



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 069



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 6 décembre 2012



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 6 décembre 2012

• (1140)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Le quorum est maintenant réuni et je vais commencer car nous sommes en retard. Je tiens à remercier chaleureusement les témoins d'être venus nous voir aujourd'hui.

Avant de passer aux exposés des témoins, il nous faut examiner deux budgets que nous n'avons pas encore adoptés et qui doivent l'être.

Le premier est le budget de la partie qui correspond à la Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses dans le projet de loi C-45. C'est un budget de 1 700 \$. Est-ce que les membres du comité acceptent ce budget?

Des voix: Nous sommes d'accord.

Le président: Nous avons eu la comparaison de tous ces jeunes témoins qui sont venus déposer sur la question du diabète. Il s'agit d'un budget de 9 600 \$. Sommes-nous prêts à adopter ce budget qui défraye leur déplacement?

Des voix: Nous sommes d'accord.

Le président: Je vous remercie.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Peut-on le faire après coup?

La présidente: On m'a demandé de le faire maintenant parce qu'ils en ont besoin. Nous aurions dû le faire avant.

Mme Libby Davies: C'est justement ce que je voulais dire.

La présidente: C'est fait maintenant.

Mme Libby Davies: C'est ce que je voulais faire comprendre. Ils sont venus témoigner et ils sont déjà repartis, ce qui fait que nous adoptons le budget après coup.

La présidente: Oui, mais ça ne fait rien. Nous n'avons pas eu la possibilité de le faire avant. C'est la greffière du comité qui nous conseille de procéder ainsi, ça ne pose donc pas de problème.

Mesdames et messieurs, nous aurons tout à l'heure une séance de travail concernant la poursuite de cette étude pour le nouvel an. Il me semble que nous sommes tous d'accord pour procéder ainsi. Nous reverrons donc toute cette question plus tard dans le cadre de cette séance de travail.

La question des budgets étant donc réglée, nous allons maintenant entendre les exposés.

Docteur Mendez, vous êtes le premier à prendre la parole. Vous pouvez commencer.

Dr Ivar Mendez (professeur de neurochirurgie, anatomie et neurobiologie, Dalhousie University): Nous allons faire une présentation de groupe. Nous allons par conséquent coordonner nos exposés.

Laissez-moi tout d'abord vous remercier de nous avoir invités. Je vais commencer par vous donner un aperçu de ce que l'avenir nous réserve, à mon avis, concernant la délivrance des soins de santé. Voilà six ou sept ans que nous explorons une nouvelle technique devant permettre à un médecin spécialiste de dispenser des soins médicaux à tous les citoyens de notre pays, quel que soit l'endroit où ils habitent. Cette technique fait appel non seulement à la robotique, mais aussi à des systèmes portatifs qui permettent aux médecins de soigner leurs patients partout où ils se trouvent.

Le premier d'entre eux est celui que l'on appelle système de robot RP-7. C'est un système qui peut être contrôlé par n'importe quel médecin disposant d'un ordinateur. Ce qui est vraiment étonnant au sujet de ce système, c'est qu'il peut opérer par la voie normale de l'Internet. Il n'est pas nécessaire de disposer d'une infrastructure adaptée. Le médecin assis devant son ordinateur peut écouter le rythme cardiaque ou encore les bruits dans la poitrine de son malade où qu'il soit, et il est en mesure non seulement de diagnostiquer une maladie, mais aussi d'entreprendre de la soigner en temps réel.

Nous disposons d'un réseau exceptionnel de robots de ce type dans la région de l'Atlantique du Canada. Il est le seul de son espèce dans notre pays. Nous avons plusieurs robots en Nouvelle-Écosse.

Prenons mon cas. Je suis neurochirurgien. Nous avons des neurochirurgiens à Halifax, mais si vous vous trouvez à Sydney, sur l'île du Cap-Breton ou à Yarmouth, et si vous avez un caillot de sang au cerveau à l'issue d'un accident automobile, il vous faut être transporté par avion à Halifax. Cela prend plusieurs heures par beau temps. Grâce à ce système, le neurochirurgien peut traiter le patient en temps réel lorsqu'il arrive à l'hôpital régional de l'île du Cap-Breton et prendre en temps réel une décision de prise en charge. Voilà comment fonctionne ce système.

Voici ici le robot. Il se déplace dans toutes les salles de l'hôpital. Vous pouvez voir deux robots. Des personnes peuvent se trouver à Toronto et une autre à Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick. Elles peuvent consulter l'écran de balayage et collaborer en temps réel au traitement du malade. Alors que je me trouvais effectivement à Londres, en Angleterre, pour donner une conférence, je m'occupais tous les matins de mes patients. Partout où je me trouve dans le monde, je peux m'occuper de mes malades tous les matins à Halifax et prendre des décisions concernant leur traitement.

Voici Nain, au Labrador. Gail Turner et le Dr Michael Jong vont vous parler de Nain. Comme vous pouvez le voir, Nain se trouve en plein milieu de cette magnifique région de l'Arctique au Canada. Il n'y a qu'une seule piste d'aviation. En cas de gros problème, il faut faire venir un avion de Happy Valley-Goose Bay, où pratique le Dr Jong, pour faire venir le patient de Nain.

Le problème ne s'arrête pas là. Une jeune femme qui a besoin d'un contrôle prénatal aux ultrasons doit être transportée par avion à Happy Valley-Goose Bay. C'est un vol de deux heures environ, ce qui n'est peut-être pas grand-chose. L'inconvénient, c'est que si le mauvais temps s'installe, on peut être bloqué à Happy Valley-Goose Bay pendant deux semaines. Les mères de Nain font l'objet de très peu de contrôles prénataux aux ultrasons. La mortalité maternelle y est élevée.

Voici l'infirmier de Nain. Il n'y a pas de médecins à Nain, uniquement des infirmières. Voici des infirmières avec un malade. Il y a un médecin avec un robot. Voici à quoi ça ressemble. Les infirmières se trouvent à Nain. Les habitants de Nain appellent ce robot Rosie, comme le robot de la série télévisée *Les Jetson*. On peut toujours appeler Rosie quand on en a besoin et le Dr Jong, qui se trouve à Happy Valley-Goose Bay, ainsi que ses collègues, sont alors en mesure de prendre soin du patient.

Voici ce que voit le médecin. Il peut effectivement voir les infirmières ainsi que le malade. Il peut se servir de ces outils périphériques, stéthoscopes ou ophtalmoscopes, pour pratiquer un diagnostic sur un patient.

