



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 082



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 23 avril 2013

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 23 avril 2013

•(1540)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Mesdames et messieurs, je vous souhaite la bienvenue.

Je m'appelle Joy Smith, et je suis la présidente du Comité de la santé.

Je veux m'excuser auprès des témoins. Des votes ont eu lieu après la période de questions aujourd'hui et il nous faut toujours un peu de temps pour voter et nous rendre ici à par la suite.

Je vous remercie beaucoup de votre présence. Le Comité de la santé est en train de faire une étude remarquable sur l'innovation technologique. Nous avons entendu des témoignages passionnants et de nombreuses idées emballantes et novatrices, et nous sommes ravis de vous accueillir aujourd'hui.

Nous accueillons Mme Kim Elmslie, de l'Agence de la santé publique du Canada. Je vous souhaite de nouveau la bienvenue parmi nous.

Nous avons également parmi nous Mme Heather Sherrard, vice-présidente des services cliniques de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Je dois dire que c'est un institut de renommée mondiale qui est vraiment très avant-gardiste. Nous sommes très heureux de votre présence.

Nous accueillons aussi Mme Robyn Tamblyn, directrice scientifique de l'Institut des services et des politiques en santé. Nous sommes ravis de vous avoir parmi nous.

Enfin, nous entendrons également le Dr Peter Selby, qui est professeur associé en médecine familiale et psychiatrie à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Nous sommes très heureux de votre présence.

Nous allons tout d'abord entendre le témoignage de Mme Elmslie, de l'Agence de santé publique, qui nous fera un exposé de 10 minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

[Français]

Mme Kim Elmslie (directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada): Madame la présidente, honorables membres du comité, je suis très heureuse d'être ici aujourd'hui pour vous parler du recours à une technologie novatrice pour appuyer la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Comme les membres de ce comité le savent, les maladies chroniques représentent un fardeau significatif pour les personnes, les familles et les fournisseurs de soins, ainsi que pour le système de santé et l'économie du Canada. La majorité des hospitalisations, des incapacités et des décès prématurés sont associés aux maladies chroniques et aux blessures.

À l'heure actuelle, trois Canadiens sur cinq vivent avec au moins une maladie chronique et huit sur dix présentent au moins un facteur

de risque, comme le manque d'activité physique, la mauvaise alimentation, le tabagisme et le surplus de poids ou l'obésité.

La répercussion des maladies chroniques sur l'économie canadienne est d'au moins 190 milliards de dollars par année.

•(1545)

[Traduction]

Comme l'incidence sur la qualité de vie des Canadiens est si considérable, il est important de recourir à une technologie innovatrice pour appuyer la prévention des maladies chroniques.

Mes commentaires d'aujourd'hui seront axés sur le diabète de type 2 et décriront comment nous utilisons une technologie Web pour aider les Canadiens à prévenir cette maladie chronique.

Environ 2,5 millions de Canadiens vivent avec le diabète et plusieurs autres sont atteints de cette maladie sans même le savoir. Le diabète de type 2 est la forme de diabète la plus répandue. Elle représente de 90 à 95 p. 100 de tous les cas de diabète. L'Agence de la santé publique du Canada estime que 5 millions de Canadiens âgés de plus de 20 ans sont présentement prédiabétiques — ce qui représente 1 adulte sur 5. L'agence s'attend à ce qu'il y ait 1 million de nouveaux cas de prédiabète d'ici 2016, et j'ajouterais que cela s'explique par l'augmentation du surpoids et de l'obésité. Ces statistiques sont consternantes. Le prédiabète est l'un des principaux facteurs de risque du diabète de type 2.

La détection et l'intervention rapides constituent une stratégie efficace pour la prévention du diabète. Si nous parvenons à arrêter l'évolution du prédiabète en diabète, nous réaliserons des gains majeurs tant sur le plan de la santé que sur le plan économique. Freiner l'évolution de la maladie passe par la modification des facteurs de risque qu'il nous est possible de modifier. Certains facteurs de risque, comme le vieillissement, l'ethnicité et les antécédents familiaux, ne sont pas modifiables, mais d'autres, comme le surpoids, l'obésité, le manque d'activité physique et la mauvaise alimentation, peuvent être écartés.

Je ne dis pas qu'il est facile de modifier les comportements. Nous savons que ce n'est pas le cas. Et nous savons aussi que les milieux dans lesquels nous vivons peuvent rendre de tels changements encore plus ardues. Cependant, dans toute cette complexité, il existe des outils que nous pouvons fournir aux Canadiens pour les aider à évaluer et à comprendre leurs risques ainsi qu'à recourir aux professionnels de la santé pour demeurer en santé.

Permettez-moi donc de vous expliquer brièvement comment l'Agence de la santé publique du Canada aide les Canadiens à prendre leur santé en main. Nous avons élaboré un outil d'évaluation des risques qui s'appelle CANRISK. Il s'agit d'un questionnaire canadien sur le risque de diabète, validé par des scientifiques, qui s'adresse aux adultes de 40 à 74 ans. Cet outil d'évaluation des risques est fait au Canada. C'est une adaptation de la version finlandaise, mais CANRISK englobe plus de facteurs de risque correspondant au contexte canadien, notamment en matière d'éthnicité, de scolarité et de diabète gestationnel.

L'outil CANRISK est simple et utilise une technologie web qui calcule une cote de risque relativement au prédiabète et au diabète. À mesure que la personne inscrit ses réponses, de l'information sur les modes de vie sains et sur la prévention du diabète apparaît à l'écran. Les répondants reçoivent donc des messages éducatifs précisément au moment où ils songent à leurs risques.

CANRISK avait initialement été annoncé par la ministre fédérale de la Santé en novembre 2011, date à laquelle l'initiative avait été déployée en partenariat avec Shoppers Drug Mart, et Pharmaprix dans la province de Québec. Il s'agissait d'un premier pas important pour rendre cet outil disponible aux Canadiens. Avec la présence de CANRISK dans les pharmacies, les Canadiens peuvent recevoir des conseils et des renseignements additionnels de professionnels de la santé de leur collectivité dignes de confiance. De nouvelles collaborations, qui élargiront la portée de CANRISK, prennent forme.

Afin de faciliter l'usage de cet outil d'évaluation des risques et de répondre aux exigences des praticiens de la santé, CANRISK est disponible dans 11 autres langues et peut être utilisé par les populations ethniques du Canada dont certaines sont plus vulnérables au diabète de type 2. En plus des versions française et anglaise, l'outil d'évaluation CANRISK et le guide connexe sur la prévention du diabète sont disponibles en plusieurs autres langues, dont le chinois, le vietnamien, le coréen, l'espagnol, le pendjabi, et j'en passe. Jusqu'à présent, plus de 51 000 Canadiens ont accédé au questionnaire CANRISK en ligne.

Bien entendu, nous voulons suivre le rythme d'évolution des technologies de télécommunication, et nous avons donc créé une application pour téléphone portable pour cet outil d'évaluation des risques. Comme les professionnels de la santé se tournent de plus en plus vers les technologies mobiles pour accéder aux plus récents guides et outils, un médecin ou un pharmacien peut désormais aider ses patients en temps réel à partir de son lieu de travail. Par exemple, avec notre iPhone de Apple, il est possible de télécharger le questionnaire CANRISK sur le diabète à partir du « App Store » et de l'utiliser gratuitement. Les utilisateurs peuvent ensuite rechercher de l'information additionnelle sur le diabète et ses facteurs de risque et partager l'hyperlien CANRISK avec leurs amis et leur famille au moyen des médias sociaux ou du courrier électronique. Nous planifions aussi la création d'une application pour les appareils Android.

Depuis le lancement de l'application mobile — il y a seulement deux mois environ —, CANRISK a été téléchargé plus de 500 fois, et ce, à partir d'autres pays: la France, la Chine, Hong Kong, la Thaïlande, la Suisse, la Russie, le Royaume-Uni et les États-Unis. Il semble que CANRISK gagne en popularité. Les gens veulent y avoir accès et l'utiliser.

Je tiens à souligner que l'utilisation de CANRISK se répand dans les pharmacies canadiennes. Nous avons débuté par une collaboration avec Shoppers Drug Mart et Pharmaprix, mais CANRISK est

maintenant aussi disponible dans les pharmacies Pharmasave et Rexall. Nous travaillons aussi avec d'autres collaborateurs et espérons que CANRISK sera disponible dans plus de 2 000 pharmacies du pays.

Pourquoi les pharmacies? De plus en plus de pharmaciens sont fréquemment consultés par de nombreux Canadiens. Ils répondent à diverses questions sur la santé, fournissent de l'information fiable et encouragent les gens à adopter des modes de vie plus sains pour éviter les maladies chroniques. Les pharmaciens font partie intégrante des communautés et connaissent les contextes dans lesquels leurs clients vivent. Cette relation continue est importante, car elle permet de répéter les messages concernant les saines habitudes de vie.

● (1550)

[Français]

Je suis fière de vous dire que l'Association des pharmaciens du Canada encourage ses membres à utiliser CANRISK en vue d'en faire l'évaluation, car elle souhaite accroître sa capacité de diffusion de messages de santé publique concernant la prévention du diabète et soutenir les Canadiens dans les mesures qu'ils doivent prendre pour éviter d'être touchés par le diabète de type 2 et d'autres maladies chroniques.

Ainsi, des technologies simples, offertes au bon endroit et au bon moment, avec de l'encouragement et du soutien crédible, sont une composante de notre travail de prévention.

Les partenariats qui appuient les modes de vie sains et qui, conséquemment, écartent les risques de maladie chronique, connaissent présentement un essor au Canada. Ces partenariats rassemblent les secteurs public, privé et bénévole.

L'Agence de la santé publique du Canada encourage donc l'innovation dans le cadre de tels partenariats, dont CANRISK est un bel exemple.

Merci beaucoup.

[Traduction]

La présidente: Je vous remercie beaucoup de vos observations très pertinentes.

Nous allons maintenant entendre Mme Heather Sherrard, de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.

Mme Heather Sherrard (vice-présidente des services cliniques, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa): Je vous remercie de l'occasion que vous me donnez de vous parler un peu de ce que nous faisons pour améliorer les soins aux patients qui souffrent d'une maladie chronique, surtout des maladies du cœur.

Je parlerai des programmes qui existent dans la région d'Ottawa, mais ils ont été mis en place en bonne partie dans d'autres régions et provinces du Canada.

Dans le contexte actuel, nous remarquons une hausse du nombre de patients atteints de maladies chroniques. Nous avons déjà dit que souvent, ils n'en ont pas qu'une seule. En cardiologie, nous constatons que ce sont des maladies de personnes âgées, que ce sont les gens qui vivent dans des collectivités rurales qui en sont le plus atteintes, et souvent, ils ont moins accès aux services et aux spécialistes que leurs concitoyens des milieux urbains. Il y a des enjeux pour ces gens quant aux soins de santé: s'assurer qu'ils reçoivent des soins fondés sur des pratiques exemplaires; les aider à apprendre à vivre et à composer avec leur maladie chronique; fournir de l'aide à leur famille, et il s'agit le plus souvent d'un conjoint âgé qui est également atteint d'une maladie chronique; éviter les situations indésirables, surtout en ce qui concerne les médicaments; leur éviter d'aller à l'hôpital, à moins que ce soit nécessaire; et améliorer leur qualité de vie.

Dans notre région, nous avons élaboré une stratégie de cybersanté novatrice qui nous permet de fournir différents soins de santé en aiguillant les patients vers nos services sans qu'ils n'aient à se déplacer. Il s'agit d'un modèle intégré à trois volets qui fournissent chacun une stratégie de cybersanté visant à répondre aux besoins des patients à mesure que leur maladie évolue. On parle de maladies chroniques et bon nombre d'entre eux se rendront au dernier stade de la maladie.

Le premier volet est la télémédecine. Il s'agit d'un réseau de vidéoconférence à large bande passante. Il nous fournit un autre moyen de poser un diagnostic. Par exemple, nous branchons un stéthoscope électronique au système. Nous pouvons entendre les bruits du cœur de gens qui vivent au Nunavut, par exemple, et poser un diagnostic. Nous pouvons également envoyer des électrocardiogrammes et des rayons X. Cela permet à un cardiologue de l'institut de faire un examen complet du cœur sans que le patient ait à sortir de sa collectivité. C'est un avantage énorme pour la famille et les patients. Ils n'ont pas à se déplacer. De plus, le fournisseur de soins de santé local — qui est habituellement un médecin de famille — peut être présent, de sorte que le plan de soins soit discuté longuement et qu'il soit bien compris par le patient.

