



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des comptes publics

PACP • NUMÉRO 018 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 3 juin 2010

Président

L'honorable Shawn Murphy

Comité permanent des comptes publics

Le jeudi 3 juin 2010

• (0905)

[Traduction]

Le président (L'hon. Shawn Murphy (Charlottetown, Lib.)):
La séance est ouverte. Bienvenue à tous.

La réunion de ce matin a lieu conformément au Règlement. Nous examinons en fait deux rapports. Le premier rapport est le chapitre 4, les dossiers de santé électroniques du rapport de l'automne 2009 de la vérificatrice générale du Canada et le deuxième, survol des rapports de vérification fédérale et provinciaux du rapport du printemps 2010 de la vérificatrice générale du Canada. Nous traitons donc de dossiers de santé électroniques et de la mise en oeuvre de dossiers de santé électroniques au Canada.

Le comité est très ravi, évidemment, d'accueillir, du Bureau du vérificateur général du Canada, Mme Fraser, vérificatrice. Elle est accompagnée ce matin du vérificateur adjoint, Neil Maxwell, et de Louise Dubé, directrice principale.

D'Inforoute Santé du Canada, nous accueillons Richard Alvarez, président et chef de la direction. Il est accompagné du chef de l'exploitation, Mike Sheridan.

Nous accueillons également, du ministère de la Santé, Mme Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique.

Encore une fois, je vous souhaite tous la bienvenue. Nous allons interrompre les discussions 10 minutes à l'avance pour examiner les rapports du comité de direction et la motion de Mme Faille. Nous examinerons d'abord le rapport du comité de direction.

Cela dit, nous allons passer directement aux déclarations préliminaires. Nous entendrons d'abord la vérificatrice elle-même, Mme Fraser.

Mme Sheila Fraser (vérificatrice générale du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada): Je vous remercie, monsieur le président.

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de présenter les résultats de deux rapports sur les dossiers de santé électroniques. Comme vous l'avez dit, je suis accompagnée aujourd'hui de Neil Maxwell, vérificateur général adjoint, et de Louise Dubé, directrice principale, tous deux responsables des vérifications dans le domaine de la santé.

Les dossiers de santé électroniques, ou DSE, se veulent la réponse à plusieurs problèmes persistants qui touchent le système de santé au Canada, et dont certains peuvent être attribués à l'utilisation de dossiers papier. Les DSE devraient permettre aux professionnels de la santé d'échanger plus facilement de l'information sur les patients, ce qui réduirait les coûts et améliorerait la qualité des soins.

En novembre 2009, nous avons présenté les résultats d'une vérification du projet des dossiers de santé électroniques d'Inforoute et de Santé Canada, en nous basant sur les travaux de vérification qui se sont terminés en avril 2009. Au 31 mars 2009, Inforoute avait

consacré ou avait engagé 1,2 milliard de dollars dans cette initiative. Certains experts ont estimé que le coût total de l'établissement des dossiers de santé électroniques à l'échelle nationale dépasserait 10 milliards de dollars. Inforoute est d'accord avec cette estimation.

Nous avons examiné la façon dont Inforoute gère les fonds du gouvernement fédéral pour atteindre son objectif de mettre en place des dossiers de santé électroniques compatibles à l'échelle du Canada. Dans l'ensemble, nous avons constaté qu'Inforoute avait à son actif de nombreuses réalisations depuis sa création et qu'elle gère adéquatement les fonds de 1,2 milliard de dollars que le gouvernement fédéral lui a accordés pour atteindre son objectif. Inforoute est bien surveillée par son conseil d'administration et Santé Canada, le ministère dont elle relève. Elle a conçu une démarche pour mettre en place un système de dossiers de santé électroniques compatibles. Elle a défini les principales exigences et les éléments clés d'un tel projet. Inforoute a aussi établi un plan directeur ou une architecture pour guider la conception des systèmes ainsi que des plans stratégiques et une stratégie de gestion des risques. Elle a collaboré avec ses partenaires ainsi qu'avec les parties prenantes et obtenu leur appui, ce qui est essentiel pour assurer le succès de cette initiative.

[Français]

Nous avons aussi constaté qu'Inforoute approuve des projets cofinancés par les provinces et les territoires, dont la conception respecte les normes établies et le plan directeur. Nous avons noté qu'Inforoute surveille comme il se doit la mise en oeuvre des projets par les provinces et les territoires.

Par ailleurs, nous avons indiqué qu'Inforoute avait encore des améliorations à faire dans certains domaines. L'objectif d'Inforoute vise à ce que, d'ici 2010, la moitié des Canadiens aient un dossier de santé électronique accessible aux professionnels de la santé. Nous avons constaté qu'Inforoute doit communiquer plus de renseignements sur les résultats obtenus. Plus particulièrement, elle doit faire rapport sur les progrès accomplis en vue d'atteindre son objectif de 2010. À ce jour, les rapports d'Inforoute indiquent seulement si les systèmes sont achevés. Les rapports n'indiquent pas si les systèmes sont utilisés par les professionnels de la santé, ni si les systèmes mis au point respectent les exigences de compatibilité. Or des informations sur l'utilisation des systèmes et leur compatibilité aideraient le Parlement et les Canadiens à mieux comprendre les progrès réalisés jusqu'à maintenant.

Nous avons constaté que les contrôles mis en place par Inforoute pour la rémunération des dirigeants et les frais d'accueil et de voyage étaient fondamentalement efficaces, mais que la société pourrait améliorer sa politique de passation de contrats.

Pendant que nous procédions à cette vérification, les bureaux de vérification de six provinces ont examiné la mise en oeuvre, dans leur territoire respectif, de projets relatifs aux dossiers de santé électroniques financés par Inforoute ou par leur province, ou les deux. Chaque bureau a présenté les résultats de sa vérification à son assemblée législative entre les mois d'octobre 2009 et d'avril 2010. De concert avec mes homologues provinciaux, j'ai présenté un aperçu des rapports fédéral et provinciaux sur les dossiers de santé électroniques en avril 2010.

Dans les six administrations vérifiées, les vérificateurs ont constaté que chacune avait mis en place au moins un système de base des dossiers de santé électroniques, et que certaines provinces avaient presque terminé la mise en place de leurs systèmes de dossiers de santé électroniques.

[Traduction]

Les six bureaux de vérification législative provinciaux participants ont émis diverses réserves sur la planification des projets de DSE, même si certains d'entre eux ont récemment observé des progrès. Par exemple, trois bureaux ont constaté que les ministères avaient lancé des projets de DSE sans établir un plan stratégique global, ce qui augmente le risque que les projets ne respectent pas les objectifs ni les priorités fixés pour l'ensemble de l'initiative et qu'ils ne répondent pas aux besoins des utilisateurs.

À l'égard de la mise en oeuvre des DSE, les vérificateurs généraux provinciaux participants ont déclaré que chaque province avait mis l'accent sur la compatibilité des systèmes au sein de son propre territoire. Il est trop tôt pour déterminer si les systèmes de chaque administration seront compatibles à l'échelle nationale.

Plus particulièrement, mes homologues provinciaux ont noté que les rapports publics portant sur les progrès accomplis sont limités. Les provinces manquent d'information exhaustive sur les coûts engagés jusqu'ici, les bases de référence et les mesures de rendement nécessaires pour rendre compte des progrès accomplis de façon plus complète.

Inforoute, les provinces et les territoires doivent collaborer en vue d'élaborer des mesures de rendement et des normes de rapport pour chaque système de base des dossiers de santé électroniques afin de veiller à ce que le Parlement, les assemblées législatives et les Canadiens disposent d'informations suffisantes sur les progrès réalisés et les bienfaits obtenus.

Même si l'élaboration et la mise en oeuvre des systèmes de dossiers de santé électroniques ont progressé à l'échelle du Canada, une collaboration constante entre Inforoute, les provinces et les territoires et d'autres parties prenantes sera nécessaire pour relever les défis importants qui se dessinent à l'horizon.

Parmi ces défis, mentionnons la nécessité d'augmenter le nombre de médecins de soins primaires utilisant des systèmes de dossiers informatisés; de mettre à niveau les projets de DSE terminés qui ne répondent pas à toutes les normes de compatibilité nationale; de tenir compte de l'incidence des écarts entre les lois provinciales et territoriales en matière de collecte, d'utilisation, de protection et de divulgation des renseignements personnels sur la santé; de surveiller le total des coûts; et de financer le projet jusqu'à son achèvement. Une des questions clés consiste à savoir si l'objectif de 2010 sera atteint d'ici la fin de l'année.

• (0910)

[Français]

Compte tenu de l'importance des investissements engagés, des avantages potentiels et de l'intérêt des Canadiens à l'égard des soins

de santé, le comité souhaiterait peut-être demander à Inforoute de lui fournir une version actualisée du plan d'action qu'elle avait élaboré en réponse à notre vérification de novembre 2009. De plus, tous les vérificateurs généraux participants ont proposé qu'à l'avenir, les comités législatifs continuent d'assurer la surveillance de cette initiative et de suivre les progrès accomplis en vue de réaliser l'objectif de 2010.

Je vous remercie, monsieur le président. Cela termine ma déclaration d'ouverture. Nous serons heureux de répondre aux questions des membres du comité.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie, madame Fraser.

Nous allons maintenant entendre M. Alvarez, président et chef de la direction, Inforoute Santé du Canada.

Monsieur Alvarez.

M. Richard Alvarez (président et chef de la direction, Inforoute Santé du Canada): Bonjour mesdames et messieurs.

Monsieur le président, merci de nous donner l'occasion de parler devant le comité aujourd'hui.

Comme vous l'avez dit plus tôt, j'ai à mes côtés Mike Sheridan, le chef de l'exploitation d'Inforoute.

J'aimerais d'abord remercier la vérificatrice générale du Canada et son équipe pour ce que nous croyons être un rapport exhaustif et équilibré, que son bureau a déposé au Parlement, en novembre 2009 et en avril 2010, sur les dossiers de santé électroniques.

Comme la vérificatrice générale le mentionne dans son survol du rapport de vérification, chaque province a adopté une stratégie unique à l'égard des dossiers de santé électroniques. Elles n'ont même pas les mêmes stratégies de cybersanté, ni les mêmes priorités, calendriers et approches.

En tant qu'investisseur stratégique, et en consultation avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, Inforoute a élaboré les principales exigences et les composantes clés et une architecture conceptuelle pour guider...

Le président: Je suis désolé de vous interrompre. Vous allez peut-être un peu trop vite pour les interprètes à l'arrière de la salle. Pourriez-vous ralentir votre rythme d'environ 20 p. 100? Il n'est que 9 heures du matin.

Des voix: Oh, oh!

M. Richard Alvarez: Monsieur le président, je craignais que vous m'interrompiez après cinq minutes, alors si vous promettez de ne pas le faire, je vais ralentir.

Le président: J'ai simplement de la sympathie pour les gens dans le coin arrière de la salle; c'est tout.

M. Richard Alvarez: Certainement.

En tant qu'investisseur stratégique, et en consultation avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, Inforoute a élaboré les principales exigences et les composantes clés et une architecture conceptuelle pour guider le déploiement des DSE. Le plan stratégique d'Inforoute définit les priorités, de même que des objectifs et des cibles mesurables. Il présente aussi un plan directeur concerté pour le développement des divers éléments du DSE que nous finançons.

Le survol du rapport de Mme Fraser mentionne ce qui suit: « À l'échelon fédéral, la vérification nous a permis de constater qu'Inforoute gérait les fonds fédéraux avec diligence en vue d'atteindre son objectif d'établissement des DSE dans l'ensemble du pays. » Il en résulte que, aujourd'hui, chaque province et chaque territoire ainsi que les populations qu'ils desservent bénéficient d'une part des investissements du gouvernement fédéral dans les nouveaux systèmes d'information qui contribueront à transformer les soins de santé.

Permettez-moi de vous donner deux exemples. Nos investissements ont aidé à éliminer 75 p. 100 des pellicules radiographiques qui ont été remplacées par des images numériques. Aujourd'hui, jusqu'à 40 p. 100 des radiologistes disent fournir des services à de nouveaux points de service ou à des sites éloignés — ce qui est incroyablement important, compte tenu de la taille de notre pays — ce qui permet d'éviter entre 10 000 et 17 000 transferts de patients chaque année.

Grâce aux investissements d'Inforoute, des systèmes d'information sur les médicaments sont maintenant utilisés en Colombie-Britannique, en Alberta, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. PharmaNet, en Colombie-Britannique, enregistre chacune des ordonnances délivrées en pharmacie et émet des alertes aux pharmaciens et aux médecins. En 2008, plus de 55 millions d'ordonnances ont été traitées au moyen de PharmaNet et 2,5 millions d'interactions médicamenteuses importantes ont été signalées. Ces données indiquent que les systèmes d'information sur les médicaments, mis en oeuvre dans l'ensemble du Canada, pourraient réduire considérablement le nombre d'ordonnances inadéquates et détecter plus de 20 millions d'interactions médicamenteuses importantes chaque année.

Dans son rapport au Parlement, en novembre 2009, la vérificatrice générale a émis huit recommandations à l'intention d'Inforoute. Peu de temps après le dépôt du rapport, Inforoute a fait parvenir son plan d'action à votre comité ainsi qu'au Comité permanent de la santé. Notre réponse aux huit recommandations comprenait quelque 40 mesures distinctes, lesquelles étaient mises en application au 31 mars 2010, date de l'échéancier que nous nous étions nous-mêmes fixé et qui correspond à la fin de notre exercice financier. Nous avons également passé en revue notre plan d'action avec le Bureau du vérificateur général du Canada.

Des huit recommandations, cinq concernaient une meilleure gestion de notre production de rapports, surtout à l'intention des Canadiens. Nous avons mené des groupes de discussion avec le public partout au pays pour nous assurer que les améliorations apportées à notre production de rapports sur l'accessibilité, l'adoption, la normalisation et les cibles d'investissement, ainsi que sur les variances dans nos plans d'affaires, seraient comprises par les Canadiens. Ce qui est ressorti de ces discussions de groupes nous a aidés à améliorer et à développer notre production de rapports sur ces mesures clés, lesquelles ont été intégrées à notre rapport annuel de 2009-2010 qui sera publié au cours des prochaines semaines.

