le Dr Michael Jong. Vous avez peut-être déjà entendu parler de lui, mais il a joué un rôle très déterminant dans l'avancement du dossier.

Nous avons exposé les avantages d'un tel système à l'occasion de divers congrès, et plus récemment lors du Congrès international sur la santé circumpolaire tenu en août dernier en Alaska. Au printemps 2011, nous les avons présentés dans le cadre du Congrès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui a eu lieu à Montréal. Des infirmières en pratique avancée et des administrateurs y ont entendu notre exposé. Ils étaient également enclins à se servir d'un tel système mécanique dans les endroits où le nombre de praticiens est limité.

Rosie, soit le surnom du système, ressemble à un robot. Si vous vous souvenez du dessin animé *Les Jetsons* dans lequel la famille avait un robot appelé Rosie qui s'occupait du ménage, notre système lui ressemble. Il y a un écran avec un visage. Le médecin peut déplacer le système robotique à sa guise, tout en étant à Goose Bay. Nous nous trouvons à 256 miles à vol d'oiseau au nord de Goose Bay. Lorsque nous avons besoin du médecin, nous l'appelons. Il se connecte au système et le déplace dans la salle d'urgence. Il peut le contrôler à sa guise.

•(1215)

Il est alors en mesure d'entrer dans la pièce où il va donner des soins — en personne — et évaluer l'état du malade, en lui parlant directement. De son côté, le malade peut s'adresser directement à lui. Comme je l'ai dit, par beau temps et lorsque l'appareil est branché, il n'y a pas de retard dans la communication.

On se sert de ce système lorsqu'on a besoin d'une aide concrète, par exemple pour se faire expliquer comment poser un drain thoracique ou effectuer une procédure compliquée. On l'utilise aussi pour évaluer l'état mental d'un malade détenu en vertu de la Loi sur la santé mentale. On s'en sert pour enseigner l'utilisation des appareils de réanimation cardio-respiratoire, des mannequins MegaCode et des chambres implantables. On s'en sert enfin pour des consultations en nutrition et en chirurgie, et pour suivre l'état des cancéreux entre deux visites chez le médecin.

Avec ce système de télérobotique, la résolution de l'image est beaucoup plus nette que celle que l'on a avec le système Tandberg que l'on utilise ici. Le docteur peut s'avancer et constater l'état du malade en regardant le moniteur et le tracé cardiaques.

Nous sommes emballés par ce système et son mode d'utilisation, et nous voudrions beaucoup que son usage se répande dans les régions nordiques et isolées.

Pour nous, il présente divers avantages, notamment la réduction des coûts de déplacement, un gain de temps pour le client qui est loin de la famille et des frais moindres pour le système de santé. Lorsque cela est possible, il permet aussi des consultations suivies du même médecin.

Nous sommes aussi très heureux de constater que ce système contribue à l'embauche et au maintien du personnel infirmier. En effet, lorsque vous êtes le seul praticien ou en compagnie d'autres praticiens infirmiers, le système vous permet de consulter un médecin qui voit exactement ce que vous faites ou ce que vous ne faites pas, et vous aider ainsi à donner des soins appropriés.

En outre, grâce à ce système, le temps qu'il fait n'est plus un facteur comme c'est le cas avec les évacuations aérospatiales.

Finalement, nos clients qui ont recours à ce type de système depuis des années ont appris à s'en servir très facilement et aiment bien l'utiliser.

Je serais très heureuse de clarifier tout point qui pourrait vous paraître encore obscur et de répondre à vos questions

•(1220)

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

Merci de nous avoir si bien décrit le mode de fonctionnement de Rosie. Nous en avons maintenant une bonne idée et je suis sûre que l'on vous posera des questions à ce sujet.

Nous passons maintenant à Mary Collins et à Scott McDonald, qui sont à Vancouver et représentent la BC Healthy Living Alliance.

Vous avez la parole, pour 10 minutes en tout.

M. Scott McDonald (président, chef de la direction, BC Lung Association, BC Healthy Living Alliance): Merci beaucoup, madame la présidente. Au nom de la BC Healthy Living Alliance, nous voulons vous remercier de cette possibilité que vous nous offrez de vous communiquer notre expérience et nos points de vue sur l'innovation en matière de prestation des soins de santé.

La BC Healthy Living Alliance regroupe neuf organisations provinciales qui, depuis 2003, oeuvrent collectivement pour traiter les facteurs de risques et les inégalités qui contribuent de façon significative aux maladies chroniques. En suivant les initiatives, financées à hauteur de 25 millions de dollars, entreprises pour traiter ces facteurs de risques et en participant à l'élaboration de politiques destinées à réduire les inégalités, nous avons acquis une foule de connaissances. Nous avons déjà remis au comité des exemplaires de divers rapports que nous avons produits sur des politiques particulières qui, à notre avis, sont importantes pour relever les défis que présentent les maladies chroniques et leurs répercussions sur le système de soins de santé.

