



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 073



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 12 février 2013**



**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mardi 12 février 2013

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Mesdames et messieurs, bonjour.

Bienvenue au comité. Nous sommes tellement heureux d'accueillir nos témoins aujourd'hui.

Monsieur Lear, c'est particulièrement vrai dans votre cas. Si je ne m'abuse, vous êtes actuellement en vacances. Vous avez fait une heure de route, depuis votre lieu de villégiature, en Californie, pour pouvoir livrer votre témoignage. Les membres du comité et moi-même sommes impressionnés.

**M. Scott Lear (professeur, à titre personnel):** Tout le plaisir est pour moi. Je me délecte d'avance de ma participation de quelques heures aux travaux de votre comité.

**La présidente:** Quel temps fait-il en Californie?

**M. Scott Lear:** C'est un peu plus chaud que chez vous, à Ottawa.

**La présidente:** Exactement.

Nous admirons votre dévouement. Je tenais à vous accorder un créneau particulier, parce qu'un témoin qui se donne tant de peine pour notre très important comité... Comme vous savez, nous étudions l'innovation technologique, et des témoins comme vous sont très importants pour nous. Vous êtes en vacances, vous prenez la route en laissant votre famille derrière vous pour aller dans un endroit équipé de moyens de télécommunication: nous sommes donc très honorés et nous vous en remercions.

Mesdames et messieurs, nous accueillons donc M. Lear, avec la Californie en arrière-plan et, en mémoire, les sacrifices qu'il a faits pour nous parler.

Nous accueillons avec beaucoup de plaisir aussi le Dr David Price, président du département de médecine familiale de l'Université McMaster.

Enfin, nous attendons M. Paul Lepage, président de Santé et solutions de paiement, chez TELUS, qui arrivera à 16 heures.

Nous commençons par vous, monsieur Lear. Vous disposez de 10 minutes.

Regardez parfois dans ma direction, parce que je vous ferai signe quand il vous restera environ une minute. Merci.

Allez-y.

**M. Scott Lear:** Merci encore une fois de m'avoir invité à venir témoigner devant le comité. Le sujet m'emballe beaucoup.

Comme nous savons tous, la cybersanté et la télésanté ont suscité beaucoup d'enthousiasme. On a vu en elles des moyens de combler des lacunes dans les soins de santé et de remédier aux inégalités qui, dans la prestation de ces soins, sont imputables à la géographie. Leurs possibilités ont été reconnues par les décideurs de tout le pays. Cela explique aussi la prolifération des bureaux provinciaux de

cybersanté, la nomination de gestionnaires de la télésanté dans beaucoup de régions sanitaires et la création d'Inforoute Santé du Canada.

Toutefois, je dirais que cet enthousiasme s'est traduit par très peu d'avantages concrets. C'est en partie faute de renseignements suffisants pour permettre aux décideurs et aux stratèges de distinguer les programmes utiles de ceux qui ne le sont pas. De plus, jusqu'à maintenant, la plupart des initiatives ont plutôt servi au volet administratif, comme le dossier de santé électronique ainsi que le stockage et l'envoi d'images médicales. C'est quand même important, mais ç'a néanmoins détourné l'attention aux dépens de la prestation améliorée de soins directs aux patients.

En Colombie-Britannique, je dirige un réseau de chercheurs sur la santé et de décideurs de l'autorité sanitaire, le BCATPR, pour la recherche et des politiques en matière de télésanté dans la province. Notre but est d'élaborer et d'évaluer des solutions axées sur le patient pour la prestation de services de soins des maladies chroniques.

Au début, notre travail a visé à combler le fossé géographique qui existait entre les services de santé. Nous savons que, si la plupart de nos ressources en santé sont concentrées autour des centres urbains importants, les maladies chroniques et d'autres maladies sont présentes partout au Canada. De fait, on constate que, dans les régions rurales, la prévalence des maladies chroniques est supérieure, en raison des taux plus élevés de tabagisme et d'obésité.

Inversement, l'accès aux services de soins de santé dans ces régions se borne souvent à l'hôpital communautaire local et au médecin de premier recours. On n'y a presque pas accès aux soins ni aux cliniques spécialisés tels que les centres de renseignement à l'intention des diabétiques, les programmes de réadaptation cardiaque et d'autres moyens d'une efficacité éprouvée pour prévenir et combattre les maladies chroniques.

Nous constatons que le taux d'hospitalisation par habitant pour les maladies chroniques dans les régions rurales est en fait beaucoup plus élevé que dans les centres urbains et que la différence pourrait être due à l'absence de soins spécialisés. Au fond donc, si le soin d'un patient devient trop complexe pour le médecin de famille, on confie le dossier à l'hôpital local, puisqu'on est dans l'impossibilité de diriger le patient vers un spécialiste ou une clinique spécialisée.

Jusqu'ici, nos projets ont consisté à utiliser l'Internet pour réduire ces écarts dans les soins, puisqu'il présente l'avantage d'utiliser l'infrastructure existante, telle que les ordinateurs personnels, son utilisation, répandue, s'accroît et il facilite l'évolutivité des modèles de soins.

Voici un exemple de cette utilité de l'Internet. En 2006, notre équipe a mené une enquête chez près de 300 patients cardiaques hospitalisés entre l'hôpital St. Paul de Vancouver et l'hôpital régional de Prince George de l'époque. Les deux tiers avaient accès à l'Internet à la maison, et environ 80 p. 100 d'entre eux possédaient une connexion à haute vitesse. À la maison, 70 p. 100 ont dit se servir de l'Internet pour s'informer sur la santé. C'était le troisième emploi de l'Internet, après la navigation sans but précis et les courriels. Nous savons que l'accès à l'Internet diminue avec l'éloignement des centres urbains. Nous avons constaté que la moitié de nos patients ruraux avait accès à l'Internet à la maison, contre plus de 70 p. 100 de nos patients citadins.

Vers la même époque, dans un certain nombre d'entrevues avec des décideurs, des professionnels de la santé, des médecins et des patients, tous ont mentionné que l'Internet était extrêmement prometteur pour la coordination des soins et aussi pour la communication de renseignements sur la santé et les soins entre les principaux acteurs, y compris le patient.

Nous avons par la suite élaboré et éprouvé ce que nous appelons un programme virtuel de réhabilitation cardiaque. Les programmes de réhabilitation cardiaque se sont révélés efficaces pour la prévention chez les patients cardiaques, mais seulement de 15 à 25 p. 100 des patients admissibles y participaient effectivement, le principal obstacle à leur participation étant le transport et l'accès géographique. Notre programme virtuel consiste en un site Web qui simule le programme ordinaire de réhabilitation cardiaque d'un hôpital et qui permet aux patients de rejoindre à Vancouver notre personnel de réhabilitation.

● (1535)

L'une des innovations consiste à donner aux patients un moniteur enregistreur de fréquence cardiaque qu'ils peuvent porter pendant leurs exercices. De retour à la maison, ils peuvent télécharger l'enregistrement vers le serveur Web pour que le personnel soignant de Vancouver puisse vérifier la fréquence cardiaque pendant les exercices et réagir au besoin.

Après 12 semaines, les patients ont pu accroître leur activité physique et améliorer leur forme ainsi que réduire leur taux de cholestérol au point où leurs résultats se comparaient à ceux qu'on constate dans les programmes hospitaliers ordinaires. L'un des patients interrogés a dit:

Je ne dirai jamais assez à quel point cela m'a aidé à changer certaines de mes habitudes. J'aurais pu aussi aller à Vancouver régulièrement ou rapporter à la maison une liste d'exercices et d'instructions, ce que j'ai déjà essayé et rapidement abandonné.

Ce patient vivait à environ deux heures de route de Vancouver.

Depuis, nous sommes passés à des modèles facilement adaptables à d'autres maladies chroniques que les cardiopathies, notamment le diabète, les maladies du rein et celles du poumon. Dans ce programme, les patients s'enregistrent sur notre site Web, que nous appelons MyHealthConnect, et répondent à des questions sur leurs symptômes et sur ce qu'ils ressentent. Si leurs réponses montrent une aggravation des symptômes, un avertissement peut être envoyé.

C'est ainsi que l'avertissement est envoyé par courriel à l'infirmière qui appelle ensuite le patient. Le plus souvent, nous constatons que l'infirmière conseille le patient pour l'appuyer dans son autogestion et son comportement. De même, si elle le juge à propos, elle adressera le patient au médecin de famille pour des soins médicaux supplémentaires. Il est également possible pour le patient de s'entretenir avec un diététicien ou un spécialiste des exercices.

L'avantage de ce modèle est d'agir comme système d'alerte pour adresser le patient à un fournisseur de soins appropriés et prévenir, en aval, les hospitalisations et les complications. En outre, le patient profite des conseils de l'infirmière et, en conséquence, le nombre d'avertissements qu'il déclenche devrait diminuer. Le patient stable ne déclenche en fait aucun avertissement, ce qui permet des économies de temps à l'infirmière.

Ce programme comprend aussi un plan d'action que le patient coordonne avec l'infirmière affectée au programme et le médecin de famille. Nous étudions actuellement l'implantation de ce programme partout en Colombie-Britannique, dans les petits centres urbains et les régions rurales, et, maintenant, plus de 70 médecins de famille et certains de leurs patients y participent.

L'un des principaux aspects, que je tiens à souligner, de notre travail et de notre R-D sur l'implantation en aval est l'inclusion des parties prenantes ou des utilisateurs finaux dans notre plan. Notre équipe collabore constamment avec des décideurs, des stratèges, des professionnels de la santé et des patients pour aider à orienter nos programmes. Par exemple, lorsque nous avons conçu le programme MyHealthConnect, nous avons pu compter sur un comité consultatif constitué de spécialistes et de médecins de famille, de professionnels de la santé, d'infirmières, de psychologues et de patients. Cela a maximisé l'adaptation de notre programme et son harmonisation avec les pratiques actuelles de soins primaires et permis de répondre aux besoins des patients.

La prochaine étape est la mise en oeuvre. Déjà, à Whitehorse, un groupe est désireux d'examiner notre programme virtuel de réhabilitation cardiaque pour ne plus devoir envoyer de patients à Vancouver pour des soins ultérieurs ni faire venir des spécialistes de Vancouver pour soigner là-bas les patients.

Pour l'avenir, nous songeons notamment à adapter ces programmes de l'Internet aux téléphones ordinaires ou aux téléphones cellulaires afin d'augmenter l'accès et l'utilisation, de même qu'à élaborer d'autres solutions pour les patients et les fournisseurs de services, par exemple un portail en ligne, qui adresserait les patients aux spécialistes, et des programmes pour appuyer la transition des soins des patients.

Avant de terminer, j'aimerais profiter du temps qui reste pour proposer des recommandations pour certains domaines.

D'abord, Inforoute Santé du Canada, qui a fourni un appui extrêmement précieux, en ce qui concerne les dossiers de santé électroniques, devrait songer à élargir son mandat à l'appui des modèles qui intègrent les soins directs aux patients et au financement d'autres entités que les régions sanitaires, parce que l'innovation peut provenir d'autres secteurs que les autorités de la santé.

Ensuite, il faudrait trouver une façon de promouvoir la collaboration entre les provinces sur les stratégies de télésanté. Nous constatons que l'une des qualités de la télésanté, c'est de pouvoir faire comme si les frontières n'existaient pas, des frontières qui, parfois, peuvent entraver la mise en oeuvre et la réalisation d'excellents programmes.

• (1540)

Enfin, il faudrait encourager la R-D sur la cybersanté et la télésanté par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, pour que les décideurs disposent de l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées pour la prestation des soins de santé. Pour cela, les IRSC pourraient prendre l'initiative de faire appel spécifiquement à des subventionnaires d'une recherche sur des modèles de soins aux patients qui s'appuieraient sur la technologie. Pensons, par exemple, au soutien des soins à domicile, à la prestation de soins à distance et aux applications mobiles. Cela aiderait aussi à fournir aux décideurs les données dont ils ont besoin.

Mon exposé se termine ici. Merci de votre temps et de votre attention.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Lear. Votre exposé sur les soins cardiaques à distance a été très intéressant.

Je tiens à souhaiter la bienvenue à Paul Lepage, président de Santé et solutions de paiement chez TELUS.

Monsieur Lepage, vous êtes accompagné d'une personne dont le nom ne figure pas sur la liste des témoins.

**M. Paul Lepage (président, Santé et solutions de paiement, TELUS):** C'est le cas, en effet.

• (1545)

**La présidente:** De qui s'agit-il?

**M. Paul Lepage:** Il s'agit de Michael Guerriere, notre chef...

**La présidente:** Soyez le bienvenu, Michael Guerriere. Nous sommes très heureux de vous accueillir.

Nous venons d'entendre l'exposé de M. Lear et nous allons entendre notre deuxième témoin, le Dr Price, du département de médecine familiale de l'Université McMaster.

Allez-y, docteur Price.