Nous avons également évalué et renforcé nos contrôles de gestion des contrats d'approvisionnement de biens et de services afin de réduire les risques de différends contractuels. Nous avons ajouté des points de contrôle, devancé les avis de date d'expiration aux administrateurs de contrats, amélioré les processus et procédures de signature et apporté des modifications à l'acheminement des travaux requis. Nous avons ajouté à ces changements administratifs un programme de communications internes et de séances d'information à l'intention du personnel.

Tel qu'il a été recommandé par le BVG, Nous avons révisé et modifié notre politique sur l'approvisionnement en ce qui a trait aux modifications et aux prolongations de contrats, et la nouvelle politique a été approuvée par notre conseil d'administration, et est maintenant fermement en place.

En réponse à la recommandation voulant qu'Inforoute documente davantage son analyse des livrables de projet pour appuyer ses décisions de verser les fonds, nous avons remanié notre système de gestion du portefeuille de projets, et modifié et mis à jour nos processus et procédures à l'appui du versement des fonds pour les livrables de façon plus cohérente. Tout le personnel visé a reçu une formation sur les exigences du nouveau système.

Nous avons également intégré à notre processus d'approbation des investissements dans le système de base du DSE, l'exigence d'obtenir les résultats de tests de conformité pour les composantes de base du DSE que nous finançons.

Nous croyons avoir répondu aux recommandations de manière opportune et efficace et avoir pris en charge les préoccupations soulevées dans le rapport de vérification du BVG.

•(0915)

Monsieur le président, voilà qui conclut ma déclaration, c'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Alvarez.

Nous allons maintenant entendre Mme Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique au ministère de la Santé.

[Français]

Mme Karen Dodds (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Merci, monsieur le président.

Chers membres, je suis heureuse d'être parmi vous, aujourd'hui.

[Traduction]

J'aimerais d'abord remercier la vérificatrice générale et son personnel pour leurs rapports instructifs. Santé Canada est heureux qu'ils aient entrepris l'examen des initiatives liées aux dossiers de santé électroniques. La rétroaction de ce processus a profité à toutes les parties.

Le gouvernement fédéral a investi 2,1 millions de dollars dans le projet Inforoute Santé du Canada depuis 2001. Dans ce contexte, les vérifications ont fourni la confirmation et la preuve que ces fonds sont gérés d'une manière responsable et efficace.

[Français]

En effet, la vérification du projet des dossiers de santé électroniques a fourni un niveau additionnel de diligence raisonnable pour soutenir la récente allocation de 500 millions de dollars à Inforoute dans le budget de 2009.

Je veux profiter de l'occasion pour parler d'une façon un peu plus détaillée de la réaction de Santé Canada au rapport de vérification publié à l'automne et au rapport de survol publié au printemps.

[Traduction]

Tel que mentionné par Mme Fraser, on s'attend à ce que les avancements en matière de cybersanté soient très avantageux pour les Canadiens étant donné qu'ils permettent une gestion meilleure, sûre et rapide des renseignements sur le patient, et on peut déjà en constater les preuves à travers le pays.

La mise en place des technologies de la cybersanté est sans doute un processus très complexe, surtout au Canada, où 14 administrations distinctes sont responsables de la prestation des soins de santé. Les résultats de la vérification sont donc encourageants car, même si les vérificateurs ont déterminé des aspects à améliorer, ils ont aussi souligné plusieurs réalisations. Pour ce qui est du rapport de la vérificatrice générale publié à l'automne 2009, Santé Canada a été heureux de constater que Mme Fraser a reconnu qu'Inforoute a fait de grands progrès depuis sa création, ce qui a été réitéré aujourd'hui par la vérificatrice générale. À ce propos, Mme Fraser a souligné que les provinces et les territoires sont responsables de leur propre rythme de progression.

Je crois que cela témoigne de l'importance d'avoir une organisation telle qu'Inforoute, qui rallie toutes les parties à un objectif commun.

• (0920)

[Français]

De plus, la vérificatrice générale a recommandé à Santé Canada de développer et de mettre en place un cadre complet pour le suivi de l'observation des accords de financement par Inforoute. À cet égard, je suis heureuse de vous annoncer que le ministère avait déjà terminé la mise en oeuvre de son cadre de suivi, au moment de la publication du rapport en novembre 2009. Ce cadre a été communiqué au bureau de la vérificatrice générale.

[Traduction]

Ce document est un outil adaptable qui sera fréquemment mis à jour par le ministère afin qu'il reflète l'évolution de cette initiative active. Je suis heureuse que la vérificatrice générale ait mis en évidence ce document, car je crois qu'il montre l'attention soutenue que Santé Canada accorde à la reddition de comptes et à la diligence raisonnable pour ce qui est des investissements fédéraux importants dans Inforoute.

Le rapport présenté au printemps par la vérificatrice générale, *Les dossiers de santé électroniques au Canada — Survol des rapports de vérification fédéraux et provinciaux*, offre une occasion unique de mieux comprendre la complexité des activités liées à la cybersanté à l'échelle pancanadienne et dans chacune des administrations. À ce sujet, j'étais heureuse de constater qu'il souligne davantage les progrès en cours au Canada. À titre d'exemple, la mise en oeuvre des dossiers de santé électroniques exige l'établissement d'un certain nombre de composants de base. Tel que mentionné par Mme Fraser, chaque administration a, au moins, un nouveau composant en place.

J'étais également heureuse de voir que ce rapport souligne le rôle important joué par Inforoute pour garantir la mise en place normalisée et harmonisée des dossiers de santé électroniques à l'échelle du pays. En fait, l'objectif final est de s'assurer que l'information électronique sur la santé des citoyens est accessible, peu importe où ils se trouvent à l'intérieur du pays. À cette fin, Inforoute a dirigé la création d'un plan directeur qui décrit un modèle de système pancanadien pour les dossiers de santé électroniques (DSE). Inforoute mène également des activités de définition, d'élaboration, de maintenance et d'application de normes qui sont nécessaires afin que les systèmes de DSE puissent communiquer entre eux.

[Français]

Le rapport tempère ces constatations de progrès en soulignant la gamme de défis auxquels doivent faire face les intervenants. Cela dit, je tiens à souligner que ces défis sont bien compris par les

gouvernements et Inforoute, et que des plans et des activités sont en cours afin de surmonter chacun de ces obstacles.

Je suis également persuadée que le récent investissement supplémentaire de 500 millions de dollars du gouvernement fédéral dans Inforoute Santé du Canada permettra d'accélérer la prise de mesures relativement à plusieurs de ces enjeux tels que l'informatisation des cabinets de médecins, la compatibilité des systèmes et l'achèvement de la mise en place des dossiers de santé électroniques.

[Traduction]

Pour finir, j'aimerais exprimer de nouveau l'appréciation de mon ministère à l'égard de ces rapports de vérification informatifs. Santé Canada attend avec intérêt la poursuite des progrès dans le domaine de la cybersanté et je suis convaincue que les résultats de la vérification appuieront ce processus continu.

Il me fera plaisir de répondre à toutes les questions que les membres pourraient avoir.

Le président: Merci beaucoup, madame Dodds.

Nous allons maintenant commencer une première série de questions de sept minutes par intervenant.

Monsieur Dion, sept minutes, s'il vous plaît.

[Français]

L'hon. Stéphane Dion (Saint-Laurent—Cartierville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bonjour, mesdames et messieurs, et bienvenue au comité.

Le rapport de la vérificatrice générale sur les dossiers de santé électroniques est à la fois, il me semble, rassurant et inquiétant. Rassurant sur le plan de la gestion interne où Inforoute reçoit de bonnes notes, et c'est peut-être le rapport le plus positif sur ce plan que j'aie lu dans ma courte histoire dans ce comité.

J'ai noté un point d'inquiétude sur la gestion interne concernant la question des appels d'offre: les contrats étaient modifiés à plusieurs reprises, les coûts augmentaient. Inforoute a reconnu que c'était là un problème. Elle s'est engagée à proposer les modifications nécessaires au conseil pour le quatrième trimestre 2009-2010.

Cela a-t-il été fait, monsieur Alvarez?

• (0925)

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Merci, monsieur Dion.

En bref, oui, cela a été fait. Maintenant, pour vous donner plus de détails, sachez que la politique adoptée par le conseil nous permettait de présenter une demande de proposition et de solliciter des soumissions. Ce que nous n'avons pas précisé, dans cette demande de proposition — et la vérificatrice générale en a fait rapport —, c'est que l'on pouvait accorder des prorogations de marché. Dans le cas cité dans le document, la portée du projet ayant pris de l'ampleur, il a fallu plus de temps; par conséquent, le contrat a été prolongé à six reprises, il me semble. Nous l'avons fait sans solliciter de nouvelles propositions, conformément à la politique du conseil, qui nous le permettait.

Nous avons depuis changé les choses. Lorsque nous présentons une demande de proposition, nous précisons qu'il est possible que le contrat soit prolongé à de nombreuses reprises. Ainsi, les soumissionnaires en sont conscients.

[Français]

L'hon. Stéphane Dion: Madame Fraser est-elle satisfaite de ce correctif apporté?

Mme Sheila Fraser: Nous n'avons pas vu en détail les modifications, mais nous avons vu le plan d'action qui avait été proposé, et nous étions satisfaits des gestes qu'Inforoute avait l'intention de poser.

L'hon. Stéphane Dion: Merci beaucoup.

Je reviens maintenant à l'élément d'inquiétude qui est l'atteinte des résultats. L'objectif était que la moitié des Canadiens aient un dossier de santé électronique que pourront consulter les professionnels de la santé pour le 31 décembre 2010, et 100 p. 100 pour 2016.

Nous sommes en juin 2010. Aujourd'hui, quel pourcentage de Canadiens peuvent bénéficier d'un dossier de santé électronique que peuvent consulter leurs professionnels de la santé? À quel pourcentage sommes-nous maintenant rendus?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Monsieur Dion, l'objectif est double. Tout d'abord, il faut qu'en 2010, toutes les administrations et la population qu'elles desservent bénéficient des investissements dans au moins un système d'information. Je peux vous assurer, monsieur, que c'est absolument le cas. Qu'il s'agisse d'imagerie diagnostique ou de systèmes d'information sur les médicaments, les Canadiens profitent déjà des systèmes mis en place.

Ensuite, il faut qu'en 2010, les fournisseurs aient accès aux données concernant 50 p. 100 des Canadiens. Je tiens à préciser que Inforoute dépend entièrement de la rapidité à laquelle les administrations iront de l'avant. Comme vous le savez, monsieur, nous avons dû faire face à certains pépins — surtout dans les grandes provinces, soit l'Ontario et le Québec —, qui ont occasionné certains retards. Pour l'instant, les données concernant 22 p. 100 des Canadiens figurent dans la base de données, mais nous sommes passablement sûrs, étant donné les mesures prises par l'Ontario et le Québec, que nous dépasserons la barre des 50 p. 100 au début de l'an prochain.

L'hon. Stéphane Dion: Vous êtes donc convaincus qu'en 2016 tous les Canadiens en bénéficieront?

M. Richard Alvarez: Oui, nous sommes presque sûrs que nous aurons atteint cet objectif en 2016.

L'hon. Stéphane Dion: Je veux bien comprendre les chiffres. Vous dites avoir besoin de 10 milliards de dollars, mais j'imagine que c'est au total, et non pas uniquement en fonds fédéraux. Or, vous dites également financer le projet à hauteur de 75 p. 100. Cela veut-il dire que d'ici 2016, le gouvernement fédéral devra investir 7,5 milliards de dollars?

M. Richard Alvarez: Ce nombre est tiré de deux études — l'une effectuée par Booz Allen et l'autre par McKinsey. Il tient compte de l'ensemble du système de soins de santé — les soins à domicile, les soins de longue durée, tous les hôpitaux, les cabinets médicaux, les cliniques communautaires, et ainsi de suite.

La portée de notre projet est maintenant bien définie. Au début, monsieur, nous devons nous contenter de 50 millions de dollars en deniers publics. On ne nous avait alors promis aucun financement additionnel. Au fil du temps, toutefois, nous avons touché des fonds supplémentaires. Mais nous nous sommes vraiment serrés la ceinture, et nous avons bien défini nos priorités. Si on ne nous octroyait plus rien, nous aurions au moins établi les bases communautaires; nous aurions au moins complété le travail pour certains hôpitaux, pour les renseignements sur les médicaments, etc.

Si on nous octroie des fonds additionnels, nous pourrions commencer à implanter le tout dans les collectivités.

Mais voilà ce qu'il en est. Oui, nous couvrons 75 p. 100 des coûts admissibles, mais les provinces doivent assumer de nombreuses autres dépenses que nous ne défrayons pas. Alors, lorsqu'on compare les investissements des provinces et ceux du gouvernement fédéral, on constate que c'est habituellement partagé moitié-moitié.

• (0930)

[Français]

L'hon. Stéphane Dion: La vérificatrice générale note qu'il y a une différence entre un système informatique accessible et un système utilisé. D'ailleurs, elle note des cas où on pourrait s'inquiéter que des fonds ont été investis dans des systèmes qui pourraient ne jamais être utilisés. Vous répondez à cela que ça peut prendre de 24 à 36 mois avant qu'un système accessible ne soit utilisé par les professionnels.

Y a-t-il des risques qu'on investisse dans des systèmes qui restent inutilisés? Elle mentionne le cas du système d'information sur les médicaments de l'Alberta et le registre des clients du Québec. Avez-vous des inquiétudes à l'égard du fait que parfois on ait pu investir beaucoup d'argent dans des systèmes que les professionnels, pour toutes sortes de raisons, n'utiliseront pas?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Je vous remercie de cette brillante question. Quand je pense au travail qui nous attend, à ce que la technologie d'information va nous permettre de faire, je peux vous dire que nous allons révolutionner le système de soins de santé. Les cliniciens vont travailler complètement différemment.