Dans le cadre d'une vaste étude effectuée en 2001, l'institut a découvert que l'utilisation de cette technologie permettait aux patients et à leur famille de faire des économies et qu'elle améliorerait l'accès au service. C'est ce qui a mené à la création d'un système provincial en Ontario, l'OTN, qui relie maintenant tous nos hôpitaux. Nous pouvons communiquer avec des hôpitaux de partout au pays et à l'étranger afin de parler des patients.

Nous avons maintenant élargi nos services pour fournir aux patients des services auxquels ils n'auraient accès qu'en milieu urbain. Par exemple, notre programme de réadaptation diffuse ses cours sur l'exercice physique, le régime alimentaire et les modes de vie sains dans les postes de télémédecine de nos hôpitaux partenaires qui n'offrent pas ce type de services. Nous utilisons également ce moyen dans le cadre de visites de suivi pour les patients qui préfèrent ne pas se rendre dans une plus grande ville. Comme dernier service, il peut y avoir des cas complexes qui sont admis dans les hôpitaux dont le diagnostic pose problème au fournisseur de soins de santé local. On installe un poste de télémédecine mobile près du patient et nous l'aidons.

Enfin, nous aidons les familles et les patients à rester en contact lorsque les patients doivent rester à Ottawa pendant une longue période, par exemple. Cela est particulièrement utile pour nos patients du Nunavut. Ils sont isolés socialement pendant qu'ils sont ici, et nous utilisons ces postes pour que les membres de leur famille puissent les visiter.

Le système a des avantages: les coûts de déplacement pour les patients et les familles sont moins élevés, l'accès est meilleur, les gens peuvent rester dans leur collectivité, nous pouvons aider les médecins de famille locaux lorsqu'il s'agit de soins complexes, et le nombre de réadmissions baisse.

De toutes les stratégies dont je vais vous parler, c'est celle qui coûte la plus chère et les choses doivent se faire de façon centralisée. Il faut se rendre à un endroit où il y a un poste de télémédecine, mais on bénéficie de la bande passante la plus élevée et nous pouvons faire un travail des plus minutieux.

Le second volet, c'est notre programme de télémonitorage. Il consiste à utiliser un moniteur portable de taille équivalant à deux livres de beurre. Nous le donnons au patient, qui l'apporte à la maison. Il branche le dispositif dans sa prise de téléphone et ainsi, nous sommes capables de prendre ses signes vitaux de la même façon que nous le ferions à l'hôpital. Nous pouvons donc vérifier la tension artérielle, le pouls, le poids, l'activité électrique dans le cœur, le niveau d'oxygène et la glycémie. Les données sont envoyées à un poste central. Une infirmière peut évaluer les résultats selon des paramètres préétablis. Si les résultats du patient dépassent la norme établie, l'infirmière peut le rappeler et faire des ajustements à ses médicaments ou lui donner des conseils au sujet de son alimentation ou d'autres problèmes.

Le système nous permet également de programmer à l'avance des questions — dans huit langues différentes — que nous posons normalement à un patient. Le patient n'a qu'à répondre « oui » ou « non » en appuyant sur un bouton. On ajoute ainsi un moyen de dépister les symptômes que nous n'avons pas étant donné que nous ne pouvons pas voir le patient.

De plus, une fois par semaine, nous faisons une mise à jour des médicaments pour nous assurer que le patient prend les bons médicaments et que personne ne les a changés par inadvertance. Je peux dire qu'habituellement, nous trouvons un problème à chaque appel.

● (1555)

La gestion des médicaments est importante et doit être suivie de près. La période de contrôle dure habituellement trois mois, et durant ce temps, en plus de vérifier comment vont les choses pour les patients, nous avons un programme d'enseignement prédéfini visant à les aider à apprendre à composer avec leur maladie. Dans la région d'Ottawa, nous avons 150 moniteurs; 90 sont à l'Institut de cardiologie. Les 60 autres ont été envoyés à des hôpitaux de la région de sorte qu'ils puissent les fournir à des patients. Je le répète, ils n'ont pas à se déplacer en ville pour obtenir le service.

Puisque nous utilisons un réseau de téléphonie régulier, nous envoyons des moniteurs à des patients partout au Canada. En effet, nous voyons des patients de partout au pays, et nous sommes en mesure d'utiliser cet outil parce qu'il ne suffit que de le brancher au réseau de téléphonie. Lorsque c'est terminé, les patients n'ont qu'à nous le renvoyer par autobus.

Nous utilisons ces outils depuis bon nombre d'années, et voici ce que nous avons découvert. Selon les statistiques, les patients adoptent davantage des pratiques exemplaires. Le taux de réadmission est plus faible. On n'a plus besoin d'intervenir auprès des personnes âgées ou des gens de plus de 85 ans et ils sont tout à fait capables d'utiliser le système. Il y a un taux de satisfaction élevé par rapport aux patients et aux médecins de famille. Par comparaison, une infirmière qui travaille dans un centre comme le nôtre peut s'occuper de trois ou quatre patients et parfois jusqu'à six patients. Les infirmières qui utilisent ces outils examinent 30 patients à la fois. Un moniteur coûte 5 000 \$. La réadmission coûte 7 000 \$ en moyenne. Au cours de la première année, nous avons économisé 340 000 \$ en un an grâce à cette technologie.

Le troisième volet concerne un système automatisé d'appels et la stratégie a été élaborée à moyen ou à long terme. Dans le cadre de ce programme, nous administrons cinq services, mais je ne vais parler que de celui qui concerne les crises cardiaques. Nous collaborons avec une entreprise de la région, et nous n'utilisons qu'un simple système automatisé d'appels. Des cliniciens préparent une série de questions similaires à celles qu'ils poseraient à un patient au cours d'une visite de suivi. On appelle le patient périodiquement et il répond à des questions. Sa réponse vocale est reproduite dans le système sous forme de texte. L'infirmière peut voir que le patient a répondu « oui » ou « non » à la question, et si elle voit une mauvaise réponse — un patient peut avoir cessé de prendre un médicament —, elle l'appelle pour savoir ce qui se passe.

Les cinq services sont séparés et sont reliés à différentes maladies et à l'état de santé des patients. De toutes les stratégies, c'est celle qui engendre le moins de coûts et qui a la plus grande portée. La personne reçoit un appel téléphonique. Par exemple, il arrive souvent que les patients qui ont fait une crise cardiaque cessent de prendre leurs médicaments dès qu'ils se sentent mieux. C'est un énorme problème puisque ces médicaments les empêchent de faire d'autres crises cardiaques. On appelle les gens au moyen du système quatre jours après leur retour à la maison et après un, trois, six, neuf et douze mois. Leurs médicaments ont été enregistrés dans le système, et on leur demande simplement s'ils continuent de prendre tous leurs médicaments. Si un patient répond qu'il a cessé de les prendre, une infirmière l'appellera et collaborera avec lui et son médecin de famille pour qu'il reprenne les médicaments.

Encore une fois, l'efficacité de ce système a été évaluée. Nous venons de terminer un essai contrôlé randomisé sur 600 patients qui reçoivent l'appel et 600 autres qui ne le reçoivent pas. Les statistiques nous montrent que les patients qui ont reçu l'appel automatisé sont davantage portés à adopter des pratiques exemplaires à la fin d'une année. De plus, ils risquent moins d'être réadmis dans un hôpital au cours de l'année.

L'avantage pour les patients, c'est que leur transition de l'hôpital à la maison se fait plus en douceur. Nous pouvons les soutenir et les rassurer davantage pendant qu'ils apprennent à vivre avec leur maladie. Nous sommes en mesure de cerner des problèmes et d'intervenir plus rapidement et il n'y a ainsi plus d'obstacle géographique aux soins. Le système a été utilisé par des patients de partout au Canada, et il est mis en place dans d'autres établissements de l'Ontario et dans d'autres provinces.

Enfin, lorsque la technologie de la cybersanté est bien mise en place, elle peut être utilisée pour mieux gérer cliniquement les patients et mieux soutenir leur famille. On élimine les obstacles liés à la distance, à l'inégalité des ressources, à l'âge et aux disparités régionales. Cela ne coûte pas cher si l'on compare aux coûts des soins hospitaliers, et les patients peuvent rester plus près de chez

eux. Les patients sont très satisfaits de ces systèmes et les personnes âgées ne semblent pas avoir de difficultés à les utiliser.

En terminant, je veux dire que le choix du type de technologie à adopter doit dépendre des besoins cliniques des patients. C'est pourquoi nous avons trois volets. Lorsqu'elles sont mises en place de façon novatrice, certaines des technologies les moins chères donnent les meilleurs résultats.

Merci.

• (1600)

La présidente: Merci beaucoup.

Je cède maintenant la parole à Mme Robyn Tamblyn.

Mme Robyn Tamblyn (directrice scientifique, Institut des services et des politiques en santé, Instituts de recherche en santé du Canada): Je voudrais remercier le comité de m'avoir invitée. Je suis vraiment ravie de pouvoir vous parler de l'utilisation des technologies pour appuyer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

Comme mes collègues l'ont dit, je pense que nous sommes tous conscients que la population du Canada vieillit, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays. Pour l'essentiel, nous faisons maintenant face à une situation où un grand nombre de gens sont atteints de maladies chroniques avec lesquelles ils doivent composer pendant longtemps, ce qui inclut les cancers. Nous avons donc dû moderniser et repenser la façon dont nous fournissons les soins de santé. Cela ne se fait pas dans un service d'urgence ou de soins actifs.

La plupart des pays qui ont fait beaucoup de progrès ont investi dans la création d'un système de soins de santé primaires axé sur la collectivité très différent. Les IRSC, en collaboration avec leurs partenaires des provinces et des territoires, ont investi dans l'innovation des services de première ligne. Je pense que c'est très stimulant.

L'un des éléments qui nous permettra de faire des changements plus rapidement, c'est une bonne utilisation de la cybertechnologie dans le cadre de ces nouveaux modèles de prestation des soins. Mes collègues ont donné des exemples des choses merveilleuses qui peuvent être accomplies. Je pense que c'est vraiment à cet égard que nous pourrions voir une métamorphose et fournir les soins d'une manière qui aurait été impossible auparavant, à moindre coût, plus rapidement et d'une meilleure façon. C'est dur à croire. Nous ne sommes pas encore Walmart ou Amazon.com, mais nous pourrions vraiment changer en profondeur la façon dont nous fournissons les soins, de sorte que l'expérience des patients s'améliore.

Au Canada, je crois que nous pourrions faire de grands pas dans deux domaines, soit la télésanté et les télésoins à domicile, non seulement dans les régions rurales et éloignées, mais même au centre-ville de Toronto. Nous pourrions peut-être suivre de près ce qui se passe à domicile, de sorte que les gens n'aient pas à se rendre aux hôpitaux du centre-ville de Toronto.

Pour voir comment nous pourrions réaliser cela au Canada, les IRSC ont commencé à financer des subventions servant de catalyseur, simplement en maîtrisant les choses. Des projets très stimulants ont été entrepris, et je pense que c'est parce que nous avons des chercheurs talentueux et du personnel hautement scolarisé incroyablement créatifs qui sont très irrités par la situation et qui veulent faire mieux. Je pense que c'est une période fascinante.

Dans ce petit volet — et il ne s'agissait pas d'un investissement énorme —, un certain nombre d'exemples remarquables de choses ont amélioré l'expérience que vit le patient. Par exemple, des chercheurs de l'Hôpital pour enfants ont créé un nouveau système de mentorat et de soutien par les pairs pour les adolescents atteints d'arthrite juvénile. C'est une maladie très rare. Il serait impossible de réunir des enfants dans une salle — âgés de 8, 10 ans, etc. — pour qu'ils puissent partager leur expérience. C'est maintenant possible grâce aux réseaux sociaux et à la technologie.

De même, ils ont créé un nouvel outil de communication en ligne pour les adolescents qui combattent le cancer. Les adolescents — contrairement à nous —, aiment envoyer des messages texte, et ils ont donc créé ce nouvel outil avec leur équipe de façon géniale. Ce n'est pas génial d'avoir le cancer, mais c'est une façon géniale d'avoir accès à des soins de santé plus rapidement.