À partir de recherches menées en particulier aux États-Unis, nous savons que l'investissement dans la prévention peut contribuer fortement à maîtriser les coûts du système de santé. Un des éléments clés de la stratégie est de lier la prévention aux soins et de briser les barrières traditionnelles qui séparent les domaines de la santé publique, de la promotion de la santé et de la prestation des soins de santé. Nous avons déjà débattu au sein du comité de l'importance d'une approche holistique à l'égard de la santé, approche qui nécessite de mettre l'accent sur la société, les administrations et les citoyens dans leur globalité. Cela suppose que ceux qui oeuvrent dans le domaine de la santé, que ce soit dans celui de la prévention ou celui des soins, travaillent aussi plus étroitement avec d'autres secteurs dont l'action et les politiques ont une influence immense sur la santé, qu'il s'agisse de l'enseignement, du développement de la petite enfance, des services sociaux, du soutien du revenu, du logement, ou de l'environnement aménagé.

Mary.

Mme Mary Collins (présidente, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, BC Healthy Living Alliance): Tous autant que nous sommes, nous nous soucions certainement de la viabilité de notre système de soins de santé. Nous devons tous réfléchir sur les moyens alternatifs à prendre pour ralentir la croissance des coûts du système et faire face aux taux croissants de maladies chroniques. Nous nous soucions aussi de la qualité des soins et de l'expérience que vivent les malades. À ce titre, il est essentiel de garder plus longtemps les gens en santé sans oublier que pour beaucoup de gens, faire le choix de la santé n'est pas un choix facile. Nous devons vraiment envisager de nouveaux moyens de sensibiliser ceux qui sont le plus à risque.

Dans le peu de temps qui est à notre disposition, nous voulons nous concentrer sur quelques aspects que nous estimons vraiment importants. Je dois dire que nous appuyons certainement les témoignages que vous avez entendus sur l'importance de la collaboration entre les professionnels et sur l'utilisation de Rosie dans le domaine de la robotique. C'est un point important.

Madame la présidente, je pense que vous connaissez très bien les exemples dont nous allons parler, puisqu'ils proviennent de votre circonscription et que vous aurez sans doute rencontré les gens concernés.

Le premier est le modèle social de soins primaires. Par rapport aux populations et aux collectivités vulnérables, et en regard de la littérature actuelle sur le renforcement de l'égalité en matière de santé et de l'évaluation des modèles actuels, nous proposons une approche ciblée fondée sur le modèle de pédiatrie sociale du centre RICHER qui est appliqué depuis 2008 dans le quartier Strathcona de Vancouver, où se trouvent, comme la présidente le sait bien, les collectivités aux revenus les plus faibles de la ville.

La recherche montre que dans les collectivités, tant urbaines que rurales, où il y a des taux élevés de désavantages sociaux et matériels, les populations sont moins susceptibles d'avoir des services de soins de santé accessibles et convenables. Les effets du statut socio-économique se font davantage sentir dans certains types d'admission dans les hôpitaux, où les coûts du système sont les plus élevés. L'étude portant sur 15 régions métropolitaines de recensement et menée sur trois ans par l'ICIS illustre bien la situation. On y constate en effet que les taux d'hospitalisation des gens à faibles revenus sont plus du double que chez les gens à revenus élevés pour des maladies chroniques que l'on peut traiter dans la collectivité, telles que le diabète et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. L'hôpital n'a pas à être une fatalité. Pourtant, les enfants

de familles à faibles revenus avaient des taux d'hospitalisation pour l'asthme 56 p. 100 plus élevés que les enfants de familles à revenus élevés.

Ainsi, le modèle de pédiatrie sociale RICHER appliqué à Vancouver permet d'offrir des soins de santé aux collectivités désavantagées et difficiles à atteindre en nouant des liens avec elles et en influant sur les déterminants sociaux de la santé. Nous en faisons ressortir quelques éléments, mais nous pouvons vous indiquer de nombreux ouvrages où l'on en parle en détail. Dans le cadre de ce modèle, on envoie des infirmières praticiennes dans les endroits où vont les gens. De cette façon, la personne ne va pas chez le docteur; c'est l'infirmière praticienne qui va vers lui. Les infirmières sont ainsi déployées dans les garderies, les écoles et les centres communautaires. Elles nouent des liens dans la communauté et servent de points de contact pour obtenir des services de troisième ligne et de spécialistes. Elles s'associent aux agences de services sociaux et aux ONG pour influencer sur les déterminants sociaux. Leur mission découle d'un protocole d'entente officiel et elles s'occupent de façon pratique et immédiate des enjeux entourant le logement. Si la famille, la mère et les enfants ont d'autres soucis que des problèmes de santé, elles peuvent s'en occuper de façon coopérative. Elles tiennent toutes les semaines une table ronde communautaire où elles parlent des problèmes auxquels fait face leur clientèle.