● (1145)

Ce que je vais vous présenter va révolutionner la pratique de la médecine à l'avenir. Nous disposons désormais de systèmes mobiles qui fonctionnent avec des appareils courants de communication téléphonique cellulaire. C'est un système portatif que nous mettons à l'essai à Halifax.

Grâce à ce système, nous avons pu recevoir l'enregistrement de l'examen par ultrasons de l'abdomen d'un patient venant d'être victime d'un accident de VTT. C'est un pompier qui est intervenu en premier lieu. Le médecin se trouvait à 300 km. Il a demandé au pompier de procéder à un examen par ultrasons de l'abdomen du malade pour vérifier s'il avait une blessure interne. Cette technique nous a permis de procéder immédiatement à la prise en charge et d'organiser le transport à l'hôpital. On a ainsi écourté la distance et les délais. C'est la première intervention par ultrasons que l'on a ainsi réalisée. Cela permet d'assurer le traitement de malades qui se trouvent très loin par des médecins urgentistes ou par des chirurgiens traumatologues. Surtout, une personne gravement malade peut être prise en charge par une ambulance.

C'est une première dans le monde. On peut très bien se trouver à Halifax et à 250 km de là une ambulance roule à 100 à l'heure sur l'autoroute. Cette technique me permet de procéder à un examen par ultrasons de l'artère coronaire d'un patient pour voir s'il y a une lésion. Je peux indiquer au personnel paramédical l'endroit où il doit mettre la sonde pour que je puisse voir l'artère coronaire. Il n'y a pas besoin d'un spécialiste à l'autre bout; le médecin contrôle l'ensemble de la situation et peut donner des instructions au personnel paramédical pour qu'il procède à l'examen aux ultrasons. Je suis en mesure de voir en temps réel l'artère coronaire à 250 km de distance pendant que le malade est transporté en direction de l'hôpital. Cela aura d'immenses répercussions quant à notre capacité de sauver des vies.

Nous avons un programme spécial à Halifax nous permettant d'insérer dans le cerveau d'un patient des électrodes spécialement adaptées pour contrôler les troubles moteurs, qu'il s'agisse de dystonie ou de tremblements. Des malades nous arrivent à Halifax en provenance de tout le Canada. Il leur arrive de venir de Vancouver en avion. Jusqu'alors, pour assurer un suivi, il nous fallait faire revenir ces malades à Halifax afin de programmer leur ordinateur. Aujourd'hui, nous envoyons cette boîte aux malades, où qu'ils se

trouvent. Je peux me brancher sur leur domicile, les examiner, regarder leurs lésions et programmer leur ordinateur interne. Je peux très bien me retrouver dans la cuisine d'un malade âgé pour l'examiner. Je peux voir parfaitement leurs lésions à des kilomètres de distance. Je peux programmer l'ordinateur de ce malade à l'aide de ce dispositif.

● (1150)

J'ai traité une malade qui avait des tremblements; j'ai demandé à une infirmière de brancher l'ordinateur que j'avais implanté dans son cerveau. Je l'ai fait depuis Halifax, alors que la malade se trouvait à Terre-Neuve. Vous pouvez voir l'étendue de ses tremblements. Elle ne pouvait pratiquement pas tenir un verre. Ces personnes sont complètement handicapées étant donné qu'elles ont besoin de quelqu'un pour les nourrir puisqu'elles ne peuvent pas tenir en main un couvert ou tout autre objet.

L'ordinateur est implanté dans la poitrine. Je vais vous le brancher par télécommande. Voilà, c'est fait. La malade déplace la table maintenant, et vous pouvez voir qu'elle est tranquille, terriblement soulagée. Vous la voyez maintenant tenir un verre en main. Elle est à des centaines de kilomètres de distance, et pourtant la voici.

Nous sommes en pointe dans le monde en ce qui concerne cette technique, non seulement pour ce qui est de la téléprésence mais aussi lorsqu'il s'agit de contrôler ces mouvements anormaux.

Avant de demander à mes collègues de poursuivre l'exposé, je vais vous inviter à venir avec moi à Halifax. Ce que je vais réaliser ici dans cette salle est une première dans le monde. Vous disposez d'un pare-feu très puissant et je ne peux donc pas me brancher sur votre réseau Internet. J'ai donc en fait installé ici un modem de téléphone cellulaire. Je m'en vais contrôler un robot situé à Halifax à l'aide de ce modem de téléphone cellulaire. J'espère que ça va marcher.

Voici le poste de contrôle. Nous allons nous brancher sur l'hôpital d'Halifax. C'est un simple ordinateur. La seule chose que j'ai ici, c'est une commande à distance. Nous sommes à Halifax. Je vais parler au personnel infirmier.

Allô?

Une voix: Bonjour.

Dr Ivar Mendez: Bonjour, comment ça va?

Une voix: Très bien, et vous?

Dr Ivar Mendez: Très bien. Je suis à Ottawa. Je vais juste faire un tour. Ça vous va?

Une voix: Parfait. Faites pour le mieux.

Dr Ivar Mendez: Je vous remercie.

Comme vous pouvez le voir, personne ne fait plus attention au robot. Je vais le déplacer. C'est moi. Je déplace le robot dans l'hôpital d'Halifax en temps réel. Je m'en vais à l'infirmier. Vous pouvez voir notre arbre de Noël. Je vais maintenant vous donner une idée de la puissance des caméras de ces robots. C'est une communication instantanée à l'aide de la téléphonie cellulaire. Allons dire bonjour au personnel infirmier.

Allô, comment ça va? Je ne fais que passer.

Ce qui est tout à fait étonnant, c'est que je commande ce robot au milieu de...

Bonjour, Theresa, comment allez-vous?

Une voix: Très bien, merci.

Dr Ivar Mendez: Il me faut simplement augmenter le son.

Comment ça va à Halifax? Quel temps fait-il?

Une voix: Il fait froid et il neige.

Dr Ivar Mendez: Bon. Je vais simplement me rendre quelques instants à l'Unité des soins intensifs. Je veux juste examiner à distance l'un de nos malades. Voulez-vous bien venir avec moi? Je vous accompagne. Merci.

Je me déplace à partir d'Ottawa à l'intérieur d'un poste d'infirmier occupé. Je vais simplement procéder à l'examen d'un de nos malades.

Est-ce que l'un des appareils de contrôle est branché?

Je vais simplement regarder dans l'un de nos appareils pour que vous puissiez voir vous aussi.

• (1155)

Ce sont les appareils de contrôle. Vous pouvez constater qu'aucun des malades n'est encore branché, mais vous pouvez effectivement voir avec précision les lignes sur l'écran de l'appareil. Vous pouvez les voir se déplacer.

Est-ce qu'un appareil de contrôle est branché?