Une équipe de l'Université McGill a créé un programme de promotion de la cybersanté destiné à la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Non seulement cela incite les gens à le faire, mais c'est une façon pour les gens qui participent au programme de suivre leurs progrès, de constater la réduction de leur tension artérielle, de leur poids, etc.

Un petit investissement a mené à des projets très intéressants, et nous savons donc que ce n'est pas le talent et le potentiel qui manquent. Maintenant, du côté du financement, la question qui se pose est la suivante: comment faire pour accélérer les progrès? Comment faire en sorte que le Canada soit un chef de file, tout comme nous le prétendons pour la télésanté, par exemple?

En examinant les choses, nous pouvons constater que nous avons besoin d'un système d'innovations scientifiques et technologiques performant. Il faut harmoniser ce qui se fait dans l'industrie, la recherche et les soins cliniques. Il faut que les trois volets concordent.

Au cours de la dernière année, nous avons examiné ce qui se fait en Israël, car c'est le chef de file dans le domaine. Nous avons tiré un certain nombre de leçons de notre visite. Il nous faut vraiment avoir les bonnes personnes — et je pense que c'est le cas —, avoir un programme scientifique sectoriel entre l'ingénierie, les sciences sociales et la santé, et établir des liens avec les industries qui pourraient créer une très grande capacité à cet égard.

Je suis tout simplement enchantée d'entendre ce que dit Heather, car c'est exactement le genre de choses qui pourraient vraiment se produire, à notre avis.

• (1605)

Je vais maintenant parler de la direction à prendre et des trois domaines dans lesquels nous pensons pouvoir faire des changements importants en peu de temps. Il y a tout d'abord l'idée d'accroître la capacité des gens de prendre en charge leur maladie, grâce à des portails, par exemple. Il s'agit d'utiliser la technologie pour donner aux gens les moyens de gérer leurs maladies chroniques. Cela inclut d'entrer en contact avec les services de première et de deuxième ligne par leur dossier médical ou par la communication Web; mettre au point des algorithmes de surveillance intelligents, de sorte que, par exemple, lorsqu'on surveille le glucose, le poids et la tension artérielle, des algorithmes informatisés indiquent que la personne est dans une situation problématique et qu'il faut prendre certaines mesures, ce qui est similaire à la façon dont on utilise le système d'enregistrement vocal interactif pour faire le suivi de ce genre de choses; et fournir un soutien personnel et social et des réseaux sociaux innovants aux gens atteints de certaines maladies, non seulement au Canada, mais partout dans le monde. Nous avons

vraiment de très bons exemples, comme PatientsLikeMe, qui aide les gens atteints de SLA, qui est une maladie très rare. Ils ont ainsi un moyen de partager ce qu'ils vivent.

Pour ce qui est du deuxième domaine dans lequel nous croyons qu'il sera possible de faire quelque chose d'absolument nécessaire et de très créatif, il s'agit de recourir à des outils d'aide à la prise de décision anticipée pour les soins individualisés — qui sont destinés aux professionnels de la santé pour qu'ils puissent faire la bonne chose au bon moment pour la bonne personne — et de ne pas cibler la moyenne, mais d'indiquer au patient que les gens comme lui, avec les priorités X, qui veulent voir tels résultats dans une période de temps X et qui ont tel profil génotypique, devraient faire telle chose.

Si l'on prend l'exemple des antidépresseurs, la moitié des premiers antidépresseurs utilisés ne fonctionnent pas. À l'heure actuelle, on ne peut pas prédire pour quelles personnes certains antidépresseurs fonctionneront ou ne fonctionneront pas. Bientôt, nous serons en mesure de le faire. Il s'agit ensuite de savoir comment on fournit cela au point de services — au patient, au pharmacien, au médecin qui prescrit les médicaments.

C'est le second domaine.

Le troisième domaine intéressant concerne la population et la surveillance du système de santé. Le Canada se distingue à cet égard. Nous avons un système de soins de santé et des programmes sociaux, un grand nombre de données sur la population, et nous avons montré que nous pouvons les utiliser pour évaluer les variations dans la pratique, les risques et les bienfaits des médicaments et les épidémies et les éclosions de maladies infectieuses. Nous pourrions aller beaucoup plus loin.

L'analyse de données volumineuses, comme dans le secteur privé, pourrait se faire dans le secteur des soins de santé, ce qui pourrait changer considérablement notre façon de faire les choses. Il y aurait plus de renseignements à gérer au moment opportun. Par exemple, on saurait si le taux de vaccination baisse dans certaines régions, et le corollaire — une éclosion de rougeole ou encore pire, de polio — pourrait être su à l'instant et non deux, trois ou quatre mois plus tard, comme dans la tragédie de Walkerton. Il y a donc des possibilités à cet égard.

Nous sommes d'avis qu'il faut adopter un point de vue global, de sorte que nous partagions l'expérience, les innovations et que nous participions au marché, dans lequel le Canada peut intégrer ses innovations. Nous pensons que c'est un aspect important.

De plus, le Canada se distingue dans sa capacité de gérer un système de soins de santé à payeur unique. Les pays à revenu faible ou intermédiaire veulent suivre la même voie. Nous avons le talent qu'il faut. Nous pourrions créer les outils leur permettant de le faire également.

Nous sommes confrontés à des difficultés. L'une d'entre elles qui est selon moi très importante pour nous, c'est la capacité d'utiliser les données compilées par les divers secteurs afin d'apporter de nouvelles connaissances et de surveiller l'évolution des choses dans les soins de santé. Nous n'avons pas bien réglé certaines questions relatives au respect de la vie privée. Nous sommes préoccupés par les données qui traversent les villes, les régions, les provinces et même la nation, et c'est donc un obstacle.

Le Canada, qui a déjà été un chef de file dans le domaine, perd maintenant du terrain, car nous n'avons pas de cadre stratégique nous permettant de bien gérer ce moyen d'accéder aux gestionnaires du système de soins de santé et aux chercheurs et de fournir les renseignements du point de service à des citoyens qui ont besoin de les avoir sur le champ et non plus tard. Je pense qu'il existe des solutions, et nous espérons poursuivre dans cette voie dans un effort de collaboration. J'ai hâte d'entendre vos commentaires et vos suggestions à cet égard.

Enfin, permettez-moi de mentionner que nous croyons que l'initiative liée à la cybersanté se marie bien à la stratégie relative à la recherche axée sur le patient, qui consiste à tenter de transformer la façon dont nous relient la recherche à la base du système de prestation des soins et de changer les résultats, non pas lorsque l'étude est terminée, mais au fur et à mesure qu'on accumule les connaissances. Je pense que c'est l'une des choses les plus intéressantes que nous faisons. Ce sera dans le secteur des soins de santé primaire axés sur la collectivité et de la santé mentale, que nous considérons comme des priorités stratégiques, et nous examinons d'autres secteurs dans lesquels nous pensons que le Canada peut exceller.

• (1610)

Nous croyons que c'est un pas dans la bonne direction. Nous avons créé un groupe consultatif international composé de représentants de petites et moyennes industries, de chercheurs, d'éminents cliniciens et de bailleurs de fonds de partout dans le monde afin de comprendre comment nous pouvons agir ensemble.

Je vous remercie beaucoup de votre attention. J'ai hâte de répondre à toutes vos questions.

La présidente: Merci beaucoup. Nous avons hâte de vous poser des questions sur les sujets que vous avez abordés.

Nous voulons maintenant entendre le Dr Peter Selby. Allez-y, s'il vous plaît.

Dr Peter Selby (professeur associé, Médecine familiale, psychiatrie et Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, à titre personnel): Merci.

Madame la présidente, mesdames et messieurs les députés et autres participants, merci de me donner le privilège de vous parler de ce sujet très important, qui me tient beaucoup à coeur.

On m'a demandé de parler de la manière dont les innovations technologiques peuvent être utilisées pour aider à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. Il est très difficile de parler après mes collègues, qui ont présenté divers aspects avec beaucoup d'éloquence. J'espère pouvoir vous fournir d'autres éléments d'information dans la même veine. J'ai fourni un mémoire qui, je l'espère, vous sera utile pendant vos travaux.

J'ai deux messages à vous transmettre aujourd'hui. Le premier, c'est que nos comportements de santé — ce que nous faisons — sont déterminés par divers facteurs interactifs et contradictoires, notamment sur les plans environnemental, social, géographique, économique, familial et biologique, qu'il s'agisse de notre propre capital génétique ou de ce que l'environnement en a fait — ce qu'on appelle l'« épigénèse ».

Il faut comprendre notre comportement actuel sous l'angle du développement du cerveau, et ce, depuis avant notre naissance jusqu'à aujourd'hui. Notre cerveau détermine comment nous envisageons et ressentons les choses de même que comment nous agissons. Nos actions d'aujourd'hui — surtout nos habitudes — sont déterminées par nos premières expériences ainsi que par les

possibilités et les restrictions de notre environnement, qui contribuent à déterminer si nous agissons sainement ou non.

Voilà le premier message. Le deuxième, c'est que les progrès technologiques sur le plan des produits, des pratiques, des politiques et des communications — grâce à des choses comme les médias sociaux — sont des armes à deux tranchants. Ils peuvent créer des problèmes de santé en nous exposant à des messages préjudiciables et en nous rendant plus sédentaires, ou alors nous pousser fortement à prendre des mesures concrètes sur le plan personnel, familial ou communautaire. Toutefois, il faut promouvoir l'utilisation de ces technologies et les situer dans le contexte plus large des interventions visant à promouvoir des changements de comportements de santé, plutôt que de manière isolée.

Jamais auparavant la société n'a-t-elle connu un bouleversement aussi radical sur le plan du mode de vie. Pensez-y: au cours des 50 dernières années, nous avons vécu un grand chambardement, partant de l'économie d'autrefois, où la plupart des gens étaient payés pour dépenser leur énergie, à l'économie du savoir d'aujourd'hui, où nous devons déboursier de l'argent pour dépenser notre énergie. Je trouve ironique de me rendre au club de gym et d'acheter la carte de membre pour pédaler sur un vélo stationnaire dans le seul but de faire pomper mon coeur, pour ensuite rentrer à la maison bien calé dans ma voiture. Voilà ce qui a changé. Nos ancêtres n'ont jamais fait cela, j'en suis certain. Quand ils nous regardent de là-haut, ils doivent bien se demander ce que diable nous faisons.

Nous avons également apprivoisé la production et la distribution de la nourriture de manière à ce que celle-ci ne coûte pas cher, soit remplie de calories et puisse être facilement consommée à volonté, en beaucoup plus grande quantité que ce dont nous avons besoin. Qu'est-ce que cela donne?

Par ailleurs, la consommation de tabac et d'alcool est endémique et entraîne bien des problèmes de santé et des morts prématurés. De plus, malgré tout ce que nous possédons, les pressions de la vie moderne font en sorte que nous sommes plus stressés et avons moins de temps pour dormir. Pris ensemble, les progrès successifs nous prédisposent davantage à des maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardiaques et la dépression, entre autres.

Nous serons bientôt confrontés à une crise budgétaire du fait que la plupart de nos ressources en soins de santé seront consacrées aux maladies chroniques — soit environ 83 milliards de dollars en 2005 et, à mon avis, beaucoup plus maintenant, comme vous l'avez mentionné, Kim.

La bonne nouvelle, c'est qu'étant donné que notre système de soins de santé — maintenant dans la quarantaine — prend de la maturité, il souffre un peu moins de myopie et commence à regarder vers l'avenir. Nous pouvons donc commencer à nous pencher un peu plus sur la prévention, comme il se doit.

En outre, de plus en plus de gens sont bien informés au sujet de la santé et des comportements de santé, mais, de toute évidence, pas en nombre suffisant pour éviter le tsunami de maladies chroniques qui nous frappera de façon exponentielle, comme Kim vient de le dire en parlant du diabète.

Comme beaucoup d'autres l'ont fait avant moi, j'ai identifié les principaux comportements modifiables qui engendreraient environ 200 maladies chroniques et priveraient les gens de sept années de vie, du moins en Ontario. Souvent, ces comportements sont observés chez une même personne et dans une même collectivité. Selon bon nombre de chercheurs réputés, ces comportements ne se présentent pas seulement isolément; étant contagieux sur le plan social, ils ont tendance à être prévalents dans certaines communautés.