Le défi pour nous n'est pas d'ordre technologique, soit dit en passant; c'est un défi humain. Très souvent, ces cliniciens ne sont pas salariés ni employés, mais au contraire des entrepreneurs et des petites entreprises et le défi est de les faire adopter ces nouvelles technologies. Nous savions dès le début que le plus gros défi, ce serait la direction et ce serait de faire utiliser ces systèmes.

C'est pourquoi nous avons créé un système de protection des fonds fédéraux. Nous sommes un investisseur stratégique et voici comment nous versons notre financement: une fois que nous avons une entente signée sur le travail à faire, nous fournissons 20 p. 100 du financement pour lancer le travail, puis encore 30 p. 100 lorsque le matériel et les logiciels sont installés, mais nous conservons 50 p. 100 des fonds jusqu'à ce qu'il y ait une réelle utilisation des systèmes, c'est-à-dire jusqu'à ce que les cliniciens commencent à s'en servir. À notre avis, nous pouvons créer des groupes de pairs, des outils et des pratiques exemplaires pour expliquer comment les cliniciens devraient se servir de ces technologies, mais on ne peut pas les forcer. C'est aux provinces et aux territoires de s'assurer qu'ils s'en servent. C'est pourquoi nous conservons la moitié du financement.

Est-ce que ça va marcher? Je suis convaincu que oui, que les cliniciens vont changer leur façon de travailler. Est-ce que cela prendra du temps? Oui, il faut du temps parce que tout cela implique beaucoup d'apprentissage, surtout pour les cliniciens qui ne font plus partie du système, qui ont quitté l'université il y a 20 ou 30 ans. Ils découvrent de nouveaux outils et apprennent comment s'en servir. Les cliniciens qui sont dans le système aujourd'hui ne sortiront pas de l'université et ne pratiqueront pas au Canada sans ces systèmes d'avant-garde.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Dion.

Madame Faille, vous avez sept minutes.

Mme Meili Faille (Vaudreuil-Soulanges, BQ): Je vais poursuivre le même raisonnement de questionnement.

Quelles mesures avez-vous mises en oeuvre pour suivre d'autres indicateurs des progrès réalisés? En plus des indicateurs concernant l'adhésion par les différents professionnels, quelles sont les mesures que vous avez mises en oeuvre pour assurer la compatibilité du système entre les différentes provinces?

Suivez-vous le progrès sous cet aspect?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: En fait, votre question comporte deux volets. Pour ce qui est du premier aspect, je vous dirais que notre nouveau système de rapport portera non seulement sur la disponibilité, mais aussi sur l'utilisation. Dans le prochain rapport, je ne crois pas que nous parlerons de l'utilisation, principalement parce que je ne connais pas très bien ces chiffres et ne publierais rien tant que je serai convaincu que les chiffres que j'ai obtenus...

• (0935)

[Français]

Mme Meili Faille: En fait, je voudrais savoir si les systèmes qui sont développés par les provinces et les territoires, les 14 administrations distinctes, vont être compatibles entre eux.

Ont-ils utilisé les mêmes normes, les mêmes standards de développement? Qui détermine ces standards?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: C'est la deuxième partie de votre question, et j'allais y arriver. Un des domaines principaux d'Inforoute, c'est l'élaboration des normes autour d'une architecture et d'un plan directeur. Pour nous, c'est très simple. Si nous avons l'intention de financer un projet, il faut que les bénéficiaires utilisent les normes en place. Si vous n'utilisez pas ces normes, vous n'aurez pas de financement. Évidemment, il y aura certaines différences, parce que les exigences changent selon les provinces et territoires. C'est un élément.

Deuxièmement, il existe des anciens systèmes de TI que nous n'avons pas financés et qui comportent d'anciennes normes. Alors que ceux-ci seront mis à jour, nous nous assurerons que les nouvelles normes soient adoptées. Imaginez que vous êtes un patient. Vous allez voir votre généraliste, vous allez aux urgences, dans des cliniques ou laboratoires. Généralement, ces visites n'ont pas lieu une fois à Toronto et une autre à Whistler; on a tendance à faire toutes ses visites dans la région où l'on vit. C'est important que ces données suivent les déplacements du patient. Quand je parle d'utilisation, s'il n'y a pas d'interopérabilité entre ces systèmes, nous ne les finançons pas et ils ne seront pas utilisés. Évidemment, l'objectif c'est que, lorsque vous voyagez de Toronto à Whistler ou ailleurs, vous puissiez accéder à vos dossiers médicaux car ils sont compatibles. Avec le temps, je crois que c'est possible.

[Français]

Mme Meili Faille: J'aurais une question concernant les différents contrats. Les montants qui sont accordés sont énormes. Différents ministères adoptent maintenant une façon de faire en vertu de laquelle ils font appel à un surveillant de l'équité, *fairness monitor*, dans le processus d'octroi des contrats et d'acquisition de technologies.

Avez-vous une personne désignée pour assurer l'équité tout au long de l'acquisition? Un rapport a-t-il été rédigé? Avez-vous reçu

des avis contraires à votre démarche de prolonger les contrats de la façon dont vous l'avez fait?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Je vais d'abord répondre à la deuxième partie de votre question. Il n'y a pas eu d'opposition. Nous n'avons jamais eu de conflits au niveau des contrats.

Quant à la première partie de votre question, nous n'avons pas de commissaire à l'équité pour nos contrats. Nous avons cependant une commission. Nous avons des procédures à suivre. Si je ne respecte pas les procédures établies par la commission, je dois lui expliquer pourquoi. Nous avons un régime des marchés publics rigide qui repose sur les politiques de la commission, des politiques que nous sommes tenus de respecter. Nous avons toute une gamme de vérifications chaque année, des vérifications de la conformité fondées sur l'entente de financement à des vérifications financières qui se penchent sur toutes sortes de choses du genre.

[Français]

Mme Meili Faille: Cependant, vous n'avez rien reçu. Vous n'aviez pas d'avis contraires, de consultants ou d'études, que vous auriez faites à l'interne, vous suggérant de ne pas procéder de la façon dont vous l'avez fait. Le Secrétariat du Conseil du Trésor appuyait-il votre façon de procéder?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: À ma connaissance, nous n'avons pas reçu de...

[Français]

Mme Meili Faille: Je vais vous donner le temps de vérifier, et vous pourrez nous revenir par écrit si vous le désirez.

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Je sais que lorsque certains n'obtiennent pas de contrats, ils sont plutôt déçus.

[Français]

Mme Meili Faille: Il ne s'agit pas des fournisseurs. Je veux savoir si, à l'interne, au moment où vous avez pris la décision de procéder de cette façon en matière d'acquisitions, vous avez reçu des avis contraires. Avez-vous recherché un avis pour savoir si procéder de cette façon comportait des risques?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: La réponse à ces deux questions est non, nous n'avons pas reçu d'arguments contraires. La question a été portée à notre attention, et nous avons modifié nos procédures afin d'assurer, d'entrée de jeu, que nous sommes parfaitement transparents quand nous disons que ces contrats pourraient être renouvelés.

• (0940)

[Français]

Mme Meili Faille: À la page 5 du rapport de la vérificatrice générale, on parle justement des critères d'admissibilité aux projets, de l'architecture qui est établie, du financement total accordé à Inforoute, qui est fixé définitivement lors de l'approbation des projets. On dit aussi que les provinces et les territoires doivent assumer tous les risques de dépassement des coûts.

Madame Fraser, d'après ce que je comprends, les provinces sont tributaires du gouvernement fédéral. Depuis quelque temps, le vérificateur général du Québec a dans sa mire ce projet de développement qui est appelé le Dossier de santé du Québec. Avez-vous eu l'occasion de prendre connaissance du rapport du vérificateur général?

Curieusement, il s'intéresse aux mêmes questions que vous, présentement. Il critique le fait que ce système est loin d'atteindre les résultats attendus. Avez-vous des suggestions ou des attentes concernant Inforoute, en vue d'assurer un certain leadership ou de revoir, avec les provinces, l'encadrement des divers projets? On voit que les projets sont approuvés, mais pour une raison quelconque, les risques ne sont pas évalués correctement.

Mme Sheila Fraser: Monsieur le président, je pense qu'il est important de clarifier que la responsabilité demeure celle des provinces. Ces dernières soumettent à Inforoute certains projets, mais ce ne sont pas des projets d'ensemble. Inforoute cofinance certains projets en se fondant sur certains coûts admissibles. Par contre, la planification, le suivi et ainsi de suite sont vraiment la responsabilité des provinces.

Dans le rapport que nous avons effectué avec certains de nos collègues provinciaux, nous notons dans plusieurs cas que la planification stratégique n'était pas bien faite et que la planification d'ensemble comportait des lacunes. Ce n'est vraiment pas la responsabilité d'Inforoute de dire quoi faire aux provinces. Évidemment, Inforoute peut aider à établir certaines stratégies, comme l'architecture du programme, mais il s'agit néanmoins d'une responsabilité des provinces.

Mme Meili Faille: Je voulais clarifier le rôle des provinces. Merci.

[Traduction]

Le président: Monsieur Christopherson, vous disposez de sept minutes.

M. David Christopherson (Hamilton-Centre, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous nos témoins d'être venus nous rencontrer aujourd'hui.

Je dois dire, monsieur Alvarez, que je suis d'accord avec M. Dion lorsqu'il dit qu'il s'agit là d'une assez bonne vérification. Dans vos commentaires de conclusion vous avez été assez catégorique et je veux vérifier l'exactitude de vos propos. Je crois que c'est une assez bonne vérification mais vous avez ajouté:

Nous croyons avoir répondu aux recommandations de manière opportune et avoir pris en charge les problèmes et les préoccupations soulevés dans le rapport de vérification du BVG.

Rejoignez-vous ces propos, madame la vérificatrice générale?

Mme Sheila Fraser: Nous avons passé en revue le plan d'action qu'Inforoute a préparé pour donner suite à nos recommandations et nous sommes convaincus que si ce plan d'action était mis en oeuvre, il donnerait vraiment suite à nos recommandations. Nous n'avons cependant pas effectué de vérifications de suivi pour voir comment ce plan d'action avait été mis en oeuvre, mais les propositions formulées ont répondu à nos préoccupations.

M. David Christopherson: Voilà. Vous avez réussi!

Mme Sheila Fraser: La réussite sera déterminée par la deuxième vérification.

Des voix: Oh, oh!

M. David Christopherson: Oui il faut bien être prudent avec les petites pauses. Mais il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Ici on vit au jour le jour.

Je m'intéresse à ce que vous appelez le modèle de financement par étapes ce qui veut dire que lorsqu'on respecte certaines normes ou objectifs, des montants plus importants seront débloqués.

Je prends bonne note de ce que vient de dire la vérificatrice générale quand elle a signalé qu'il n'appartient pas à Inforoute de dire aux provinces ce qu'elles doivent faire. Mais j'essaie de bien comprendre la différence entre une situation où on permet aux provinces de faire ce qu'elles jugent approprié et une situation où vous vérifiez ce qu'elles font et n'acceptez de financer certaines activités que lorsque les provinces atteignent des points de déclenchement. Je me demande comment un plan stratégique ne serait pas justement un point de déclenchement avant que vous ne débloquent de fonds.

Pouvez-vous m'éclairer s'il vous plaît?

M. Richard Alvarez: Bien sûr, et merci pour votre question.

Nous avons essentiellement mis en place un système de garantie: si les cliniciens ne participent pas ou s'il leur faut du temps, alors nous retenons cet argent jusqu'à ce qu'ils atteignent cet objectif. Nous avons donc une approche de financement par étapes.

Si les provinces retardent leur projet, ça va coûter plus cher. Mais devinez quoi? Selon notre entente, avec les fonds fédéraux, nous limitons ce que nous allons payer. Une fois que nous signons cette entente, si elles souhaitent prendre tout le temps voulu, c'est à elles de payer, pas à nous.

Cela dit, si elles échouent, nous échouons. Nous allons donc au-delà de cela en tentant de leur proposer de temps à autre d'autres options et d'autres plans. En fait, si vous avez lu le rapport du vérificateur publié récemment au Québec, il souligne essentiellement que Inforoute propose des plans au gouvernement sur la façon d'aller de l'avant; pour l'instant, le gouvernement n'a pas exécuté ces plans. Mais il s'agit clairement d'un échec pour nous que de disposer de fonds fédéraux sans pouvoir faire quoi que ce soit, parce que ces projets prennent trop de temps. En même temps, nous ne voulons pas gaspiller l'argent si nous n'allons pas obtenir en fait des résultats.

● (0945)

M. David Christopherson: Non, je comprends, mais je suis désolé, je n'ai toujours pas entendu des réponses claires à ma question. Je comprends que le problème vient peut-être de moi, que je n'ai peut-être pas compris.

Encore une fois, vous pourriez verser l'argent une fois que certaines choses sont accomplies. Je me demande simplement pourquoi les provinces continuent d'obtenir du financement si elles n'ont pas établi de plan stratégique, par exemple, ce qui est très important et doit venir dès le début du processus. Il y a certains endroits qui n'en ont pas.

Je n'utilise probablement pas le bon terme, mais il y a une liste de vérifications comprenant ce qu'elles doivent faire. Le plan stratégique ne figure-t-il pas sur cette liste?

M. Richard Alvarez: Je n'irais pas jusqu'à dire qu'un plan stratégique... Essentiellement, le financement est accordé projet par projet. Chaque projet est assujéti à un accord contractuel, et cet accord contractuel repose sur un énoncé de travail. Un énoncé de travail contient essentiellement les principales étapes et les points de contrôle déterminant ce que les résultats attendus doivent être.

S'agit-il d'un plan stratégique pour la province entière? Non. Il s'agit d'un plan stratégique pour cette série de priorités et ce contrat en particulier, et c'est essentiellement ce que nous surveillons.

M. David Christopherson: Madame la vérificatrice générale, pouvez-vous m'aider? Si c'est la réponse à ma question, je ne la comprends pas.

Mme Sheila Fraser: Eh bien, je pense que la réponse est non; Inforoute n'exige pas un plan stratégique complet pour le projet de dossiers de santé électroniques en entier dans chaque province avant que le financement ne soit accordé aux projets individuels.