Selon le docteur Judith Lynam de l'université de la Colombie-Britannique, qui a principalement mené la recherche sur ce modèle, même au tout début de son application, celui-ci a favorisé l'accès aux soins de familles qui souffraient de multiples désavantages. Le modèle permet de s'occuper d'enfants dont les besoins de santé, tant physiques que mentaux, n'étaient pas pris en charge auparavant. Il contribue à améliorer les résultats en santé, en permettant aux parents, surtout ceux d'enfants vulnérables, de prendre une part plus active aux soins, qui sont habituellement associés à ceux qu'offrent les services infirmiers, et réduit le recours aux urgences d'hôpitaux pour l'offre de soins primaires.

Globalement, le Dr Lynam est convaincu que ces mesures ont des retombées positives sur le système de santé en réduisant les coûts exorbitants occasionnés par les maladies chroniques. Par ailleurs, nous savons que de semblables approches sont actuellement mises en oeuvre au Québec, par exemple.

● (1225)

[Français]

Il y a entre autres la Fondation du Dr Julien,

[Traduction]

qui a mis sur pied l'un des premiers modèles du genre.

Nous croyons vraiment qu'il y a lieu de s'intéresser à ce modèle et que le gouvernement fédéral pourrait appuyer les provinces et les territoires en finançant une recherche plus poussée dans ce domaine et en appliquant le modèle dans des collectivités appropriées, par l'offre de subventions pour la recherche et la mise en pratique.

J'aimerais faire ressortir un autre exemple, celui-ci en ma qualité de vice-présidente du conseil d'administration du service de police de Vancouver, et qui illustre le travail mené de façon isolée.

Comme la présidente le sait, les gens du quartier Est du centre-ville de Vancouver ont des problèmes aigus de santé mentale et physique. Les services de police et les services de santé s'en occupaient, mais de façon jusqu'ici non coordonnée. Nous avons maintenant à Vancouver, tout comme à Victoria, ce que nous appelons des groupes de « traitement communautaire dynamique » qui rassemblent l'ensemble des services et qui sont déployés dans ces milieux hautement vulnérables.

En un an, nous constatons déjà des changements spectaculaires quant aux admissions aux urgences des hôpitaux et aux contacts avec la police. On a même le cas d'une personne qui avait été mêlée à 300 incidents faisant intervenir la police ou du personnel de santé et qui, depuis, n'a plus été mêlé à aucun incident.

Il est tellement logique et intelligent que les gens travaillent de façon coopérative, au sein d'équipes communautaires. Nous serions d'ailleurs ravis d'inviter des représentants de votre comité — avec vous à la présidence, bien sûr — à constater sur le terrain le fonctionnement de ces nouveaux modèles d'intervention.

J'aimerais très rapidement aborder la question des soins de santé primaire.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Je suis désolée de vous interrompre, madame Collins, mais il ne vous reste que deux minutes.

Mme Mary Collins: Deux minutes? D'accord.

En ce qui concerne la transformation des soins de santé primaire, le Dr John Millar a comparu cette année devant le comité au nom de l'un de nos membres et a parlé des mesures à prendre. Il y a de bons exemples de programmes, qu'ils viennent de Norvège ou d'ailleurs.

J'aimerais particulièrement porter à votre attention ce qui se fait dans la région basque de l'Espagne, où l'on a adopté une toute nouvelle stratégie pour traiter les maladies chroniques au niveau communautaire et où l'on constate déjà des résultats. Encore une fois, dans cet exemple, les soins primaires sont liés à la prévention, à laquelle on accorde une priorité beaucoup plus grande au sein des équipes médicales.

Cela nécessite évidemment des équipes qui ont reçu une formation interprofessionnelle. Cela nécessite des systèmes d'information électronique. Nous sommes encore au tout début... [Note de la rédaction: *inaudible*]. Cela nécessite des systèmes de paiement appropriés et cela nécessite, au plan de la gouvernance, des mesures propices à la participation communautaire.

Nous demandons vraiment au gouvernement fédéral d'appuyer des projets visant la transformation des soins de santé primaire, comme cela avait été fait après l'accord relatif à la santé de 2004.

Je vais laisser Scott conclure.

● (1230)

M. Scott McDonald: Pour que le Canada puisse atteindre les cibles que nous recommandons, il est essentiel que le gouvernement fédéral appuie et encourage tous les intervenants du système de santé en les invitant à oeuvrer ensemble pour trouver les meilleurs moyens d'aider les Canadiens à rester en santé.

Au vu des derniers rapports publiés, le travail de ce comité — et celui du comité sénatorial d'ailleurs — est impressionnant. Nous nous réjouissons à la perspective de prendre connaissance des résultats de vos délibérations et vous offrons notre aide, sous quelque forme que ce soit, pour faire avancer l'innovation et la prestation des services de santé au Canada.

Nous vous remercions de cette possibilité que vous nous avez donnée de témoigner.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup à tous les deux et merci également de votre exposé, qui figure au compte rendu. Nous aurons sans doute des questions à vous poser et nous vous savons gré de témoigner de Vancouver.