Une voix: Je pense qu'ils sont tous débranchés.

Dr Ivar Mendez: Bonjour. Comment allez-vous?

Une voix: Ça va bien.

Dr Ivar Mendez: Je suis content de vous voir.

Je vais arrêter ici la démonstration et donner la parole à Michael. Je vais maintenant me débrancher, Theresa. Je vous remercie.

Comme vous pouvez le voir, nous sommes allés à Halifax. J'ai pu parler aux infirmières. J'ai pu voir mes malades. Vous pouvez imaginer les possibilités que cela ouvre. Bien évidemment, ces possibilités sont encore plus grandes là où les gens en ont le plus besoin et où ils ont le moins de facilités. C'est ce dont va venir vous parler Michael.

La présidente: J'ai dérogé à quelques-unes de nos règles aujourd'hui en raison de toute cette robotique. Je ne voulais pas interrompre cette magnifique démonstration. Les membres du comité me pardonneront.

Pouvez-vous poursuivre? Je vous remercie.

• (1200)

Dr Michael Jong (professeur, Memorial University, à titre personnel): Merci de m'avoir donné cette possibilité de comparaître. Il n'est pas courant qu'un représentant du Labrador vienne témoigner devant votre comité, et je vous en suis très reconnaissant. Il faut que tous les gens qui ont fait des démarches pour que cela se fasse sachent que c'est très important pour nous.

Je vais vous parler de la médecine robotisée dans les collectivités éloignées. C'est une innovation lancée par le Dr Mendez à Halifax. Nous nous félicitons qu'il en fasse profiter le nord. C'est un grand projet. Certaines régions du Canada n'ont pas accès aux services et je considère que c'est la meilleure des innovations, car elle simplifie tout.

Le principal problème est celui du décalage entre les zones urbaines et rurales au Canada. La mortalité est bien plus grande dans les campagnes que dans les villes de notre pays. Elle est parfois de 30 p. 100 supérieure dans les régions rurales. Plus les collectivités sont loin de la ville, plus la mortalité augmente de manière linéaire. Cela s'explique, bien entendu, par les facilités d'accès, mais il y a d'autres raisons. L'espérance de vie est inférieure de trois ans dans les régions rurales du Canada.

Les Inuits représentent une grande part de la population au Nunatsiavut et, à l'échelle du Canada, les Inuits vivent en moyenne 12,6 années de moins que la population en général. C'est énorme. Voilà par où il faut commencer si l'on veut remédier aux problèmes de fond au Canada. Cela touche aussi la population des jeunes.

Bien entendu, il n'y a pas qu'une seule solution, mais l'une d'entre elles passe par l'accès à cet ordinateur que vous voyez ici. Ici, c'est moi, à Goose Bay.

Voici ce que le Dr Mendez a essayé de vous montrer. Les habitants de Nain peuvent avoir accès à un médecin par l'intermédiaire d'un robot. Voici le service d'urgence de Nain qui me permet de voir toute personne qui passe la porte. N'importe quelle personne qui passe cette porte peut être traitée par un médecin.

Ces quatre dernières années, nous avons pu littéralement ressusciter des personnes à distance. Jusqu'à présent, lorsqu'une personne n'avait plus de battements cardiaques et ne pouvait plus parler, on pouvait tout bonnement en partir du principe qu'elle était morte parce qu'à partir du moment où on allait la chercher, il était trop tard. Désormais, il est possible de sauver des vies. C'est possible.

Nous pouvons aussi procéder à distance à des examens par ultrasons, comme vous pouvez le voir. C'est ce que le Dr Mendez vous a montré. Essentiellement, ce sont les infirmières qui vont intervenir et je peux superviser. C'est très rapide et très facile. On n'a pas besoin de faire des conjectures. Je peux voir tout simplement ce qui se passe.

On travaille beaucoup dans le domaine de la santé mentale, en psychothérapie. On entreprend aujourd'hui de traiter les maladies chroniques. Dans les régions rurales du Canada, on enregistre des taux élevés de diabète, d'hypertension et de problèmes cardiaques.

Pour attirer davantage de spécialistes de la santé dans les collectivités éloignées, nous devons jusqu'alors nous efforcer de les former dans ces collectivités, aujourd'hui nous pouvons effectivement les superviser.

Nous avons analysé les répercussions de cette technique. Les patients sont très satisfaits. La situation peut être très stressante pour le personnel infirmier qui réside dans les collectivités éloignées du Nord, et ça l'est tout autant pour le médecin, quand il ne sait pas vraiment ce qui se passe. Grâce à cette technique, notre travail est plus facile et le taux de satisfaction est bien plus grand.

À la fin de la période d'évaluation d'un an, nous avons réussi à éviter un transport médicalisé pour la moitié des malades, qui auraient dû autrement être transportés ailleurs. En plus d'assurer de meilleurs soins aux malades, on fait des économies en matière de santé.

Comme vous l'a dit le Dr Mendez, Rosie fait désormais partie de l'équipe. Même à Nain, je me promène dans le service sans qu'on s'en rende compte. Le personnel sait. Il est habitué. Cela permet en somme aux habitants des collectivités éloignées d'avoir accès à un médecin 24 heures par jour, 365 jours par an. Il est possible aujourd'hui d'habiter une collectivité éloignée et d'accéder aux services d'un médecin, à condition de disposer d'Internet.

Je pense que la voie du succès, comme vous l'a rappelé le Dr Mendez, est toujours en travaux. On trouve toujours des nouveautés, de nouvelles applications.

• (1205)

Pour être fiers de notre action, il nous est toujours possible d'innover et de prendre des initiatives, comme l'a dit le Dr Mendez.

Avant de terminer, je tiens à remercier chaleureusement la DGSPNI et Santé Canada d'avoir facilité cette entreprise, de nous avoir mis en contact avec le Dr Mendez et d'avoir ainsi équipé le Labrador.

Sans Debra Keys White, qui est ici dans cette salle, cette initiative de télésanté faisant appel à la robotique n'aurait pas vu le jour car c'est elle qui m'en a donné l'idée. Au nom du gouvernement du Nunatsiavut, qui m'a fait l'honneur et m'a donné la possibilité de servir sa collectivité, je remercie Gail Turner.

Mme Gail Turner (conseillère, Département de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Nunatsiavut): C'est pour moi un honneur de venir ici représenter le territoire autonome inuit du Nunatsiavut en tant qu'Inuite et ancienne directrice de la Santé de cette région.

Vous voyez sur la carte le territoire autonome résultant des revendications territoriales du Nunatsiavut, la dernière des quatre régions inuites du Canada à être instituée, à l'intérieur du Labrador, et qui fait bien entendu partie de la province de Terre-Neuve-et-Labrador.