M. David Christopherson: Qui, alors, en serait responsable, au bout du compte? Je sais que Santé Canada a maintenant établi des mécanismes de surveillance, mais le processus de planification ne prévoyait-il pas cela ailleurs, sinon dans Inforoute?

Mme Sheila Fraser: Selon moi, Inforoute est là pour garantir que les projets qui sont proposés sont conformes au modèle, et il s'agit d'un élément de ce modèle, par exemple les systèmes de diagnostic. Mais l'exigence d'indiquer comment cela sera mis en oeuvre dans toute une province n'a pas été incluse, même si on s'attend certainement à ce que chaque province dispose d'une telle exigence.

C'est la question qui a été soulevée par mes collègues provinciaux. Certaines provinces avaient ces plans stratégiques, mais je pense que la majorité de celles que nous avons examinées n'en avaient pas. Sinon, elles avaient un plan, mais il n'avait jamais été mis à jour ni complété. Il y avait donc une faiblesse au niveau des provinces.

M. David Christopherson: Les provinces se sont-elles engagées depuis à corriger la situation?

Mme Sheila Fraser: Je pense que oui, elles l'ont fait, et je pense qu'elles ont même indiqué qu'elles le feraient dans la réponse des gouvernements au rapport.

M. David Christopherson: Ça va toujours?

Le président: Une minute.

M. David Christopherson: Que vais-je faire d'une minute? C'est le temps qu'il me faut pour me racler la gorge.

Avant que je ne manque de temps, monsieur Alvarez, pourriez-vous parler de l'informatisation des cabinets médicaux? J'ai bien entendu ce que vous avez dit, selon quoi il s'agit en quelque sorte d'un phénomène générationnel et que cela finira par se faire lorsque le nouveau sera prêt. Mais c'est à long terme. Ça pourrait prendre beaucoup de temps. Est-ce que c'est ce qui nous attend, une période d'essais et erreurs, en ce qui concerne l'infrastructure dans les cabinets médicaux?

M. Richard Alvarez: Monsieur le député, je ne pense qu'il s'agisse d'une période d'essais et erreurs. Je pense qu'il s'agit essentiellement d'une période de transformation de la gestion du changement. Si on ne tient compte que des pays occidentaux dans le monde, le Canada se retrouve parmi les tout derniers en ce qui concerne les médecins communautaires et l'automatisation, parce qu'il n'y a pas eu d'exigence de les faire avancer. Cela dit, 50 p. 100 des médecins en Alberta, dans la collectivité, utilisent des ordinateurs; environ 40 p. 100 des médecins en Ontario sont allés de l'avant et, dans certains cas, les provinces l'ont fait sans financement du fédéral.

Pendant quelque temps, ce que nous verrons, c'est une accélération; une grande proportion de ces nouvelles sommes provenant du gouvernement seront libérées pour faire avancer les médecins en milieu communautaire. J'ai donc bon espoir que nous rattrapons les pays occidentaux. Nous avons certainement l'intention

de rejoindre environ 12 000 médecins, grâce au premier mouvement des 500 millions de dollars, d'installer des systèmes informatiques dans leur bureau.

• (0950)

M. David Christopherson: Très bien. Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Christopherson.

Passons maintenant à M. Saxton, pour sept minutes.

M. Andrew Saxton (North Vancouver, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens seulement à souligner qu'il s'agit, je pense, de la première fois que mon collègue, M. Christopherson, manque de questions avant la fin du temps qui lui était alloué. C'est bon signe, je pense.

Ma première question s'adresse à la vérificatrice générale.

Le rapport mentionne que Inforoute a pris de bonnes mesures en vue de maximiser l'utilisation des fonds dans le cadre des projets. Pouvez-vous expliquer quelles sont ces mesures et pourquoi elles sont importantes?

Mme Sheila Fraser: En fait, nous soulignons que Inforoute a beaucoup accompli depuis sa mise en oeuvre, comme la création du modèle et le travail en collaboration avec les partenaires et les principaux acteurs. Je pense que l'un des éléments principaux permettant de veiller à la bonne utilisation des fonds est l'approche de financement par étapes, dont on a parlé plus tôt. Nous devons constater des résultats ou l'adhésion à ces systèmes avant que tous les fonds ne soient distribués. Nous avons constaté qu'il y avait eu de bonnes analyses de la surveillance des projets après coup. Nous n'avions donc aucune recommandation portant spécifiquement sur le financement de projets précis par Inforoute.

M. Andrew Saxton: Merci.

Votre rapport mentionne également le fait que Inforoute dispose des mécanismes de gouvernance appropriés. Pouvez-vous nous parler de certaines des activités du conseil que vous avez examinées ainsi que de ces mécanismes de gouvernance?

Mme Sheila Fraser: Nous nous sommes attardés à la gouvernance. C'est un aspect sur lequel nous nous penchons dans la plupart de nos vérifications. Nous avons constaté que le conseil était très efficace, très mobilisé, et que l'information qui lui était communiquée était appropriée, qu'il recevait des renseignements exhaustifs. Les codes appropriés étaient en place: le code de conduite, les conflits d'intérêts et l'indépendance concernant Inforoute. Nous avons également examiné les activités réalisées. Nous avons constaté, par exemple, qu'ils examinaient l'approbation des plans stratégiques, qu'ils surveillaient le rendement d'Inforoute, qu'ils examinaient un plan de relève pour la haute direction, en s'assurant que les nominations au conseil se faisaient progressivement, question que nous avons rencontrée dans de nombreuses organisations, et qu'ils examinaient leur propre rendement. Toutes ces activités indiquent en fait des pratiques exemplaires que nous espérons voir.

M. Andrew Saxton: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à Inforoute. C'est pour reprendre la question de M. Christopherson.

Dans sa déclaration préliminaire, la vérificatrice générale a dit ceci:

Parmi ces défis, mentionnons la nécessité d'augmenter le nombre de médecins de soins primaires utilisant des systèmes de dossiers informatisés...

Quelles mesures pouvez-vous prendre pour inciter une plus vaste adoption de ces systèmes parmi les médecins?

M. Richard Alvarez: Les mesures que nous prenons, encore une fois grâce aux nouveaux fonds provenant du gouvernement fédéral, nous permettront d'adopter plus rapidement les systèmes automatisés dans le milieu de soins primaires dans les collectivités, c'est-à-dire par les médecins ainsi que les infirmiers praticiens.

À l'heure actuelle, environ six provinces sont déjà allées de l'avant avec ce programme, mais les autres n'ont rien fait. Les provinces qui ont particulièrement bien réussi ont établi des bureaux entre le ministère et les associations de médecins pour aider ces derniers à s'informatiser. Nous aiderons les provinces qui n'ont pas encore ces bureaux afin qu'elles puissent les mettre en place en tenant compte des pratiques exemplaires et en faisant en sorte qu'elles y aient accès. Des provinces comme le Québec et Terre-Neuve sont de bons exemples. Nous les encouragerons à inscrire leurs médecins et leurs infirmiers praticiens dès que possible. Nous assumerons la moitié de ces coûts pendant les deux premières années. Encore une fois, nous obtiendrons du financement.

Nous voulons nous assurer que ces systèmes, au fur et à mesure qu'ils sont installés, ne soient pas mis au rancart, mais qu'on les utilise de façon pratique. Ainsi, nous exigeons qu'ils aient par exemple des alertes et des rappels dans les systèmes concernant les contre-indications liées aux médicaments, des résultats de laboratoire contradictoires ou négatifs, la capacité d'offrir des rappels pour les patients atteints de maladie chronique, la capacité de recevoir les résultats de laboratoire directement dans leurs systèmes et la capacité de passer à d'autres fonctions comme les ordonnances électroniques. Ça fait vraiment partie de notre programme.

Nous insistons également beaucoup sur le plan détaillé, que Mme Fraser a mentionné à plusieurs reprises. Ce plan détaillé est très simple. Au fur et à mesure que nous mettons sur pied le système, nous le développons en fonction du particulier, c'est-à-dire des Canadiens. Nous ne le développons pas en fonction du médecin ou de l'hôpital. Ces systèmes sont choses du passé, et il s'agissait de systèmes clos. Lorsque les patients passaient d'un endroit à un autre, ils ne pouvaient jamais obtenir le résultat de leurs examens, de sorte qu'il fallait recommencer à établir leurs antécédents médicaux. Alors, il est très important pour nous maintenant de faire fond sur tous les investissements que nous avons faits par le passé et de faire en sorte que ces systèmes médicaux électroniques dans les collectivités sont interexploitables avec les bases de données sur les médicaments, les bases de données des laboratoires et les bases de données des diagnostics afin qu'on puisse mettre le bilan du patient à jour et obtenir une image complète de ses antécédents médicaux.

Je viens de terminer une visite d'un bout à l'autre du pays, j'ai rencontré des représentants des provinces et des territoires, et les stratégies et les processus sont extraordinairement bien accueillis.

● (0955)

M. Andrew Saxton: Merci.

Le rapport indique également que les projets de dossiers de santé électroniques qui ont été terminés n'ont pas tous mis en oeuvre les normes requises pour une compatibilité à l'échelle nationale. Comment ferez-vous en sorte de vous assurer que ces systèmes de dossiers de santé électroniques terminés soient compatibles d'un bout à l'autre du pays?

M. Richard Alvarez: Comme je l'ai dit, une de nos principales activités porte sur le développement et la mise en oeuvre de normes. Lorsque quelqu'un installe un nouveau système et qu'il obtient des

fonds de notre part, il doit respecter les normes. C'est aussi simple que ça.

Pour ce qui est des normes, il existe quelques fois de légères variantes d'une province à l'autre en raison des exigences opérationnelles. Cela étant dit, ils doivent être interexploitables au plan des différents ordres de gouvernement. Il faut construire ces systèmes à partir de la base, et ensuite lorsque nous créerons les liens d'un bout à l'autre du pays, dans certains cas il faudra avoir recours à des moteurs de traduction pour créer ces liens.

J'aimerais également dire que nous sommes à l'ère de l'espace et des produits axés sur le consommateur ainsi qu'à l'ère des dossiers de santé électroniques axés sur le consommateur. Plus tôt cette semaine, il y a eu une annonce majeure faite par un de nos vendeurs canadiens qui permet la mise en oeuvre de ce que je viens de dire. Il s'agit d'un produit qui recevra une accréditation en matière de respect des renseignements personnels et en matière de sécurité de la part d'Inforoute. Les consommateurs auront accès à ces dossiers. Ces dossiers les suivront partout où ils iront.

Le président: Merci, monsieur Saxton.

Nous allons maintenant passer à la deuxième série de questions durant laquelle chacun disposera de cinq minutes.

Monsieur Lee, cinq minutes.

M. Derek Lee (Scarborough—Rouge River, Lib.): Merci.

La vérificatrice générale veut entre autres s'assurer qu'il y ait des normes de comparaison, des mesures pour voir nos résultats à mesure que nous avançons. Il s'agit d'un projet pluriannuel; il pourrait être plurigénérationnel.

Je me pose des questions sur les incitatifs donnés aux différentes composantes du secteur des soins de santé afin qu'elles participent, qu'elles se conforment aux normes et qu'elles se mobilisent — la question de la participation concernant les dossiers de santé électroniques. Vous avez parlé d'incitatifs donnés aux praticiens. Le système donne-t-il des incitatifs aux composantes du domaine des soins de santé, comme les laboratoires médicaux, les pharmaciens et les entreprises pharmaceutiques? Ces organisations sont-elles, d'une façon ou d'une autre, incitées à être partenaires dans la mobilisation des praticiens locaux, des cliniques, dans tout ce système?

M. Richard Alvarez: Merci pour votre question.

En passant, l'un des principaux défis liés à ce travail, c'est le nombre de personnes avec qui nous devons interagir, que nous devons en quelque sorte amadouer et inciter. Manifestement, nous ne parlons pas seulement des cliniciens. Nous parlons des ministères, des administrateurs des ARS et des centres de santé régionaux, des cliniciens ainsi que du secteur privé, qu'il s'agisse de laboratoires, de...

M. Derek Lee: Je sais qu'il y a de nombreux secteurs et aspects.

M. Richard Alvarez: Nous avons les seules normes de collaboration au monde. Quand nous parlons de l'établissement de normes et du groupe que nous amenons dans le secteur privé, nous amenons des cliniciens, des infirmiers, des pharmaciens ainsi que les gouvernements et tous travaillent essentiellement afin de déterminer ce que devrait être la norme.

Encore une fois, avec les nouvelles sommes, lorsque j'ai parlé d'interopérabilité, je veux essentiellement que ces systèmes soient interexploitables avec les systèmes de laboratoire, les systèmes pharmaceutiques, afin que nous puissions travailler avec les fournisseurs de ces systèmes qui vendent au Canada pour les inciter à changer leurs produits. Dans de nombreux cas, ce sont de petits fournisseurs. Dans de nombreux cas, ils ne bénéficient pas de ce type d'incitatif — et souvenez-vous qu'une grande partie de cet argent venait des mesures de relance...

• (1000)

M. Derek Lee: D'accord. Je sais que c'est très complexe. Vous dites que oui, vous avez des incitatifs.

M. Richard Alvarez: Oui.

M. Derek Lee: Le plan stratégique a-t-il comparé la participation des secteurs? Cela fait-il partie du plan?

Puis-je examiner votre plan, si vous avez un exemplaire ici, et pendant que j'ai la parole, pouvez-vous me parler du processus de mobilisation des composantes locales du système de santé? Par exemple, un cabinet de médecin reçoit 5 000 dossiers de clients. Le médecin commencerait-il la première journée à saisir de nouvelles données dans les dossiers de santé électroniques, ou vous attendez-vous à ce qu'un médecin ou une clinique reviennent en arrière et convertissent tous les dossiers existants en dossiers de santé électroniques? Qu'avez-vous inclus dans votre plan, vos comparaisons, votre mécanisme de mesure, à ce sujet? Quelles sont les attentes figurant dans votre plan au sujet de ces professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'une nouvelle personne ou d'un praticien de 78 ans, quelque part, qui travaille à temps partiel?