Nous allons maintenant à Saskatoon pour entendre Kent Smith-Windsor, qui représente la Greater Saskatoon Chamber of Commerce.

Vous avez la parole, monsieur Smith-Windsor.

M. Kent Smith-Windsor (directeur général, Greater Saskatoon Chamber of Commerce): Merci beaucoup.

Cette invitation à comparaître est un heureux hasard, puisque notre chambre de commerce a pris, depuis la fin des années 1990 et jusqu'au milieu des années 2000, une part active dans le domaine des possibilités relatives à la santé, comme moteur économique dans la collectivité. Nous avons pensé alors au fait que si notre collectivité avait été située aux États-Unis et que notre chambre de commerce avait été celle de Baltimore, nous aurions vu dans l'université John Hopkins un puissant moteur économique de la région.

Nous avons commencé à parler des modes d'utilisation de cette discipline pour créer des débouchés économiques dans la région. Pendant environ six ans, nous avons organisé une série de conférences et examiné par quels moyens nous pourrions stimuler l'économie, particulièrement dans le domaine de l'innovation et de l'application de nouvelles technologies, toujours dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé.

Si nous pouvions nous inspirer de l'histoire de Saskatoon et remonter en 1951, année où la radiothérapie a pour la première fois été utilisée avec succès pour traiter le cancer à Saskatoon, c'était une réalisation remarquable de chercheurs extrêmement doués. Si nous devions appeler cela une erreur..., car notre collectivité n'a pas su saisir l'occasion que cela présentait au plan de la construction de machines, de la formation, des systèmes et du soutien. Nous avons donc depuis utilisé cet exemple comme critère décisif de la nature de notre action au fil des ans. Ce qui est intéressant par rapport au travail que nous avons communiqué au comité en prévision de cette réunion, c'est que, malheureusement, la majorité de ces travaux qui sont restés essentiellement en plan pendant cinq à sept ans, sont toujours d'actualité.

L'un des documents qu'on ne vous a pas fait parvenir a été préparé par Roger Martin, qui vient de prendre sa retraite de doyen de la Rotman School of Management. Son rapport, que j'encourage le comité à consulter, s'intitule *Where are the Exports? The Canadian Health Care Mystery*. Au moment de sa rédaction en 2003, il faisait remarquer que le Canada dépensait environ 100 milliards de dollars par an au titre des soins de santé, soit près de 12 p. 100 de son PIB, alors que la valeur de ses exportations était inférieure à 5 milliards. Nous avons alors découvert que nous consommions les innovations des autres.

En conséquence, nous avons examiné les comportements d'autres marchés, en Europe et aux États-Unis. Nous avons fait un voyage très instructif au nord de Minneapolis, au Minnesota, à la clinique Mayo, qui est une organisation à but non lucratif considérée comme un leader mondial dans l'investigation clinique. Ce qui s'est créé dans cette région est une grappe d'innovations médicales qui dépassent largement tout ce que l'on peut imaginer dans n'importe quelle région du Canada, alors même qu'on ne peut pas considérer Minneapolis, ou le Minnesota, comme un grand centre pour l'innovation et la recherche.

Il est intéressant de remarquer que les gens ont été poussés à trouver des débouchés commerciaux. Nous avons continué d'essayer de stimuler ces débouchés à Saskatoon. Si l'on pense à toutes les données que nous avons été en mesure de recueillir au fil du temps, nous sommes surpris de constater qu'elles viennent de la base et qu'il y a, à notre connaissance, aucun effort concerté déployé au niveau national pour encourager l'innovation dans le domaine des soins de santé, en vue de stimuler l'économie.

Nous avons donc repris notre action au cours de l'année qui vient de s'écouler et avons tenu deux mini-conférences sur des domaines dans lesquels nous avons pu constater d'importants atouts à Saskatoon. L'un, au niveau clinique, concerne la neurochirurgie appliquée au cerveau et aux accidents cardiovasculaires. L'autre domaine, auquel nous allons consacrer une séance la semaine prochaine, a trait à la santé pulmonaire.

● (1235)

Nous allons tenir une conférence les 12 et 13 mars 2013 pour ressusciter le concept. Notre mandat — que nous vous ferons parvenir — consiste à promouvoir les occasions de développement, d'éducation, de recherche et de commercialisation dans le secteur des soins de santé, et de sensibiliser la population à ces occasions. Notre rôle est d'instaurer le meilleur climat commercial au Canada pour Saskatoon et notre région, sans contrevenir à la Loi canadienne sur la santé.

L'objectif est d'accroître la productivité de notre système de soins de santé en réduisant notre dépendance à l'égard des produits et services médicaux importés et en mettant au point des outils, des thérapies, des technologies, des produits et des services canadiens en matière de soins de santé.

En étant à l'affût de ce qui se passe au Canada, et plus particulièrement dans la région que nous connaissons bien à Saskatoon, force est de constater que certaines percées novatrices auraient pu avoir des répercussions mondiales. Pour revenir à l'exemple que j'ai cité plus tôt concernant la radiothérapie, nous ne l'avons pas utilisé comme stratégie de développement économique, et nous croyons que nous sous-estimons notre pays.