**Dr David Price (président, Département de médecine familiale, McMaster University, à titre personnel):** Merci beaucoup de l'occasion que vous m'offrez de témoigner devant le comité.

Étant le père de trois adolescentes, le fait de parler 10 minutes sans interruption devant un auditoire poli sera jouissif.

Mon grand-père, qui est né à Montréal, vivait dans une petite ville proche, Chambly. L'une des premières tâches dont il devait s'acquitter, c'était de harnacher les chevaux et de les atteler à la voiture pour amener son père à la gare. Comme il détestait énormément les chevaux, il a été l'un des premiers à adopter la voiture quand elle a fait son apparition. Ces premiers automobilistes ont transformé les habitudes de transport. Nous sommes actuellement au même point, dans le développement des dossiers de santé électroniques et des cybertechnologies.

D'après les CDC des États-Unis, les Centres de prévention et de lutte contre les maladies, l'année dernière, de 50 à 55 p. 100 des médecins américains utilisaient désormais des dossiers de santé électroniques. Au Canada, l'Association médicale canadienne estime qu'environ 39 p. 100 de nos médecins font de même.

Il me semble évident que, à la faveur de l'arrivée, dans la profession, de 2 000 médecins par année, nous avons franchi le point de bascule. Ces nouveaux diplômés ne vont pas commencer à utiliser des graphiques tracés sur papier ni revenir en arrière. Ils s'engagent résolument dans l'avenir. Je pense que, d'ici trois à cinq ans, nous assisterons à l'adoption massive des technologies électroniques de la santé au Canada. C'est l'un des principaux messages qu'il faut retenir

ici; c'est en train de se passer, et c'est le constat qu'il faut poser pour leur adoption.

Il faut cependant dire, entre autres choses, que nous n'avons pas beaucoup avancé vers une utilisation à valeur ajoutée. Si mon grand-père n'avait utilisé l'automobile que pour transporter son père vers la gare et pour aller l'y chercher, ce n'aurait pas été une utilisation originale. Si nous utilisons simplement les dossiers de santé électroniques pour remplacer les graphiques tracés sur papier, nous n'avancions pas vraiment. Nous améliorons peut-être un peu notre efficacité, mais nous ne profitons pas pleinement de tout le potentiel de la technique. C'est vraiment là où nous sommes maintenant rendus, c'est-à-dire trouver une utilisation à valeur ajoutée. C'est ce dont je voudrais parler un peu: ce que nous essayons d'accomplir.

L'Université McMaster a probablement une belle réputation d'innovatrice. Nous avons créé le dossier de santé électronique appelé OSCAR, il y a une douzaine d'années. OSCAR est maintenant l'un des dossiers électroniques les plus utilisés au pays. Environ 2 000 médecins de famille l'emploient, d'un bout à l'autre du pays, et environ 3 millions de Canadiens sont inscrits dans un dossier OSCAR et reçoivent des soins par son entremise. Cependant, il s'agit d'un dossier de santé électronique qui ne satisfait pas à tous les besoins de notre public canadien. Nous avons vraiment besoin d'outils intégrés au dossier de santé électronique qui facilitent et favorisent les soins. Avec la collaboration de nos collègues, OSCAR a connu un développement national. On l'utilise maintenant à McGill, au département de médecine familiale. On l'utilise aussi aux Universités Queen's, McMaster et à l'Université de la Colombie-Britannique.

Le produit approche maintenant le stade de la maturité, au point où nous commençons à voir apparaître de plus en plus d'applications et d'extensions. Par exemple, de plus en plus de patients souffrant de maladie chronique des reins, au Canada, ont besoin de dialyse rénale. La dialyse rénale, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale sont considérées comme des traitements très agressifs et extrêmement coûteux. Nous savons que nous pouvons empêcher un nombre très élevé de patients de voir leur situation se détériorer au point de nécessiter la dialyse. La difficulté est de les reconnaître rapidement.

En partenariat avec la Fondation canadienne du rein et le Réseau rénal de l'Ontario, nous avons notamment commencé à mettre au point ce que nous pourrions appeler une application du dossier électronique de santé qui permet de reconnaître rapidement ces patients. Toute augmentation de la pression sanguine, l'origine ethnique du patient, le fait qu'il est Autochtone ou qu'il vient du sud de l'Asie ou tout début de détérioration de la fonction rénale ou du débit de filtration glomérulaire envoient un signal au clinicien pour l'informer qu'il s'agit d'un patient à mieux surveiller.

• (1550)

Par conséquent, nous commençons à constater l'évolution de la façon dont nous gérons le tout. Soyons francs: le document papier entraîne plusieurs problèmes. Si une mention figure à la fin du document, le clinicien n'aura aucun indice lui disant qu'il faut faire davantage attention à ce patient et peut-être intervenir sans tarder pour freiner la progression de la maladie.

Ce produit fait l'objet d'essais. Il est prêt à être utilisé. Je voudrais notamment vous signaler aujourd'hui qu'il s'agit d'une solution de sources ouvertes. Même si le tout est intégré à notre dossier de santé électronique, on pourra le verser également à tout autre dossier de santé électronique au Canada. Il sera donc possible de l'intégrer, et nous ne demandons rien en retour. Peu nous importe que nous devions assumer un coût.

Voici un autre exemple: la base de données BORN (Better Outcomes Registry and Network), pour la période périnatale. Lorsqu'une femme reçoit des soins prénataux d'un obstétricien, d'un médecin de famille ou d'une sage-femme, les données demeurent dans le dossier du professionnel de la santé et ne sont pas nécessairement communiquées aux autres intervenants. De concert avec l'Ontario et les responsables du programme de soins génésiques de la Colombie-Britannique — je m'excuse, mais on a changé l'appellation, et c'est dans mes notes d'allocution —, on vise les femmes recevant des soins prénataux et on verse les renseignements les concernant dans un registre, de sorte que, peu importe l'hôpital où elles se présenteront et peu importe le spécialiste qu'elles consulteront, on aura immédiatement accès à ces données. Les soins s'amélioreront, et on ne procédera pas deux fois au même examen.

Nous avons également collaboré avec les responsables de la base de données BORN pour verser des indices dans les dossiers à l'intention des cliniciens. Lorsqu'une patiente me consulte, il y a déjà un indice dans le dossier qui me dit qu'elle est enceinte de 34 semaines, qu'elle n'a pas subi tel examen et que sa grossesse est à risque en raison de son âge ou de son poids maternel. J'apprends également qu'il aurait fallu ou qu'il faudrait peut-être effectuer une analyse de glycémie. Essentiellement, toute la dynamique des soins périnataux est chamboulée parce que ces indices nous aident à déterminer les soins qu'il faudrait donner à ces patientes.

Nous avons également élaboré le programme MyDrugRef. En peu de mots, il s'agit d'un site de réseautage social, dont l'objectif consiste à améliorer la prestation des soins afin de cesser de mettre l'accent sur les interactions entre médicaments au profit des pratiques exemplaires. Comme médecin de famille travaillant seul, je ne peux pas nécessairement consulter d'autres spécialistes et intervenants. Je me retrouve donc avec une gamme de renseignements à portée de la main. Nous estimons que cela fera changer la façon dont nous produisons des soins au cours des prochaines années.

Nous avons également participé à l'élaboration d'un dossier de santé personnel. Pour l'instant, il porte le nom de MyOSCAR. En fait, ce dossier de santé personnel pourra être consulté par divers intervenants. Je voudrais établir une distinction entre un portail et un dossier de santé personnel. Un portail est une fenêtre dans le dossier de santé électronique du médecin. Nous cherchons à élaborer un dossier de santé personnel qui appartient au patient et qui comporte plusieurs aspects.

Nous offrons au patient la possibilité de prendre rendez-vous grâce à Internet. C'est ce que j'ai fait pour acheter mon billet d'avion pour me rendre ici aujourd'hui. Pourquoi ne serait-il pas possible de prendre rendez-vous avec son médecin grâce à Internet? Pourquoi faudrait-il attendre? Nous offrons maintenant ce service, et les patients peuvent ainsi prendre facilement rendez-vous.

Le médecin et son patient ont également accès à une messagerie protégée. Les patients peuvent m'envoyer un message par Internet. De cette façon je peux communiquer avec eux. Il ne s'agit pas d'utiliser le courriel, mais une messagerie protégée. Le patient peut

communiquer avec une infirmière, une diététicienne, un travailleur social ou tout autre intervenant pertinent.

Il y a également le transfert de documents. Lorsque je consulte le dossier de mes patients en ligne, je reçois les résultats des examens de laboratoire, qu'il s'agisse du taux de cholestérol ou de sucre, notamment. J'obtiens les résultats électroniquement. Ceux-ci sont versés dans le dossier de santé électronique, mais sont également transmis au patient qui peut les consulter en ligne. Je peux également y ajouter mes commentaires et lui dire: « Bravo! continuez! » ou encore « Vous feriez mieux de venir me voir. Nous devons parler de votre programme d'exercices. »

● (1555)

On commence ainsi à mettre à contribution le patient par rapport aux soins qu'il reçoit, ce qui aurait probablement dû toujours être le cas. Grâce à Santé Canada ou à l'Agence fédérale de développement économique pour le Sud de l'Ontario, nous avons collaboré avec l'Université York et NexJ pour élaborer une série d'applications mobiles afin que le patient puisse prendre en main sa santé et savoir les soins qu'il doit se prodiguer.

Je voudrais maintenant aborder la télémédecine...

**La présidente:** Vous n'avez presque plus de temps. Je vous prierais donc de conclure, parce que nous devons passer à la période des questions.

**Dr David Price:** Certainement.

Nous devons certainement envisager la télémédecine. Les patients ayant davantage accès à leur dossier de santé personnel, la télémédecine permettra l'échange de renseignements.

J'ai terminé. Merci infiniment.

**La présidente:** Merci beaucoup. Vos observations ont été très éclairantes. Nous vous remercions de vous être déplacé pour venir éclairer notre lanterne.

Nous entendrons maintenant Paul Lepage, président de Santé et solutions de paiement.

Lirez-vous une déclaration préliminaire?

**M. Paul Lepage:** Oui.

**La présidente:** Très bien. Nous vous écoutons.

**M. Paul Lepage:** Je vous remercie de m'avoir invité.

De l'avis de TELUS, la technologie sera la pierre angulaire de la transformation des soins de santé. Nous estimons qu'il faut mettre à contribution tous les intervenants du domaine de la santé: médecins, autres professionnels de la santé et patients.

À titre d'entreprise, nous avons une responsabilité. Nous devons aider les professionnels de la santé. Nous insistons beaucoup sur les outils et les moyens que nous pouvons offrir. Nous nous demandons sans cesse s'il est opportun de mettre l'accent sur le mieux-être plutôt que sur la maladie.

Au Canada, les soins de santé sont un service. Il s'agit d'une industrie de service qui devrait utiliser la technologie comme le font les banques, les transporteurs aériens et les sociétés d'assurance pour que leurs clients profitent de ses avantages. Nous cherchons surtout à trouver des solutions pour structurer les renseignements, mettre en réseau les différents professionnels de la santé, garantir la sécurité de l'échange d'information et offrir des données plus pertinentes.

Pour mettre en réseau les professionnels de la santé, il a fallu surmonter un problème car c'est un domaine où l'on travaille énormément en vase clos. Nous devons relier tous les professionnels de la santé qui prodiguent des soins. Pour que les renseignements soient échangés de façon sécuritaire, il faut l'intervention d'une grande entreprise de télécommunication. Notre réseau large bande et celui sans fil permet l'échange massive d'information. Il faut cependant organiser cette information. Il faut élaborer des applications qui permettront aux professionnels de la santé d'utiliser les renseignements qui leur sont fournis. Enfin, pour que l'information soit plus pertinente, il faut qu'elle soit accessible aux professionnels de la santé et aux patients de manière à ce qu'ils puissent prendre les mesures qui s'imposent.

Nous avons les solutions pour assurer le continuum de soins. TELUS ne ménage aucun effort face à la plupart de ces défis, qu'il s'agisse de fournir des dossiers de santé électroniques ou des systèmes de renseignements cliniques dans les hôpitaux. Par exemple, nous mettons quelque 34 000 cliniciens à contribution dans notre recherche de solutions. Environ 3 500 médecins utilisent nos DSE.

D'autre part, il y a également les soins à domicile et l'autogestion de la santé. Après ma déclaration, je voudrais vous montrer une vidéo. Vous y verrez comment les Canadiens utilisent certaines de nos solutions. Nous mettons notamment l'accent sur la télésurveillance des patients. C'est à mi-chemin entre les soins primaires et l'autogestion de la santé...

● (1600)

**La présidente:** Je m'excuse, monsieur Lepage. Je dois vous interrompre brièvement. Je crois que la vidéo ne pourra être projetée parce qu'elle n'est qu'en anglais. Vous n'avez pas de version française.