Nain constitue la communauté la plus septentrionale de la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Elle compte entre 1 200 et 1 500 habitants. C'est la capitale administrative du territoire autonome résultant de la revendication territoriale. Nunavut signifie notre beau pays, ce que vous pouvez constater ici en voyant les photos.

Nain est entouré de collines et, même si le paysage est pittoresque, l'accès par avion est particulièrement difficile. C'est la seule communauté de la région où on ne peut procéder à une évacuation médicale une fois le soleil couché. Cette situation constitue évidemment une source de stress supplémentaire pour le personnel de la clinique et aussi pour celui de Goose Bay, lorsqu'il s'agit de prendre en charge les patients.

Le mont Sophie se trouve à Nain. Voici la vue de la clinique. Il sert de girouette pour la météo. Si le personnel qui travaille à Nain peut voir le mont Sophie, l'avion peut atterrir et décoller; sinon, c'est impossible.

Voici la clinique de Nain vue de l'extérieur. C'est elle qui se charge des soins primaires dans le cadre du service de santé Labrador-Grenfell en collaboration avec l'hôpital ou le centre de santé de Happy Valley-Goose Bay. Les soins secondaires, ce qui comprend les diagnostics, la chirurgie, l'obstétrique et les consultations médicales, sont pratiqués dans ce centre. Lorsqu'on est chanceux et que la météo est favorable, une évacuation médicale peut être réalisée à partir de Nain en quatre heures si l'on n'a pas eu le temps de stabiliser le patient à Nain.

Notre modèle de soins est axé sur la collaboration. Les services communautaires (santé publique et soins à domicile et communautaires) sont fournis par le ministère de la Santé et du Développement social du Nunatsiavut. Son personnel se trouve à Nain.

Quel a été notre rôle dans cette opération? Plusieurs comités ont été institués à différents niveaux et je tiens à remercier la sous-ministre préposée à la santé et au développement social, Michelle Kinney, que je remplace ici aujourd'hui, qui a toujours appuyé inconditionnellement ce projet tout au long de sa mise en œuvre. Nous avons nous aussi été appelés à l'entériner, et compte tenu du fait que nous avons eu notre mot à dire lors de sa mise en application, les Inuits sont davantage préparés au changement.

Lorsque les Inuits participent à ce changement, nous obtenons évidemment un meilleur accès aux soins de santé. Nous tirons parti

des données s'appliquant aux prestations de santé non assurées dans le cadre de notre entente de partage des données. Pour l'instant, le Nunatsiavut est le seul groupe autochtone au Canada qui gère lui-même son programme de prestations de santé non assurées. Nous avons pris part aux premières évaluations du projet et nous sommes par ailleurs en pointe parmi les groupes inuits.

Nous avons profité du fait que nous avons pris part aux revendications territoriales inuites avec nos collègues de l'Inuit Tapiriit Kanatami pour faire la promotion de cette technologie afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des Inuits du Canada.

Comme vous venez de le constater, nous avons pu voir à quoi Rosie ressemblait sur un écran d'ordinateur au Cap-Breton, mais nous avons encore de la difficulté à imaginer ce que le robot ferait exactement dans la clinique de Nain. Nous ne savions pas ce que pouvait faire Rosie. Nous ne savions pas si la communauté allait l'accepter. Nous ne savions pas si ce robot permettrait de fournir des services plus près du domicile et quels résultats on obtiendrait.

Ce que nous savions bien, c'est que les résidents de Nain, comme la plupart des communautés inuites, n'aiment pas toujours se déplacer pour bénéficier de soins médicaux. Il leur faut alors quitter leur famille et leur foyer et ils sont souvent partis pendant des jours ou même des semaines. Nous savions qu'en soutenant les infirmières, en facilitant leurs décisions, en favorisant le maintien de l'effectif, nous avons plus de chances d'améliorer les soins en respectant la culture. Nous savions que Nain était l'endroit idéal pour ce projet pilote en raison de la limitation des vols. Le personnel y était assez stable et était habitué depuis plusieurs années au système traditionnel de télésanté, de sorte qu'il serait plus à l'aise pour adapter cette nouvelle technologie.

Nous savions que notre gouvernement allait faire tout son possible pour appuyer ce projet. Nous étions conscients du fait que la philosophie du Dr Mendez cadrerait avec la nôtre. Nous estimions qu'il nous fallait en faire bien davantage pour venir soigner les Inuits plutôt que de leur demander d'aller se faire soigner ailleurs.

• (1210)

Qu'avons-nous appris? Rosie est très rapidement devenue un membre du personnel, et je pense que les infirmières n'auraient désormais plus confiance si Rosie devait quitter la clinique et si elles ne pouvaient plus compter sur son aide.

La communauté a aimé Rosie et l'a appelée « le vieux docteur-robot ». Ce robot a sauvé des vies et a économisé des déplacements. Il a fini par faire partie intégrante de la prestation des services de santé à Nain, à tel point que le gouvernement du Nunatsiavut a récemment acheté le robot Rosie 2, d'une plus grande capacité encore, pour les besoins de la communauté de Nain.

Que nous réserve l'avenir? Nous pensons avoir plusieurs choses à faire. Il nous faut bien entendu poursuivre l'excellent travail entrepris. Nous avons besoin d'explorer d'autres utilisations possibles pour tirer le maximum de cet équipement. Nous devons envisager une plus grande utilisation d'autres périphériques. Surtout, il nous faut poursuivre l'amélioration de la prestation des services de toutes les façons possibles en faisant appel aux présentations et en tirant parti de toutes les techniques actuelles, bulletins et revues spécialisés, pour que le reste du Canada soit mis au courant de nos réalisations.

La présidente: Voilà un exposé particulièrement intéressant, c'est stupéfiant. Merci d'être venus aujourd'hui.

Mme Davies va vous poser les premières questions.

Mme Libby Davies: Merci, madame la présidente.

Avant de faire mes commentaires et de poser des questions aux excellents témoins que nous recevons aujourd'hui, je tiens à préciser une chose.

Je n'ai pas voulu interrompre l'exposé parce que je sais que notre séance est écourtée aujourd'hui, mais c'est la deuxième fois qu'on nous présente à l'écran des documents qui ne sont pas rédigés dans les deux langues officielles. Je tiens à ce que l'on insiste sur cette obligation auprès des témoins qui se présentent devant notre comité. Généralement, il faut qu'une courte motion autorise la chose, mais en raison du manque de temps je n'ai pas voulu vous interrompre. C'est un rappel en prévision de l'avenir. Je ne pense pas...