•(1615)

Si, en tant que société, nous nous attaquons à la consommation de tabac, à la consommation excessive et dangereuse d'alcool, à la mauvaise nutrition — y compris la consommation excessive de sel —, à l'inactivité physique, au stress et à l'insomnie, nous réduirons la prévalence des maladies et prolongerons la durée de vie en santé des gens — non reliés à un respirateur — d'approximativement trois années et demie. Pris ensemble, je les appelle les six objectifs santé. Si nous nous efforçons de promouvoir ces changements dans l'ensemble du pays, nous pourrions régler des problèmes comme l'obésité, les maladies cardiaques, le cancer, les maladies pulmonaires, la maladie d'Alzheimer et le diabète, pour ne nommer que quelques-unes des maladies que nous tentons actuellement d'enrayer séparément.

Que pouvons-nous faire pour sensibiliser tous les Canadiens? Évidemment, nous sommes conscients des variations dans l'état de santé des gens selon qu'ils vivent en ville ou en milieu rural, du fossé observé entre les diverses couches de la société, de la mauvaise distribution des ressources en soins de santé au pays et du fait que nous n'aurons jamais assez de ressources humaines pour promouvoir la santé seul à seul. Il faut intervenir sur le plan politique pour promouvoir la santé, comme taxer certains produits, réduire l'attrait de certains comportements malsains et en limiter le libre cours et, comme je l'ai dit, sensibiliser les gens aux six objectifs santé. Ces mesures nous aident tous à faire les bons choix.

Il existe d'autres façons d'améliorer nos connaissances en matière de santé et de nous équiper pour améliorer notre santé. C'est sur ce plan que je considère que la technologie peut jouer un rôle, en nous incitant à prendre des mesures que nous savons qu'il faut prendre.

En gros, si l'on se penche sur ces six comportements à risque, on peut prendre un recul et se demander qu'est-ce qui est au cœur, soit le facteur déterminant, de ces comportements; voilà ce qu'il faut changer. Bien sûr, nous pouvons modifier nos comportements par nous-mêmes, mais certains produits peuvent nous donner un coup de pouce. Par exemple, certaines innovations peuvent nous aider à réduire les conséquences néfastes de produits — comme des rappels de médicaments visant à arrêter des comportements malsains ou des produits plus sains contenant peut-être moins de sel ou de sucre. De bons exemples d'innovations à surveiller attentivement en ce moment sont les cigarettes électroniques. Tout à coup, ces produits ne contiennent pas la plupart des carcinogènes ou des produits chimiques causant le cancer. Nous devons les analyser. Nous devons être en mesure de les développer. Nous devons mettre l'accent sur cette technologie qui élimine vraiment ce qui est nuisible des cigarettes, et nous devons prouver que cela fonctionne. Il faut faire des études scientifiques. Nous devons investir dans des études de ce genre pour éviter que ces produits ne se répandent sur le marché et ne créent plus de mal que de bien. Par ailleurs, il nous faudra peut-être envisager des innovations qui nous pousseront à bouger davantage ou à faire de meilleurs choix alimentaires. Toutefois, les développements les plus importants qui aient été publiés et dont je vais parler sont les technologies des communications, visant à promouvoir et à faciliter les modifications de comportement. En général, il s'agit de rappels.

Chose très intéressante, notre cerveau est le seul organe à externaliser ses fonctions. Votre cœur ne dit pas « Je ne bats pas bien et je vais trouver une machine qui m'aidera à le faire »; c'est ce qu'on appelle une maladie. Or, notre cerveau emmagasine constamment les informations et les sauvegarde sur un BlackBerry, ou autre chose, pour nous aider à nous en rappeler. Nous faisons donc appel à beaucoup d'outils pour nous aider à nous souvenir d'une chose qui

pourrait nous aider. Les technologies des communications peuvent nous aider à vérifier notre poids et notre glycémie, à compter le nombre de calories, à réduire la quantité d'alcool consommée ou même à arrêter de fumer. Tout cela peut être fait grâce à des sites Web, des réseaux sociaux, des outils Internet, des jeux vidéo et des applications téléchargeables sur un cellulaire, qui sont donc fonctionnelles sans connexion Internet active.

Cette explosion d'intérêts est due au développement, à la portée et à l'adoption des technologies d'Internet et des technologies mobiles, qui ont amélioré la communication au sein de la société, même entre des gens qui ne se connaissent pas. Les communautés en ligne constituent de puissants réseaux qui se forment, se reforment et se démantèlent continuellement. Elles reflètent souvent des réseaux du monde réel sans, toutefois, les barrières géographiques et socio-économiques. En d'autres mots, potentiellement, les membres de ces communautés ont accès à un réseau de connaissances. Cette circulation d'information peut se faire très rapidement, mais nous devons trouver des moyens de la faciliter. Par exemple, l'initiative du réseau à large bande a amélioré l'accès Internet dans les régions éloignées du Canada. Il est donc plus facile d'atténuer l'inégalité d'accès à des renseignements fondés sur des données probantes en vue de prendre des mesures concrètes pour améliorer sa santé.

Selon Statistique Canada, au moins 80 p. 100 des foyers canadiens avaient accès à Internet en 2010. Deux tiers d'entre eux l'utilisaient pour chercher des informations sur la santé, et les chiffres augmentent exponentiellement, surtout dans des régions rurales et chez les femmes.

•(1620)

Il y a plus de 20 millions d'utilisateurs de cellulaires au Canada, dont 6 millions et demi possèdent un téléphone intelligent — la moitié de ceux-ci s'en servant pour accéder à Internet. L'utilisation d'applications téléchargées constitue l'activité Internet la plus populaire et, chaque mois, 85 p. 100 des abonnés aux téléphones intelligents téléchargent une application. Selon Quinn Street, le nombre d'applications mobiles relatives à la santé a presque doublé à l'échelle mondiale, passant de 124 millions en 2011 à 247 millions en 2012.

Nous savons que malgré le fait que les jeunes sont plus susceptibles d'utiliser leurs cellulaires, les personnes plus âgées commencent également à s'en servir, alors nous ne devrions pas sauter à des conclusions en ce qui concerne l'âge. La tendance ne peut aller qu'en s'amplifiant. Je ne pense pas que j'arrêterai d'utiliser mon téléphone intelligent en vieillissant.

La présidente: Je suis désolé, mais vous avez largement dépassé votre temps de parole. Pourriez-vous conclure maintenant, docteur?

Dr Peter Selby: Je vais conclure en parlant des preuves, qui sont irréfutables. Bon nombre de publications en donnent un aperçu. Les applications poussent au changement et les gens s'en servent. Cependant, il faudrait faire en sorte qu'elles puissent fournir une prestation virtuelle de certains des soins de santé que le système offre en ce moment, afin d'inciter les gens à mener une vie plus saine.

La présidente: Merci, docteur Selby.

Je vous remercie tous pour vos observations perspicaces.

Passons maintenant à la période de questions et réponses, d'une durée de sept minutes. Commençons par Mme Sellah.

[Français]

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

Tout d'abord, je veux remercier les témoins qui sont ici avec nous de nous éclairer un peu sur l'innovation, les répercussions sur la promotion de la santé et, éventuellement, sur le système canadien de santé.

On sait que le vieillissement de la population et l'incidence de maladies chroniques seront un fardeau considérable pour le système canadien de soins de santé. J'ai écouté avec attention ce que Mme Elmslie a dit à propos de l'expérience qui a été faite dans le cadre de CANRISK. Je trouve cette approche géniale et je sais qu'elle est prometteuse. Cependant, dans l'état actuel des choses, je m'inquiète pour certaines générations. Comme l'a bien souligné le Dr Selby, ce ne sont pas toutes les générations qui suivent l'évolution de l'informatique. Je peux moi-même en témoigner, étant donné que mon fils est meilleur que moi dans ce domaine.

Certaines nouvelles technologies servant à appuyer la gestion des maladies chroniques peuvent constituer des obstacles pour les patients parce qu'elles exigent que ces personnes connaissent un peu l'informatique et qu'elles aient accès à des ordinateurs ou autres technologies numériques. Cet obstacle a été qualifié de « fracture numérique ». Cette dernière touche en outre le statut économique des patients. En effet, certaines technologies peuvent comporter des coûts pour eux, notamment les frais d'accès à Internet ou l'achat d'un téléphone intelligent.

Diriez-vous, d'après votre expérience en ce qui a trait aux innovations que vous connaissez, que les patients doivent connaître l'informatique pour pouvoir faire usage de ces technologies?

Les patients doivent-ils assumer les coûts préalables à l'usage de ces applications? Dans l'affirmative, quelle est, s'il y a lieu, l'aide financière offerte aux patients à faible revenu?

• (1625)

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait répondre à cela?

Madame Sherrard.

Mme Heather Sherrard: Nous faisons beaucoup pour les aînés. Ils utilisent Internet, mais beaucoup d'entre eux ne maîtrisent pas encore les applications. Ils aiment beaucoup les dispositifs qui se placent sur leur petit abat-jour. Ils les consultent, ils les utilisent et ils sont convaincus. Ils aiment aussi l'outil qu'il suffit de brancher au téléphone. S'ils ont une fiche mâle, ils peuvent s'en servir.

Étant donné que notre programme en particulier permet de faire d'énormes économies, nous fournissons cet outil et payons pour les frais d'interurbain des appels, qui sont minimes car il leur faut à peine quelques secondes pour récupérer leurs données. Nous économisons donc beaucoup d'argent tout en offrant un service gratuit.

Il en est de même pour les appels automatisés. Chose intéressante, les hommes de 45 ans ayant subi une crise cardiaque sont ceux qui aiment le moins utiliser ces appels — ce qui n'est pas surprenant —, mais il leur faudra s'y mettre. Toutefois, de façon générale, les gens aiment ces systèmes parce qu'ils sont très faciles à utiliser. Nous surveillons l'évolution des choses, et à notre avis, d'ici cinq ans, nous commencerons à développer des applications pour les gens qui ont maintenant 55 ans et qui sont susceptibles d'être un jour atteints d'une maladie cardiaque, dans l'espoir qu'ils voudront s'en servir. Le groupe que nous étudions en ce moment n'en veut pas, mais nous continuons de surveiller leur évolution. Ils veulent des téléphones intelligents et n'ont pas encore l'habitude d'un appareil qui surveille leur état de santé.

[Français]

La présidente: Madame Tamblyn, vous avez la parole.

[Traduction]

Mme Robyn Tamblyn: C'est un domaine très intéressant. Il est fascinant de voir le fossé numérique se refermer, essentiellement, et de constater aussi que de plus en plus d'aînés utilisent les technologies.

S'il y a un domaine où l'on peut innover, c'est celui-ci: l'élément humain, que l'on néglige. Quand on y pense, les premiers ordinateurs étaient horribles à utiliser, n'est-ce pas? Puis, tout est devenu si simple qu'il n'était pas nécessaire de comprendre. Même chose pour les autos. Les autos étaient compliquées au début, mais maintenant, tout est informatisé. On ne sait pas ce qui se passe ni même pourquoi, mais ça fonctionne.

Je pense que nous pouvons mettre au point des appareils faciles à utiliser pour les aînés. C'est un point sur lequel il faut insister. Vous enfîlez un manteau, votre manteau informatique, et il vous scanne et transmet l'information sur un réseau sans fil. Vous n'avez à vous soucier de rien. Vous enfîlez simplement le manteau, c'est tout. On peut penser à bien des façons créatives pour la science de rendre le tout plus convivial. Je pense qu'on peut exercer des pressions en ce sens.

Le deuxième élément, c'est le coût. Le coût au Canada est très différent de ce qu'il est dans d'autres pays, alors je crois qu'il faut se donner des politiques, dans une certaine mesure, pour établir le coût, accroître la concurrence, etc. Comme Heather l'a mentionné, dans certains cas, même si le prix est plus élevé ici qu'ailleurs, il est rentable d'investir dans la technologie, car cela coûtera plus cher si nous ne le faisons pas.

• (1630)

La présidente: Je pense que le Dr Selby a aussi quelque chose à dire.

Dr Peter Selby: Je pense tout simplement que ces innovations sont nécessaires, mais une façon pour nous de réduire le fossé... De toute évidence, il faut avoir accès à la technologie, par exemple dans les bibliothèques, les centres de soins de santé, et cela peut certainement aider. En renforçant l'alphabétisation, bien sûr cela prend un peu de formation, mais comme Mme Tamblyn l'a mentionné, il faut examiner l'interface et s'assurer que les gens pourront l'utiliser.