Qu'en pensent mes collègues? Peut-on regarder uniquement la version anglaise? Il n'y a pas de version française. Je viens à peine de m'en rendre compte. Qu'en pensez-vous?

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPJ):** Il n'y a que la version anglaise?

**La présidente:** Oui.

**Mme Libby Davies:** Nous n'autorisons pas ce genre de dérogation habituellement. C'est une règle très stricte.

**La présidente:** Nous devons avoir le consentement unanime pour autoriser cette dérogation, et une députée s'y oppose. Par conséquent, je suis désolée, monsieur Lepage. Veuillez poursuivre.

**M. Paul Lepage:** Nous avons notamment beaucoup mis l'accent sur la télésurveillance des patients. Vous trouverez dans la documentation que nous vous avons remise une étude des HEC, l'École des Hautes Études Commerciales, qui porte sur les avantages de la TSP et du recours aux cybersolutions.

La vidéo vous aurait montré un patient se servant d'un terminal chez lui. Ce patient est sorti de l'hôpital. Il a reçu un plan d'intervention qu'on lui demande de suivre. Nous avons fait une étude qui a porté sur les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique. Selon l'étude des HEC, en offrant des terminaux et des plans d'intervention, nous réduisons le nombre d'admissions à l'urgence de 34 p. 100 et les coûts des hospitalisations de 66 p. 100. Vous pouvez consulter cette étude. Je crois qu'elle a été rédigée dans les deux langues officielles. C'est un exemple pertinent qui montre comment vous pouvez mettre le patient à contribution dans les soins qu'il reçoit et faire diminuer les coûts.

Dans la vidéo, nous pouvons observer également deux patients qui utilisent un dossier de santé personnelle.

Nous menons également un projet de concert avec l'Institut de recherche en santé Lawson dans le domaine de la santé mentale. Nous avons commencé par 200 patients qui souffrent d'une maladie mentale. Dans la plupart des cas, il s'agit de la schizophrénie. Nous avons remis à chacun un dossier de santé personnelle qui est configuré de telle sorte que le professionnel de la santé et le patient y ont accès. Le patient entre les symptômes qu'il a ressentis au cours de la journée et communique avec le médecin. On a remarqué que, souvent, les médecins ont signalé que cela facilite le traitement. Toutefois, parce que le patient peut entrer ses symptômes dans son dossier, nous constatons après deux ou trois semaines qu'on en sait davantage sur l'humeur du patient et ses problèmes qu'on n'en obtenait en six mois auparavant. Voilà un autre exemple de l'utilité du dossier de santé personnelle.

Voici un autre exemple qu'aurait montré la vidéo. Nous avons conclu un partenariat avec le Réseau universitaire de santé pour élaborer l'application « bant » que nous avons intégrée au dossier de santé personnelle. L'essai a porté sur de jeunes adolescents souffrant de diabète type 1. Nous avons constaté qu'en leur fournissant un dossier de santé personnelle, nous avons augmenté la fréquence des lectures qu'ils font quotidiennement, c'est-à-dire le nombre de fois qu'ils vérifient leur glycémie, et ce d'environ 100 p. 100, et leur niveau d'A1C a diminué au fil du temps. Vous pouvez également consulter cette étude.

Nous mettons beaucoup l'accent sur la collaboration. Lorsque nous examinons le système de soins de santé, nous nous rendons compte que l'un des principaux éléments est la façon dont les différents intervenants communiquent et échangent les renseignements. Nous nous demandons comment accroître la collaboration entre ces différents intervenants.

Nous avons fourni les dossiers de santé personnelle et le portail des patients. Dans le dernier cas, le patient peut se rendre dans différentes pharmacies et apposer sa signature dans un portail pour obtenir le renouvellement d'une ordonnance, exercer une surveillance des médicaments qu'il prend et mettre en place des rappels pour la prise de ceux-ci. On a mis le tout en branle dans deux petites chaînes de pharmacies régionales au Québec, et nous sommes rendus à des centaines de milliers de personnes qui ont accès à cet outil. Nous avons permis le renouvellement de 1,3 million d'ordonnances, et ce avec seulement deux chaînes de pharmacies.

● (1605)

L'un des messages que je voudrais lancer au comité, c'est que non seulement nous avons mis en réseau les différents intervenants dans le système de santé, mais nous avons également permis aux patients de jouer un rôle plus actif. Les fois que nous leur avons offert des solutions permettant de jouer un rôle plus actif, les patients se sont montrés enthousiastes, parce qu'ils prennent les choses en main dans tous les autres aspects de leur vie.

**La présidente:** Monsieur Lepage, avez-vous terminé votre déclaration?

**M. Paul Lepage:** Oui.

**La présidente:** Merci beaucoup, c'était extrêmement intéressant.

Il semble y avoir un fil conducteur dans toutes les déclarations d'aujourd'hui. C'est vraiment très intéressant.

Nous allons poursuivre la séance sur l'innovation technologique en donnant la parole à Mme Davies.

Vous disposez de sept minutes.

**Mme Libby Davies:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie également nos témoins qui sont présents parmi nous ainsi que M. Lear, qui a comparu par vidéoconférence, loin de chez lui.

Je dois dire que nous en apprenons beaucoup sur les nouvelles percées dans ce domaine. C'est fascinant, mais je me rends compte que c'est de plus en plus frustrant. On nous raconte des choses inouïes et, dans l'ensemble du pays, divers projets innovants sont mis en oeuvre. Je me demande de plus en plus si l'on poursuit un objectif national dans tout ce que nous entreprenons à ce chapitre. La Loi canadienne sur la santé expose cinq principes, dont l'universalité. J'espère que nous tiendrons compte de l'universalité dans notre étude. Comment nous y prendrons-nous pour porter à l'échelle nationale ce qui semble être prometteur? C'est, à mon avis, la cause de la frustration. C'est un problème.

Je vous raconte une expérience toute simple que j'ai vécue ici à Ottawa. J'ai dû me rendre dans une salle d'urgence, celle de l'avenue Carling. Le médecin m'a dit: « Voici mon adresse de courriel. Si vous avez d'autres questions, écrivez-moi. » J'étais estomaquée. C'est la première fois qu'un professionnel de la santé me disait cela. Et j'ai envoyé un message au médecin. Il m'a répondu en moins de 20 minutes. Je ne suis pas retournée le consulter. Ce fut tellement simple. Nous avons tous un courriel, mais c'était la première fois qu'on me demandait de m'en servir au sein du système de santé. C'est ce qui m'a estomaquée.

Monsieur Lear, après avoir entendu vos propos sur l'alliance en Colombie-Britannique, je crois que j'ai une question à poser à vous et au Dr Price. Comment pouvons-nous réagir à une telle situation sur le plan national? Comment pouvons-nous nous inspirer de votre modèle pour nous en servir après modification? Ce n'est pas nécessairement une solution universelle. Nous voulons que l'innovation se fasse au niveau local. C'est là que se trouve la créativité. Comment pouvons-nous assurer que cela sera offert à l'ensemble du pays?

Je voudrais savoir si, en Colombie-Britannique, vous avez eu recours au ministère de la Santé ou si vous avez dû consulter chaque régie de la santé pour la convaincre d'adopter les différents projets dont vous avez parlé. C'est là que réside le problème, me semble-t-il. Comment allons-nous appliquer tout cela à l'ensemble du pays pour que tous puissent en profiter?

Je sais que ce n'est pas une question facile. Qu'il s'agisse du secteur privé... C'est principalement le secteur public qui m'intéresse, mais si vous souhaitez répondre à cette question, je vous en serais très reconnaissante.

•(1610)

**La présidente:** Monsieur Lear.

**M. Scott Lear:** C'est une excellente question. J'ai personnellement fait face à un certains des obstacles que vous avez mentionnés.

Je suis dans le domaine de la recherche, alors la plupart des projets auxquels je travaille ont été financés par les IRSC, et d'autres par la Fondation Michael Smith, la fondation de recherche en santé de la C.-B.

Les IRSC ont favorisé le processus en exigeant que les décideurs participent aux demandes que les chercheurs présentent. Alors, nous

présentons des demandes comme chercheurs, et les décideurs doivent aussi avoir leur mot à dire.

Mes travaux sont, en quelque sorte, partis de zéro. Oui, j'ai dû, au fond, faire des courbettes devant les responsables de diverses autorités sanitaires. Ce sont eux qui offrent les soins de santé. J'ai surtout fait du bouche à oreille, pour faire bouler de neige. Ce n'est probablement pas le type de réponse précise que nous voulons pour quelque chose de ce type, mais lorsqu'une autorité sanitaire est mise à contribution et que nous avons des relations avec d'autres organismes semblables, c'est comme cela que les projets s'étendent vers l'extérieur.

C'est la même chose lorsque nous recrutons ou embauchons des médecins de famille. Une fois que nous en avons un certain nombre, les autres emboîtent le pas. C'est ce que M. Price a mentionné concernant les personnes qui sont les premières à adopter une technologie, ceux qui attendent un peu, etc.

Nous avons passé beaucoup de temps à l'échelle locale à parler en tête-à-tête avec des particuliers [*Note de la rédaction: difficultés techniques*]... courriels et c'est ainsi que cela a fonctionné. Le projet a commencé à prendre de l'élan à partir de ce moment-là.

**Mme Libby Davies:** Ce qui me fascine, c'est que vous y allez presque au hasard pour décider à qui vous pouvez parler. Ce n'est pas systématique, et je pense que c'est là où nous devons en venir. De façon systématique, comment pouvons-nous améliorer le système? Que pouvons-nous faire à l'échelle nationale?

Peut-être aimeriez-vous répondre à cette question, monsieur Price? Dans le contexte de vos travaux, que pourrions-nous faire, précisément, qui vous aiderait à offrir cette technologie à une collectivité beaucoup plus vaste de Canadiens et de fournisseurs de soins de santé?

**Dr David Price:** Je suis tout à fait d'accord avec vous qu'il n'y a pas de solution miracle. Je suis porté à penser que nous sommes frustrés parce que nous n'avons peut-être pas le type de normes ou d'exigences réglementaires qui nous permettraient de nous parler les uns et les autres.

Je pense que l'un des rôles qu'Inforoute Santé du Canada et probablement le gouvernement fédéral jouent à l'échelle nationale est celui de fixer des normes qui requièrent une interopérabilité, des conversations ou des communications entre les systèmes pour faire en sorte que si un organisme met au point une application très chouette qui rehausse les soins, il est capable de parler à d'autres organismes. Que ce soit une question de propriété, une question institutionnelle ou une question organisationnelle importe peu du moment que ces normes sont généralisées.

Nous avons du mal à choisir des gagnants, que ce soit en tant que particuliers ou gouvernement. Il est très difficile de dire quelles sont les trois ou les 23 solutions qui seront efficaces. Ce que nous pouvons faire c'est dire qu'elles doivent toutes être assorties de certaines exigences en matière de sécurité, de protection de la vie privée, de normalisation de données et aussi de normalisation de notre façon de communiquer.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Carrie.

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

Je tiens à remercier les témoins. Je trouve nos séances très stimulantes parce que, comme vous le disiez, il semble que nous soyons tout juste sur le point de faire implanter tous ces systèmes.

Monsieur Price, nous avons déjà entendu des témoins d'Inforoute Santé du Canada. Une des choses qu'ils nous ont dites est qu'ils ont des normes et des exigences d'interopérabilité entre les provinces. Je pense, par contre, qu'il existe beaucoup de bons produits, en particulier le système OSCAR dont vous avez parlé et vos travaux sur le terrain. Que nous le fassions à l'échelle nationale a bien du bon sens.

C'est frustrant entre autres parce que je sais que le gouvernement investit dans beaucoup de ces projets. Je crois que vous avez vous-mêmes reçu du financement des IRSC et d'Inforoute par le passé, n'est-ce pas? Ici, nous avons des personnes comme vous et vos collègues sur le terrain, et vous faites un travail remarquable, mais soudainement, vous avez du mal à faire implanter la technologie. Comme je l'ai mentionné, nous avons entendu des témoins, et il semble que l'Ontario et le Québec aient beaucoup de mal à faire implanter ces choses, alors qu'à l'Î.-P.É. et en Alberta, ils ont déjà mis en place des dossiers médicaux électroniques à la grandeur de la province.

Quels ont été les obstacles à la mise en place de cette technologie?

Étiez-vous en pourparlers avec les gouvernements provinciaux lorsque vous vous prépariez à implanter cette technologie?

• (1615)

**Dr David Price:** Pour répondre à la dernière question, oui, nous avons été en pourparlers. Je pense que l'une des choses que l'Ontario a commencé à bien faire a été de mettre en place des tests de conformité et à dire que tous nos dossiers de santé électroniques doivent contenir certains éléments pour que nous soyons certifiés et admissibles. Selon moi, cela a fait une différence de taille.