Si l'on pense d'abord à l'industrie mondiale des soins de santé — et on essaie de trouver des vecteurs prévisibles pour l'avenir —, on peut facilement prévoir que partout dans le monde, des gens seront sans cesse à la recherche de moyens d'améliorer les soins de santé pour leurs collectivités. Par conséquent, nous allons toujours regarder ce qui se passe ailleurs dans le monde pour trouver les meilleures solutions possibles. En tant que pays, nous considérons toujours les soins de santé davantage comme étant un service et un centre de coûts qu'une possibilité économique.

C'est la suggestion que notre comité vous a faite: examiner comment on peut recentrer les discussions sur les soins de santé de sorte qu'on les considère comme étant un moteur économique.

Merci.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Merci beaucoup. Nous vous sommes très reconnaissants de vos observations.

Nous allons maintenant passer à notre première série de questions. Je pense que nous aurons seulement le temps pour un seul tour. Les intervenants disposeront chacun de sept minutes pour les questions et les réponses. Je vous prierais de ne pas l'oublier.

Nous allons commencer avec Mme Sellah.

[Français]

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

Tout d'abord, j'aimerais remercier les invités qui sont ici, avec nous, et ceux qu'on voit par téléconférence.

J'apprécie beaucoup votre participation aujourd'hui. Vous nous éclairez un peu plus sur l'innovation en santé.

J'adresse mes premières questions à Mme Marie-Claude Prémont.

Dans un article intitulé « Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics », vous soulignez que 30 p. 100 des patients du Québec ne disposent d'aucun médecin de famille. Vous indiquez aussi que ce taux est le plus élevé parmi ceux enregistrés au Canada, bien qu'il y ait 20 p. 100 de plus de médecins de famille par habitant au Québec que dans d'autres provinces canadiennes.

J'aimerais que vous me disiez quelles sont les causes sous-jacentes à cette pénurie de médecins au Québec. Je sais que, dans votre présentation, vous avez énoncé trois plans sur lesquels le gouvernement fédéral pourrait agir, notamment la formation. J'aimerais aussi savoir quelles sont les incidences plus générales de la pénurie de médecins sur le réseau de santé au Québec. Savez-vous comment ça se passe ailleurs au Canada? Selon vous, quelles mesures devrait-on prendre pour résoudre ce problème?

Dans le même article, vous soulignez aussi qu'au Québec, on a mis au point de nouvelles formules de financement afin d'appuyer les groupes de médecins de famille et les cliniques-réseau. J'aimerais savoir quels types de formules de financement ont été élaborés, au Québec, afin d'appuyer la mise sur pied de cette équipe de santé multidisciplinaire dans la province. Quels sont les avantages et les inconvénients des différents régimes de paiement?

J'aimerais poser ma deuxième série de questions à M. Kent Smith-Windsor.

Depuis que je suis membre du Comité permanent de la santé, j'entends parler de l'expérience de Saskatoon. J'aimerais avoir une idée de ce que vous faites dans votre province. Je sais qu'il y a eu de la promotion et de l'innovation dans le secteur de la santé. Je sais aussi que le gouvernement de la Saskatchewan applique des principes de rationalisation aux services de santé.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, fournir au comité quelques exemples illustrant l'application de ces principes de rationalisation aux services de santé? Existe-t-il des pratiques exemplaires s'y rattachant? Selon vous, quelles autres stratégies politiques ou pratiques pourra-t-on mettre en oeuvre avec la méthode fondée sur la rationalisation afin de promouvoir l'efficacité et la rentabilité dans le système de santé?

Merci.

● (1240)

[Traduction]

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

Je tiens à signaler aux témoins qu'il reste un peu moins de quatre minutes pour entendre toutes leurs réponses. Ils vont devoir être brefs.

Nous allons d'abord entendre Mme Prémont, puis M. Smith-Windsor.

[Français]

Mme Marie-Claude Prémont: Donc, je dispose de deux minutes.

Vous avez bien cerné le problème du nombre de médecins. Ce problème existe partout au Canada, parce que partout on dit qu'on n'a pas assez de médecins, et que si on en avait plus, on résoudrait tous les problèmes. Lorsqu'on regarde les chiffres, on se rend compte que la question est plus complexe. En effet, au Québec, comme vous l'avez souligné, même si on a plus de médecins par habitant, on a moins accès aux médecins de famille. Cela veut dire que d'autres variables comptent et sont importantes.

Je dirais qu'il y a surtout deux variables. Tout d'abord, il y a celle de l'organisation du système. Cela veut dire la répartition des médecins dans le territoire. Les différentes provinces ont mis en place des politiques pour cela. Le Québec, entre autres, a tenté et tente présentement de forcer, dans une certaine mesure, les médecins à assurer un suivi des patients, à les prendre en charge de façon continue, notamment à travers l'instauration des groupes de médecine familiale. Toutefois, là aussi on se rend compte que les résultats ne sont pas encore probants. On a donc besoin de recherche.