La présidente: Je vais demander à la greffière de se prononcer sur la question.

Mme Libby Davies: Je tenais simplement à faire ce rappel pour ne pas que ça se reproduise.

La présidente: Laissons la greffière se prononcer sur la question.

La greffière du comité (Mme Julie Pelletier): Si je comprends bien la motion, les allocutions n'ont pas besoin d'être bilingues, mais les présentations en PowerPoint doivent l'être. Si l'on me fournit un document écrit bilingue, les conditions sont remplies.

Si vous pensez qu'elles ne le sont pas, nous pourrions peut-être en discuter lors d'une séance du comité, mais nous avons eu effectivement une version bilingue de chaque document.

Mme Libby Davies: D'après vous, par conséquent, c'est acceptable même si la version bilingue ne figure pas à l'écran. De toute façon, nous pourrions en discuter plus tard. Je tenais simplement à le signaler parce que c'est la deuxième fois que ça arrive, et je voulais être sûre.

La greffière: La dernière fois, c'était différent. Il y a eu un malentendu entre le témoin et moi-même, le témoin ne m'a jamais fait parvenir sa présentation en PowerPoint et je n'ai pas eu le temps de faire traduire le document.

Effectivement, nous ne disposons pas d'un exemplaire bilingue. C'est pourquoi nous avons demandé que le comité se prononce à l'unanimité pour autoriser le témoin à faire son exposé. Ce sont deux choses différentes...

Mme Libby Davies: Je vous remercie.

La présidente: Autrement dit, la greffière était tout à fait dans son... C'est une excellente greffière, qui respecte les règles.

Mme Libby Davies: Je pense que nous pourrions en reparler plus tard au besoin.

La présidente: C'est vous qui avez soulevé la question, madame Davies, et je tenais à ce que des éclaircissements soient donnés.

Mme Libby Davies: Je sais. Je voulais signaler la chose. Je tenais à ce qu'elle soit signalée. C'est tout ce que j'ai dit.

La présidente: Je signale le fait que la greffière a bien procédé dans les règles. Je vous remercie. Vous pouvez poursuivre.

Mme Libby Davies: Je demande à nouveau aux témoins de m'excuser d'avoir fait cette intervention, mais elle m'a paru importante.

Je tiens à les remercier d'être venus nous voir aujourd'hui, surtout lorsqu'on sait qu'ils viennent de très loin. Il m'apparaît que vos exposés nous ont ouvert de nouvelles perspectives qui nous amèneront à réfléchir dans le cadre de notre étude de l'innovation technologique.

Mes questions vont porter en partie sur les risques associés éventuellement à la robotique en médecine.

J'ai l'impression, docteur Mendez, que vous êtes maintenant bien habitué à manoeuvrer Rosie dans des couloirs étroits, à l'entrée et à la sortie des chambres, etc. Doit-on suivre une formation intensive pour éviter les erreurs de manutention? A-t-on procédé à une étude ou à des contrôles concernant les risques d'erreurs potentielles du fait de l'utilisation d'une technique de contrôle à distance?

Je vais commencer par cette question.

● (1215)

Dr Ivar Mendez: C'est une question très importante.

Je dois vous dire tout d'abord que le robot à la taille d'une personne. Il a plus ou moins la forme, la largeur et la hauteur d'une personne. Cela permet à celui qui le commande de savoir intuitivement ce qu'il peut faire ou ne pas faire. Les commandes sont tellement intuitives que n'importe qui peut apprendre à conduire le robot en 10 minutes. Nous sommes probablement les plus expérimentés en la matière dans le monde. Nous n'avons jamais eu d'accident provenant, par exemple, du choc du robot avec un obstacle.

L'essentiel — et c'est au cœur de cette technologie — c'est que lorsqu'il s'agit d'une question de vie ou de mort, lorsqu'une personne à un pneumothorax — de l'air dans les poumons qui comprime les poumons et le cœur — la possibilité pour le Dr Michael Jong de diriger l'intervention d'une infirmière et de sauver la vie d'une personne qui serait morte autrement fait toute la différence. Ce qui importe avant tout — et c'est à la base de ma philosophie — c'est que nous tenons à faire en sorte que tous les Canadiens aient les mêmes possibilités d'accès aux soins de santé, mais vous savez qu'il n'en est rien. Ici, à Ottawa, si vous avez un problème, vous pouvez toujours vous faire hospitaliser à l'Hôpital d'Ottawa. Celui qui habite à Nain n'a pas vraiment le choix. Je considère que cette technique nous permettra de résorber en partie cette inégalité. C'est le problème à la base. Dans la pratique, l'utilisation des robots n'a jamais causé d'incidents pendant toutes ces années.

Mme Libby Davies: Pour l'instant, ce programme n'a été mis en application qu'en Nouvelle-Écosse. Je sais qu'il y a d'autres collectivités concernées, mais en vous écoutant on a l'impression que tout se passe à Halifax. Y a-t-il beaucoup d'autres collectivités qui se servent de ce robot?

Dr Ivar Mendez: Il y a deux programmes dans notre pays.

Il y a tout d'abord notre réseau de robots en Nouvelle-Écosse. On s'en sert pour dispenser des soins spécialisés en neurochirurgie. Il y a par ailleurs le réseau des soins de base du Labrador qui permet à l'hôpital de Happy Valley-Goose Bay de prendre en charge la communauté éloignée de Nain. Cela vous montre que cette technologie peut donner des résultats dans des régions assez bien urbanisées de la Nouvelle-Écosse qui possèdent différents hôpitaux régionaux de même que dans des collectivités vraiment éloignées qui ne sont accessibles que par la voie des airs.

Mme Libby Davies: L'un des enjeux c'est de faire en sorte que l'on puisse garantir l'équité de notre système de santé pour éviter ce genre de disparités. Il est passionnant de voir que ces localités sont maintenant accessibles mais il faut encore s'assurer que cela va s'étendre à l'ensemble du pays.

Avez-vous des propositions ou des recommandations à faire au gouvernement fédéral pour qu'il s'assure que cette technologie de pointe soit implantée partout?

La présidente: Excusez-moi, docteur Mendez, mais Mme Davies a épuisé le temps qui lui était imparti.

M. Carrie a éventuellement ses propres questions à poser à moins qu'il veuille reprendre à partir des commentaires de Mme Davies.

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

J'aimerais partager mon temps avec vous.

J'adresse ma question à Mme Turner. Je tiens à soulever le problème de la localisation et j'aimerais que vous évoquiez les difficultés d'accès aux soins de santé dont vous avez entendu parler au fil des années. Quels ont été les changements apportés par Rosie? J'aimerais aussi que vous nous disiez quelques mots de votre philosophie.