Inforoute Santé du Canada a obtenu la certification ISO et affirmé qu'il nous fallait avoir un système de qualité du début à la fin. Que ce soit de l'élaboration du logiciel à sa mise en oeuvre, elle doit être dans un format de qualité normalisé. Je pense que ce type d'initiative commence vraiment à supprimer les obstacles.

Ce qu'il y a de frustrant, c'est quand une province ou un organisme dit qu'il n'appuiera pas une technologie en particulier, car il veut ériger un obstacle. C'est ce qu'il faut éliminer pour normaliser le système. Cela signifie qu'un hôpital recommandera une technologie et une technologie en recommandera une autre, car ils savent que la norme existe, que les données sont protégées, que des mesures de sécurité et de protection de la vie privée existent, etc., et c'est réconfortant.

**La présidente:** Monsieur, je pense que M. Lepage voulait aussi faire un commentaire.

**M. Paul Lepage:** J'estime que si l'on veut faire quelque chose, deux secteurs s'imposent, et j'ai des commentaires à formuler concernant la notion de norme.

Selon moi, nous devons continuer à nous attacher à la réforme des soins de base au Canada. Nous en sommes à une pénétration de 40 p. 100, ou 39 p. 100 selon les chiffres, de DME parmi les cliniciens qui les utilisent. Bien des pays se situent à 90 p. 100 ou presque, alors nous avons un écart énorme à combler pour ce qui est de transmettre des renseignements par voie électronique et de veiller à ce qu'ils puissent être consultés.

Je pense à la réforme des soins de santé de base... Notre détermination à faire en sorte que les médecins utilisent les DME servira de moteur aux autres programmes que nous essayons de mettre en place au plan de la gestion des maladies chroniques, de la gestion des médicaments, etc.

Mon second commentaire est que les Canadiens ont passé la majeure partie des années 2000 à 2010 à se concentrer sur les normes. De mon point de vue, nous devons nous concentrer sur les objectifs que nous voulons atteindre en matière de santé. Ne misons pas sur l'atteinte d'une certaine norme; misons plutôt sur certaines utilisations efficaces. Alors misons sur les résultats. Laissons au marché le soin de définir, honnêtement, la notion de norme. Nous avons passé tellement de temps, presque une décennie, à nous concentrer sur un plan détaillé et des normes, et nous n'avons pas avancé.

L'une des choses que nous devons faire... Je dirais que le dernier financement versé par Inforoute était plutôt destiné à réaliser des projets et des innovations et à trouver des solutions pour le marché. Par exemple, notre projet Lawson avec l'Institut de recherche en santé Lawson a été partiellement financé par Inforoute Santé du Canada, mais il ne l'a pas été pour répondre à une certaine norme; il l'a été pour donner un certain résultat.

De notre point de vue, nous devons réaffecter notre financement vers les résultats plutôt que les normes. Les États-Unis font actuellement du très bon travail à cet égard.

• (1620)

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup pour ce commentaire. Il me paraît très sensé.

Je voulais aussi m'adresser à M. Lear.

Vous avez probablement entendu parler d'un médecin en Californie, ou peut-être pas. Je crois qu'il s'appelle Eric Topol. Il travaille beaucoup dans le domaine des maladies cardiaques, de l'autonomie en matière de santé, et des applications et téléphones portables.

Nous avons devant nous des témoins qui nous parlent des choses merveilleuses que l'on pourrait faire avec ces applications, et du travail que vous faites pour les collectivités éloignées, des choses dans cette veine.

Nous voyons qu'il y a des applications qui pourraient être utilisées avec les diabétiques pour leur permettre de placer une sonde sur leur peau et de lire leur taux de glycémie. Nous voyons où il est possible de faire un ECG qui était à 12 dérivations lorsque j'étais aux études; maintenant, il suffit de deux doigts et c'est fait. Vous pouvez faire ces choses à bon marché avec une application de 199 \$ dans les collectivités éloignées, alors la technologie existe.

Je voulais vous poser la même question. Je sais que vous avez reçu du financement fédéral, des subventions des IRSC, des choses du genre, mais qu'en pensez-vous? Maintenant que vous avez le modèle, avez-vous des problèmes avec le gouvernement de la Colombie-Britannique? Est-il disposé à vous appuyer et à financer ces choses dans le cadre de vos initiatives?

Il semble que le gouvernement fédéral peut assumer la responsabilité côté recherche, mais pour que ce projet soit vraiment mis en oeuvre, nous devons avoir l'appui des provinces, et il semble y avoir un réel blocage à cet égard. Quels sont, selon vous, les obstacles?

**M. Scott Lear:** Je conviens qu'il y a un écart et parfois même une rupture entre le financement fédéral de la recherche et la mise en oeuvre. Au bout du compte, nous sommes tous ici. Tous les chercheurs veulent changer les choses et voir leurs projets avancer et fonctionner.

J'ai mentionné plus tôt certaines des façons par lesquelles les IRSC ont tenté de le faire en faisant participer les décideurs des autorités sanitaires aux demandes. C'est une étape. Cela dit, quand j'approche ces personnes, leur première question concerne la quantité de travail nécessaire, car les décideurs des autorités sanitaires ont déjà des emplois à temps plein. Lorsque je frappe à leur porte, la plupart de ceux qui participent y croient et en font la promotion, mais cela ne fait pas nécessairement partie de la vision de l'autorité sanitaire. La recherche ne fait partie ni de la vision ni de la description de poste de cette personne. Il y a des choses qui pourraient être faites pour rehausser le projet ou fournir aux autorités sanitaires de meilleurs incitatifs pour qu'elles y adhèrent.

**La présidente:** Je suis désolée, monsieur Lear, mais votre temps est écoulé. Je dois maintenant passer à la prochaine question.

Vous allez devoir regarder lorsque j'essaie de vous faire signe, et je sais que c'est difficile à faire par vidéoconférence.

Passons à la prochaine personne.

Monsieur MacAuley.

**L'hon. Lawrence MacAulay (Cardigan, Lib.):** Merci beaucoup. Comme je suis nouveau, ces sujets m'intéressent beaucoup.

Monsieur Lear, vous disiez que les maladies chroniques sont beaucoup plus courantes en région rurale. Est-ce en raison de l'accès Internet? De plus, vous nous disiez que vous pouviez mesurer le rythme cardiaque, prendre un échantillon de sang et, à toutes fins utiles, déterminer l'état d'un patient qui se trouve en milieu rural. C'est bien cela?

**M. Scott Lear:** J'aimerais simplement apporter deux ou trois précisions. Pour mesurer le rythme cardiaque, on utilise un moniteur de fréquence cardiaque standard que l'on sangle sur la poitrine des patients. Il peut enregistrer leur rythme cardiaque lorsqu'ils font de l'exercice. Lorsqu'ils arrivent à la maison, ils peuvent brancher le moniteur à leur ordinateur et envoyer l'information à notre site Web pour qu'une infirmière spécialisée en conditionnement physique puisse voir le rythme cardiaque et obtenir de l'information, par exemple voir si le patient fait un bon échauffement, car un échauffement insuffisant peut provoquer des douleurs à la poitrine, ou si son rythme cardiaque se situe dans la fréquence cardiaque cible.

Il est possible de mesurer, par exemple, le niveau de cholestérol. Ces tests peuvent être effectués dans les laboratoires des collectivités où les gens vivent et les résultats peuvent ensuite être envoyés à notre site Web.

Pour ce qui est de l'augmentation des risques, l'accès Internet est faible, mais nous avons remarqué que le tabagisme est plus fréquent dans les petites collectivités et en région rurale. Il y a aussi une plus grande prévalence de l'obésité. Ce sont deux grands facteurs de risque pour les maladies chroniques: les maladies cardiaques, le diabète, les maladies pulmonaires et le cancer.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Monsieur Price, je pense que vous voudriez parler un peu plus longuement de télémédecine et je serais intéressé à entendre ce que vous avez à dire à ce sujet.

Monsieur Lepage, pouvons-nous obtenir votre vidéo? J'aimerais la visionner. Je vais vous laisser ma carte. J'aimerais la voir.

Allez-y.

**Dr David Price:** S'agissant de la télémédecine, le Canada est un très grand pays au plan géographique, et l'une des choses très frustrantes et parfois angoissantes pour un médecin de famille qui travaille dans une petite collectivité rurale est de ne pas avoir rapidement ou immédiatement accès à un spécialiste. La télémédecine a énormément de potentiel. Je crois que vous avez vu cette pratique gagner en popularité au cours des dernières années. Cependant, au fur et à mesure que la technologie s'améliore, nous commençons à voir qu'il ne s'agit que d'une liaison télévisuelle.

Les spécialistes semblent, entre autres, frustrés de ne pas avoir accès à tous les dossiers des patients. Ils finissent par refaire des tests ou prendre des décisions parce qu'ils ne les ont pas tous. Alors, peu importe si l'on utilise un portail pour accéder aux dossiers médicaux électroniques ou si l'on consulte les dossiers de santé personnels. Ce qui compte, c'est la façon dont l'on peut consulter les données relatives aux patients pour permettre aux cliniciens de prendre les bonnes décisions.

• (1625)

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Merci beaucoup.

Juste pour le public, quelles mesures de sécurité prend-on à l'égard des dossiers médicaux électroniques et des dossiers médicaux, et quelle est la différence entre les deux?

**Dr David Price:** Lorsque je parle de normes, je conviens qu'il s'agit de résultats et d'innovations, mais il faut veiller à ce que toute mesure prise soit sécuritaire, qu'elle respecte la réglementation en matière de protection des renseignements personnels, et que les données soient organisées de façon standard. L'un des ennuis que nous avons en ce moment est qu'il n'y a pas de données uniformes. Peu importe la façon dont les données relatives au cholestérol sont entrées, il est très difficile de les comparer. C'est l'une des principales choses dont nous avons besoin. C'est là où, selon moi, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle primordial pour nous aider à comprendre la façon de saisir les données afin qu'elles soient uniformes et que les chercheurs puissent les comparer d'une administration à l'autre.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Et que les données des particuliers soient partagées, mais qu'elles restent confidentielles.

**Dr David Price:** Tout à fait. Alors vous devez veiller à maintenir l'intégrité des renseignements personnels des patients en tout temps.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Merci beaucoup.

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

La parole est maintenant à M. Wilks.

**M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC):** Merci beaucoup, messieurs, d'être venus aujourd'hui. Mes questions s'adresseront à vous trois. En fait, je n'en ai qu'une seule.

Monsieur Lear, j'aimerais mieux comprendre. Je suis originaire du sud-est de la Colombie-Britannique, près de Cranbrook. Nous faisons affaire avec l'IHA, l'Interior Health Authority, et il me semble, et ce n'est qu'une déclaration, madame la présidente, que les autorités sanitaires existent pour servir de tampon à la province, et il est parfois difficile d'essayer d'administrer quelque chose qui avance. Ce n'est qu'une déclaration, madame la présidente.

Je vis dans une petite collectivité de 3 000 habitants, et nous suivons le modèle de soins de santé primaires. Notre hôpital a été fermé il y a quelques années et il fonctionnait plutôt bien. Cependant, une partie du problème est de trouver une façon de convaincre le grand public qu'il peut faire confiance à la cybersanté ou à la télésanté. J'aimerais que vous m'expliquiez ce que nous pouvons faire à l'échelon fédéral.

L'autre point est que j'entends beaucoup de gens demander « Pourquoi dois-je jouer au médecin? Vous êtes médecin, alors pourquoi dois-je faire toutes ces choses à votre place? » Comment peut-on leur donner confiance dans le système et les amener à comprendre qu'il s'agit de la prochaine génération et que les choses devront se passer comme cela à l'avenir, surtout dans les petites collectivités rurales?

Je vais commencer par vous, monsieur Lear.

**M. Scott Lear:** Oui. Merci, monsieur Wilks.

Au fond, nous cherchons à changer les comportements. Votre question n'est pas différente de celle de savoir comment nous pouvons amener les gens, où qu'ils soient, à faire plus d'activités physiques. La réponse, c'est qu'il faut leur fournir des solutions faciles, c'est-à-dire un accès facile. Peu importe la façon dont le patient interagit avec le système, que ce soit par Internet, par le biais de la télémédecine ou par téléphone, la facilité est le mot d'ordre. De plus, nous devons accroître leur confiance dans le système. Certains obstacles entravent la littératie en santé des patients, et j'entends aussi par là la cybersanté. C'est sans oublier le degré d'assurance. Avec le temps, nous verrons de plus en plus d'ainés utiliser ces outils, surtout parce que c'est inhérent au groupe d'âge. En vieillissant, nous continuerons d'utiliser ces systèmes. Voilà donc le genre de défis qu'il faut relever. Je ne peux pas vous dire, au pied levé, la seule et unique mesure que nous pouvons prendre, mais la première chose à faire serait de nous assurer que les gens ont accès à ces renseignements, puis de les mobiliser et de veiller à ce que les fournisseurs...