L'autre élément qui compte est le fameux compromis de Saskatoon relativement à la rémunération des médecins. Nous sommes pris, au Canada, avec le modèle de la rémunération du médecin à l'acte. Ce modèle a ses avantages, mais il a aussi ses désavantages. On ne peut pas dire au médecin quoi faire bien précisément.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Je suis vraiment désolée de devoir vous interrompre, mais je veux laisser la chance à M. Smith-Windsor de répondre également.

Vous disposez d'une minute et demie environ.

M. Kent Smith-Windsor: Eh bien, en ce qui concerne la simplification, qui est vraiment à l'origine de l'innovation, l'un des membres de notre comité est le président-directeur général de MD Ambulance, à Saskatoon. Cet organisme a conçu, élaboré et mis en oeuvre un concept connu sous le nom d'autobus santé. Il s'agit essentiellement d'une très grande maison mobile qui a été complètement transformée et qui se déplace dans le centre-ville de Saskatoon pour offrir des services de soins de santé directement aux citoyens.

Ce service n'a pas été mis sur pied par la région sanitaire, mais par un fournisseur qui a signé un contrat de service avec elle. Ce service novateur est le fruit d'une quête perpétuelle en vue de trouver des moyens d'offrir des services. L'autobus santé a reçu six prix nationaux. D'autres fournisseurs explorent sans cesse le potentiel de mettre ce service en oeuvre dans leur région.

Un autre secteur d'activités dont nous pouvons être particulièrement fiers, c'est l'application des principes de gestion LEAN dans notre région sanitaire. Nous en avons vu un premier exemple, qui était lié aux pratiques adoptées dans l'un de nos laboratoires. Ces pratiques ont permis d'alléger le fardeau assumé par le système de soins de santé et d'améliorer considérablement les délais de traitement, les coûts de prestation et l'exactitude des résultats. Elles sont désormais appliquées partout dans la province.

●(1245)

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Je suis désolée, monsieur Smith, mais vous allez devoir conclure vos remarques. Il est maintenant une heure moins quart, et nous n'avons pas encore eu la chance de céder la parole à d'autres intervenants.

Pardonnez-moi de devoir vous interrompre.

M. Kent Smith-Windsor: C'est correct.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Si vous avez d'autres renseignements que vous aimeriez nous faire parvenir, n'hésitez pas à le faire. Vous pouvez nous les envoyer par écrit et nous les distribuerons aux membres du comité. Ce serait formidable.

Nous allons maintenant entendre M. Carrie.

M. Colin Carrie: Merci, madame la présidente.

Ma première question s'adresse à M. Potter.

Vous avez mis en place un programme à l'Hôpital d'Ottawa dans le cadre duquel vous avez remis un iPad à l'ensemble des médecins et du personnel infirmier. C'est de toute évidence une bonne innovation. D'après vous, pourquoi faut-il autant de temps à l'industrie pour adopter ce programme?

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

Ce que je disais au sujet du précurseur ou du catalyseur de la technologie mobile, c'est que l'introduction de cette technologie avait bouleversé la prestation naturelle des services. On offrait les soins principalement au chevet des patients ou à d'autres sites de prestation des soins, où l'on ne trouve pas forcément un ordinateur.

Par ailleurs, la technologie limitait le dialogue entre le patient et le médecin. Imaginez une discussion au chevet du patient où un médecin parle de résultats de laboratoire et d'amélioration de l'état de santé et où le patient demande comment il se porte par rapport à il y a trois mois. Il faudrait que le médecin quitte la pièce, se renseigne et revienne.

La technologie a donc radicalement altéré l'efficacité du fournisseur de soins. Nous sommes retournés à la méthode de prestation des soins au chevet. Tous les médecins doivent voir chacun de leur patient tous les jours. Nous ne pouvions pas exiger cela auparavant.

De plus, la technologie a amélioré les interactions avec les patients, du simple fait de pouvoir leur montrer une image et leur expliquer leur problème. Les médecins sont mieux outillés pour discuter avec les patients, car ils ont tous les renseignements à leur disposition.

M. Colin Carrie: Excellent.

Combien de temps me reste-t-il?

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Vous avez cinq minutes.

M. Colin Carrie: D'accord. J'ai une autre question à poser rapidement à Mme Webb.

J'adore entendre parler de Rosie, de télérobotique et de ce genre d'appareils. Je pense que le comité va se pencher sur les simulateurs. Je me demandais comment les investissements du gouvernement du Canada dans les services de santé en ligne ont été avantageux pour la prestation des services de santé dans des collectivités isolées comme Nain.

Mme Margaret Webb: Je vous remercie d'avoir écouté ce que j'avais à dire. Je vous en suis très reconnaissante.