• (1220)

Mme Gail Turner: Le plus important pour nous, c'est probablement la question de l'équité en matière de santé. Regardez une carte du Canada et voyez quels sont les déplacements des Inuits, la plupart des soins qui ne sont pas de base sont dispensés aux Inuits du Canada à l'extérieur de leur région. Cela se fait dans une autre province du Canada. Cela coûte cher sur le plan financier, mais aussi sur le plan humain, car il faut toujours se déplacer pour se soigner. Les Inuits sont favorables à une technologie qui leur permet de rester chez eux et de consulter un médecin sans avoir à quitter leur communauté. L'autre avantage, que vous n'avez pas pu voir clairement, c'est la possibilité de faire en sorte que le personnel de soutien de Nain soit aussi présent. Il tire profit de la consultation et prend de l'assurance quant à sa connaissance des sciences infirmières. Si besoin, il peut être bon aussi de disposer d'un interprète qui traduit ce qui se passe au patient en inuktitut. Les gens en sont enchantés. Ils sont tout contents de ne pas avoir à se déplacer pour se faire soigner.

M. Colin Carrie: Vous faites un travail magnifique.

Vous nous avez dit que vous étiez vous-même en charge des prestations de santé non assurées. Je me demande, pour aller dans le sens des propos de Mme Davies, si vous avez eu accès à des subventions fédérales qui ont éventuellement profité à la communauté de Nain et quelles sont les difficultés que rencontre la population, dans un milieu particulièrement rural? En avez-vous une idée?

Mme Gail Turner: Il est difficile de répondre à cette question parce que Nain fait partie du nouveau territoire autonome découlant des revendications territoriales. Le financement des services de santé résulte d'un accord quinquennal passé entre la province et le gouvernement fédéral, qui comprend un volet correspondant aux prestations de santé non assurées. Nous sommes par ailleurs des citoyens de la province de Terre-Neuve-et-Labrador et, à ce titre, nous bénéficions aussi du régime de santé provincial, qui subventionne en partie les déplacements pour des raisons médicales. C'est un cadre financier assez complexe de prestations de soins de santé et tout un réseau de compétences enchevêtrées, mais ça fonctionne.

M. Colin Carrie: Je pense que nous en sommes tous conscients.

Madame la présidente, je vais vous laisser la parole.

La présidente: Je vous remercie de m'avoir proposé de partager votre temps de parole. Nous sommes comptables du temps qui nous est imparti. Nous disposons chacun de sept minutes.

Voilà qui va vous intéresser, docteur Mendez.

Comme vous le savez, docteur Mendez, Leona Aglukkaq, la ministre fédérale de la Santé, est originaire du Nord. Elle revient constamment sur la question de l'isolement et du manque d'équité concernant les soins. Tous les députés autour de cette table cherchent

à améliorer cette situation, et c'est avec un grand intérêt que nous avons pris connaissance ce matin de vos réalisations.

Pour soigner la population des régions éloignées du Nunavut et dans tous les lieux particulièrement écartés, de combien de robots auriez-vous besoin? Ce que nous avons vu ce matin était magnifique, mais de quoi a-t-on besoin en fait pour dispenser des services dans les autres localités? Connaissez-vous suffisamment le terrain et la région pour nous renseigner à ce sujet?

Dr Ivar Mendez: Oui, je vous le répète, nous avons beaucoup d'expérience en la matière. Ce qui est particulièrement remarquable, c'est qu'un système portatif comme celui que je vous ai montré, qui opère au moyen d'un téléphone cellulaire, peut être acheté lorsqu'on économise deux voyages en avion. Ainsi, le robot en provenance d'Halifax que nous avons envoyé à Sydney et au Cap-Breton a été rentabilisé en deux mois en raison du nombre de transports par avion qui ont été économisés. Cette façon de procéder nous permet de dispenser des soins cliniques plus efficaces et plus rentables.

Il convient particulièrement de signaler — et le Dr Jong ainsi que Gail pourront eux aussi vous en parler — le montant élevé des soins de santé dans le Nord. La statistique est très intéressante: c'est le Nunavut qui a les dépenses de santé par habitant les plus élevées au monde; aucun pays ne peut se comparer au Nunavut. Pourtant, les indicateurs relatifs à la santé ne sont pas bons parce que ce modèle repose largement sur le transport. Lorsqu'on a besoin d'un électrocardiogramme, le malade, accompagné par une autre personne, doit prendre l'avion pour aller voir un cardiologue dans un centre de soins, où il peut rester une semaine. Grâce à cet équipement, on pourra réduire ces dépenses, qui pourront alors être réaffectées là où on a besoin, pour soigner par exemple des gens qui sont particulièrement mal desservis.

L'un des principaux domaines d'application sera celui de la santé mentale. Nous pourrions, par exemple, faire entrer en communication un psychiatre avec une infirmière située au domicile d'un adolescent souffrant de troubles psychologiques, ce qui permettra d'éviter que les jeunes se suicident à 12 ou à 13 ans.

• (1225)

La présidente: C'est vraiment formidable. Vous aidez vraiment notre comité en nous donnant toutes ces précisions. Je vous en remercie.

Mon temps est pratiquement écoulé. Monsieur Easter, vous avez la parole et je vous abandonne les 30 secondes qui me restent.

L'hon. Wayne Easter (Malpeque, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je tiens à remercier les témoins, qui nous ont présenté des exposés vraiment impressionnants, soulignant tout le potentiel de ces nouvelles techniques en matière de santé.

Je me souviens qu'aux alentours de 1997 ou de 1998, Allan Rock, qui était alors ministre de la Santé à Ottawa, avait procédé en une heure environ à un examen aux ultrasons sur une femme qui se trouvait à Iqaluit. J'avais été impressionné à l'époque, mais nous sommes maintenant à des années-lumière de cela.

Ma question s'adresse à l'un ou à l'autre des médecins, éventuellement à Gail. Ma femme est infirmière. Je suis tout à fait persuadé que le stress est un facteur important lorsqu'il s'agit de guérir les malades. J'ai l'impression qu'en équipant ainsi les collectivités isolées on fera vraiment œuvre utile en réduisant le niveau de stress dont elles souffrent.

Pourriez-vous nous donner des précisions à ce sujet?

Mme Gail Turner: C'est indéniable. Nous avons déjà vu les effets positifs du maintien en place du personnel infirmier à Nain. Son cadre de travail a complètement changé. Il a maintenant l'impression d'avoir à ses côtés un médecin. Ce n'est qu'un procédé technique, mais on ressent cette présence. Cela a vraiment changé sa façon de travailler.