On en a fait l'expérience dans ma famille. Ma mère, qui a 88 ans, utilise un iPad. Il est fascinant de voir à quel point elle l'utilise, et cela lui donne un accès que je n'aurais pas soupçonné. Donc oui, je pense que cela est nécessaire.

La présidente: Nous allons avoir un dernier commentaire de Mme Elmslie. Il ne reste que 30 secondes.

Kim, allez-y, s'il vous plaît.

[Français]

Mme Kim Elmslie: Merci beaucoup.

Dans le cas de CANRISK, c'est le pharmacien qui joue le rôle d'intermédiaire entre le patient et la technologie. C'est le patient qui décide s'il veut utiliser la technologie. S'il choisit de le faire, c'est parfait, mais il y a quelqu'un qui l'aide. C'est très important.

Mme Djauouda Sellah: C'est ce que je voulais mentionner. Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci.

C'est maintenant au tour de M. Carrie.

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

Je tiens à remercier les témoins de leur présence aujourd'hui. Je pense que cette étude est très intéressante.

J'aime bien ce qu'a dit le Dr Selby. Je pense que je fais partie de ces gens qui se rendent au gym en voiture, pédalent, puis reprennent leur voiture pour rentrer, mais je pense aussi que trop de mes amis ont fait des arrêts aux stands de ravitaillement pour prendre un verre, manger des ailes de poulet et fumer un cigare.

Des voix: Oh, oh!

M. Colin Carrie: Vos commentaires au sujet des différentes applications ont vraiment piqué mon intérêt. Vous avez réalisé de nombreux travaux sur la toxicomanie. Y a-t-il des applications que vous recommanderiez? Je me pose la question par simple curiosité parce que vous avez dit qu'il y en avait vraiment beaucoup.

De même, madame Elmslie, est-ce que Santé Canada en recommande certaines, au comité notamment, afin que nous puissions diffuser l'information? Il semble que ce soit une façon extraordinaire de gérer certaines maladies chroniques, et bien des gens ne sont pas au courant.

J'aimerais avoir votre opinion sur ce point, docteur Selby, et vous aussi peut-être, madame Elmslie.

Dr Peter Selby: Oui. Nous avons donné quelques exemples dans le mémoire pour diverses habitudes liées à la santé, et nous avons aussi parlé de quelques applications que nous avons conçues, étudiées et documentées. Toutefois, quand on examine le tout avec un peu de recul, on constate qu'il faut de meilleures évaluations. À l'heure actuelle, c'est à l'acheteur de se méfier, car il est difficile de différencier les bons produits des mauvais. Je pense qu'il faut trouver une façon d'aider les consommateurs à faire un choix éclairé.

Il y a environ 10 ans, nous avons effectué une étude sur tous les sites Web dans le monde — à l'époque, il n'y avait pas d'applications — et on mettait au point une méthode pour leur attribuer une cote en fonction du contenu, de la facilité d'utilisation, de leur vocation scientifique. Je pense que c'est encore nécessaire. Le problème, c'est qu'au moment de sa publication, l'étude est déjà dépassée, et il faudrait trouver une façon ingénieuse d'arriver à tenir tout cela à jour.

M. Colin Carrie: Y a-t-il quelqu'un qui le fait quelque part dans le monde?

Dr Peter Selby: Une façon pour les gens de le faire maintenant — et la principale —, c'est l'externalisation ouverte. Plus les gens utilisent quelque chose, plus sa visibilité s'accroît. L'optimisation des moteurs de recherche est une façon de le faire.

Internet est beaucoup moins hiérarchisé que la société, et les autorités dans le domaine de la santé n'ont pas autant de poids que les individus. Il faut prêter attention à cela. Le sceau d'approbation d'un organisme n'est pas nécessairement garant de l'adoption d'un produit. Cela dépend vraiment de ce que les gens en pensent.

M. Colin Carrie: Merci.

Madame Elmslie, allez-y.

Mme Kim Elmslie: J'aimerais insister sur ce que Peter a dit, à savoir qu'il faut veiller à ce que toute application utilisée par la population repose sur une base scientifique. Par exemple, l'Agence de la santé du Canada recommande, bien sûr, CANRISK parce que nous l'avons conçue et nous savons sur quelle base scientifique elle repose. Nous ne recommandons pas les autres applications pour la raison que vient de mentionner Peter. Je pense qu'il faut qu'il y ait

beaucoup plus de recherches pour savoir sur quelles bases reposent ces applications. Nous devons nous assurer qu'elles ne font pas plus de mal que de bien.

• (1635)

M. Colin Carrie: Docteur Selby, vous avez parlé des cigarettes électroniques. J'en ai entendu parler et j'ai vu des jeunes en fumer. Ils pensent que c'est génial et sans danger. Vous avez mentionné l'importance de la recherche.

Dr Peter Selby: Ce produit est en vente actuellement, mais nous n'avons pas de cadre pour l'étudier et savoir si c'est bon ou mauvais. C'est un bon exemple d'une technologie qui est en train de s'emparer du marché sans être encadrée.

Cela nécessite de la recherche. Nous ne savons pas ce que contiennent ces cigarettes. Nous ne connaissons pas le degré de variabilité du produit. Nous ne savons pas si des métaux lourds pénètrent dans les poumons des utilisateurs. Mais on les voit en vente dans les dépanneurs, alors il faut commencer à examiner la question. C'est la technologie qui s'empare des gens.

Il se peut que cela présente des avantages, mais pour le savoir, il faut étudier le tout. Je trouve que c'est préoccupant de savoir que nous ne sommes pas en position de le faire.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

Vous avez dit qu'il y avait des versions de CANRISK dans différentes langues. Y a-t-il des versions en langue autochtone?

Mme Kim Elmslie: Pas pour l'instant, mais nous sommes en train de modifier CANRISK pour nous assurer qu'il est scientifiquement valide pour les peuples des Premières Nations. Une fois que cela sera fait, il y aura des versions en langue autochtone.

M. Colin Carrie: D'accord.

Vous avez parlé également de l'importance des partenariats. Pouvez-vous nous parler du partenariat entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans l'initiative de lutte contre l'obésité?

Mme Kim Elmslie: Oui, je serais ravie d'en parler. Il s'agit d'un partenariat très emballant.

M. Colin Carrie: Est-il possible d'utiliser la technologie?

Mme Kim Elmslie: Tout à fait. Comme les gouvernements ont décidé d'unir leurs efforts pour lutter contre l'obésité chez les enfants, nous voulons aider les familles à leur offrir des choix santé en renforçant le message dans les écoles et aussi, bien sûr, en milieu de travail. Même si ce sont les enfants qui sont visés, il faut que toute la famille soit impliquée. Ce sont les parents qui font l'épicerie; il faut donc qu'ils participent également.

Parmi les applications que nous examinons et dont nous discutons avec d'autres intervenants, il y a celle des Diététistes du Canada. Nous travaillons avec eux pour offrir aux parents de l'information fondée sur des données scientifiques solides en utilisant la technologie pour la diffuser et faire en sorte que les enfants trouvent cela divertissant d'apprendre à manger sainement et qu'ils puissent le faire à l'école et rapporter l'information à la maison.

Comme vous le savez tous, le problème du surpoids et de l'obésité chez les enfants est très sérieux. Notre programme innovation devra inclure des solutions créatives provenant d'autres secteurs que celui de la santé, par exemple celui de la technologie, des télécommunications, pour ne nommer que ceux-là. Nous avons un excellent partenariat avec les provinces et les territoires à cet égard.

M. Colin Carrie: Madame Sherrard, vous avez dit que les meilleures économies proviennent parfois de ce qui coûte le moins cher... et que votre initiative vous a permis d'économiser 340 000 \$ la première année.

Avez-vous fait des extrapolations à ce sujet? Si on appliquait cela tous azimuts ou si on l'appliquait à d'autres maladies, combien pourrait-on économiser? Est-ce que quelqu'un a fait l'exercice?

Mme Heather Sherrard: Cela se fait dans différentes administrations. Toutefois, comme la méthodologie utilisée est toujours un peu différente, on ne peut pas en déduire une façon idéale de procéder. Dans la littérature, on trouve différents chiffres.

Dans notre cas, nous l'avons utilisée pour les patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque, et cela représente 1,5 million de dollars. Ce sont des économies réelles par année que l'on peut réaliser grâce à des programmes de ce genre. Ce serait mon point de départ.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Pacetti.

M. Massimo Pacetti (Saint-Léonard—Saint-Michel, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à nos témoins. Tout cela est très intéressant.

Ma question s'adresse principalement à Mme Sherrard.

Vous avez parlé des patients et de l'utilisation de moniteurs et d'appareils. Ce n'est peut-être pas le groupe, mais je me demande simplement.... Je vais vous poser une question très élémentaire. Je ne veux en aucune façon vous insulter, mais est-ce que nous remplaçons des infirmières par des techniciens ou des téléphonistes? C'est la question que je vous pose, je crois. Si je m'autodiagnostique à l'aide d'un moniteur en utilisant un téléphone ou une application mobile, comme quelqu'un l'a mentionné, qu'advient-il de mon médecin? Du spécialiste? Du chirurgien? En quoi cela améliore-t-il ma santé?

• (1640)

Mme Heather Sherrard: Les données indiquent qu'environ 80 p. 100 des gens qui retournent à la maison après un diagnostic de maladie chronique n'ont pas de problème. Ils gèrent le tout très bien. Ce sont les 20 p.100 qui ont des problèmes, et c'est pourquoi nous devons trouver une façon économique de les rejoindre. Il ne s'agit en aucun cas de remplacer le médecin à quelque niveau que ce soit. L'appareil permet au patient de s'autoanalyser pour savoir si tout va bien. Dès qu'il voit... Il ne s'autodiagnostique pas; il ne fait que répondre à une question comme il le ferait au téléphone. Le médecin peut donc se concentrer sur les 20 p. 100 qui ont vraiment besoin d'aide, car les 80 p. 100 vont bien.

Le problème en soins de santé, c'est qu'on ne sait pas qui sont les 20 p. 100 si on n'a pas, par exemple, un mécanisme pour les appeler. Il est très rentable de s'occuper efficacement des 80 p. 100 qui vont bien et de déterminer ceux qui ont besoin d'aide. On fait ensuite appel à l'infirmière ou au médecin de famille, ou au spécialiste si le patient en a besoin d'un, parce qu'ils travaillent ensemble.

M. Massimo Pacetti: Les 80 p. 100 qui n'ont pas besoin d'intervention médicale ou d'accès n'ont-ils pas besoin de venir sur place pour le savoir?

Mme Heather Sherrard: Eh bien, nous rencontrons ces patients, oui, mais les données de suivi nous indiquent que sur un groupe de 100 patients, environ 80 p. 100 d'entre eux s'en tirent bien. Nous n'avons donc pas à...

M. Massimo Pacetti: Après une rencontre?

Mme Heather Sherrard: Oui, après que nous les ayons rencontrés. Le programme s'adresse aux gens qui ont eu des troubles médicaux ou ont été hospitalisés pour une raison ou une autre.

M. Massimo Pacetti: Une fois que vous avez établi qui sont les 80 p. 100 qui n'ont pas besoin de suivi, ou seulement d'un peu de suivi, est-ce qu'ils reviennent ensuite et disent qu'ils pensent faire une crise de coeur? Vous leur répondez qu'ils ne font pas une crise de coeur, mais est-ce qu'ils reviennent le lendemain et disent qu'ils ont peut-être le cancer, puis le surlendemain, qu'ils ont autre chose? Est-ce que cela les incite à revenir constamment? Avez-vous observé cette tendance?

Mme Heather Sherrard: Non, parce que nous leur enseignons comment vivre avec leur maladie chronique. Tous les patients doivent l'apprendre. C'est un processus étape par étape à travers lequel nous les guidons: ils doivent comprendre leur condition, savoir ce qu'ils peuvent faire pour bien se sentir, et savoir quand ils doivent faire appel au réseau de la santé.

Par exemple, nous avons des patients qui participent au programme de surveillance à domicile. Il s'agit d'un programme très progressif et nous les accompagnons pendant trois mois. Au bout de trois mois, nous avons la certitude qu'ils savent quels symptômes surveiller, qu'ils savent qui appeler et qu'ils ont suffisamment d'expérience pour bien s'autogérer. Autrement, sans ces systèmes, on les renverrait à la maison en leur disant « bonne chance », n'est-ce pas?