Vous avez également parlé de la question de savoir si les patients devraient être leur propre médecin. On parle souvent de l'autogestion, c'est-à-dire du rôle proactif des patients dans les soins primaires. Il y a beaucoup de patients qui, comme vous l'avez expliqué, veulent aller voir le médecin et se faire dire quoi faire.

Nous devons surmonter certains obstacles, mais je vais m'arrêter ici pour permettre aux autres témoins d'intervenir.

• (1630)

**M. David Wilks:** Docteur Price.

**Dr David Price:** Je suis tout à fait d'accord avec M. Lear; en effet, pour ce qui est de l'autogestion, la difficulté tient en partie au fait qu'il faut maintenant faire comprendre aux médecins, durant leur formation, que le patient viendra probablement les voir avec... Il y a deux types de patients: ceux qui ont beaucoup plus de renseignements sur la maladie que le médecin lui-même et ceux qui s'en remettent entièrement au médecin en disant: « Dites-moi seulement ce que je dois faire, docteur. » Le défi, pour nous, les médecins, quand vient le temps de former la nouvelle ou la prochaine génération de médecins, c'est d'aider à interpréter l'information pour les patients de sorte qu'ils puissent prendre la meilleure décision qui s'impose dans leur cas. Je crois que cela fait partie du degré d'assurance, parce qu'ils vont chercher de plus en plus de renseignements sur Internet. Il s'agit de mettre le tout en contexte, selon leur situation. C'est probablement un point essentiel sur toute la ligne.

La deuxième chose que vous avez voulu savoir, c'est comment rendre l'accès à Internet plus rassurant pour les patients. Comment s'y prendre pour qu'ils veuillent s'en servir? Au centre de maternité à Hamilton, nous avons notamment donné à toutes nos patientes enceintes un accès à leurs dossiers de santé, assortis de renseignements ciblés. Nous les avons donc aiguillées vers des sites Web que nous avons déjà examinés de façon détaillée. Ces renseignements provenaient d'institutions de renom, comme Johns Hopkins, Stanford, McMaster, McGill, etc. Nous leur avons expliqué ce qui était pertinent pour leur situation particulière. Le résultat était phénoménal. Nous avons pu démontrer que le nombre de fois qu'elles avaient consulté ces sites était considérablement différent par rapport aux patients n'ayant aucun accès à leurs dossiers. C'est donc ainsi qu'on commence à susciter l'intérêt des patients.

**M. Paul Lepage:** Nous mettons beaucoup l'accent sur les solutions, sur les avantages d'utiliser le système de dossiers de santé personnels pour la télésurveillance des patients, notamment la réduction du nombre de réadmissions et d'hospitalisations.

En réalité, chaque fois qu'il y a une hospitalisation ou une consultation en salle d'urgence, il y a un Canadien qui perd son temps à attendre d'être traité dans un hôpital. En tant que consommateurs, nous sommes conscients de ce fait. C'est un service, et si vous pouviez éviter d'aller à l'hôpital, je pense que vous préféreriez cela comme service.

Nous avons également constaté que lorsque nous fournissons aux patients des terminaux ou des iPhones dotés d'un programme précis, ils trouvent rassurant de pouvoir interagir avec un clinicien et de compter sur l'appui d'une équipe de soins, au lieu de devoir aller à l'hôpital ou à une clinique de soins primaires. Il se crée un niveau d'assurance du point de vue du patient.

On ne peut pas classer tous les consommateurs, tous les citoyens, tous les patients dans une même catégorie. Toutefois, en tant que consommateurs, nous prenons de plus en plus en charge ce que nous faisons, dans tous les domaines de notre vie. Il y a de plus en plus de patients, de plus en plus de consommateurs qui veulent prendre en main leur santé, de la même façon que dans les autres secteurs de leur vie.

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

Nous passons maintenant à notre deuxième tour, et il s'agit d'interventions de cinq minutes. C'est deux minutes de moins, alors vous allez devoir faire très attention de ne pas dépasser le temps alloué.

Nous allons commencer par Mme Sellah.

[Français]

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

Je remercie tous les invités qui sont ici aujourd'hui ainsi que le Dr Lear qui est avec nous par vidéoconférence.

En tant que médecin de formation, je crois aussi que tous ces outils électroniques allégeront la lourde tâche des praticiens. Quand j'étais à l'Université Laval, il fallait aller chercher les dossiers des personnes âgées. Certaines d'entre elles avaient souvent trois ou quatre dossiers. Il fallait les éplucher en quelques minutes et présenter le cas à notre gestionnaire. C'était un défi pour moi. Je suis donc d'avis que cela va vraiment alléger le travail.

Toutefois, je suis préoccupée par la sécurité et la protection des renseignements personnels sur la santé. Je viens de voir qu'il y a le dossier de santé électronique et le dossier médical électronique. Je présume que le dossier de santé électronique ne renferme pas d'antécédents médicaux. Corrigez-moi si je me trompe, parce que ce n'est pas ce que j'ai lu. Il y a le dossier médical électronique qui pourrait être échangé par les différents omnipraticiens ou les spécialistes dans différentes régions et cela, même sur le plan national. Je sais par expérience que parfois, pour demander le transfert du dossier d'un patient d'un autre médecin, il faut avoir l'aval et le consentement du patient. Cela me préoccupe. Comment préserver la confidentialité des renseignements de ces patients transmis de façon électronique?

J'aimerais aussi poser une question au Dr Price. Au cours de vos discussions qui ont amené le développement d'OSCAR, quelles ont été les principales préoccupations des prestataires de soins à cet égard?

• (1635)

[Traduction]

**La présidente:** Merci, madame Sellah.

Qui aimerait répondre en premier aux questions de Mme Sellah? Monsieur Lepage.

[Français]

**M. Paul Lepage:** Pour commencer, je pense qu'il est important de bien comprendre les trois éléments.

Il y a le dossier clinique informatisé. C'est le dossier qui est dans les hôpitaux. Il est utilisé par les médecins qui travaillent dans les hôpitaux. Il y a aussi le DME, soit le dossier médical électronique, qui se trouve dans les cliniques

On a beaucoup parlé du dossier personnel du patient et de la notion d'un dossier qui est détenu par un patient, par un citoyen. Le patient exerce un contrôle. Il peut décider qui aura accès à son dossier personnel. Souvent, ces échanges d'informations sont effectués le long d'un corridor de services. Certains corridors de services s'établissent naturellement. Dans la région de Montréal, Montréal, Laval et la Rive-Sud constituent un corridor de services. Les gens vont aller dans les cliniques primaires et vont ensuite se rendre dans les hôpitaux. Dans la région de Québec, il y a les mêmes corridors de services.

Dans tous les cas, ces échanges d'informations ont lieu seulement si le patient donne son consentement. Si le patient ne consent pas à ce que l'information à son sujet circule de façon électronique, cela ne se fait pas. Je suis bien placé pour en parler.

Par ailleurs, je pense que la façon dont on pose la question est importante. Si un patient est à l'urgence et qu'on lui demande s'il veut que le médecin ait accès à l'information à son sujet, la réponse sera toujours positive. Si c'est une autre situation, la réponse risque d'être différente.

[Traduction]

**La présidente:** Docteur Price, voudriez-vous ajouter quelque chose?

**Dr David Price:** Dans mon esprit, il y a consentement implicite lorsque le médecin dirige le patient à un spécialiste et que le patient dit: « Oui, je vais aller voir ce spécialiste. » Pour que le spécialiste puisse bien faire son travail, je dois lui envoyer les renseignements concernant le patient.

Par ailleurs, quand le patient souhaite partager avec quelqu'un une information contenue dans son dossier de santé personnel, qui lui

appartient, il peut donner au clinicien la permission de consulter le dossier.

Cela répond-il à la question?

**La présidente:** Je pense que votre temps de parole est pratiquement écoulé.

Pardon?

[Français]

**Mme Djaouida Sellah:** Est-ce que le temps qui m'était alloué est écoulé?

[Traduction]

**La présidente:** C'est tout le temps dont vous disposiez. Je regrette.

Passons maintenant à notre prochain intervenant.

Monsieur Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** Merci.

Notre étude porte sur l'innovation technologique dans le domaine des soins de santé. Une des questions que j'ai posées à chaque groupe de témoins que nous avons accueilli jusqu'à présent est la suivante: selon vous, où nous situons-nous par rapport à d'autres pays? Quelles leçons peut-on tirer lorsqu'on compare le Canada à certains de ses concurrents sur le plan de la prestation de soins de santé? Y a-t-il des leçons que le Canada peut tirer des autres exemples que vous connaissez?

• (1640)

**Dr David Price:** Ce qui me vient peut-être à l'esprit, ce sont des pays comme le Royaume-Uni, où on a essayé d'adopter une approche universelle. C'était un échec lamentable, ce qui a posé un véritable défi. Pour l'Australie, c'est la même chose. On a essentiellement permis au marché de fournir les innovations que les consommateurs veulent et dont ils ont besoin.

Établissez des normes pour la sécurité et la protection de la vie privée, mais tenez compte des résultats.

**La présidente:** Monsieur Lear, voudriez-vous faire une observation?

**M. Scott Lear:** Oui, j'en ai une brève à faire.

Ma priorité, c'est d'appuyer l'autogestion. Il y a certainement beaucoup de projets aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni. On trouve également de nombreuses initiatives au Canada. Il arrive souvent que de petites cliniques créent leurs propres solutions, des solutions qui fonctionnent très bien pour elles, mais on n'en entend pas parler. Pourquoi? Parce qu'en général, ces solutions ne réussissent pas à franchir les murs de la clinique. Ce n'est qu'en interagissant avec différents professionnels de la santé qu'on finit par les découvrir.

Par exemple, un des groupes avec lesquels je travaille étroitement se trouve à Chilliwack. Ils utilisent tous la plateforme OSCAR, et certains d'entre eux ont commencé à y intégrer des applications.

Selon moi, il reste encore beaucoup à apprendre des initiatives menées dans notre propre pays. C'est comme des diamants à l'état brut; il suffit de les chercher.

**M. Patrick Brown:** Voici une autre question que j'ai posée à un autre groupe de témoins. Étant donné que les soins de santé sont administrés par les provinces, il y a des restrictions quant aux domaines des soins de santé où le gouvernement fédéral peut intervenir. Toutefois, un des domaines où nous exerçons de l'influence en ce qui concerne l'innovation dans les soins de santé, c'est celui des dispositifs médicaux, de la réglementation de produits et du processus d'approbation de produits. Bien entendu, il s'agit d'une partie importante du processus d'innovation dans le domaine des soins de santé.

D'après vous, quelles mesures le gouvernement fédéral pourrait-il prendre pour accroître l'efficacité de ce processus en vue d'appuyer l'innovation?

**La présidente:** Qui veut répondre?

Docteur Price.

**Dr David Price:** Essentiellement, je conviens qu'on ne peut pas déployer des technologies électroniques dans le chaos total. Je dois avoir l'assurance que si un médicament est prescrit dans le dossier de ma mère, le système particulier utilisé par le médecin permettra de reconnaître les interactions médicamenteuses. Voilà l'aspect essentiel. Selon moi, c'est dans ce domaine que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan pour s'assurer que tous les systèmes remplissent un niveau minimal de sécurité, de rendement, etc.

**M. Patrick Brown:** Avez-vous quelque chose à ajouter, monsieur Lear ou monsieur Lepage?

**M. Paul Lepage:** À mon avis, à mesure que ces dispositifs et applications gagneront en popularité, qu'il s'agisse de dossiers de santé personnels ou de télésurveillance des patients, nous les relierons de plus en plus par un port USB ou un système Bluetooth. L'essentiel, c'est que peu importe le dispositif, il faudra suivre certaines normes, parce qu'on devra se fier de plus en plus, du point de vue médical, à l'information provenant de ces dispositifs particuliers afin d'établir un diagnostic. Alors, il y aura de plus en plus de renseignements, en provenance de ces dispositifs, qui seront versés dans les dossiers de santé personnels ou dans les outils de télésurveillance des patients, et le tout sera retransmis aux cliniciens.

Je dirais que, du point de vue des normes, c'est d'une importance capitale.

**M. Patrick Brown:** Avez-vous des craintes quant au chevauchement des recherches? Y a-t-il suffisamment de collaboration avec des institutions internationales? Par exemple, dans le cas du diabète juvénile, nous investissons dans la conception d'un pancréas artificiel, mais il y a une étude parallèle en Australie. C'est un exemple. Je suis sûr qu'il existe une collaboration, mais jugez-vous qu'elle est suffisante?

**M. Paul Lepage:** Je vais laisser Michael, notre médecin chef, répondre à cette question. Il a fait beaucoup de recherches dans diverses universités.