M. Richard Alvarez: Plus tôt, vous m'avez demandé si je pouvais jeter un coup d'oeil sur le plan stratégique et si j'en ai un exemplaire ici. Eh bien, si vous vous reportez à mes stratégies, oui, il existe bel et bien, et d'ailleurs, ces stratégies viennent d'être approuvées par mon conseil la semaine dernière.

Pour ce qui est de la manière dont les médecins effectuent la conversion, j'ai dit plus tôt que nous insistons presque pour que les gouvernements et les groupes de médecins et d'infirmiers et infirmières se concertent pour qu'on mette sur pied un bureau qui travaillera en collaboration avec les médecins et les aidera à faire certaines choses. Ils s'occuperaient d'abord de choisir et d'évaluer les vendeurs de ces produits puis collaboreraient avec eux dans la perspective des changements à apporter, c'est-à-dire afin de savoir quelle quantité de données il faudrait convertir car non, les médecins ne convertiront pas tous leurs dossiers.

Cette entreprise a déjà été réalisée ailleurs, en Alberta avec beaucoup de succès, en Colombie-Britannique et en Ontario — on peut donc s'inspirer de ces exemples pour savoir quelles données doivent être converties, comment s'y prendre pour le faire et pour rendre les résultats disponibles. Entre parenthèses, il ne s'agit pas d'un processus automatique, on ne va donc pas jeter au rebut les documents sous format papier puis commencer à utiliser l'ordinateur le lendemain. Ça demande un peu de temps.

Le président: Nous allons maintenant accorder cinq minutes à M. Young.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Je tiens d'abord simplement à vous féliciter des succès obtenus par votre système et votre gestion, qui sont manifestement de première qualité. Cela dit, j'estime que vous avez sous-estimé l'immense potentiel d'amélioration de la santé des Canadiens que représentent les dossiers de santé électroniques ainsi que les économies que ces derniers peuvent nous faire réaliser.

Rappelons par exemple que l'Association des pharmaciens du Canada a affirmé devant la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada que les Canadiens gaspillent 2,9 milliards de dollars par année en médicaments délivrés sur ordonnance. Aussi, la Commission Romanow a rapporté que 10 milliards de dollars des sommes dépensées en santé correspondent à des hospitalisations résultant à des réactions indésirables à des médicaments. Un Canadien sur neuf qui est hospitalisé souffre d'une de ces réactions indésirables. Par conséquent, si les dossiers de santé électroniques sont en mesure de retracer ces effets indésirables et si nous agissons pour contrer les médicaments à risque, cela entraînera une diminution considérable de la souffrance humaine ainsi que de coûts très lourds.

En guise de première question, quels montants ont pu être économisés grâce à l'imagerie télédiagnostique? Le rapport mentionne jusqu'à 17 000 transferts de malades par année. Grosso modo, à combien d'argent cela correspond-il? Si vous n'avez pas de chiffres précis, un chiffre approximatif nous sera quand même utile.

M. Richard Alvarez: Je suis en mesure de vous fournir les chiffres, mais si vous n'y voyez pas d'objection, j'aimerais d'abord faire quelques remarques.

À ma connaissance, nous sommes le seul pays à avoir étudié de manière systématique les avantages que pouvait entraîner une telle conversion. Aujourd'hui, nous évoquons des coûts de 10 milliards de dollars; les mêmes études font valoir à plusieurs reprises des économies de 6 à 7 milliards de dollars chaque année. Ces économies se manifestent en deux tranches. Les plus grandes résultent de l'évitement de certains coûts, grâce aux mesures de prévention des effets indésirables de médicaments et permettant d'éviter l'hospitalisation dans les unités très dispendieuses de soins actifs.

M. Terence Young: Je vois. Toutefois, vos chiffres me paraissent un peu inférieurs à ce qu'ils sont en réalité, mais quoi qu'il en soit, j'ai une autre question à poser.

M. Richard Alvarez: Je suis en mesure de vous fournir les montants. Selon l'étude que nous avons effectuée sur l'imagerie télédiagnostique, la somme est de 1 milliard de dollars par année, et nous nous apprêtons à publier un montant relatif au système de renseignement sur les médicaments, mis en vigueur dans les quatre provinces que j'ai mentionnées, et il avoisine la somme que je viens de vous citer.

M. Terence Young: Je voulais vous interroger là-dessus également. Je voulais vous demander quel contrôle vous exercez sur le plan directeur des dossiers et quel contrôle exercent les provinces, car dans quatre provinces seulement vous avez identifié 2,5 millions de réactions dangereuses aux médicaments. On qualifie cela d'important; je sais que c'est dangereux. Nous savons que les médecins déclarent seulement 1 p. 100 des effets indésirables des médicaments à Santé Canada qui agit donc à l'aveuglette. Les médicaments sur ordonnance pris selon les indications, sans erreur, sont la quatrième cause de décès au Canada.

Je voulais vous interroger sur un médicament qui est à l'heure actuelle sur le marché et qui augmente le risque de suicide chez les jeunes de huit fois comparativement à un placebo, je veux parler de Paxil. Un jeune sur cinquante qui prend Paxil pensera à se suicider et certains d'entre eux passeront à l'acte. Le 7 juin, à Toronto, il y aura une enquête du coroner sur le décès de Sara Carlin, qui a fait justement cela. Nous savons que GlaxoSmithKline a payé une amende de 2,4 millions de dollars dans l'État de New York pour cacher le risque de suicide attribuable à Paxil et a fait l'objet d'une enquête criminelle de quatre ans au Royaume-Uni pour la même raison.

Voici donc ma question: Pourriez-vous faire une recherche dans les dossiers de santé électroniques pour déterminer combien de personnes parmi celles qui se sont suicidées au Canada prenaient du Paxil ou étaient en train de se sevrer de Paxil au moment de leur décès?

• (1005)

M. Richard Alvarez: Bien sûr, les juridictions où il y a des systèmes d'information détaillée sur les médicaments — c'est-à-dire tous les médicaments utilisés par tout le monde — peuvent le faire.

M. Terence Young: C'est-à-dire les quatre provinces qui ont un tel système.

M. Richard Alvarez: Oui, mais il y a d'autres provinces — comme l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec — qui ont des bases de données pour les aînés puisque c'est ce que le gouvernement finance. Elles peuvent chercher dans cette base de données et vous fournir le même genre de réponse.

M. Terence Young: Mais cela concerne seulement les aînés. Peut-elles faire la même chose pour l'ensemble de la population?

M. Richard Alvarez: Les quatre dont nous avons parlé peuvent le faire, puis il y a environ six provinces qui collectent de l'information sur tous les médicaments utilisés par tout le monde. Elles pourraient le faire, mais la difficulté... C'est une bonne question que vous posez. Cela pourrait se faire de manière rétrospective. Le genre de systèmes que nous avons exigés et qui sont en place permettront de gérer des médicaments au moment où ils sont prescrits et au moment où ils sont délivrés. À l'heure actuelle, cela se fait surtout au moment où le médicament est délivré. Il y aura des systèmes d'alerte qui permettront de vérifier les antécédents pharmaceutiques du patient et, lorsque le médecin a prescrit un autre médicament, ils peuvent déterminer si le patient peut ou non prendre ce médicament en toute sécurité et, sinon, quel autre médicament il pourrait prendre à la place.

M. Terence Young: C'est très utile. Merci.

J'ai déjà mentionné que la quatrième cause de décès c'est la prise de médicaments selon les indications du médecin. Nous savons que de tous les médicaments sur ordonnance approuvés par Santé Canada et par la FDA aux États-Unis, un sur cinq se révélera beaucoup plus dangereux qu'on ne le croyait. En fait, ils ne sont pas sûrs ni efficaces et doivent être retirés du marché ou, aux États-Unis, faire l'objet du plus haut niveau d'alerte, soit un encadré sur la notice d'accompagnement du médicament. Il faut donc pouvoir faire cette recherche rétrospective. Il faut pouvoir faire des recherches historiques, car les contre-indications ne sont pas toujours connues. En fait, la liste des contre-indications se constitue avec le temps.

Est-ce que vous allez pouvoir un jour avoir accès à tous les dossiers provinciaux pour faire ce genre de recherche et déterminer les risques associés à un médicament?

M. Richard Alvarez: En fait, c'est une question à laquelle nous travaillons en ce moment, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé, qui fait ce type de travail.

Pour nous, le problème, c'est la protection des renseignements personnels et la sécurité des dossiers. Il est évident que si nous disposons de ces renseignements dans les bases de données, il serait idiot de ne pas s'en servir à des fins de recherche et de sécurité. Cela étant dit, il faut faire très attention à la protection de la vie privée des Canadiens.

M. Terence Young: Est-ce qu'on ne peut pas faire une recherche dans un dossier sans qu'apparaissent le nom et l'adresse du patient?

M. Richard Alvarez: Si, c'est exactement le genre de système que l'on envisage en ce moment. Au même moment, nous avons également créé des groupes de consultation et avons parlé aux Canadiens pour leur demander si nous pouvons regarder leurs dossiers de façon anonyme, lorsque les chiffres sont brouillés, etc. En gros, le taux de réponses à cette question était très élevé, ce qui est très positif.

M. Terence Young: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: J'ai une question à ce sujet et je crois que M. Young a mis le doigt sur quelque chose d'important, c'est-à-dire que les avantages sont énormes pour la société canadienne. Je crois qu'Inforoute, selon ce qu'indique la vérification, fait un excellent travail. Vous êtes un groupe bien géré et bien dirigé et vous administrez vos contrats de façon efficace et efficiente.

Cependant, si l'on recherche une approche pancanadienne, il semble que nous n'en soyons pas encore là. Nous sommes en retard par rapport aux autres pays occidentaux et comme vous l'avez dit, nous arrivons dernier. Je crois avoir déjà vu que 9 p. 100 des cliniciens utilisent ce système, selon les chiffres de 2007.

Alors voici ma question. Peut-être que Mme Dodds voudra également y répondre. Qui est responsable de faire passer ce projet à la prochaine étape? Inforoute ne reçoit pas énormément de financement. Je crois que vous dépensez votre argent sagement. Mais notre pays comporte 14 champs de compétences différents, ce qui complique les choses. Ce n'est pas un processus facile et je ne crois pas que l'on réalise autant de progrès que les autres pays.

Nous utilisons le financement du gouvernement fédéral pour encourager ce changement, mais si vous regardez l'entente de 2004 signée entre les provinces et le gouvernement fédéral, ce dernier n'a pas très bien surveillé lesdites ententes. Cela n'a rien à voir avec les dossiers de santé électroniques, mais avec d'autres questions et le gouvernement fédéral a tout simplement laissé les provinces prendre leur argent, alors qu'elles ont déclaré qu'elles ne respecteraient pas les ententes ni ne fourniraient au fédéral l'information demandée. Pourtant, les provinces ont reçu leur argent quand même.

Alors ma question est plutôt d'ordre général. Qui est responsable de faire passer ce projet à l'étape suivante, une étape si importante pour les Canadiens? Est-ce le ministère de la Santé ou Inforoute? Pouvez-vous éclairer notre lanterne?

Madame Dodds, vous pouvez peut-être commencer.

• (1010)

Mme Karen Dodds: Je vous remercie de votre question.

Comme l'ont fait remarquer la vérificatrice générale et M. Alvarez tout à l'heure, le gouvernement fédéral a versé des sommes importantes à Inforoute. Je crois que cela indique que le gouvernement fédéral comprend les avantages de ce projet. À la fois le gouvernement libéral et le gouvernement conservateur lui ont accordé du financement. Les avantages potentiels de ce système sont apparents pour plusieurs.

J'ai posé une question à mes collègues d'Inforoute la semaine dernière. M. Alvarez a dit que, s'agissant des dossiers de santé électroniques, des DSE — c'est ce que le médecin de votre communauté, le médecin de famille voit dans son bureau — le Canada arrive loin derrière les autres pays. Je lui ai demandé quelle était la position du Canada en matière de DSE, du système d'information sur les composantes des médicaments, les résultats des laboratoires en imagerie diagnostique, et cetera. Il m'a répondu que la situation était inverse et que le Canada était un chef de file.

Les autres pays se sont d'abord concentrés sur les DSE et n'ont pas forcément adopté une approche nationale. Il y a peut-être un médecin local et c'est ce médecin et ses patients qui profitent de ce système. Ce que le Canada a fait, en revanche, grâce au plan directeur d'inforoute, c'est d'élaborer ce que j'appellerais les plus rebutantes composantes du dossier de santé électronique.

Et je suis très satisfaite du dernier investissement de 500 millions de dollars. On met beaucoup l'accent sur les dossiers de santé électroniques, parce que c'est à ce niveau que les médecins et les Canadiens comprennent vraiment les avantages de tout le travail de base qu'Inforoute a réalisé en partenariat avec les provinces et les territoires.

Comme M. Young l'a dit, cette base de données sur l'information liée aux médicaments n'est pas vraiment utile jusqu'à ce que le médecin l'utilise pour remplir une ordonnance. Actuellement, elle est utile dans les pharmacies, mais on aimerait également que les médecins disposent de cette information lorsqu'ils remplissent des ordonnances. On aimerait également que le patient puisse y avoir accès.

Donc, lorsque nous accélérerons la mise en oeuvre des DSE, je crois que les avantages du système deviendront plus visibles et que davantage de médecins consulteront les DSE.

Le président: Voulez-vous ajouter quelque chose, monsieur Alvarez?

M. Richard Alvarez: Monsieur le président, si j'ai donné au comité l'impression que nous ne faisons pas de progrès, j'en suis désolé.

Le président: Ce n'est pas ce que j'ai laissé entendre. Je...

M. Richard Alvarez: Notre pays fait énormément de progrès. J'ai parlé des systèmes d'imagerie diagnostique. Dans ce contexte, nous avons jeté tous les formulaires pour les rayons X. Près de 70 à 80 p. 100 de ce type de formulaire sont aujourd'hui numérisés, ce qui veut dire que tous ces rayons X peuvent être consultés où que vous soyez.