M. Massimo Pacetti: J'ai une autre question pour vous. Vous avez dit que vous appelez les patients pour vérifier s'ils prennent leurs médicaments. Comment un coup de fil peut-il vous confirmer que la personne prend bel et bien ses médicaments?

Mme Heather Sherrard: Ce qui est intéressant, c'est qu'il y a des études sur la question, et que bon nombre...

M. Massimo Pacetti: En particulier, sur nous les hommes, n'est-ce pas?

Mme Heather Sherrard: Eh bien, non, ils n'aiment pas du tout cette méthode.

Je disais donc que des études ont été effectuées sur les systèmes automatisés d'appels il y a quelques années pour évaluer l'honnêteté des réponses. Elles ont révélé que les gens donnaient des réponses plus honnêtes en utilisant ces systèmes qu'en parlant à leur médecin. Nous avons donc beaucoup confiance dans notre système. Cela ne portait pas sur les toxicomanies, mais nous sommes convaincus que les gens répondent honnêtement, et bien sûr, on ne peut pas tout contrôler. Si les patients mentent, ils mentent, et nous le saurons en vérifiant leurs signes vitaux.

Des voix: Oh, oh!

Mme Heather Sherrard: Nous les attraperons au détour environ trois semaines plus tard s'ils ont menti au sujet de leurs médicaments.

M. Massimo Pacetti: Qu'en pensez-vous, docteur Selby? Vous avez parlé des applications. La même question se pose. Est-ce que les gens les utilisent? Plus de gens se rendent-ils à l'hôpital sans raison apparente?

Dr Peter Selby: Je pense que c'est une question empirique, mais ce que l'on constate par contre, c'est que les gens arrivent beaucoup mieux informés. Lorsque je parle aux patients maintenant, avant de commencer à leur offrir des conseils, je leur demande ce qu'ils savent d'un médicament ou ce qu'ils ont lu à son sujet. Je comble ensuite les espaces en blanc au lieu de leur faire tout un exposé.

Dans les faits, je pense que cela a ouvert la voie au dialogue, à un vrai dialogue, car les patients s'impliquent davantage. Est-ce que plus de gens consultent? J'espère en fait que plus de gens consulteront pour les bonnes raisons, plutôt que...

M. Massimo Pacetti: Avez-vous vu des cas où ce ne l'était pas?

Dr Peter Selby: Je pense que...

M. Massimo Pacetti: Il doit y avoir une courbe d'apprentissage.

Dr Peter Selby: Oui, on en distingue une.

Ce qui se produit, je pense... et c'était, en réalité, lorsque je m'occupais de femmes enceintes ou de jeunes mères. Il n'y avait pas beaucoup d'infrastructures sociales. Quand elles découvraient une petite bosse chez leur bébé — en fait, c'était simplement le sternum — elles passaient parfois pour une consultation. Ce type de vigilance, de soins entre en ligne de compte.

Mon espoir est de voir l'entourage des patients les aider dans cette évolution, mais on observe cette courbe d'apprentissage.

• (1645)

M. Massimo Pacetti: Cela fonctionne donc dans les deux sens.

Dr Peter Selby: Oui, absolument.

M. Massimo Pacetti: D'accord.

Madame Elmslie, vous avez parlé de CANRISK. Qu'est-ce que c'est? Une petite machine? C'est un questionnaire.

Mme Kim Elmslie: Oui.

M. Massimo Pacetti: Qu'arrive-t-il alors après qu'on a menti et qu'on a rempli ce questionnaire?

Des voix: Oh, oh!

Mme Kim Elmslie: C'est un outil Web, donc fonctionnant par Internet. Il comporte 12 questions. On répond successivement à chaque question. À mesure qu'on répond, de l'information apparaît, des conseils pour vivre sainement, sur les habitudes de vie à changer, si elles comportent des facteurs de risque. À la fin du questionnaire, on obtient une évaluation du risque de diabète, faible ou état prédiabétique, modéré ou élevé.

La véritable valeur de l'outil, bien que, en fait, on doive l'étudier plus, tient à la discussion qu'on a avec son fournisseur de soins de santé. Si on remplit le questionnaire en présence du pharmacien, il peut préciser les aspects de la santé à vraiment surveiller ou conseiller de consulter son médecin parce qu'on est exposé à un risque très élevé de diabète ou de prédiabète.

C'est donc ce type de séance de prestation de conseils et de sensibilisation qui a lieu à un moment où on est désireux d'apprendre.

M. Massimo Pacetti: Mais si, par exemple...

La présidente: Je suis désolée, je dois vous interrompre.

M. Massimo Pacetti: C'est terminé?

La présidente: Oui.

M. Massimo Pacetti: Merci.

La présidente: Mais vos questions très... presque intéressantes...

Des voix: Oh, oh!

La présidente: Non! Vos questions étaient excellentes, très intéressantes. Merci.

M. Massimo Pacetti: Merci.

Seigneur! J'ai passé le test.

Des voix: Oh, oh!

La présidente: Passons à M. Wilks.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci aux témoins d'être ici.

C'est un sujet des plus intéressants, quand on pense que, au fil des ans et à mesure que nous avançons dans... Bon gré, mal gré, avec le passage du temps, nous vivons plus longtemps, grâce à la technologie.

Cela dit, que prévoyez-vous d'ici 30 ou 40 ans, quand la longévité moyenne sera de 90 ans et que le médecin moyen, qui exercera peut-être à 75 ans, se demandera ce que sera la chose à faire, désormais, pour prolonger la vie?

Madame Tamblyn.

Mme Robyn Tamblyn: Je pense que, de plus en plus, on recherche vraiment la longévité alliée à une grande qualité de vie. Vivre plus longtemps branché à un respirateur, ce n'est pas une vie, n'est-ce pas?

M. David Wilks: Je suis d'accord.

Mme Robyn Tamblyn: Il s'agit vraiment de vivre vieux, mais en santé. Je pense que, maintenant, nous en savons énormément sur les facteurs de risque pour la santé qui abrègent la vie, une vie qui se termine misérablement. Ce que nous n'avons pas vraiment réussi à maîtriser, ce sont les modalités d'intervention qui permettent de renverser de façon efficace cette tendance.

C'est là, je pense, que la technologie, comme nous en avons discuté, a effectivement ce pouvoir tout à fait nouveau de faire appel aux personnes compétentes, les professionnels de la santé, d'une façon inédite, là où il faut, quand il le faut, pour la personne qui en a besoin — et d'autonomiser par d'autres moyens les gens qui n'ont pas besoin de cette aide intensive.

Je pense que nous vivons dans une époque vraiment stimulante. Il s'agit maintenant d'exercer une maîtrise qui permette de filtrer l'inutile et de n'accepter que le vraiment essentiel. Comment pouvons-nous, avec le concours de la science, nous assurer d'obtenir au préalable ce genre d'évaluation juste?

On a eu un exemple récent, en dermatologie, de deux produits employés pour photographier des lésions cutanées. L'un des produits, en fait, a permis d'obtenir de très bons résultats. Il était examiné par un groupe de consultants. Les autres produisaient énormément de faux négatifs, c'est-à-dire que les lésions pouvaient vraiment être traitées et qu'on aurait pu les prévenir si on avait été là.

Je pense que, dans le monde scientifique, nous sommes tout à fait sensibilisés à ce genre de possibilité. Je pense que nous devons vraiment nous assurer d'examiner toute la gamme des produits offerts, de la « co-innovation » à l'évaluation, pour pouvoir donner les meilleurs conseils.

M. David Wilks: Merci.

Madame Sherrard, vous avez parlé de télémédecine. Cela m'a vraiment intrigué, moi qui viens d'une région rurale du Canada, Kootenay—Columbia.

Pourriez-vous me donner un peu plus d'explications à ce sujet? Comment cela fonctionne-t-il du côté du patient? J'en comprends le fonctionnement du côté du médecin, mais qu'en est-il à l'autre bout?

Mme Heather Sherrard: Le patient se présente dans un endroit doté de postes de télémédecine. C'est comme des écrans de télévision. Il s'assoit devant un poste. Habituellement, il est accompagné par une infirmière ou une autre personne; ce pourrait, exceptionnellement, être son médecin de famille. Il allume l'écran, qui possède une liaison à large bande. Il entre en contact visuel avec un cardiologue qui le soumet à une évaluation de son état de santé. L'infirmière, aux côtés du patient, tient le stéthoscope électronique et l'appuie sur la poitrine du patient. Elle le déplace en fonction des instructions du cardiologue...

• (1650)

M. David Wilks: Ce n'est donc pas le patient qui effectue l'examen; en fait, c'est...

Mme Heather Sherrard: Le patient pourrait le faire. Certains malades chroniques peuvent le faire après un certain nombre de visites. Le médecin les guide et ils peuvent certainement le faire eux-mêmes. Lors des premières visites, ils sont habituellement accompagnés.

Tout ce dont on a besoin, en fait d'outil de diagnostic, est relié à ce système. Le patient n'a qu'à s'asseoir devant l'écran et utiliser les dispositifs. C'est très facile. Une caméra permet des gros plans par zoomage. L'accès, par ligne commutée, est de très bonne qualité, qualité télédiffusion. Une véritable conversation est possible, sans brisures. Dans le Nunavut, il y a beaucoup de saccades, parce que la transmission se fait par satellite, mais, ailleurs, la qualité est excellente. Elle permet une excellente interaction, et les patients sont emballés. Une fois qu'ils sont initiés, c'est vraiment les qualités du système qui les font revenir.

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Ma question s'adresse à tous les témoins: le gouvernement fédéral devrait-il faire plus, dans son domaine de compétences, pour appuyer des méthodes innovantes de maîtrise et de prévention des maladies chroniques? Si c'est le cas, pouvez-vous en donner des exemples?

N'importe qui peut répondre... Il semble que le Dr Selby se jette à l'eau.

Dr Peter Selby: Je pense que c'est ce que Mme Tamblyn a dit: comment faire travailler en harmonie les sciences de l'ingénieur, les sciences sociales et les télésciences? Nous revenons à votre question antérieure. Si vous prévoyez que nous serons nonagénaires, c'est

grâce à ce que nous faisons quand nous avons 30 ans, avant d'avoir 40 ans.

D'abord, comment faciliter un bon mode de vie, un bon régime alimentaire, l'accès à de bons conseils et ainsi de suite? C'est là où cette harmonisation, si nous y parvenons...

Manifestement, il faut des politiques facilitatrices. Pourquoi, peu importe la latitude sous laquelle on se trouve, le prix de l'alcool ne varie pas, alors que les fruits deviennent exponentiellement plus chers à mesure qu'on monte vers le Nord? Cela influe, n'est-ce pas, sur les choix du consommateur?

Pouvons-nous de même réduire cette inégalité sans passer par le réseau de santé — c'est à l'extérieur — et aider les gens à être en bonne santé? Voilà les données... Je me concentrerais sur les gens de 30 ans qui vivront jusqu'à 90 ans.

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Mme Robyn Tamblyn: Je peux répondre rapidement à celle-là.

Une condition essentielle, c'est de parvenir à une harmonisation des trois conseils, ce qui serait assez facile, grâce à la collaboration. Nous sommes en terrain connu.

Mais l'harmonisation avec la politique industrielle n'a pas été couronnée par autant de réussite. Nous n'avons pas... nous pourrions avoir des politiques mieux adaptées à l'industrie. Nous pourrions consentir un investissement stratégique dans les industries de la cybersanté, qui serait harmonisé avec ce qui surviendra dans les conseils de recherche sur la santé et en génie — nous pourrions opérer cette harmonisation. C'est ce qui a fonctionné dans les autres pays; ils ont effectué cette harmonisation.

Notre secteur militaire n'est pas fertile en idées nouvelles comme celui d'Israël, mais nous avons l'Agence spatiale canadienne, qui l'est, elle. À elle seule, elle est une source de technologies nouvelles et d'innovations qui pourraient être très utiles pour nos populations éloignées.

Voilà la première chose à faire.

Ensuite, la production se fait au Canada, mais ensuite nous n'achetons pas l'innovation. C'est un enjeu, je pense. En Finlande, la production s'est faite sur place, et on a acheté l'innovation. La politique d'acquisition était mieux disposée envers l'industrie. Nous avons des sociétés qui font un travail incroyable — comme TelASK, par exemple —, mais pourquoi leurs innovations ne sont-elles pas largement adoptées? Voyez ce qu'on a fait...