On n'a pas eu recours aux services de santé en ligne autant qu'on aurait pu le faire. Dans les collectivités isolées et du Nord, le recrutement et la rétention du personnel infirmier constituent un problème important à l'heure actuelle. Quand nous réussissons à attirer des professionnels de la santé dans les collectivités, ces derniers offrent principalement des soins directs. Les services de santé en ligne sont disponibles et constituent un outil merveilleux quand on a le temps de s'en servir.

Pour nous, Rosie et des systèmes semblables permettront de maintenir le personnel en poste et de les amener à collaborer avec nous. Nous constatons que la jeune génération s'intéresse beaucoup à l'électronique et tout ce qu'elle comporte, mais ne souhaite pas forcément vivre dans des collectivités isolées et du Nord.

Tous ces éléments font partie de ce que nous devons faire pour mieux accomplir notre travail — services de santé en ligne, électronique, robotique —, mais nous devons trouver des méthodes pour retenir le personnel dans les collectivités. À nos yeux, ce sont là des mesures qui seront utiles.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

Je pense que Mme Block a quelques questions à poser.

• (1250)

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Très rapidement, je veux accorder un peu plus de temps à M. Smith-Windsor pour qu'il puisse nous fournir les exemples positifs qu'il avait commencé à nous faire part dans sa réponse à une autre question.

Monsieur Smith-Windsor, j'espère que vous ne voyez pas d'inconvénient à poursuivre dans cette veine.

M. Kent Smith-Windsor: J'étais juste en train de terminer de donner un exemple au sujet des premiers tests beta effectués dans la région sanitaire de Saskatoon en vue d'appliquer les principes de gestion Lean. Ces derniers ont été mis à l'essai dans un laboratoire relativement aux chirurgies. On a constaté une nette amélioration du rendement, des délais de traitement et de l'exactitude des résultats et, encore plus intéressant, on a pu libérer jusqu'à 1 000 pieds carrés dans le laboratoire.

Ces principes sont appliqués de façon très graduelle, mais suscitent tout un changement, car ils font en sorte que le personnel de première ligne cible des mesures qui réduiront les étapes à suivre et tiendront davantage compte des besoins de la clientèle.

Un bénévole à notre comité siège au conseil d'administration de la région sanitaire de Saskatoon. Puisque cette dernière a mis en oeuvre à plus grande échelle les principes de gestion Lean au cours des 18 derniers mois environ, elle a pu réduire le délai d'attente pour des interventions chirurgicales. Il était de 24 mois en 2010 et on vise à le réduire à trois mois en 2013. Elle est sur la bonne voie d'atteindre cet objectif. Il y a huit centres d'innovation dans le système de soins de santé à Saskatoon. La région sanitaire s'est fixée un objectif pour 2013 concernant l'application des principes de gestion Lean aux procédures liées à l'attente dans les salles d'urgence.

Mme Kelly Block: Merci.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Il ne vous reste qu'une minute. Je me suis trompée. Désolée.

Mme Kelly Block: D'accord.

Je trouve intéressant que les chambres de commerce interviennent et tiennent ces conversations pour trouver des façons de stimuler l'économie et de favoriser l'innovation dans le système de soins de santé. Puis-je commenter rapidement l'un ou l'autre des exemples en

Saskatchewan où l'on se tourne vers les moteurs de l'économie et les soins de santé?

M. Kent Smith-Windsor: Comme je l'ai dit, toutes ces mesures sont prises à l'échelle locale; citons notamment Prairie Plant Systems, qui s'occupe de l'usage de la marijuana à des fins médicales. Tout a commencé par des activités de recherche dans le Nord du Manitoba sur l'application de la formation en génétique des plantes qui est devenue applicable, dans ce cas-ci, à la marijuana. Une entreprise locale du nom de Phenomenome Discoveries utilisait la métabolomique pour le dépistage précoce du cancer et des indicateurs potentiels liés à l'Alzheimer.

Une entreprise locale constituée de deux personnes utilise le système de traçabilité RFID pour permettre aux patients atteints d'Alzheimer de se déplacer librement dans leur centre de traitement et au personnel de savoir où ils se trouvent en tout temps. Ce sont des personnes qui oeuvrent au niveau local...

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Monsieur Smith, merci beaucoup des exemples que vous nous avez fournis. Encore une fois, je suis désolée de devoir vous interrompre. Nous allons maintenant entendre notre dernier intervenant, mais si vous avez d'autres exemples, nous vous prions de nous les faire parvenir.

Monsieur Hsu, bienvenue au comité.

M. Ted Hsu (Kingston et les Îles, Lib.): Merci.

Je pense que l'innovation et l'amélioration de la productivité posent problème dans tous les secteurs de notre économie, mais ces derniers se heurtent à différentes difficultés. Les soins de santé — si je pense à l'hôpital dans ma circonscription de Kingston et les Îles — sont un peu singuliers parce qu'ils sont gérés publiquement. Le bilan financier n'est pas calculé en dollars. L'hôpital de Kingston est un institut de recherche et un hôpital universitaire. Il y a donc beaucoup de contraintes.