**Dr Michael Guerriere (médecin chef et vice-président, Solutions en santé, TELUS):** À mon avis, nous avons eu de bons résultats dans le cadre de notre collaboration avec diverses entités de recherche internationales. Il faut toutefois éviter de mener un trop grand nombre de projets concertés, au point de se retrouver avec une réflexion collective, parce que souvent, c'est l'affrontement d'idées qui nous mène vers l'innovation et de nouvelles perspectives. Le fait que deux pays effectuent la même étude ne signifie pas qu'ils utilisent la même technologie ou la même approche pour régler le

problème. Parfois, la concurrence crée des situations très saines qui sont propices à l'innovation.

• (1645)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Morin.

[Français]

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

Ma première question s'adresse au Dr Price.

Mon collègue Colin Carrie a posé une très bonne question sur la standardisation des dossiers médicaux électroniques. Au début, vous n'y avez pas répondu comme je l'aurais souhaité, mais au fil des questions qui vous ont été posées, vous avez développé votre pensée à ce sujet. Vous avez dit vouloir que le gouvernement fédéral se penche sur la façon dont les données sont entrées dans ces logiciels.

Pour ce qui est des logiciels comme OSCAR et MyHealth, qui sont développés au Canada, je pense qu'il est sain que chaque compagnie puisse se tailler une place sur le marché. Tous ces logiciels peuvent exporter des données, mais le problème est qu'ils ne sont pas compatibles les uns avec les autres.

Dans ma circonscription, y a plusieurs années, lorsqu'on commençait à élaborer les systèmes de dossiers électroniques, je travaillais dans une clinique qui voulait mettre en oeuvre un système de ce genre. Comme l'acquisition d'un logiciel nécessite un gros investissement financier pour les cliniques privées, celles-ci veulent en avoir pour leur argent. Elles veulent pouvoir lire les données de leurs patients et de ceux qui leur ont été référés. Le problème est que les données, même si elles sont exportables, ne sont pas compatibles.

Vous avez mentionné

[Traduction]

que le gouvernement fédéral devrait examiner la façon dont on entre les données.

[Français]

Comme vous connaissez plus que moi la question des dossiers électroniques, j'aimerais savoir si vous avez une idée de la façon dont le gouvernement fédéral pourrait contribuer à rendre les données des logiciels compatibles entre elles.

[Traduction]

**Dr David Price:** Je crois que si on adopte une approche trop normative, cela ne fonctionne pas.

L'idée, c'est que mes données doivent communiquer avec celles de votre clinique. Par conséquent, il incombe aux entreprises, aux innovateurs, de permettre une telle innovation. Quand je parle à mes techniciens, ils me disent que c'est possible, mais à cause de l'utilisation de pare-feu ou des différentes façons de créer les données, cela ne fonctionne pas. À ma connaissance, il y a au moins deux ou trois innovations dans le secteur privé qui permettent de rassembler et de transférer des sources de données multiples. C'est possible. Ces entreprises privées évoluent dans un marché. Il y a donc au moins deux ou trois entreprises qui s'occupent de ce travail.

[Français]

**M. Dany Morin:** C'est la première fois que j'entends parler de ce genre de système. C'est comme si un flux RSS combinait les données de plusieurs personnes pour en faire un tout. Je pense que c'est une bonne piste pour le comité.

[Traduction]

Monsieur Lear, vous avez longuement parlé du bon travail réalisé grâce à la télémédecine pour atteindre le plus de gens possible, même dans les régions éloignées. Je viens d'une zone rurale et, même si la meilleure solution serait d'avoir plus de médecins pour traiter plus de patients, il n'est pas possible d'atteindre cet objectif dans un court laps de temps. Je crois que la télémédecine peut être un moyen d'accroître l'efficacité du travail des médecins.

Pouvez-vous nous expliquer plus en détail comment les médecins pourraient être plus efficaces grâce à la télémédecine? Est-ce en répondant à des courriels, au lieu de fixer des rendez-vous, comme l'a dit ma collègue, Libby Davies, ou est-ce en consultant le patient par vidéoconférence pour gagner du temps entre les rendez-vous? Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

**M. Scott Lear:** Oui, certainement.

Une des choses qui pourraient être utiles serait de permettre aux patients de déclarer leurs symptômes — c'est ce qu'on appelle des résultats rapportés par les patients —, puis de transférer ces renseignements et, peut-être dans l'avenir, de les verser dans les dossiers médicaux électroniques. Ainsi, le médecin connaît déjà l'objet de la visite du patient. Il peut voir sur l'écran la raison pour laquelle le patient vient le consulter. Ce serait là une solution.

Par ailleurs, on consacre beaucoup de temps à la gestion de maladies chroniques ou de soins aux malades chroniques. Dans notre système, le personnel infirmier est là pour fournir un appui tant au médecin de premier recours qu'au patient. Comment? En parlant des différents modes de vie, comportements et stratégies d'autogestion. Voilà autant de sujets que le médecin serait autrement censé d'aborder, mais faute de temps, il pourrait ne pas toujours en parler. Par exemple, on peut expliquer comment l'activité physique améliore le taux de sucre dans le sang. Cette conversation avec le patient doit avoir lieu, mais ce n'est pas forcément le médecin qui devrait s'en occuper.

• (1650)

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

C'est maintenant au tour de Mme Block.

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

Tout comme mes collègues, je vous souhaite la bienvenue au comité et vous remercie d'être des nôtres pour nous faire part de votre expérience et de votre travail.

Je n'arrive pas à le croire, mais 15 ans se sont écoulés depuis que j'ai siégé au conseil du Saskatchewan Health Information Network. Il me semble que bon nombre des questions dont nous parlions à ce moment-là continuent de faire l'objet de nos discussions aujourd'hui. Je sais qu'à l'époque, nous avons reconnu que ce serait un énorme investissement financier et que même si nous avions tout l'argent nécessaire, nous ne serions pas en mesure de terminer le projet rapidement. Un des défis à l'époque était d'assurer la connectivité non seulement au sein des hôpitaux et des régions sanitaires, mais aussi dans la province. Il fallait donc commencer par faire de très petits pas.

Docteur Price, vous avez parlé de certains des enjeux, comme l'absence de données communes, la capacité limitée de partager les données entre les compétences et la nécessité de protéger les renseignements personnels. Monsieur Lepage, vous avez dit que nous avons passé une décennie à élaborer des normes. À mon avis, nous avons dû consacrer du temps à l'élaboration de normes pour les raisons évoquées par le Dr Price. En tout cas, je me demande si vous

pouvez nous dire s'il y a des disciplines au sein du secteur de la santé qui s'en tirent bien. Je songe, en particulier, au secteur pharmaceutique qui a réalisé d'énormes gains dans ce domaine. Il y en a peut-être d'autres dont vous pourriez nous faire part.

**M. Paul Lepage:** Je vais d'abord dire que de nos jours, on ne s'attend pas à ce qu'un pharmacien qui fait partie d'une chaîne ou d'une enseigne ou un pharmacien indépendant n'utilisent pas un système automatisé de gestion de pharmacie. Aujourd'hui, il serait impossible de gérer un commerce sans la technologie.

Si l'on regarde le taux de pénétration des dossiers de santé électroniques, un des enjeux consiste à savoir si les pays qui ont réussi la mise en oeuvre ont associé la technologie à des modifications à la rémunération, avec des mesures incitatives pour favoriser l'adoption de la technologie par les médecins. Donc, nous avons commencé, et certaines provinces sont en retard par rapport à d'autres dans ce dossier. Je sais que le Québec vient de lancer son programme pour inciter les médecins à adopter les dossiers de santé électroniques, et le taux de pénétration de cette technologie est l'un des plus faibles au pays.

Je pense que c'est une combinaison de facteurs. Qu'incitons-nous les médecins à faire? C'est là un des éléments. Si l'on se concentre davantage sur les résultats en matière de santé et non simplement sur les transactions, et que nous étudions comment nous allons financer les résultats en matière de santé au fil du temps, alors si l'on fait un suivi des patients... Ce n'est pas que les médecins ne veulent pas le faire. Ce que je veux faire valoir, c'est que s'ils reçoivent un dédommagement pour financer ces activités et pour suivre un patient dans une perspective axée sur les résultats, ils auront, au fil du temps, besoin d'outils pour effectuer ce suivi. Je pense que cela augmentera l'adoption de la technologie.

Si on regarde les pays qui ont connu du succès, on constate que c'est la combinaison de plusieurs facteurs qui a entraîné une plus grande utilisation de la technologie.

**Dr David Price:** Voyez ce qui se fait en médecine dentaire, par exemple. Nous recevons tous des rappels de nos dentistes. Si nous pouvons commencer à le faire par voie électronique, cela peut faire toute la différence. Je ne suis pas d'avis que nous devrions inciter les médecins à faire des choses. Cela devrait faire partie de leur travail quotidien. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de leur verser une rémunération supplémentaire pour le faire, mais cela doit faire partie du système. Il faut que ce soit mis en oeuvre de façon à ne pas représenter une frustration et un coût net pour eux.

• (1655)

**Mme Kelly Block:** Monsieur Lear, avez-vous quelque chose à ajouter?

**M. Scott Lear:** Je suis d'accord avec le Dr Price sur le fait qu'il faut l'intégrer aux processus actuels de l'emploi du temps des médecins. Je n'ai rien d'autre à ajouter.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons à Mme Sellah.

[Français]

**Mme Djauida Sellah:** Merci, madame la présidente.

Je reviens à la question à laquelle le Dr Price n'a pas eu le temps de répondre. Elle concerne les préoccupations des prestataires de soins à l'égard du système OSCAR, que vous avez mis en oeuvre.

En tant qu'omnipraticienne, je me suis posé des questions sur toute cette technologie. Je ne dis pas que c'est mauvais, au contraire. C'est très utile. Cela nous permet de gagner beaucoup de temps et d'avoir accès aux dossiers de nos patients. Par contre, je me demande quelle place accorde cette industrie à la relation entre le médecin et le patient.

Je fais probablement partie de l'ancienne vague, mais je constate que certains patients qui se présentent au bureau du médecin ne souffrent pas d'une maladie organique. Ils ont plutôt besoin d'être écoutés. C'est parfois après plusieurs consultations qu'on se rend compte que le problème du patient est plutôt d'ordre psychologique qu'organique. Si on un médecin se fiait à ce que dit le patient, il serait tenté d'opter pour une batterie de tests.

Comment peut-on composer avec cette situation? Mon collègue Carrie a parlé d'un médecin qui utilisait un BlackBerry pour vérifier le rythme cardiaque d'un patient, faire une ECG et ainsi de suite. Dans toute cette industrie, je pense néanmoins que le rôle d'un médecin, notamment d'un omnipraticien, est fondé sur la confiance et la relation qu'il entretient avec ses patients.

Comment voyez-vous cela pour l'avenir?

**Dr David Price:** Je suis absolument d'accord. Il s'agit en effet de la relation entre le patient et le médecin.

[Traduction]

Pardonnez-moi de passer à l'anglais.

Le principe important, c'est qu'il faut s'assurer que les médecins ont la formation nécessaire pour avoir cette relation. Ils pourraient en arriver à une situation où il s'agit d'un problème cardiaque et où la technologie de M. Lear devient importante, mais il faut passer par là. Il ne s'agit pas seulement de former nos jeunes médecins à utiliser la technologie. Pour reprendre les propos de Sir William Osler, il s'agit de placer le patient au centre du discours médical. En ce sens, vous avez tout à fait raison.

[Français]

**Mme Djaouida Sellah:** Merci.

Je vais céder mon temps de parole à mon collègue.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

Ma question s'adresse au Dr Price.

[Traduction]

Plus tôt, j'ai parlé de ce qui me pose problème par rapport aux données elles-mêmes.

Dans votre exposé, vous avez parlé de données consultables qui pourraient être utiles dans le secteur de la santé publique, par exemple. Pensez-vous que les données actuelles produites à l'aide de ce logiciel sont consultables? Dans le cas contraire, nous aurons toujours des problèmes si nous ne nous assurons pas d'avoir des données consultables et utiles.

**Dr David Price:** Dans certains cas, elles ne sont pas consultables; dans d'autres, elles le sont.

Je vais m'en tenir au système OSCAR, que je connais bien. Dans le cas de notre dossier de santé électronique, il a déjà été adopté par au moins trois ou quatre organismes de santé publique dans des villes de l'Ontario. Tout cela est facilement consultable. En fait, nous pouvons intégrer les informations de diverses autorités et utiliser des données à grande échelle. Un de nos articles sur la surveillance de l'influenza a été accepté récemment et nous sommes capables de le consulter et de comparer les données, pas seulement à partir d'un ou deux cabinets, mais dans diverses villes.

**La présidente:** Merci.

Nous passons maintenant à M. Lobb.

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

Monsieur Price, considérez-vous que l'industrie des dossiers de santé électroniques est fragmentée puisque personne ne semble se démarquer comme chef de file au sein d'industrie? Y a-t-il dans l'industrie un chef de file incontestable qui détient 25 ou 30 p. 100 du marché?