Permettez-moi vous donner un exemple rapide. Plusieurs provinces sont aujourd'hui complètement numérisées. Le Manitoba est en voie de le devenir. Churchill a été finalement numérisé il y a quelques semaines. Et ce jour-là, un enfant portant des blessures est arrivé. Habituellement, ils auraient envoyé un jet de Winnipeg pour y amener l'enfant, mais ils n'ont eu qu'à lui faire passer un scanner et envoyé les images au Winnipeg Health Sciences Centre. Les médecins du centre les ont regardées, ont déterminé qu'il n'était pas nécessaire de faire venir l'enfant à Winnipeg et ont donné leurs

instructions. Le lendemain, un autre enfant est arrivé et cette fois, Churchill a pensé qu'on pourrait s'occuper de l'enfant sur place, mais ils ont quand même envoyé les images du scanner. Au Winnipeg Health Sciences Centre, on les a examinées et on a dit: nous vous envoyons un jet, envoyez-nous le patient immédiatement.

Les changements sont considérables. Nous observons un gain de productivité de 25 à 30 p. 100 chez nos radiologues. C'est comme si on avait 500 radiologues supplémentaires.

J'ai parlé de systèmes d'information sur les médicaments. Prenons le cas de l'Alberta qui est à l'avant-garde, qui, aujourd'hui, a adopté les dossiers de santé électroniques. Ces dossiers sont consultés chaque jour par 20 000 utilisateurs. Après la mise en place de ses dossiers de santé électroniques, cette province a pu élaborer très rapidement des systèmes et des registres de gestion des maladies chroniques.

Prenez, par exemple, la chirurgie pour le cancer. Nous avons maintenant un système pour la chirurgie du cancer qui permet aux cliniciens d'inscrire le minimum de données aussitôt après l'intervention plutôt que d'avoir à transcrire leurs rapports. Le changement à ce niveau réside dans le fait que la transcription des rapports prenait souvent plus d'un mois. Aujourd'hui, ils obtiennent leurs rapports une heure après l'opération chirurgicale. Ils font rapport de toutes ces opérations et enseignent les pratiques exemplaires aux nouveaux médecins.

• (1015)

Le président: Merci beaucoup.

Madame Beaudoin, pour cinq minutes.

[Français]

Mme Josée Beaudin (Saint-Lambert, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, bonjour.

Monsieur Alvarez, je veux revenir brièvement sur le problème de la compatibilité. En fait, j'aurais aimé que vous précisiez jusqu'à quel point les problèmes peuvent être sérieux à ce sujet. Plus particulièrement, à la page 26 du rapport de la vérificatrice générale, on dit à propos de l'interopérabilité entre les provinces que « l'interopérabilité pancanadienne est toujours possible ». J'imagine que c'est une de vos priorités. Vous dites aussi que « les différences dans les normes peuvent être atténuées ».

Est-ce que cette compatibilité entre les provinces et cette interopérabilité sont une priorité?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Merci de votre question, madame.

Je crois que ce sont des problèmes qui seront résolus. Je dois dire que notre priorité est de veiller à ce que ces normes fonctionnent au niveau local, régional et à celui du champ de compétences. Il est très important d'avoir un système interexploitable quand les gens vont de leur médecin généraliste à l'hôpital, en passant par les cliniques et les pharmacies. Notre priorité est de veiller à ce que les distributeurs qui vendent leurs produits partout au Canada mettent en oeuvre ces normes de façon systématique, avec des mesures incitatives pour les y encourager.

Manifestement, quand il s'agit de compabilité pancanadienne, il va falloir une traduction entre certaines normes. Des systèmes qui existent déjà depuis belle lurette n'intègrent pas certaines des nouvelles normes. Or, nous n'avons pas assez d'argent pour jeter ces systèmes et repartir à zéro. Mais quand ces systèmes arriveront au stade de leur cycle de vie où il conviendra de les changer, nous intégrerons la nouvelle norme. D'ici là, nous aurons un outil de traduction qui traduira entre l'ancienne norme et la nouvelle.

[Français]

Mme Josée Beaudin: Merci beaucoup.

J'aimerais obtenir une précision concernant un élément de la page 26, toujours dans la version française du document. On y dit que vous allez « procéder à un mappage pour tenir compte des différences dans l'application des normes ». Qu'entendez-vous par là?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Pour résumer, nous avons un mécanisme de collaboration — impliquant, comme je l'ai dit, les cliniciens, le secteur privé et les gouvernements — qui nous permet de publier les normes auxquelles il faut travailler et la date à laquelle il convient qu'elles soient établies. L'établissement de ces normes est un processus très coûteux.

Quelles sont ces normes? Il s'agit de normes de traitement des messages et des données, permettant à deux systèmes informatiques hétérogènes de différents distributeurs de communiquer l'un avec l'autre. Nous commençons par voir si nous pouvons emprunter les normes et adopter des normes internationales existantes, chaque fois que possible. Si nous pouvons quasiment les adopter telles quelles, hormis la canadienisation de choses comme notre code postal, c'est ce que nous faisons. Mais, si nous sommes en tête du peloton et qu'aucune autre norme n'existe, comme c'était le cas pour des systèmes d'information sur les médicaments cliniques, nous établissons essentiellement les normes à partir de rien. Mais, ce faisant, nous les établissons comme normes internationales et encourageons essentiellement autant de gens que possible ailleurs dans le monde à les adopter également.

[Français]

Mme Josée Beaudin: Merci beaucoup.

Il a également été question de protection de la vie privée dans le cadre de cette vérification. Pouvez-vous nous faire part des risques que vous avez identifiés à ce jour?

[Traduction]

M. Richard Alvarez: La protection de la vie privée est une question très importante pour nous et, heureusement, pour l'instant, nous n'avons pas eu d'échecs majeurs dans ce domaine. Il y a toutefois eu quelques incidents.

C'est ce que fait Inforoute. Pour ce qui est de notre plan directeur, de notre architecture, les exigences en matière de protection de la vie privée et de sécurité y sont très claires et nous encourageons les provinces à les respecter. Nous demandons dès le départ une vérification de la protection de la vie privée, que les provinces doivent fournir pour chaque projet avant de pouvoir obtenir tout fonds. D'après les recommandations de Mme Fraser sur les aspects de la conformité, nous avançons également dans ce sens. Avec l'argent nouvellement disponible, comme nous l'avons fait dans le domaine de la santé des consommateurs, nous avons également établi un service d'agrément, afin de veiller à ce que l'agrément des produits d'un distributeur s'effectue dans le respect de la vie privée, de la sécurité et de l'interopérabilité.

●(1020)

Le président: Monsieur Shipley.

M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins.

C'est un rapport généreux. Je ne suis pas certain de m'y souscrire; mon opinion est peut-être un peu biaisée par mon expérience en Ontario.

Permettez-moi de passer au rapport. Je crois comprendre qu'un commentaire a été formulé à la fin de juin ou au début de juillet 2009. Selon Inforoute Santé Canada, des 322 millions de visites annuelles chez le médecin, environ 94 p. 100 donnent lieu à des dossiers papiers rédigés à la main. En comparant le Canada à d'autres pays au plan des dossiers de santé électroniques, nous constatons qu'aux Pays-Bas, 98 p. 100 des dossiers de santé sont électroniques; en Nouvelle-Zélande, 92 p. 100; au Royaume-Uni, près de 90 p. 100; en Australie, 80 p. 100. Les États-Unis sont le seul pays à avoir un résultat pire que celui du Canada. J'ai du mal à comprendre.

Nous avons un rapport, publié en octobre 2009 par le vérificateur de l'Ontario, indiquant qu'au lieu d'être en haut de la liste, l'Ontario se rapproche du bas en ce qui concerne les dossiers de santé électroniques. Où est le ministère de la Santé, ou Inforoute? J'ai l'impression que nous versons de l'argent sans compter. Nous avons constaté une corruption à hauteur d'un milliard de dollars en Ontario. Je présume qu'il s'agit en partie de sommes provenant du gouvernement fédéral; il s'agit peut-être en partie d'argent provenant du gouvernement provincial.

Très honnêtement, ce que je veux dire, c'est que cela a commencé en 2001; nous sommes maintenant en 2010. Nous sommes en bas de la liste dans presque tous les domaines que vous avez évoqués, même si je sais que Mme Dodds a parlé des médecins et des patients qui ont des avantages par rapport à certains autres pays. Je pense qu'en Ontario et au Canada, c'est ce qui doit d'être prioritaire. Dans le domaine des soins de santé, les patients doivent être la priorité; pas les systèmes ni les ordinateurs. Les patients doivent en faire partie; ils sont la priorité.

Je mesure l'importance des dossiers numériques et électroniques. Nous comprenons qu'ils sont nécessaires. Mais très honnêtement, je pense que nous n'avons pas rendu de compte au sujet de l'argent qui a été injecté dans le système. Je ne comprends tout simplement pas pourquoi nous élaborons aujourd'hui des plans stratégiques, en 2010. J'ai lu quelque part qu'en 2006, nous avons révisé le plan directeur, cinq ans après 2001. S'il vous plaît, encouragez-moi. Il semble qu'en 2001, Inforoute a été créée par le gouvernement qui a injecté de l'argent sans avoir une orientation; il a fallu attendre jusque vers 2006 pour réaliser un certain travail organisationnel. Il n'y a pas de planification stratégique; il ne semble pas y avoir beaucoup de reddition de comptes. Les provinces ont des résultats très variés du point de vue de la continuité.

Je vous demande donc, monsieur Alvarez, madame Dodds et madame Sheila Fraser, la vérificatrice générale, de m'aider à comprendre qu'il s'agit en fait d'une continuité, qu'il y a compatibilité, parce que je ne vois pas de mention de la compatibilité dans les systèmes créés. Nous avons des provinces qui accomplissent différentes choses, et il y a des priorités.

Je vous pose beaucoup de questions, mais je vais bientôt manquer de temps. C'est pour cette raison que je vous les pose. Ne soyez pas découragés; c'est simplement que je dois comprendre, parce que de notre point de vue en Ontario, les choses ne se sont pas bien déroulées.

M. Richard Alvarez: Merci.

Vous avez posé beaucoup de questions et, avec tout le respect que je vous dois, monsieur le député, je pense qu'il y avait un peu de subjectivité en raison de la province où vous résidez — et où je vis également, comme par hasard.

Je tiens à souligner que le milliard de dollars dépensé en Ontario ne provenait pas du financement fédéral qui a été gaspillé. Pour tous les fonds du gouvernement fédéral injectés en Ontario, nous avons obtenu des résultats absolus. Ils ont un système de télésanté de classe mondiale, en passant, et nous avons contribué au financement de ce système. Il y a quelques années, en Ontario, une personne âgée arrivait dans un hôpital et personne n'avait idée des médicaments que cette personne âgée prenait. Nous avons changé cela et les avons encouragés à mettre en oeuvre la base de données sur les médicaments en Ontario, le Programme de médicaments de l'Ontario, dans les hôpitaux. L'an dernier, il y a eu un million de consultations de ce système; aujourd'hui, ils peuvent vérifier quels médicaments une personne prend.

Ainsi, avec les fonds fédéraux, nous avons eu de nombreuses réussites en Ontario. Les sommes qui ont fait l'objet de rapports étaient clairement de l'argent avec lequel nous n'avions rien à voir et que nous n'avons pas dépensé.

Pour ce qui est des plans stratégiques, Inforoute avait dès le départ un plan stratégique en place, absolument. Ce plan se manifeste sous forme des domaines prioritaires et des programmes dans lesquels nous investissons. Plus de 600 personnes ont participé au processus d'établissement d'un consensus autour du plan directeur et de l'architecture lorsque les provinces ont commencé leur travail. Manifestement, avec le temps, l'apparition de nouvelles technologies et l'acquisition de nouvelles connaissances, il faudra revoir et rafraîchir les plans ou les approfondir. C'est exactement ce que nous avons fait après six ans.

Si vous alliez en Alberta et aviez un dossier de santé électronique avec 20 000 utilisateurs, ou si vous alliez en Colombie-Britannique pour voir un système pharmaceutique fonctionnant à plein régime, ou si vous alliez en Nouvelle-Écosse ou à Terre-Neuve et constatiez que tous les pharmaciens communautaires sont dans le système, ou si vous constatiez qu'une province entière est numérisée, je pense que vous auriez une opinion différente. De nombreux progrès ont été réalisés. Manifestement, plus une province et un gouvernement sont grands plus le travail est difficile. C'est difficile pour le Québec, ainsi que pour l'Ontario. De plus, s'il y a des problèmes de gestion, des problèmes de gouvernance, l'établissement de ces plans prend encore plus de temps.

Nous les encourageons, nous pouvons leur fournir des incitatifs, mais nous ne pouvons pas faire le travail pour elles.

• (1025)

M. Bev Shipley: Pourquoi le plan stratégique ne fait pas partie du financement?

M. Richard Alvarez: Ça en fait partie. Lorsque nous investissons dans des programmes, s'il s'agit de systèmes de renseignements sur les médicaments, d'un système de renseignements en laboratoire, de registres des diagnostics clients, nous finançons leurs plans; cela ne fait aucun doute. Mais si je n'investis pas dans un système de soins à domicile, ou si je n'investis pas dans un système de soins de longue durée, je n'ai pas le droit de demander ces plans, et il se peut que ces plans n'existent même pas.

Le président: Merci monsieur Shipley. Nous devons passer à quelqu'un d'autre.

Monsieur Christopherson, vous avez cinq minutes.

M. David Christopherson: Merci beaucoup monsieur le président.

Dans ce cas-ci, comme l'a dit la vérificatrice générale, c'est aux fruits que l'on reconnaîtra l'arbre; je parle ici du suivi, du fait de savoir si tout ce qui rend le scénario positif aujourd'hui se maintiendra.

Je dois vous dire, monsieur Alvarez, que vous donnez certainement l'impression de quelqu'un de très direct et qui connaît son dossier. En dépit du fait que ce n'est pas parfait, vous semblez bien comprendre votre organisation. Je suis impressionné. Les défis que nous voyons ici sont sérieux.