La communauté, elle aussi, a maintenant pris confiance et sait que s'il y a un problème, ce qui arrive parfois à Nain, la réaction sera immédiate et un médecin interviendra à partir de Goose Bay par l'intermédiaire de Rosie. Il y a cela aussi.

Il est difficile d'exprimer tout ce que ressent la communauté. C'est magnifique.

Dr Michael Jong: J'aimerais rajouter qu'en ce qui me concerne, les infirmières de Nain et de toutes ces collectivités éloignées sont de véritables anges. C'est particulièrement satisfaisant pour moi de voir leur réaction quand elles sauvent une vie. Elles en sont tellement fières, et je suis tellement fier d'elles.

Ce n'était pas du tout comme ça avant, et c'est maintenant possible. C'est presque un péché de ne pas le faire.

L'hon. Wayne Easter: Que doivent faire le gouvernement fédéral et les provinces pour généraliser le recours à ces techniques? Vous disposez au départ d'un certain nombre de robots, de toutes ces Rosie, comme vous les appelez, mais que faut-il faire pour continuer à progresser dans ce domaine au niveau fédéral et provincial? Est-ce que c'est une question d'argent? de réglementation? de coordination?

Comment aller jusqu'au bout de cette entreprise et faire en sorte que toutes ces autres collectivités soient équipées?

Dr Ivar Mendez: Je vais peut-être commencer, et le Dr Jong prendra ensuite la relève.

Ce n'est pas la technologie qui fait obstacle. Les empêchements sont dus à des problèmes de compétence, de rémunération, d'intérêts divergents et d'absence de politiques facilitant l'application de cette technologie à l'avenir.

Ce que je peux vous dire, c'est que les progrès de cette technique sont irréversibles. Elle va être mise en place qu'on le veuille ou non. Nous sommes en pointe au Canada et nous pouvons devenir les chefs de file dans le monde.

Il faut bien voir aussi que même si cette technique est utilisée dans un premier temps dans les collectivités éloignées, elle aura aussi des répercussions sur l'ensemble des soins de santé. Nous avons un régime de soins de santé centralisé qui comporte un goulot d'étranglement. Lorsqu'un problème se pose, le patient se rend à l'hôpital, y fait tous les tests et voit son médecin. Tout se passe dans un lieu centralisé. Cette technique nous permettra de faire le diagnostic et la prise en charge sur place.

Nous sommes en retard par rapport aux secteurs des banques et du transport aérien. À l'heure actuelle, les banques vous font payer toutes les transactions effectuées directement sur votre compte personnel.

C'est ce qui va se passer, et j'estime que nous avons une chance unique de mener à bien cette entreprise au Canada.

À vous, Michael.

• (1230)

Dr Michael Jong: Effectivement. L'important pour ces collectivités à l'heure actuelle, dans le cas par exemple du Nunavut, c'est d'avoir des lignes d'accès à large bande. Il faut pouvoir disposer de cette technologie.

Ensuite, il nous faut former des gens pour qu'ils sachent l'utiliser. Il est bon de disposer de la technique, mais il faut que les gens sachent l'employer.

L'hon. Wayne Easter: Certains autour de cette table diront peut-être que j'habite dans une collectivité éloignée, mais je viens de l'Île-du-Prince-Édouard et pour nous, dans le domaine de la santé, nous sommes constamment en train d'envoyer des gens à Halifax ou à Saint John. Il y a donc un problème. Les évacuations médicales sont choses courantes. Il y a donc peut-être là des possibilités.

J'ai un commentaire à faire au sujet de ce que vous venez de dire, docteur Mendez. En fin de semaine j'assistais à Austin, au Texas, à une réunion traitant en priorité des soins de santé aux États-Unis. Nombre de discussions portaient sur l'impasse fiscale, le déficit, etc., et l'un des principaux cadres du ministère du trésor nous a précisé qu'il avait travaillé à l'OCDE. Il a évoqué le coût énorme de la santé aux États-Unis comparativement à ce qui se passait dans les autres pays du monde. Voici ce qu'il nous a dit. Pour voir un médecin alors qu'il était en France — c'était il y a 10 ans — il a dû prendre un rendez-vous avec une secrétaire ou un préposé à l'administration avant de passer la visite. Lorsqu'il est rentré aux États-Unis, il lui fallait voir quatre personnes avant de pouvoir consulter un médecin. Son médecin a recommandé une IRM et un examen aux rayons X. Le problème venait en partie du fait qu'aux États-Unis, c'est le médecin qui est propriétaire de l'équipement et qu'il fallait payer pour passer une IRM ou un examen aux rayons X, qu'il en ait besoin ou non, alors que ça ne lui paraissait pas nécessaire.

Madame la présidente, je fais ce rappel parce que je pense qu'il nous faut garder à l'esprit...

La présidente: Monsieur Easter, je dois vous arrêter parce que vous avez largement dépassé le temps qui vous était imparti. Malheureusement, nous ne pourrions pas entendre la réponse maintenant, mais vous avez certainement contribué...

L'hon. Wayne Easter: Même avec votre 30 secondes.

La présidente: Même avec mes 30 secondes, et vous avez largement contribué aux travaux de notre comité. Je vous remercie.

Nous allons maintenant partager le temps entre M. Strahl et M. Lobb.

Monsieur Strahl.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, je sais que M. Lobb se faisait une joie d'assister à cette séance. Il avait compris à tort que nous allions accueillir Eva Mendes et non...

Des voix: Oh! oh!

M. Mark Strahl: M. Easter a déjà posé un certain nombre de questions que je voulais vous poser au sujet de cette technologie.

De toute évidence, s'il est possible de se raccorder d'ici au moyen d'un téléphone cellulaire, le problème n'est pas compliqué, il s'agit simplement d'être branché. J'imagine qu'une ligne téléphonique terrestre ou qu'un téléphone satellite fera l'affaire.

Par ailleurs, et vous avez évoqué rapidement la question, je me demandais comment cela se passait lorsqu'un médecin installé à Halifax exerçait ses services au Nunavut. Est-ce que ce médecin doit avoir le droit d'exercer dans les deux juridictions? Est-ce que c'est le gouvernement du Nunavut qui paye les honoraires? Comment opère-t-on? Vous pourriez peut-être m'exposer certaines des difficultés qui attendent un médecin installé en un lieu donné et devant exercer ses activités dans un lieu éloigné.

• (1235)

Dr Ivar Mendez: Ce sont là les obstacles qui peuvent se présenter à l'avenir, des questions liées au droit de la médecine. Ainsi, si le médecin réside à Halifax et traite un malade à Toronto, quelle est la juridiction responsable? Est-ce vous ou quelqu'un d'autre? Il y a aussi bien sûr la question de la rémunération.