• (1700)

**Dr David Price:** Il est juste de dire qu'il y a plusieurs chefs de file.

Je vais revenir à l'analogie de l'automobile, en ce sens qu'il y aura des chefs de file importants qui se démarqueront au fil du temps. Cependant, des solutions maison seront toujours nécessaires. L'idéal, c'est peut-être que ces solutions maison soient complémentaires ou chapeautent les dossiers de santé électroniques de base.

**M. Paul Lepage:** Je pense que l'industrie est semblable à toute autre industrie: il y a d'abord un certain degré de maturité, puis on observera une consolidation de l'industrie au fil du temps.

Tout le monde sait que chez TELUS Santé, nous cherchons activement à faire des acquisitions dans ce créneau. Nous avons déjà fait une première acquisition en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec. L'objectif est de consolider une industrie très fragmentée, mais nous nous concentrons aussi sur des acteurs qui avaient des solutions fondées sur un logiciel d'analyse scientifique, des solutions où l'on pouvait regrouper et consulter toutes les données. Ainsi, on analyse en même temps les données de 2 000 médecins, on peut en retirer les renseignements personnels et les utiliser. C'est là-dessus que nous nous concentrons.

**M. Ben Lobb:** Simplement pour que ce soit clair, selon ce que j'ai compris au sujet des contrats de l'Inforoute Santé — et je viens de l'Ontario —, peu importe le fabricant de logiciels qui est chargé de sa conception, la structure de base doit être la même de façon à ce que dans la situation dont vous parlez, les systèmes soient compatibles. Est-ce exact? Je pense que c'est ce que nous ont dit des fonctionnaires de l'Ontario.

**M. Paul Lepage:** Pour nous, l'objectif est d'obtenir une plateforme nationale au fil de l'acquisition et de la consolidation de divers acteurs.

**M. Ben Lobb:** Pourquoi le gouvernement fédéral financerait-il des projets qui n'ont pas tous la même structure de base? Je ne comprends tout simplement pas pourquoi nous le ferions. Y a-t-il une logique derrière cela?

**M. Paul Lepage:** La réalité, c'est qu'on a affaire à 13 administrations distinctes. Il faut composer avec les décisions qui sont prises dans chaque province, avec le fait que certaines solutions sont fondées sur un logiciel d'analyse scientifique; il y a donc un logiciel central auquel le médecin accède à l'aide d'un terminal. Dans d'autres cas, ils sont installés directement dans le cabinet du médecin; il s'agit donc d'une base de données distincte. Telle est la réalité d'aujourd'hui.

Il n'y a aucun...

**M. Ben Lobb:** Nous allons dépenser 10 milliards de dollars. Nous avons probablement déjà dépensé la moitié de ce montant. Nous allons dépenser cinq milliards de dollars supplémentaires. Combien coûtera alors l'intégration de ces systèmes de façon à ce qu'ils soient compatibles d'une province à une autre, d'un océan à l'autre? Est-ce que cela coûtera cinq milliards de dollars de plus pour que tout soit pleinement intégré d'un océan à l'autre?

**Dr David Price:** La réponse courte, c'est que lorsqu'on finance une solution, il faut exiger une solution intégrée, hautement compatible et qui permet l'exportation des données. C'est le défi fondamental auquel tout le monde est confronté. Si nous pouvons réussir à le faire, cela fait une énorme différence.

**M. Ben Lobb:** D'accord. La seule chose...

**Dr Michael Guerriere:** Puis-je ajouter un autre point?

Une des choses qu'il faut savoir au sujet de ce marché, c'est qu'il est assez dynamique. Puisque les normes créent une augmentation de la demande auprès des divers fournisseurs, certains d'entre eux, en raison de leur petite taille, ont de la difficulté à suivre l'évolution des normes. Donc, ce que l'on observe, c'est une consolidation dans le marché au fil du temps, jusqu'à ce qu'il n'y ait probablement que quatre ou cinq fournisseurs qui seront de gros joueurs dans le marché et qui seront capables de satisfaire aux normes de compatibilité.

**M. Ben Lobb:** Je sais que mon temps est presque écoulé, mais SAP est un énorme joueur. Oracle est un énorme joueur. Je suis certain que vous estimez être un gros joueur au Canada. Pourquoi nous donnons-nous la peine de faire affaire avec ces petites entreprises alors que l'on devrait faire affaire avec les gros joueurs qui sont déjà là? OSCAR semble aussi être un joueur assez important dans le marché. Pourquoi ne faisons-nous pas seulement affaire avec ceux-ci? Il me semble qu'avec ces petits joueurs, c'est presque comme si on gaspille notre argent. Ai-je tort?

• (1705)

**Dr Michael Guerriere:** Je serais prudent, car il s'agit d'un marché très novateur. Ce genre d'approche indiquerait que certaines innovations commencent... Prenez simplement d'autres secteurs de la technologie...

**La présidente:** Je suis désolée, le temps est écoulé depuis un bon moment. Je dois donc interrompre cette discussion.

Nous passons à M. Lizon. Vous pouvez poursuivre si vous le voulez, monsieur Lizon.

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cookville, PCC):** J'ai peut-être des questions différentes.

Merci, madame la présidente, et merci à tous les témoins.

J'avais une autre question, mais ceci est fort intéressant. Par conséquent, vous pourriez poursuivre dans la même veine.

Ce qui nous vient à l'esprit, c'est que lorsqu'on a construit le réseau ferroviaire canadien, on n'a pas utilisé des rails de calibre différent dans chacune des provinces. C'est ce qui s'est passé dans divers pays d'Europe, et lorsqu'on arrivait à la frontière, il fallait changer les roues. Je pense que c'est ce dont parle mon collègue. Il serait tout à fait logique de construire le système dont les parties sont compatibles, malgré le fait que nous avons 13 systèmes distincts.

**Dr Michael Guerriere:** Je pense que le calibre est bon, mais même à cela, il s'agit toujours d'entreprises en concurrence, les fabricants automobiles différents. Il y a toujours de l'innovation dans les différents secteurs du marché. Je pense qu'il est important d'établir le bon équilibre. Nous avons des normes pour la communication ou, comme on l'appelle, l'interopérabilité. Cepen-

dant, n'entrez pas l'innovation nécessaire à l'évolution du marché. Je pense que nous réussissons à obtenir le bon équilibre tandis que nous installons les systèmes dans les cabinets de médecins dans l'ensemble du pays.

**M. Wladyslaw Lizon:** Je vais vous poser ma question initiale, qui se rapporte au sujet soulevé par mon collègue, M. Wilks, sur la façon de convaincre le grand public de jouer un rôle proactif pour ce qui est de l'utilisation des innovations. J'aimerais avoir vos commentaires sur l'autre côté du problème. Les médecins sont-ils tous favorables à toutes les innovations? J'aimerais vraiment rester à la maison plutôt que d'avoir à me rendre sur place. Je n'habite pas en milieu rural; j'habite la région du Grand Toronto, mais je n'aime pas conduire au centre-ville. Plutôt que de me rendre au centre-ville de Toronto en voiture pour un rendez-vous, je préférerais être assis devant mon ordinateur et peut-être vérifier quelque chose à l'aide de mon téléphone, si ces applications étaient offertes.

Comment les médecins voient-ils la chose? Est-ce une question de responsabilité? Comment s'intègrent toutes ces choses?

**Dr David Price:** Les médecins ont tendance à être conservateurs. Généralement, nous ne sommes pas les premiers utilisateurs. Par exemple, essayer de nouveaux médicaments trop rapidement peut nous attirer des ennuis. Il faut que ce soit éprouvé. Tandis que l'on se dirige vers la prochaine génération, on constate que les gens sont de plus en plus à l'aise d'utiliser les technologies avancées.

**M. Scott Lear:** Je suis d'accord. Dans nos discussions avec les médecins de soins primaires, 20 à 25 p. 100 d'entre eux se sont dits favorables à nos projets. Il s'agirait des médecins les plus progressistes, ceux qui ont des dossiers santé électroniques. Certains d'entre eux pourraient avoir des infirmières dans leur clinique. Nous n'obtenons pas l'assentiment de ceux qui sont à l'autre bout du spectre, les utilisateurs tardifs, ou ce que nous appelons les retardataires. L'autre aspect, c'est que les patients veulent recevoir des soins près de leur domicile et ils veulent avoir accès aux professionnels de la santé. Il doit y avoir un équilibre. Une médecin qui donne son numéro de téléphone à domicile sera probablement inondée d'appels à la maison. Cependant, cela doit être géré de façon à ce que les patients soient satisfaits de l'accès au médecin. Si nous pouvons améliorer cet équilibre quelque peu, je pense que les patients commenceront à adopter certains de ces programmes.

**M. Wladyslaw Lizon:** On a posé une question au sujet de la connaissance. Avez-vous un lien pour nous? Je sais que M. MacAulay a déjà posé la question, mais je n'ai pas entendu la réponse.

• (1710)

**M. Paul Lepage:** Oui, nous l'avons. Je l'ai sur ma clé et je peux le rendre accessible avec le lien. Certaines vidéos sont aussi affichées sur notre site Web.

**M. Wladyslaw Lizon:** Bien.

**M. Paul Lepage:** Je pense que de nos jours, nous travaillons tous au bureau, à domicile et pendant nos déplacements. En tant que patients, nous nous attendons à pouvoir faire la même chose, à pouvoir consulter un médecin et obtenir plus de renseignements à la maison, à obtenir des renseignements à y avoir accès pendant nos déplacements. À mon avis, c'est une des choses qui...

**La présidente:** Je suis désolée, mais il reste peu de temps. Nous devons passer au prochain intervenant. Merci, monsieur Lepage.

Monsieur MacAulay.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Merci beaucoup.

Cela devient intéressant, c'est le moins qu'on puisse dire. En ce qui concerne l'innovation et la nouvelle technologie, quelle place occupons-nous exactement dans le monde, dans l'ensemble des activités? Sommes-nous en retard? Où en sommes-nous par rapport à cette nouvelle technologie? Soit on est dans le coup, soit on ne l'est pas. À votre avis, monsieur Lepage, où en est le Canada?

**M. Paul Lepage:** Pour ce qui est de l'adoption de la technologie dans le domaine des soins de santé, nous sommes près du dernier rang.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Ce n'est pas acceptable.

J'aimerais aussi que vous nous expliquiez comment les téléphones intelligents et les applications Web pourraient aider les personnes atteintes de troubles mentaux. Cela pourrait aussi être utile pour d'autres maladies ou d'autres problèmes. J'aimerais que vous nous donniez des explications à ce sujet.

**M. Paul Lepage:** Je peux vous faire part d'un cas personnel.

Mes deux enfants sont diabétiques de type 1; ils sont donc insulino-dépendants. Ils se servent de l'application bant, qui leur permet de prendre leur taux et d'en suivre l'évolution au fil du temps. Mes enfants sont maintenant un peu plus vieux, mais lorsqu'ils étaient adolescents, ils prenaient souvent leur taux et remplissaient leur carnet la nuit avant d'aller chez le médecin; l'application permet maintenant d'avoir des résultats horodatés. On connaît exactement le taux, et l'information est à la portée de la main. Le médecin a ainsi plus de données sur lesquelles il peut s'appuyer pour modifier les doses d'insuline ou apporter des changements à l'alimentation du patient. Bref, l'application permet d'avoir plus de renseignements, et cela facilite la vie au patient qui doit noter son taux à divers moments de la journée.

C'est vrai pour les gens diabétiques de type 1, mais ce l'est également pour les gens ayant une maladie mentale. Dans la présente application, nous demandons à divers moments de la journée aux patients de noter comment ils se sentent, et l'information est relayée au fournisseur. S'ils ne se sentent pas bien ou qu'ils se sentent moroses, cela déclenche une alerte, les données sont envoyées au fournisseur, ce qui déclenche une réaction.

Nous créons la capacité de soutenir le patient; ce n'est pas en tout temps, mais cela dépasse largement la fréquence des rendez-vous médicaux de mes enfants, à savoir environ une fois par saison pour des diabétiques. L'utilisation de la technologie a amélioré la possibilité d'un tel échange.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** En gros, vous nous dites que les renseignements sont possiblement mieux que les médecins, si en fait ces données sont plus efficaces. Je peux le comprendre. Les médecins ne sont bien entendu que des humains après tout.

**M. Paul Lepage:** J'ai deux frères qui sont médecins, et je peux vous dire qu'ils sont tout ce qu'il y a de plus humains. En réalité, je crois que nous fournissons plus de renseignements au médecin, s'il a accès aux données qui sont compilées au cours d'une longue période, que ce qu'il pourrait obtenir d'une analyse de sang ponctuelle.

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Y a-t-il assez d'argent? Manque-t-il d'investissements de la part du gouvernement? Vous nous dites que nous accusons un retard au pays. Que faut-il faire? Devrait-il y avoir une plus grande participation du gouvernement, des investissements gouvernementaux supplémentaires, une augmentation des fonds affectés à la recherche? D'où les fonds devraient-ils provenir?