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à notre deuxième série de questions. Chaque intervention dure cinq minutes.

Monsieur Morin, vous commencez.

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

Merci de porter la jonquille.

Madame Sherrard, votre exemple m'a fasciné: une infirmière capable de traiter 30 patients pendant sa journée, contrairement à 5, à peu près, et ce, pour un investissement d'à peine 5 000 \$ de plus.

Ma première question, c'est pourquoi chaque hôpital du pays ne s'y prend-il pas comme ça? Les urgences sont engorgées, les patients attendent des heures et des heures en raison du manque d'effectifs, par exemple.

Qu'en pensez-vous?

• (1655)

Mme Heather Sherrard: C'est une question intéressante. Je pense que l'explication se trouve dans l'application et la propagation des connaissances, ce dont quelqu'un a parlé.

Au Canada, malgré l'existence de foyers d'innovation, la propagation est très difficile. Chez les spécialistes de la médecine cardiovasculaire la propagation des idées va bien. Mais, pour l'adoption des innovations, il faut un innovateur. À l'époque, c'était le Dr Keon. Il y a beaucoup investi. Nous avons des partenariats avec Nortel, etc. Nous l'avons fait sans argent, ce qui n'est pas donné à tous.

Ensuite, pour me faire l'écho des observations de Robyn, c'est que dès qu'un truc fonctionne, comment en faciliter la propagation, comment en préconiser la mise en oeuvre sans figoler davantage? C'est ainsi que le système, en fait, est organisé. Il y a des conseils, des régions, et les innovations se propagent très difficilement.

M. Dany Morin: Pensez-vous que le gouvernement fédéral ou les organismes fédéraux ont un rôle dans la propagation de ces connaissances partout au pays?

Mme Heather Sherrard: Je ne suis pas spécialiste de ce que le gouvernement fédéral peut faire, mais oui, en effet, je pense que la propagation de ces connaissances à l'échelle nationale est très importante. Je pense qu'il est bon de réunir des informateurs comme ici, qui communiquent des renseignements au moment où vous délibérez. Cela suffit pour propager des connaissances.

Il y a aussi probablement l'effet de décisions générales, prises non pas sur le financement, mais d'ordre stratégique. Le gouvernement fédéral, on l'a vu, a accouché d'un certain nombre de grandes stratégies en matière de santé, et il est très important d'appuyer ce genre d'initiatives. Cela conduit les provinces à réfléchir de la même façon.

M. Dany Morin: C'est intéressant.

Plus loin, dans votre exposé, vous avez parlé de...

La présidente: Si je peux vous interrompre, monsieur Morin, le Dr Selby voulait ajouter quelque chose.

Docteur Selby, allez-y.

Dr Peter Selby: Merci.

Je pense que, sur la question de la mise en oeuvre, il y a des leçons à tirer aux États-Unis comme au Canada. Il existe une méthode de mise en oeuvre des résultats de la recherche appelée science de la mise en oeuvre. Actuellement, nous agissons de manière passive face à la mise en oeuvre, mais nous devons jouer un rôle actif. D'après moi, c'est là où nous avons besoin de cette harmonisation dans la société, parce que, quand elle a lieu, elle permet de réaliser des choses, des choses qui s'adosent à la science. On investit beaucoup dans la recherche sur la mise en oeuvre aux États-Unis. Nous avons hâte qu'elle se fasse aussi au Canada. Je pense que cela pourrait nous aider à mieux comprendre pourquoi une solution qui fonctionne bien dans un milieu ne décolle pas ailleurs et à quelles adaptations il faut la soumettre pour qu'elle soit adoptée.

Mme Robyn Tamblyn: Je veux seulement ajouter que dans le domaine de la technologie, il faut un climat favorable aux PME, puisque c'est elles qui forment des partenariats avec les innovateurs comme l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Voilà les vrais catalyseurs, mais on les élimine de la partie quand vient le moment de propager l'innovation, et je pense que c'est là qu'on peut vraiment changer quelque chose.

M. Dany Morin: Je suis heureux que vous ayez répondu à ma question, parce que la prochaine est pour vous et elle s'inspire d'un thème semblable. Vous avez parlé de la nécessité d'un cadre stratégique pour assurer le partage de l'information médicale entre les différentes entités. Actuellement, il y a un manque de coordination, et beaucoup d'obstacles s'élèvent entre les provinces et le gouvernement fédéral et ainsi de suite.

D'après vous, que peut faire le gouvernement fédéral pour améliorer la situation? Je sais que le gouvernement fédéral a saupoudré beaucoup d'argent. Est-ce que la solution c'est plus d'argent ou est-ce, au fond, de jouer un rôle actif de chef de file?

Mme Robyn Tamblyn: Je pense que c'est de jouer un rôle actif de chef. Je pense qu'il s'agirait d'abord de favoriser le genre de partenariat intéressant que l'ASPC a noué avec le secteur privé. Nous sommes tous dans ce domaine pour toutes sortes de raisons et, en fait, nous devons changer la façon dont nous donnons les soins de santé. Nous devons créer des communautés en meilleure santé et, en fait, le secteur privé a un grand rôle à jouer à cet égard.

Ensuite, encore une fois seulement pour insister, on ne peut pas s'en prendre à ces petites sociétés innovantes et leur interdire le système de santé, comme on le fait en ce moment même.

La présidente: Merci beaucoup.

Je dois dire que ç'a été une discussion très fructueuse. Et d'après le rapport sur les technologies innovantes que nous sommes en train de rédiger, cela fait partie de cette solution. Vous m'avez enthousiasmée.

Monsieur Brown, c'est votre tour.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci à tous pour vos commentaires d'aujourd'hui.

Nous avons beaucoup parlé des technologies de pointe, mais une grande frustration persiste quant à la lenteur avec laquelle notre système de santé fait la transition vers les dossiers électroniques. Je sais que nous avons beaucoup investi à cet effet à l'échelon fédéral. Si je me rends à un bureau du ministère des Transports de l'Ontario avec mon permis, le préposé pourra consulter immédiatement l'ensemble de mon dossier et savoir, entre autres, si j'ai des contraventions. Cela me laisse fort perplexe, car il n'existe aucune donnée, aucun registre semblable relativement à mon état de santé, un aspect pourtant si fondamental. Je pense que la plupart des gens doivent consulter plusieurs médecins à l'égard de différents problèmes de santé au cours de leur vie et qu'il importe donc de pouvoir compter sur un répertoire centralisé des données en la matière, d'où la nécessité des dossiers électroniques.

Comment se fait-il que nous ayons investi autant à ce chapitre sans qu'il n'y ait vraiment de résultats concrets? Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

• (1700)

La présidente: M. Selby, puis Mme Tamblyn.

Dr Peter Selby: Cela me laisse perplexe moi aussi. J'ai travaillé en Inde et je peux vous dire que même le citoyen le plus démuni conserve avec lui l'ensemble de son dossier de santé qu'il apporte à chacune de ses visites. Et voilà qu'au Canada, le pays profitant du meilleur niveau d'instruction au monde, personne n'a accès à son dossier de santé. J'ai pu constater que les utilisateurs finaux, soit les patients eux-mêmes et leur famille, ceux qui auraient le plus d'intérêt à voir cette information rendue accessible, n'ont aucun contrôle sur la situation. C'est à nous qu'il incombe d'agir en tant que médecins et fournisseurs de soins, mais on n'est jamais parvenu à s'entendre pour faire avancer les choses. Ce n'est donc pas une question d'argent; il s'agit de s'assurer que les intéressés ont vraiment voix au chapitre. Je pense qu'on ne leur a jamais donné les moyens de faire progresser les efforts en ce sens. C'est simplement une observation de ma part, mais je crois qu'il s'agit du principal obstacle qui nous empêche de pouvoir compter sur un système qui nous serait fort utile.

La présidente: Madame Tamblyn.

Mme Robyn Tamblyn: Je pense que nous avons pu tirer quelques enseignements des expériences étrangères. D'abord, je ne suis pas certaine que nous ayons pu profiter de ce qu'on pourrait appeler l'effet de la carotte magique. Au Royaume-Uni, le système a été mis sur pied pour éliminer les pertes de temps considérables associées à l'obligation de remplir de nouvelles prescriptions à tous les 30 jours. En s'assurant d'abord de la participation de tous les médecins du pays, il est devenu facile de mettre en ligne un système informatisé pour le renouvellement des prescriptions. On a ainsi pu gagner énormément de temps. Il n'existe pas vraiment dans notre système de carotte magique semblable qui inciterait l'utilisateur final à s'exprimer haut et fort en faveur de l'adoption de mesures en ce sens.

La Nouvelle-Zélande a misé sur une approche différente, mais toujours sous l'impulsion de l'utilisateur final. Le Canada n'a pas procédé de cette manière en ciblant ses investissements vers l'utilisateur final. Je crois que c'est ce que nous cherchons désormais à faire. C'est la mission d'InfoRoute Santé du Canada qui investit dans l'utilisateur final en établissant la connexion avec ce qui deviendra une base de données vraiment intéressante sur les médicaments, les résultats de laboratoire et les tests d'imagerie. On veut s'assurer de ne pas avoir à répéter ces interventions. Ce sont des données essentielles au processus des soins de santé, et elles permettront des gains d'efficacité si l'on parvient à s'assurer la contribution de tous.

Nous avons négligé le fait que les autres systèmes, surtout aux États-Unis, ont pu progresser sous l'impulsion des patients eux-mêmes qui ont revendiqué l'accès à leurs résultats de tests et à différents autres renseignements. Ils souhaitent notamment aussi pouvoir prendre rendez-vous en ligne. Si nous devons emprunter cette avenue — et un léger changement de cap pourrait être suffisant — on noterait une hausse considérable de la demande et une plus grande habilitation des patients. C'est une approche que nous devrions certes adopter.

M. Patrick Brown: Si une entreprise de téléphonie peut vous dire quelle ville et quel numéro vous avez rejoints à 16 heures à la même date l'an dernier, il y a sûrement une façon d'y arriver en santé.

J'ai une autre question concernant un aspect relevant de la compétence fédérale, à savoir la réglementation des appareils médicaux. Nous avons entendu des témoignages divergents; certains nous ont dit que le processus est trop lent au Canada alors qu'un autre témoin a affirmé que nous nous tirons très bien d'affaire.

Quelles mesures pourrions-nous prendre selon vous pour accroître l'efficacité du système?

Mme Robyn Tamblyn: Il y a un modèle intéressant qui a été élaboré en Ontario pour l'évaluation des technologies en santé. Je crois qu'il y aurait tout lieu d'envisager son application à l'échelle du Canada. Il s'agit d'intervenir davantage en amont... Il faut informer les gens à l'origine des innovations du type de données qu'ils doivent recueillir pour avoir accès au système de santé. Il est très frustrant de concevoir une nouvelle technologie pour ensuite se heurter à un mur parce qu'on est incapable de démontrer que son innovation sera plus rentable que les appareils déjà utilisés. Il s'agit donc d'intervenir en amont pour renseigner les gens de l'industrie de manière à procéder en quelque sorte à une évaluation préalable. C'est en fait un partenariat avec l'industrie. C'est le modèle ontarien qui semble apprécié de tous. Je crois que nous devons établir un cadre qui permettra à chacun de bien savoir ce qu'il faut faire pour qu'une nouvelle technologie soit adoptée.

La présidente: Merci beaucoup, madame Tamblyn.

Je vous ai laissé poursuivre après la fin du temps imparti, car je veux permettre à chacun de poser ces questions très importantes. Vos réponses sont extrêmement intéressantes et nous sont d'une grande utilité. Je préférerais ne pas devoir vous interrompre, mais je dois m'assurer de traiter équitablement tous les membres du comité.

Nous passons maintenant à M. Kellway.

• (1705)

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous de votre présence aujourd'hui.

Très honnêtement, je suis un peu sceptique concernant les outils technologiques comme CANRISK et l'idée voulant que ces applications-santé puissent être efficaces pour les gens qui les utilisent. Je crois que mon scepticisme découle un peu de ce dont vous parliez, monsieur Selby, quant à ce qui se passe avec chacun d'entre nous lorsque nous atteignons un certain âge... Peut-être est-ce parce que je fais partie de ces hommes de 45 ans que la crise cardiaque guette, je ne sais pas, mais vient un certain temps...