Je m'adresserai à Bev brièvement.

Bev, si vous voulez poser une autre question, je peux vous céder une minute ou deux de mon temps de parole. Vous semblez avoir de bonnes questions, et je vous offre mon temps, étant donné que j'ai presque terminé.

Encore une fois, je vous souhaite la meilleure des chances, et nous verrons lorsque nous ferons le suivi comment les choses se déroulent. Mais si cela se rapproche des impressions que vous nous avez données aujourd'hui, j'ai beaucoup plus confiance qu'avant la réunion et je vous remercie pour cela.

J'offre à mon collègue, M. Shipley, le reste de mon temps, s'il en a besoin.

M. Bev Shipley: Merci, monsieur Christopherson.

Je n'ai qu'une question.

Madame la vérificatrice générale, au paragraphe 12 de vos notes d'allocation, vous dites: « Il est trop tôt pour déterminer si les systèmes de chaque administration seront compatibles à l'échelle nationale. » J'aurais cru qu'au début de toute cette affaire, en 2001, il y aurait un plan qui indiquerait que les systèmes doivent être compatibles. Nous sommes maintenant en 2010 et nous posons la question.

Ce plan n'aurait-il pas dû être là? Il ne s'agissait que d'une observation d'orientation, je pense, mais cela revient à ma préoccupation au sujet du manque d'orientation, du manque de responsabilité pour aller de l'avant. Neuf ans plus tard, nous sommes environ à mi-chemin en vue d'atteindre notre objectif.

• (1030)

Mme Sheila Fraser: Au sujet de la question de la compatibilité, je pense que les membres du comité doivent réaliser que bon nombre de ces systèmes ont été lancés ou étaient en place dans certaines administrations avant même la création d'Inforoute. Je pense que la province de l'Île-du-Prince-Édouard a un système relativement complet, de sorte que ces systèmes auraient été lancés avant la création du modèle. Il y a donc des questions concernant la façon dont on prendra les systèmes existants pour les modifier ou pour établir un lien, ou encore faire cette transformation dont M. Alvarez a parlé pour garantir la compatibilité avec le reste du pays.

Ce sont donc certains des défis. Je pense que les systèmes plus récents qui ont été lancés et les projets qui ont été entrepris ou qui ont été cofinancés par Inforoute répondaient clairement aux normes qui avaient été établies. Mais il aurait pu y avoir des systèmes auparavant. De plus, c'est probablement l'une des joies de la vie au Canada, mais les gouvernements provinciaux agissent comme bon leur semble, et le gouvernement fédéral ne leur dit pas quoi faire. Il faut respecter les domaines de compétence, mais je pense que nous, vérificateurs généraux, encouragerions certainement les membres du comité à effectuer un suivi de cette question, pour constater comment ces défis sont relevés et si les provinces réagissent. Il pourrait s'agir d'une discussion dans le cadre d'une réunion diffusée sur CPAC, par exemple, où tous les comités des comptes publics seraient présents. Que font les autres comités des comptes publics provinciaux sur cette question?

M. Bev Shipley: S'il reste un peu de temps, mon collègue a peut-être d'autres questions.

Le président: De toute façon, je cède maintenant la parole à M. Kramp.

M. Daryl Kramp (Prince Edward—Hastings, PCC): Merci, monsieur le président.

Un peu comme M. Shipley, ma préoccupation est de savoir où tout cela a commencé. Si nous avons commencé en 2001, avons-nous dit que nous avons un but, en vue d'y travailler, ou avons-nous une entente signée comprenant un plan stratégique qui disait, faisons ceci: vos obligations sont celles-ci, mes obligations sont celles-là.

Autrement dit, avant le début de ce projet, y avait-il une entente officielle entre le gouvernement fédéral et les provinces?

M. Richard Alvarez: L'initiative Inforoute a été lancée par les premiers ministres en tant qu'organisation nationale pour travailler avec le gouvernement fédéral ainsi que les provinces et les territoires afin de faire avancer ce dossier. Le mandat fondamental consistait à accélérer l'adoption de ces systèmes. Entre autres, les responsables d'Inforoute ont discuté avec les provinces et les territoires pour comprendre et définir les priorités. Par la suite, nous avons établi six programmes centraux et 12 programmes au total, puis nous avons travaillé avec les provinces. Une fois que les priorités ont été choisies, nous leur avons demandé de nous remettre leur plan triennal sur la façon dont ces priorités seraient respectées, ce qui a été fait.

En me fondant sur ces plans triennaux, je me suis présenté devant le conseil et j'ai indiqué que l'objectif devrait être une disponibilité de 50 p. 100 avant 2010. Comme je l'ai dit auparavant, à mesure que les systèmes sont mis en place, en 2010, ils commenceront à avoir des incidences et à offrir des avantages à tous les citoyens des provinces et des territoires. La première partie de cet objectif a été atteinte. La deuxième partie prend plus de temps. Au bout du compte, comme Mme Fraser l'a dit, nous dépendons beaucoup du rythme adopté par les provinces, mais elles ont convenu des priorités. Dans ces domaines prioritaires, nous avons certainement des plans stratégiques, et nous avons leurs plans, sur lesquels nous tablons.

M. Daryl Kramp: Le fait que les provinces n'obtiennent pas toutes le même niveau de réussite me préoccupe. Est-ce parce que nous ne chantons pas tous en chœur, ou est-ce parce que nous sommes simplement inefficaces? On n'a qu'à se rappeler, par exemple, l'histoire d'horreur qui s'est produite en Ontario. Des millions de dollars ont été gaspillés parce que des consultants ont embauché des consultants pour engager d'autres consultants.

Est-ce que des fonds d'Inforoute ont été versés dans cette affaire?

M. Richard Alvarez: Non. J'ai déjà répondu à cette question. Le projet auquel vous faites référence n'a pas reçu le moindre cent d'Inforoute. Nous n'avions même pas signé de contrat avec la stratégie de cybersanté ni avec l'Agence des systèmes intelligents pour la santé.

M. Daryl Kramp: Je tenais à ce que cela soit bien clair.

Le président: Voulez-vous intervenir à ce sujet, madame Dodds?

Mme Karen Dodds: Oui, merci.

Votre question nous ramène au point de départ. J'aimerais revenir à l'un des points abordés par mes collègues. Lorsque nous avons amorcé notre travail, la situation variait beaucoup d'une province à l'autre. Elle variait même au sein des provinces. Certains hôpitaux avaient leurs propres systèmes bien développés, des systèmes d'une vingtaine d'années environ, tandis que certaines provinces n'en avaient aucun. Au début d'Inforoute, on s'était donné une vision et un objectif. Ce qui est bien, c'est que dès le début, cet objectif était de portée nationale — nous voulions que les renseignements puissent être transmis à l'échelle du pays, que les renseignements soient relatifs au patient et non pas seulement à l'hôpital ou au médecin. C'est un objectif important, mais il faudra du temps pour l'atteindre.

Voyez la situation au Danemark et en Nouvelle-Zélande. On peut y constater combien de temps prennent les projets de ce genre, et il s'agit de petits pays. La Nouvelle-Zélande n'est pas très étendue et elle compte seulement deux millions d'habitants. Elle a un système fédéral fort, et il lui a pourtant fallu 17 ans. Au Danemark, il a fallu 16 ans. Aux États-Unis, le département des Anciens Combattants a eu besoin de 16 ans. Nous faisons donc de bons progrès. Il reste des difficultés à régler, mais les avantages sont considérables. Les vérifications ont été très utiles; elles ont attiré l'attention sur les secteurs qu'il fallait améliorer.

● (1035)

M. Daryl Kramp: C'est vrai, il y a des exemples de réussite. Nous en sommes heureux. Comme les besoins en soins de santé augmentent rapidement, la cybersanté s'avère indispensable. Nous comprenons cette réalité. Cependant, il semble y avoir un problème. L'État nous sert-il du mieux qu'il le peut? Eh bien, nous avons ce que nous avons, et c'est cela qui pose problème. Dans un monde idéal, un dictateur bienfaisant nous donnerait la solution idéale, mais nous n'en sommes pas là. Il y a toutefois, dans d'autres secteurs, dans le secteur privé, des gens qui proposent des solutions, qui misent sur la technologie d'une façon différente.

On compte notamment la proposition de Telus. Monsieur Alvarez, qu'en est-il au juste de la mise en œuvre éventuelle de cette proposition ou d'une collaboration à cet égard? Existe-t-il des propositions divergentes? Comment cette proposition peut-elle s'intégrer à l'évaluation des soins de santé?

M. Richard Alvarez: Nous utilisons depuis le début tout un éventail de principes et de mesures de précaution. Nous estimons notamment que les systèmes d'information de cette nature devraient venir du secteur privé. Nous ne finançons pas les gouvernements pour qu'ils créent des bureaucraties écrasantes autour de ces systèmes.

Par ailleurs, nous nous étions donné deux objectifs. Comme nous parlons ici de technologie de pointe, nous voulions nous assurer que le Canada peut compter sur une industrie du logiciel forte et dynamique, une industrie qui pourrait vendre ses produits dans le monde entier. Nous voulions aussi que les systèmes puissent être adoptés à l'échelle du pays. C'est exactement ce que nous faisons. On ne peut pas essayer de reproduire des systèmes gouvernementaux. En bout de ligne, qui entretient le système? C'est pourquoi le secteur privé a un rôle à jouer.

L'un des traits qui différencient notre approche de celle adoptée en Angleterre et ailleurs, c'est que nous travaillons étroitement avec le secteur privé. Nous lui disons ce qu'il faut faire: nous définissons les exigences et les normes, nous précisons les disponibilités, et nous indiquons quand les provinces seront prêtes à amorcer le processus de demande de proposition. De cette façon, le secteur privé peut mettre à profit ses ressources et ses compétences.

Un groupe international a publié un rapport important sur les systèmes de TI. Ce rapport fait l'éloge de notre plan et de notre coordination. Les fournisseurs utilisent ce plan tout au long du développement du système.

Le président: Merci, monsieur Kramp.

Monsieur Dion.

[Français]

L'hon. Stéphane Dion: Merci beaucoup, monsieur le président.

[Traduction]

J'aimerais revenir aux trois points principaux qui ont été soulevés, notamment par Mme Beaudin et M. Shipley. Il s'agit de la cible, de l'interopérabilité à l'échelle du pays et de la protection de la vie privée.

Parlons d'abord de la cible. Monsieur Alvarez, vous avez dit que nous sommes maintenant à 22 p. 100. Vous dites être convaincu que, dans un an, nous serons à 50 p. 100. Ma première question est la suivante: S'agit-il de 22 p. 100 concrètement? Pouvons-nous dire qu'un cinquième des Canadiens ont accès à leur dossier médical électronique lorsqu'ils vont consulter leur médecin?

M. Richard Alvarez: Monsieur, c'est de cette façon que la cible est mesurée. Il y a six systèmes de base: les médicaments, l'imagerie diagnostique, les résultats de laboratoire, le registre sur les fournisseurs, le registre sur les clients et certains rapports cliniques. Si une province a terminé la mise sur pied d'une base de données dans cinq domaines, mais que rien n'a été fait pour le sixième, nous calculons un pourcentage de zéro. La norme est donc très élevée. Peut-être que la province profite beaucoup de son système d'information sur les médicaments ou de son système d'imagerie diagnostique, mais qu'elle n'a pas encore rendu disponibles les rapports cliniques. Notre attention se porte actuellement sur l'Ontario, qui travaille à établir son registre sur les fournisseurs. Pour sa part, le Québec est à mettre en place son système d'information sur les médicaments, une tâche que la province doit exécuter si nous voulons atteindre la cible de 50 p. 100 des données.

Je tiens cependant à faire une précision. Nous parlons de la disponibilité des systèmes; il ne s'agit pas — et Mme Fraser l'a souligné avec beaucoup de finesse — de l'utilisation de ces systèmes. Faisons une analogie avec une organisation qui compte une grande quantité de documents papier. Cette organisation doit avoir un immeuble d'abord avant de pouvoir y loger son personnel. Il faut aussi que l'immeuble soit raccordé aux services publics, etc. Les chiffres que nous donnons ici concernent la disponibilité de cet immeuble. Si vous n'avez pas les documents sous forme élec-

tronique, vous ne pouvez pas les utiliser. Il faut donc voir à ce que les systèmes soient disponibles. À partir de ce moment, nous pourrions nous occuper de l'utilisation.

J'ajouterais simplement qu'en Alberta, les systèmes sont disponibles et 20 000 utilisateurs consultent leur dossier. Nous ferons des progrès au fil du temps.

• (1040)

L'hon. Stéphane Dion: Mais vous ne savez pas si on utilise vraiment les systèmes.

M. Richard Alvarez: Non. Mais nous allons présenter des rapports sur l'usage absolu des dossiers disponibles.

L'hon. Stéphane Dion: Quel pourcentage de dossiers sont utilisés aujourd'hui?

M. Richard Alvarez: Je ne pourrais pas vous donner de chiffres. Nous travaillons toujours à recueillir les données des provinces. Les provinces emploient des mesures différentes, mais nous pourrions certainement obtenir les chiffres exigés et en faire rapport.

L'hon. Stéphane Dion: Notre comité serait très heureux de les recevoir.

M. Richard Alvarez: Je serais heureux de vous les communiquer, monsieur.

L'hon. Stéphane Dion: Comment se fait-il que nous ferons autant de progrès en un an, en passant de 22 à 50 p. 100? Entre 2001 et 2010, nous avons seulement atteint la barre des 22 p. 100.

M. Richard Alvarez: Monsieur, je compte sur les deux plus grandes provinces pour nous aider à faire les progrès escomptés. Conformément à la méthode et à l'équation utilisées, nous tenons compte de la répartition de la population. Si l'Ontario et le Québec mettent en place le registre sur les fournisseurs, par exemple, et le système d'information sur les médicaments, respectivement, nous pourrions atteindre notre cible parce que la population combinée de ces deux provinces est énorme.

L'hon. Stéphane Dion: Comment se fait-il que nous ayons du retard par rapport à d'autres pays, alors?