Monsieur Potter, compte tenu de ces contraintes et du fait que la mise en oeuvre de nouvelles technologies et l'innovation dans les soins de santé n'ont pas évolué au même rythme, si l'on regarde par rapport à d'autres industries de l'économie du secteur privé, j'aimerais savoir si vous avez comparé les difficultés auxquelles sont confrontés le secteur des soins de santé et d'autres secteurs de l'économie.

D'après vous, le secteur des soins de santé pourrait-il faire mieux à certains égards comparativement au secteur privé? Ou faut-il simplement faire preuve de patience en ce qui concerne certains problèmes car le bilan financier et l'environnement sont différents?

• (1255)

M. Dale Potter: Merci de votre question.

Je vais tout d'abord terminer de répondre à la question précédente qu'on m'a posée sur la raison pour laquelle les technologies sont adoptées aussi lentement, étant donné tous les avantages positifs entourant la mobilité. Il semble y avoir une bonne dose de scepticisme et d'aversion aux risques, ce qui serait approprié dans un cadre de soins de santé. Toutefois, pour ce qui est d'améliorer l'accès à l'information notamment, par l'entremise d'une mobilité accrue et d'autres technologies, je ne pense pas que nous puissions faire pire qu'à l'heure actuelle, étant donné que la majorité de nos renseignements sont sur papier.

Une approche que nous adoptons depuis un bon moment dans les soins de santé, c'est que nous cernons un problème et essayons d'adapter la technologie pour le régler, puis nous passons au problème suivant. Donc, ce que nous avons fait, c'est que nous avons élaboré plusieurs bonnes solutions, mais elles règlent des petits problèmes.

Ce que je suggère dans mon mémoire, c'est de mieux comprendre les problèmes liés aux soins de santé pour pouvoir envisager d'intégrer les solutions à l'ensemble du système de santé, que ce soit par la promotion de la santé, les soins de longue durée...

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Monsieur Potter, si je peux vous interrompre une minute, la sonnerie d'appel retentit encore une fois — c'est l'une de ces journées —, ce qui signifie que nous avons un autre vote. J'imagine que c'est une sonnerie d'une demi-heure.

Les membres du comité sont-ils d'accord pour poursuivre quelques minutes après 13 heures pour entendre les dernières questions?

Êtes-vous tous d'accord?

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Jusqu'à 13 heures seulement.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Jusqu'à 13 heures seulement? D'accord.

M. Dale Potter: Pour conclure, ce que je suggère au comité, c'est de ralentir les investissements ou de les axer sur des problèmes précis. Il devrait aussi examiner les problèmes qui touchent tout le système et les façons dont les systèmes existants pourraient être consolidés et regroupés pour mieux répondre aux besoins en matière d'intégration et d'échange de données.

M. Ted Hsu: Merci beaucoup.

Cela me fait penser à ma propre expérience, quand j'ai travaillé dans une importante entreprise de services financiers où il y avait 20 plateformes différentes pour effectuer les opérations sur valeurs mobilières. Nous nous sommes retrouvés avec un trop grand nombre de plateformes parce que différentes sections de l'entreprise essayaient de régler leurs propres problèmes en élaborant leurs propres solutions technologiques. Je comprends donc ce problème.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Collins et à M. McDonald. Vous nous avez dit qu'une approche globale, dans le cadre de laquelle on examine les déterminants sociaux de la santé, est très importante dans la prévention des maladies chroniques. Je pense que l'innovation technologique — une bonne partie de cette dernière — constitue une bonne mesure pour comprendre les déterminants sociaux de la santé. Pensez-vous que le gouvernement doit améliorer sa façon de mesurer les déterminants sociaux de la santé au Canada?

La vice-présidente (Mme Libby Davies): Je vous demanderais de répondre très brièvement, s'il vous plaît.

Mme Mary Collins: Merci.

Je pense que nous devons tous pouvoir le faire plus efficacement. D'excellents travaux sont en cours.

Je voulais revenir au fait que nous appuyons toutes les initiatives qui sont menées pour rendre le système de soins de santé plus efficace à l'aide de la technologie et de l'innovation, mais il nous faut examiner la demande. C'est ce sur quoi vous devez vous concentrer et vous devez maintenir les gens en santé et faire en sorte qu'ils n'aient pas à recourir au système de santé.

On met au point bien des concepts novateurs, mais il nous faut des mécanismes par lesquels nous pouvons partager ces innovations et évaluer leur efficacité. Nous devons également avoir des renseignements plus efficaces au sujet de l'incidence des déterminants sociaux sur les gens en général et sur leur santé.

La vice-présidente (Mme Libby Davies): D'accord.

Merci beaucoup. Voilà qui conclut notre réunion. J'aimerais remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui et surtout d'avoir été patients pendant que nous partions en coup de vent pour aller voter.

Je répète que si vous avez d'autres renseignements que vous souhaitez nous fournir, n'hésitez pas à nous les faire parvenir et nous poursuivrons nos travaux dans le cadre de cette étude.

La séance est levée.

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>