**M. Paul Lepage:** Selon moi...

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Ou les entreprises devraient-elles le faire?

**M. Paul Lepage:** Les entreprises le feront. Elles continueront d'investir dans les soins de santé, parce que c'est un vaste marché.

• (1715)

**L'hon. Lawrence MacAulay:** Toutefois, vous nous dites que nous accusons un retard. Pourquoi?

**M. Paul Lepage:** Je crois que l'une des raisons qui expliquent pourquoi nous accusons un tel retard est que nous devons concentrer nos investissements aux bons endroits. Je crois qu'une partie de l'accent doit être mis non seulement sur les résultats, mais...

**La présidente:** Je veux seulement vous signaler que M. Lear voudrait également répondre. Pourrions-nous lui laisser la parole, parce qu'il ne reste que 30 secondes?

**M. Paul Lepage:** Je voulais simplement ajouter que le financement doit mettre l'accent sur les résultats.

**La présidente:** Merci.

Monsieur Lear, allez-y, s'il vous plaît.

**M. Scott Lear:** Merci.

Je serai bref. Pour revenir à ce que j'ai mentionné dans mon exposé, il faut investir des fonds des IRSC en recherche appliquée dans le domaine des services de santé en ce qui a trait particulièrement à la cybersanté et aux technologies.

Je crois qu'il faut des fonds privés et publics pour y arriver.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous revenons aux séries de questions de sept minutes, parce que les députés de l'opposition aimeraient avoir plus de temps pour les réponses. Il nous reste encore 15 minutes.

Monsieur Morin, vous avez sept minutes, s'il vous plaît.

[Français]

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup, monsieur le président, de nous permettre de poser davantage de questions aux témoins. Nous avons d'excellents témoins aujourd'hui.

Plusieurs membres du comité ici présents sont très préoccupés par la quantité faramineuse d'argent que le fédéral alloue aux dossiers électroniques. Personnellement, je crois qu'ils sont importants, mais quand on pense à tout l'argent qu'on y consacre, je ne crois pas que l'on ait encore un produit adéquat ou satisfaisant. Lorsqu'il a posé ses questions, M. Lobb en faisait aussi une priorité. De plus, je suis heureux de savoir que c'est également important pour le député libéral.

Monsieur Lepage, j'aimerais avoir une réponse brève. Vous avez dit que l'argent devrait aller avec les résultats. Vous ne me donnez pas le choix de vous demander d'expliquer davantage votre point de vue à cet égard.

**M. Paul Lepage:** Ce que je tentais de dire, c'est qu'il serait important de considérer des modèles qui ont été mis en oeuvre plus récemment aux États-Unis. À ce sujet, on cherche certains indicateurs. On cherche un résultat plutôt que de dicter la façon de l'obtenir. De plus, c'est clair qu'il y a des standards. Le Dr Price en a parlé. Il faut adhérer à des standards de base, mais pour que le système évolue, une part d'innovation est nécessaire. Il faut laisser le marché trouver les bonnes solutions pour répondre à certains standards. L'idée est de récompenser l'atteinte de ces standards et non de dicter exactement ce qu'on veut faire. Plutôt que de se retrouver face à de grands chantiers dans le cadre desquels on a dicté ce qu'il fallait faire, mieux vaut viser un résultat et laisser les gens déterminer quelle est la meilleure façon de l'atteindre.

[Traduction]

**M. Dany Morin:** Je vais laisser plus de temps à M. Lear pour qu'il puisse expliquer lui aussi son point de vue. Vous n'avez donné qu'une brève réponse.

**M. Scott Lear:** Oh, je suis désolé. Je n'avais rien d'autre à ajouter à cet égard.

**M. Dany Morin:** Je vous donne plus de temps pour répondre à la question qui vous a été posée plus tôt.

**M. Scott Lear:** Oh, je m'excuse.

Comme je l'ai mentionné, les fonds des IRSC pourraient être réaffectés. Il y a actuellement quatre thèmes de recherche en santé aux IRSC: la recherche biomédicale; la santé des populations; la recherche sur les comportements sociaux; et les services de santé cliniques. À mon avis, nous pourrions affecter davantage de fonds vers les sciences appliquées où nous finançons des recherches sur la transformation des soins primaires et l'élaboration de modèles de services de santé; c'est un changement qui pourrait également aider à l'élaboration de nouvelles technologies.

Selon mon expérience, le tout a été assez positif, parce que nos plateformes ont été mises au point grâce au financement des IRSC. Ensuite, lorsque vient le temps de discuter avec les autorités en matière de santé, nous n'avons pas besoin de leur dire que cela leur coûtera un tel montant, parce que les plateformes sont déjà élaborées.

**M. Dany Morin:** J'ai une brève question avant de laisser ma collègue, Djaouida Sellah, en poser une à son tour.

[Français]

Monsieur Lepage, vous avez dit plus tôt qu'il fallait laisser les compagnies innover. Je suis également d'accord avec vous, mais quand je regarde...

• (1720)

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Morin, je m'excuse de vous interrompre. Je vais vous laisser du temps, mais je crois que M. Price voulait faire un commentaire.

Je ne vous avais pas vu, monsieur Price. Toutes mes excuses.

**Dr David Price:** Je serai très bref. Il s'agit de définir une question et de trouver un résultat. Par exemple, dans le cas d'une insuffisance rénale chronique, quel est le problème? Il y a trop de gens qui auront besoin de dialyse. Comment pouvons-nous aborder la question? Voilà le résultat qu'il faut viser. Quelles sont les innovations en ce sens?

Ne me dites pas quoi faire. Dites-moi ce que le résultat doit être.

[Français]

**M. Dany Morin:** Merci.

Monsieur Lepage, les données que nous avons reçues au cours des deux dernières heures nous indiquent que dans certains pays, entre 80 % et 90 % des médecins utilisent les dossiers électroniques. On parle de 50 % aux États-Unis et de 40 % au Canada. J'aime bien nos produits fabriqués au Canada. Toutefois, faudrait-il regarder ce qui se passe dans le monde et copier tel quel ce qui se fait ailleurs? Est-ce que notre beau système canadien et les questions de compétence qui sont très complexes viennent rendre la situation impossible? Je ne pense pas non plus que la solution soit d'ajouter d'autres sommes à tout cela. Selon moi, cela ne réglerait pas le problème.

**M. Paul Lepage:** Pour ce qui est du premier volet de votre question, je pense que le secteur privé est prêt à jouer un plus grand rôle et à recourir à divers modèles pour résoudre ce problème. Au lieu de recevoir des montants qui totalisent des milliards de dollars, on peut opter pour des modèles similaires à ceux utilisés en téléphonie, par exemple. Il s'agit de développer des systèmes où l'on paie à l'utilisation. Beaucoup de joueurs, notamment Telus, seraient très ouverts à l'idée que le secteur privé développe certaines de ces solutions et qu'il soit récompensé par l'utilisation de ces systèmes.

Quand au deuxième volet de votre question, vous avez demandé quelle était la recette gagnante. Beaucoup d'études indiquent que ce n'est pas lié à un seul facteur. Dans le cas d'un point d'inflexion, il s'agit souvent d'une combinaison de plusieurs facteurs. Je continue à croire qu'il serait bon de changer la compensation des médecins. Je ne dis pas qu'il faut l'augmenter, mais qu'il faut la modifier. À mon avis, il faut aussi encourager les médecins à faire l'acquisition de ces technologies. Enfin — et c'est un élément clé —, il faut s'assurer que certains standards sont en vigueur. À un moment donné, certains joueurs vont se retirer de la course.

**M. Dany Morin:** Merci.

[Traduction]

**La présidente:** Je crois que votre temps est écoulé.

Passons au prochain intervenant.

Monsieur Carrie, monsieur Lobb, je crois comprendre que vous partagerez votre temps. Monsieur Carrie, allez-y en premier.

**M. Colin Carrie:** En fait, M. Lobb voulait une précision.

**La présidente:** Monsieur Lobb.

**M. Ben Lobb:** Merci.

Monsieur Lepage, on m'a assuré que l'Inforoute ne financerait jamais un projet dont l'architecture ne correspond pas à ses exigences fondamentales. Est-ce vrai ou faux? J'aimerais avoir cette précision pour mon propre...

**M. Paul Lepage:** La réalité est que des normes sont établies. Tout organisme de normalisation ne fera pas... On peut appliquer une norme dans le domaine des TI, et on peut suivre une norme et la respecter, mais cela ne signifie pas pour autant que deux technologies qui respectent la même norme pourront nécessairement communiquer entre elles sans problèmes.

Voici ce que je crois qui est arrivé. Prenons l'exemple de l'évolution de la technologie. Le tout a débuté environ en 2000. Nous sommes en 2013. Les technologies disponibles sur le Web ou Internet nous permettent une meilleure intégration ou une interopérabilité accrue de la technologie. Alors que des systèmes ne pouvaient pas communiquer entre eux par le passé, c'est beaucoup plus facile d'y arriver maintenant.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**M. Ben Lobb:** J'ai une dernière petite question avant de céder la parole à M. Carrie.

Selon ce que j'en comprends, il semble que le tout nous ait coûté cinq milliards de dollars jusqu'à maintenant et que ce ne sera pas totalement compatible. À court terme, il faudra beaucoup de rustines pour arriver à le faire fonctionner. Ensuite, dans quelques années, il y a aura de fortes demandes de modernisation en vue d'arriver à ce que vous décrivez. J'ai l'impression que ce sera la version 2.0 ou 3.0, puis nous reviendrons à la case départ; il faudra investir encore une fois cinq milliards de dollars en vue de totalement mettre en oeuvre ce que vous aviez entrepris de faire au départ.

C'est ce que je crois avoir compris. Ce sont probablement les réalités actuelles.

Je laisse la parole à M. Carrie.

• (1725)

**M. Colin Carrie:** Monsieur Lepage, j'aimerais vous parler de l'innovation relative aux téléphones intelligents et des applications Web. Nous savons que l'Institut de recherche en santé Lawson et Inforoute Santé du Canada ont collaboré à l'élaboration de l'initiative sur les téléphones intelligents et de l'application Web au sujet de la santé mentale. J'aimerais que vous nous en parliez un peu.

On dirait que tout le monde aujourd'hui a l'une de ces choses. M. Price a même affirmé que les Canadiens et la population en générale doivent commencer à assumer leur responsabilité à l'égard de leur propre santé. Pourriez-vous nous expliquer ce que TELUS fait à ce sujet pour améliorer un peu le système pour les Canadiens?

**M. Paul Lepage:** Dans le cadre de ce projet, nous avons débuté avec 200 patients, puis nous l'étendrons à 400 patients. Il y a un premier groupe témoin. Le premier groupe de 200 patients avait la première version de la technologie. Il y aura un troisième groupe qui aura la nouvelle version améliorée de la technologie.

Les patients se sont inscrits en ligne avec un ordinateur pour avoir accès à l'application de dossier de santé personnel. Avec l'aide de leur médecin, ils ont établi certains objectifs et ont déterminé certains

paramètres qu'ils souhaitent surveiller. Ce serait applicable dans le cas d'une maladie mentale, de diabète ou d'une insuffisance cardiaque congestive. Cela s'appliquerait à tout patient qui a une maladie chronique qui doit être surveillée sur une longue période. Nous avons créé une version de l'application pour que l'interface utilisateur soit plus compatible avec les téléphones intelligents. On ne peut pas tout faire avec un téléphone intelligent ce qu'on peut faire avec un ordinateur.

Des rappels sont envoyés au patient. Si selon son plan de santé il était censé faire de l'exercice, par exemple, le patient reçoit des rappels et effectue la tâche demandée. Les données sont acheminées du téléphone intelligent au dossier de santé personnel et seront stockées quelque part.

En gros, nous créons une interaction entre le patient et le médecin, mais on donne aussi l'impression au patient de prendre en main sa maladie chronique. Si nous voulons que ce soit efficace, il faut utiliser une technologie que les gens ont avec eux. S'il fallait créer un troisième ou quatrième dispositif que les patients devaient traîner, les gens ne l'adopteraient pas.

Notre point de vue est qu'il faut que nos applications soient compatibles avec les téléphones intelligents et les tablettes électroniques, parce qu'un nombre croissant de médecins les utilisent. L'objectif est de rendre le tout accessible aux gens.

**M. Colin Carrie:** J'ai une brève question. Les économies de coûts nous intéressent tous. Je crois que TELUS Santé a collaboré à une étude en vue de déterminer l'ampleur des économies que nous pourrions réaliser si nous adoptions de telles technologies. Parce que...

Oh, me reste-t-il du temps, madame la présidente?

**La présidente:** Je suis désolée. La sonnerie se fait entendre. La greffière vient de m'en informer. Nous devons donc mettre immédiatement fin à la séance. Merci beaucoup aux témoins et aux membres du comité.

La séance est levée.





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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