Beaucoup de travail a cependant été fait dans le domaine de la télémédecine, ce qui a pavé la voie à l'étape suivante, celle de la téléprésence en médecine. Ce sont des obstacles qu'il faudra surmonter avec le temps.

Lorsque j'ai dit que la technologie était irréversible, je me situais il y a 20 ans lorsque pour retirer 10 \$ il fallait faire la queue dans une banque. Tous les obstacles liés par exemple au cryptage et à la sécurité ont été écartés. Les gens, croyez-le ou non, se préoccupent davantage de leur compte bancaire que de leur santé. Ils sont prêts à mentionner leurs données personnelles pour pouvoir administrer leur compte. La réglementation interviendra par la suite. La technologie est de toute évidence d'une telle utilité que la réglementation doit s'adapter à mesure qu'elle avance. C'est ce que nous réserve l'avenir.

M. Mark Strahl: Parfait.

Je sais que nous avons beaucoup parlé des collectivités éloignées, mais vous étiez évidemment en relation avec un hôpital d'Halifax lorsque vous nous avez fait cette démonstration. Est-ce que cette technique peut aussi remédier à la pénurie de spécialistes? À partir de votre bureau, vous pouvez intervenir dans six hôpitaux différents d'Halifax au lieu d'avoir à courir partout. Est-ce que tous les hôpitaux disposeront à l'avenir de Rosie ou d'un Rosie 2 parce que c'est beaucoup plus pratique que de s'attacher un spécialiste? Certains services dispensant des soins en Colombie-Britannique, d'où je suis originaire, sont régionalisés. Tous les hôpitaux n'offrent pas le même service, et éventuellement...

Dr Ivar Mendez: C'est bien ça le problème. Il n'y a pas de neurochirurgiens dans l'Île-du-Prince-Édouard. Lorsqu'on a une tumeur au cerveau, il faut aller à Halifax.

Pour avoir accès à un spécialiste en temps réel, où qu'il se trouve, le robot doit être installé dans cette salle d'urgence de l'Île-du-Prince-Édouard. C'est à mon avis fondamental. L'essentiel est d'avoir accès aux soins de santé en temps réel. Le nombre de spécialistes est limité. Cela nous permettra de mieux gérer nos ressources. Plus précisément, nous permettrons à une personne qui en a besoin à un moment précis d'accéder à ces soins. C'est ainsi que nous allons procéder: un robot va être installé très bientôt à l'Île-du-Prince-Édouard.

La présidente: Monsieur Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Qu'est-ce qu'il me reste, environ cinq secondes?

La présidente: Il vous reste environ deux minutes.

M. Ben Lobb: Ah, c'est bien.

Ma première question s'adresse à M. Mendez et elle intéresse des gens comme M. Strahl. Quand va-t-on voir ces Rosie remplacer les députés?

Des voix: Oh! oh!

M. Ben Lobb: Est-ce que ces temps sont proches? Pouvez-vous me le dire?

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Pour qu'il puisse rester chez lui...

M. Mark Strahl: Je pourrais voter à partir de Chilliwack.

M. Ben Lobb: Très bien.

Voici ma première question. Je ne sais pas si je l'ai entendu, mais quel est le nom de l'entreprise qui a conçu au départ la technologie de Rosie?

Dr Ivar Mendez: C'est une entreprise des États-Unis. Nous avons collaboré avec elle à la mise au point de toutes les applications cliniques, des principales applications cliniques que nous utilisons au Canada. Cela s'appelle In Touch Health (La santé en direct). C'est une entreprise de Californie qui fabrique ces robots.

M. Ben Lobb: Compte tenu de vos besoins particuliers, combien de temps a-t-il fallu pour mettre au point cette technique à partir du moment où vous avez pris contact avec l'entreprise offrant des soins de santé en direct et la mise sur pied effective, ne serait-ce que d'un programme pilote?

Dr Ivar Mendez: Le premier robot est arrivé à Halifax dans les deux semaines de la première prise de contact. Cela s'explique par le fait que nous disposions déjà à Halifax d'une équipe expérimentée dans la téléchirurgie, qui nous permet d'opérer quelqu'un à distance. Nous avions déjà une base.

M. Ben Lobb: Je n'ai probablement pas entendu, mais combien avez-vous dit que coûtaient le robot et le logiciel qui l'accompagne?

Dr Ivar Mendez: Le robot coûte, je pense, 140 000 \$ à l'heure actuelle, et les petits appareils sont à quelque 25 000 \$.

Je vous précise que je n'ai aucun intérêt financier dans cette entreprise. Je suis simplement motivé par la nécessité d'apporter cette technique là où on en a besoin. Je tenais à le signaler pour que tout le monde comprenne bien.

• (1240)

M. Ben Lobb: Je suis originaire de l'Ontario. Le RAMO couvre le coût de certains appareils, mais pas celui des IRM et de la tomographie. Est-ce qu'il vous faut lever des fonds par l'intermédiaire de votre fondation hospitalière? Est-ce que Santé Canada vous fournit des crédits à ce titre? Avez-vous procédé à une campagne de financement pour trouver ces 140 000 \$? D'où sont venus les crédits?

Dr Ivar Mendez: Les crédits correspondant à l'achat de ces robots ont été versés par notre fondation et par des philanthropes qui ont donné l'argent permettant de mettre en place ce programme de robotique à Halifax.

M. Ben Lobb: À combien estimez-vous le nombre d'appareils déjà installés au Canada à l'heure actuelle?

Dr Ivar Mendez: Seule la région de l'Atlantique du Canada dispose de ces appareils. Nous en avons cinq en Nouvelle-Écosse et un à Nain.

M. Ben Lobb: Vous avez aussi abordé la question de la santé mentale...

La présidente: Excusez-moi, monsieur Lobb. Nous sommes arrivés à la fin de notre séance. J'ai dépassé le temps qui nous était imparti parce que nous sommes censés nous réunir en séance de travail à 12 h 30. J'ai réglé en vitesse quelques petites questions pour que nous puissions aller au-delà de l'heure prévue, étant donné que nous avons commencé en retard.

Je remercie chaleureusement les témoins. Je suis sûre que nous vous reverrons. Ce fut une présentation extraordinaire. Nous voulons

en savoir encore davantage à l'avenir. L'ensemble des membres du comité vous remercient.

Nous allons suspendre la séance pendant deux minutes. Nous tiendrons ensuite une séance de travail à huis clos et je vais demander à toutes les personnes n'appartenant pas au comité de quitter la salle.

[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>