M. Richard Alvarez: Permettez-moi de préciser que notre retard se situe au niveau de l'espace médical électronique, c'est-à-dire les bureaux des cliniciens. Environ 37 p. 100 de ces bureaux sont dotés de systèmes à l'heure actuelle. Par contre, nous n'avons pas de retard en ce qui a trait aux systèmes d'information sur les médicaments et sur les diagnostic, non plus que sur les systèmes d'information en laboratoire. Le problème, ce sont les bureaux des cliniciens, et nous utiliserons les nouveaux investissements du gouvernement fédéral pour accélérer les progrès dans ce dossier.

L'hon. Stéphane Dion: D'après vous, quel est le risque que nous aboutissions à un ensemble de systèmes hétéroclites, plutôt qu'à un système que les Canadiens pourraient consulter d'un océan à l'autre?

M. Richard Alvarez: Si nous avons un ensemble de systèmes hétéroclites, c'est que nous aurons raté le coche. Notre travail consiste à garantir que nous avons un système de base cohérent et interexploitable. Je peux vous assurer que nous y travaillons avec la plus grande diligence.

L'hon. Stéphane Dion: Merci.

Le président: Merci, monsieur Dion.

Monsieur Dreeschen, vous avez cinq minutes.

M. Earl Dreeschen (Red Deer, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Merci à nos témoins d'être venus nous rencontrer.

J'ai été président du conseil d'administration d'un hôpital de l'Alberta pendant plusieurs années. J'ai travaillé en étroite collaboration avec les hôpitaux environnants et j'essayais de veiller à ce que... Notre organisation était entourée d'autres organisations. C'est un travail que nous avons entrepris il y a déjà 15 ou 20 ans, alors je connais bien les difficultés du domaine de la prestation des soins de santé.

Je suis très heureux d'entendre certains des commentaires qui ont été faits au sujet du système de l'Alberta, et au sujet des mesures que nous avons dû prendre par nécessité. Et pourtant, compte tenu de la formation que reçoivent les médecins, j'espère simplement... Ma première question est la suivante: Savez-vous si les universités offrent aux médecins des cours de formation sur les aspects de la profession qui tiennent de l'entreprise et si les étudiants reçoivent une formation clinique? Vous pouvez commencer par répondre à cette question.

• (1045)

Mme Karen Dodds: Je vais commencer.

Santé Canada a versé du financement aux facultés de médecine pour qu'elles examinent les exigences scolaires nécessaires à l'obtention d'un diplôme de médecine. C'était le premier examen de ce genre depuis longtemps.

Tout comme mes collègues d'Inforoute et d'autres, nous avons encouragé l'utilisation de la technologie informatique dans les cours. Cela ne fait pas partie de la formation à l'heure actuelle. On l'utilise dans les spécialités. Un radiologiste utilise un équipement particulier, mais pour l'enregistrement des notes cliniques, par exemple, ce n'est pas un aspect qui est actuellement enseigné. Cela fait contraste avec bon nombre d'autres professions dans lesquelles on ne saurait imaginer obtenir un diplôme d'une université sans posséder ces connaissances de base.

M. Earl Dreeshen: Merci.

Évidemment, nous parlons de jeunes médecins. Mon propre médecin a quitté l'université à peu près en même temps que moi, et il a été l'un des premiers à pouvoir utiliser ces systèmes. Il y a des gens qui en reconnaissent l'importance. Je suis heureux que la question ait été abordée.

On a parlé du coût du système, mais on a aussi reconnu qu'il entraînerait des économies annuelles de six milliards de dollars. Vous avez discuté un peu plus tôt des énormes économies qui pourraient être réalisées.

Monsieur Alvarez, ces économies comportent-elles d'autres éléments importants dont vous pourriez nous parler pour que nous les examinions?

M. Richard Alvarez: Comme je l'ai dit, nous avons réalisé deux analyses.

D'après ce que je sais — et j'occupe ce travail depuis au moins six ans et j'ai une assez bonne compréhension de ce qui se fait à l'échelle internationale —, notre pays est l'un des seuls qui dispose d'un cadre de mesure des avantages.

Nous avons examiné les rapports et nous avons calculé que les économies pourraient être de six ou sept milliards de dollars — peut-être davantage, nous a-t-on dit —, mais nous voulions nous doter de mécanismes nous permettant de vérifier si nous obtenions ces avantages.

Nous avons rassemblé les éléments les plus brillants du monde de la recherche, certains chercheurs étrangers et un grand nombre de nos chercheurs au Canada. Ils ont conçu à notre intention un cadre

qui contient divers indicateurs. Au fur et à mesure que nous finançons des projets et que ces projets sont mis en oeuvre sur le réseau, nous mesurons systématiquement si les avantages ont été obtenus.

J'ai parlé de l'imagerie diagnostique. Nous allons bientôt publier un guide sur les médicaments. Même si quelques provinces seulement participent à notre projet, les économies pourraient être d'environ 450 millions de dollars par année. Par extrapolation, les économies pourraient être de plus d'un milliard de dollars par année pour l'ensemble du Canada. Ce sont des avantages importants.

Au fur et à mesure que d'autres systèmes sont mis en application, nous ferons le même genre de mesures.

M. Earl Dreeshen: Madame Fraser, dans vos vérifications futures, allez-vous examiner également une telle ventilation des avantages?

Mme Sheila Fraser: Monsieur le président, nous examinons ce qu'ont fait les organisations pour en évaluer les avantages. Nous ne faisons pas cette évaluation nous-mêmes, mais nous pouvons en tout cas examiner l'information qui a été recueillie.

Comme les députés et vous l'avez signalé, il est très important que les élus et les Canadiens comprennent les avantages que l'on retire de tels systèmes.

M. Earl Dreeshen: Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Dreeshen.

Cela conclut notre deuxième tour de table.

Vous avez une très brève question, monsieur Young.

Nous allons devoir accélérer, car il y aura une autre réunion dans cette salle.

M. Terence Young: Je comprends, merci.

J'ai une question pour Mme Dodds. Comme vous le savez, cette information offre de grandes possibilités en ce qui a trait à l'innocuité des médicaments d'ordonnance. Avez-vous une méthode ou des plans qui permettent d'utiliser cette information pour améliorer l'innocuité des médicaments d'ordonnance et prendre des mesures à ce sujet?

Mme Karen Dodds: Oui. Comme M. Alvarez l'a dit, Inforoute, Santé Canada et un certain nombre de provinces travaillent en étroite collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour trouver des moyens responsables d'utiliser l'information au profit de tout le système de santé, plutôt qu'à celui de chaque médecin et de chaque patient.

M. Terence Young: Mais vous n'avez pas encore entrepris ce travail.

Mme Karen Dodds: Oui, nous l'avons fait.

M. Terence Young: Vous l'avez entrepris.

Mme Karen Dodds: Oui, nous avons commencé à examiner les moyens que nous pouvons prendre. L'un des principaux problèmes est la protection de la vie privée.

Le président: C'est la fin de la période des questions, chers collègues.

J'ai quelques questions d'administration à aborder.

Mais avant que nous partions, au nom des membres de notre comité, je tiens à remercier nos témoins d'aujourd'hui.

Madame Fraser, avez-vous des observations pour conclure?

Mme Sheila Fraser: Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier le comité de l'intérêt qu'il manifeste à l'égard de ces rapports de vérification.

Comme nous l'avons mentionné, mes collègues des provinces et moi estimons qu'il s'agit d'une initiative pancanadienne importante qui met en cause des sommes considérables, mais qui offrent des avantages éventuels énormes. Nous encourageons votre comité et vos homologues des provinces à continuer à suivre ce dossier.

Nous avons encouragé Inforoute Santé à fournir une information plus complète. Je soupçonne que nous examinerons de nouveau plus tard ce qui a été accompli dans ce projet.

• (1050)

Le président: Merci, madame Fraser.

M. David Christopherson: Donnez-moi dix secondes. Vous pouvez juger ma proposition irrecevable si vous le voulez.

Le président: Vous avez dix secondes, monsieur Christopherson.

M. David Christopherson: Merci.

Je me demandais si nous pouvons avoir une influence sur la conférence nationale des comptes publics qui est imminente, de manière à ce que ce sujet soit inscrit à l'ordre du jour. C'est une excellente occasion pour nous de faire le suivi proposé.

Je m'en remets à vous, monsieur le président.

Le président: Nous pouvons en parler, monsieur Christopherson. Je pense que l'ordre du jour est déjà établi, mais c'est certainement une bonne idée. Nous en parlerons.

Monsieur Alvarez, avez-vous quelques dernières observations?

M. Richard Alvarez: Tout d'abord, je vous remercie de m'avoir reçu. Si j'ai dit que je serais ravi de revenir, j'ai peut-être un peu exagéré...

Des voix: Oh, oh!

M. Richard Alvarez: ... mais je reviendrai volontiers, c'est sûr.

En terminant, j'aimerais vous dire ceci. Étant donné l'importance pour la transformation des dossiers, on me demande souvent pourquoi cela prend tant de temps. En réponse, je demande tant de temps comparé à quoi?

Pensons aux systèmes bancaires actuels. Il a fallu dix ans, à partir de la conversion du premier grand livre général pour que l'ensemble des succursales soit en ligne. Il a fallu dix autres années, soit un total de vingt ans, pour la première opération Interac, et encore dix autres années avant que vous et moi puissions avoir accès à notre compte bancaire à partir de notre ordinateur, à la maison. Songez qu'il a fallu 30 ans, ou au moins 20 ans, pour que les banques arrivent à ce résultat, avec leurs crédits, leurs débits, et songez maintenant au nombre et à la complexité des opérations dans le secteur de la santé: il faut y mettre le temps. Je crois que d'ici une dizaine d'années, notre pays aura fait de très grands progrès.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Alvarez.

Monsieur Dodds, avez-vous encore quelque chose à dire? Bien.

Encore une fois, au nom des membres du comité, merci beaucoup. Vous pouvez disposer.

Avant de lever la séance, il y a deux questions dont nous devons traiter. Tout d'abord, chers collègues, il y a l'approbation du procès-verbal du comité de direction. Le procès-verbal a été distribué.

Je vous signale trois choses. Premièrement, nous avons prévu une séance pour l'examen par les pairs en septembre. Cela se fera par téléconférence avec les responsables en Australie, hors des heures

normales de travail, probablement le soir. Vous aurez un préavis suffisant.

Deuxièmement, à l'automne, nous aurons des audiences sur le rapport spécial de la vérificatrice générale sur la Société canadienne des postes et sur la Société du Musée des sciences et de la technologie du Canada.

Troisièmement, le comité a autorisé la présentation au comité de liaison de notre budget pour la participation à l'assemblée annuelle du Conseil canadien des comités des comptes publics qui se tiendra en août, à Québec.

Vous avez lu le procès-verbal; j'attends une motion.

M. David Christopherson: Je propose l'adoption.

(La motion est adoptée.)

Le président: Le deuxième point est la motion de Mme Faille. Je vais la laisser présenter sa motion, mais je crois comprendre qu'elle a l'intention de modifier le dernier paragraphe en insérant après « projections détaillées des dépenses du gouvernement en technologies informatiques » les mots « dans les ministères et organismes suivants » et que suivra une liste de 15 organismes et ministères. La motion a été distribuée. À mon avis, ce n'est pas une modification de fond puisqu'elle limite la portée de la motion. Je déclare donc la modification recevable.

Ai-je bien compris votre modification, madame Faille?

[Français]

Mme Meili Faille: En fait, je veux préciser qu'il s'agit d'un travail de collaboration. Il a été effectué à la suite de ma rencontre d'hier avec M. Kramp et des discussions tenues avec M. Lee. On a souligné que le directeur parlementaire du budget pourrait le faire à l'intérieur des ressources existantes. J'ai modifié la motion afin qu'il n'y ait pas de demandes par la suite pour des budgets supplémentaires, etc. J'ai apporté cette modification pour satisfaire les collègues autour de la table.

M. Kramp a aussi parlé de restreindre l'étude à des ministères ciblés. De façon arbitraire, j'ai retenu les ministères que mes collègues et moi avons examinés au cours de la session. Quinze ministères ont comparu devant le comité. La vérificatrice générale avait identifié à l'intérieur de ces derniers des problèmes reliés aux technologies de l'information.

À cet égard, je me suis limitée à ces ministères, simplement pour que tout le monde puisse avoir un élément de référence, de façon à voir le portrait du ministère dans son entièreté. C'est pour cette raison que la motion a été modifiée. Ça a donc en effet été discuté au préalable.

• (1055)

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, madame Faille.

Mme Faille propose sa motion modifiée et il faut donc une mise aux voix sur la modification.

Monsieur Kramp.

M. Daryl Kramp: Monsieur le président, j'aimerais intervenir un instant. Après une conversation avec Mme Faille, je comprends bien et je respecte sa diligence et sa rigueur. Je n'ai pas d'objection. Je suis pour le principe qu'elle avance et je n'ai certainement pas d'objection.

Ma première préoccupation est celle-ci: Comment faisons-nous maintenant? C'est colossal. Il y a 112 ministères et organismes. De penser qu'il nous faudra avoir accès à des milliers et des milliers et des milliers... Le directeur du budget y passera des années. Essayons de mieux définir le travail.

Je ne sais pas très bien quelles sont les intentions de Mme Faille. Si nous connaissions son orientation, je n'aurais pas d'objection, mais je ne voudrais pas d'éparpillement, je ne voudrais pas qu'on

demande au directeur du budget de se saisir d'un grand, grand problème, particulièrement compte tenu de deux ou trois observations que j'aimerais formuler.

Le président: Je suis désolé, mais je dois vous interrompre.

Il faut que cette séance se termine avant 11 heures. À moins que d'autres veuillent parler de cette question, je reporte cette discussion à notre prochaine séance.

Deux personnes sont inscrites sur ma liste. Je n'ai pas...

M. Daryl Kramp: Bien, mais il vaut la peine d'en discuter.

Le président: Oui.

Cette question est donc réservée et elle sera le premier point à l'ordre du jour de notre prochaine séance. Il reste une minute avant 11 heures, et je dois lever la séance.

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>