Des voix: Oh, oh!

M. Matthew Kellway: On nous a conditionnés tout au long de notre vie. Nous avons vécu des expériences de toutes sortes. Nous avons développé des habitudes peut-être modifiables, mais assurément bien ancrées. Il peut aussi y avoir un effet de consolidation du fait que ces habitudes s'inscrivent dans la vie d'une communauté que nous partageons.

Il s'agit en fait de savoir quelles sont les preuves scientifiques à l'appui de l'efficacité de ces applications et d'outils comme CANRISK. Qu'est-ce qui peut me permettre de croire qu'un gars comme moi pourra un jour se présenter dans une pharmacie pour subir un test quelconque, ou même le faire en ligne, afin de savoir à quel point il s'approche de la crise cardiaque? Franchement, j'arrive difficilement à me l'imaginer.

La présidente: Qui voudrait répondre à cela?

Une voix: Nous tous...

Des voix: Oh, oh!

Mme Heather Sherrard: Je vais commencer.

Il existe des outils qui sont efficaces dans la mesure où les gens sont « prêts à apprendre ». Les gens vont faire le nécessaire pour changer leur comportement lorsqu'ils seront prêts à le faire. Il existe quatre niveaux d'actions différents et nous devons aider les gens à passer d'une étape à l'autre. La progression ne s'opérera que si la personne est prête et on peut s'appuyer sur un large éventail de données scientifiques pour savoir comment s'y prendre.

Dans le cadre de notre programme de prévention et de réadaptation, nous évaluons la progression des gens. Nous savons ainsi où ils en sont. Parfois, on peut simplement leur dire qu'ils auront des problèmes de santé d'ici cinq ans. C'est le mieux que l'on puisse faire. D'autres sont beaucoup mieux disposés à agir. De nombreux modèles peuvent être utilisés pour changer les comportements dans différents cadres. Ils produisent de bons résultats lorsqu'on les utilise adéquatement en comprenant bien où les gens en sont rendus. Il est donc possible d'aider les gens à changer leurs habitudes.

Mme Kim Elmslie: Je vous dirais très brièvement que nous avons travaillé environ deux ans avec nos homologues provinciaux et territoriaux pour tester la validité de l'outil CANRISK dans les différentes collectivités du pays. Nous ne voulions donc certes pas mettre en place un outil sans être convaincus qu'il pourrait procurer des avantages à nos patients.

Mais il faut se rappeler qu'il s'agit seulement d'outils, et d'un outil parmi bien d'autres, si on parle uniquement de CANRISK. Nous visons ici en fait des changements de comportements qui sont complexes et qui vont toujours nécessiter des approches variées selon les caractéristiques des différents cas. Il n'existe pas de panacée.

M. Matthew Kellway: J'en suis notamment venu à ces réflexions en prenant récemment connaissance d'un reportage sur tout le travail scientifique associé à la nourriture que nous consommons. On y laissait entendre que nous sommes en fait des victimes de différentes interventions modifiant les aspects biologiques de ce que nous mangeons.

D'une certaine manière, on ne nous laisse guère de choix quant aux aliments que nous allons choisir lorsque nous avons faim, car il y a tout un travail scientifique qui appuie le développement de ces habitudes et de ses accoutumances chez nous. On se contente toutefois de vouloir répondre à cela en proposant une application à utiliser. C'est un peu comme se présenter à un duel au pistolet avec un couteau; on n'a pas vraiment de chance de s'en tirer. C'est l'impression que tout cela me donne.

Mme Robyn Tamblin: Cette question est si vaste que nous ne pourrions...

La présidente: Cela signifie en fait que je dois refuser les biscuits que M. Kellway m'offre...

Des voix: Oh, oh!

M. Matthew Kellway: J'ai eu droit à mon biscuit aujourd'hui, mais je n'ai pas mangé de fruits.

La présidente: Voilà trop d'information pour moi, monsieur Kellway.

Je vais vous laisser un peu plus de temps pour répondre; une minute et 30 secondes.

Mme Robyn Tamblin: Je vais laisser Peter vous répondre quant au duel couteau-pistolet, mais je veux vous parler de l'aspect scientifique.

Nous avons pu constater à ce chapitre, et c'est assez courant dans bon nombre de secteurs de développement technologique, que les recherches scientifiques sont plutôt clairsemées par rapport aux promesses des brevets. La majorité des travaux, 80 p. 100 en fait, sont menés dans cinq centres aux États-Unis.

En quoi ces cinq centres américains se distinguent-ils? Ils peuvent compter sur le trio magique. Ils ont des chercheurs qui travaillent en collaboration avec des cliniciens disposant d'un vaste banc d'essai leur permettant de tester la technologie auprès d'un grand nombre de personnes. C'est ce qui nous manque. Nous croyons que nous devrions procéder de la même manière. D'autres pays sont également du même avis.

• (1710)

Dr Peter Selby: Voulez-vous que je réponde également?

La présidente: Oui, s'il vous plaît.

Dr Peter Selby: Vous avez raison: c'est un couteau contre un pistolet, mais je pense qu'il faut considérer le contexte. En fin de compte, pour pouvoir changer les comportements, il faut gagner le cœur et l'esprit des gens. C'est ainsi qu'ils pourront acquérir les moyens leur permettant de réagir. Nous aimons tous croire que nous sommes maîtres de notre propre destinée et que c'est à nous de prendre les décisions, mais c'est justement le problème: cette prise de décisions peut être brouillée par toutes les autres choses qui nous arrivent dans la vie.

Vous avez raison de dire qu'une simple application ne permettra pas à elle seule de faire changer les choses. Les transformations nécessaires ne vont pas s'opérer du simple fait que vous vous assoyez devant un ordinateur ou que vous vous amusez avec une application. Mais si cela peut vous faire réagir en vous fournissant certaines informations et en vous aidant à assurer le suivi, on pourra dire que la science peut vraiment contribuer à améliorer votre sort.

La présidente: Merci.

Nous passons à Mme Block.

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

Je joins ma voix à celle de mes collègues pour vous souhaiter la bienvenue.

J'ai beaucoup de questions. Habituellement, les questions commencent à se faire rares à la fin des séances, car la plupart ont déjà été posées, mais vos réponses en ont soulevé de nouvelles.

Madame Elmslie, vous avez dit au début de votre exposé que trois Canadiens sur cinq souffrent d'au moins une maladie chronique et que huit Canadiens sur 10 présentent au moins un facteur de risque. Vous avez ensuite fait valoir que cet impact considérable sur la qualité de vie des Canadiens justifie sans conteste le recours à l'innovation technologique pour faciliter la prévention des maladies chroniques.

Pourriez-vous nous dire en quoi le travail du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'ASPC continue de bénéficier aux Canadiens souffrant de maladies chroniques et nous parler également de ce que vous faites en matière de prévention?

Je suis persuadée que vous en faites beaucoup à ce chapitre, mais pourriez-vous nous en faire part?

Mme Kim Elmslie: Avec plaisir, et je vais essayer d'être brève.

La surveillance des maladies chroniques représente une partie importante de notre rôle en tant qu'agence fédérale en santé publique. Ainsi, nous travaillons dans tout le pays avec les provinces et les territoires, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé pour diffuser des données pertinentes sur l'évolution de la prévalence des maladies chroniques au Canada et l'emplacement des zones problématiques.

Nos activités de surveillance ne visent pas tant la compilation de statistiques bien fournies que la possibilité de cibler nos interventions de manière à en optimiser les avantages. Nous voulons aussi aider nos partenaires à savoir comment moduler leurs interventions pour en maximiser les résultats. Comme vous le savez, c'est l'un des fondements de la santé publique et l'un des rôles de notre agence et de notre centre.

L'autre aspect vraiment important de notre travail réside dans le relevé des pratiques les plus efficaces et la collaboration avec nos partenaires en vue de leur déploiement. C'est un rôle important pour l'instance fédérale. Comme vous pouvez fort bien vous l'imaginer, si chaque gouvernement essayait de cerner les meilleures pratiques, on se retrouverait avec énormément de doublages, car tout le monde voudrait faire la même chose. Nous offrons une tribune unique où nous mettons à contribution notre expertise et nos ressources pour mettre en commun les connaissances quant aux mesures efficaces pour la prévention des maladies chroniques.

Il n'est pas facile de répondre à cette question. Cela nous ramène aux commentaires de mes collègues au sujet des recherches scientifiques sur les interventions et les investissements en la matière. C'est la seule façon pour nous de vraiment savoir ce qui fonctionne dans les collectivités. Du point de vue de la prévention des maladies chroniques, nous sommes tous différents et nos collectivités ont chacune leurs particularités.

Ce sont les deux aspects au titre desquels notre agence fédérale peut apporter une valeur ajoutée en matière de prévention. Nous faisons un relevé des meilleures pratiques en usage et collaborons avec nos partenaires afin de les déployer de manière à optimiser l'efficacité dans l'utilisation de nos ressources en les consacrant aux mesures vraiment aptes à prévenir les maladies chroniques au Canada.

Mme Kelly Block: Merci.

Notre étude a permis de mettre en lumière non seulement les possibilités qui s'offrent en matière d'innovation technologique, mais aussi les défis auxquels nous sommes confrontés, parfois quotidiennement, au chapitre de l'innovation en santé.

J'ai une question pour Mme Tamblyn.

Vous avez parlé de la nécessité de se donner les capacités requises. Si j'ai bien compris, vous préconisez un alignement fonctionnel entre chercheurs, industrie et fournisseurs de soins. Vous nous avez également dit un mot de ce qui se fait en Israël.

Peut-être pourriez-vous utiliser le temps qu'il me reste pour nous exposer quelques-unes des choses que vous avez pu observer là-bas et qui pourraient être transposées au Canada, de même que les obstacles qui nous empêchent d'en arriver au niveau atteint par Israël.

• (1715)

Mme Robyn Tamblyn: Il serait difficile de résumer tout cela en si peu de temps, mais je veux bien vous souligner deux ou trois éléments.

Parmi les choses essentielles, il y a la collaboration aux interfaces intersectorielles d'où émane l'innovation. Il faut s'assurer la

contribution du pourvoyeur de soins et du patient, car ils sont les mieux placés pour cerner les lacunes et proposer de bonnes pistes de solution.

L'apport des chercheurs est également essentiel. On ne sait jamais si un truc va fonctionner ou non. Il faut en outre pouvoir compter sur l'industrie, notre partenaire dans l'innovation. Si on veut vraiment faire la bonne chose, on a besoin de ces trois collaborateurs. Une fois l'innovation développée conjointement, il faut en évaluer l'efficacité, d'abord sur une petite échelle, puis d'une manière plus générale si les résultats sont prometteurs. Ce sont les trois éléments à combiner.

Lorsque vous vous retrouvez avec une innovation vraiment intéressante dont vous avez déjà démontré la rentabilité, il s'agit de trouver le moyen d'en assurer le déploiement dans la perspective stratégique la plus appropriée.

J'ai parlé des achats gouvernementaux. On n'accorde pas la priorité aux entreprises canadiennes; on peut se tourner vers une multinationale ou vers une autre entreprise présentant un risque plus faible par rapport, par exemple, à une société canadienne qui en est à ses tout débuts. Je pense qu'il convient de rectifier le tir. Nous devons en venir à adopter les innovations canadiennes qui fonctionnent. Il s'agira de s'assurer que les fondements scientifiques sont suffisants et que les résultats sont encore meilleurs que ce que pourrait nous offrir une entreprise étrangère.

La présidente: Merci beaucoup.

Mme Robyn Tamblyn: Oh! Et il faut aussi tirer profit de notre agence spatiale, oui.

La présidente: Merci, madame.

Merci, madame Block. C'était une très bonne question.

Madame Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci, madame la présidente.

Nous savons que certains patients, qui ont déjà une incapacité physique en plus d'avoir une maladie chronique et même certaines autres maladies, peuvent subir un déclin de leur dextérité ou de leurs facultés cognitives à cause de la douleur ou d'autres facteurs. En quoi l'innovation technologique modifie-t-elle les approches relatives à la gestion des maladies chroniques dans le système de santé pour ce type de patients? De plus, les technologies innovatrices conçues pour gérer des maladies chroniques posent-elles souvent des obstacles physiques ou cognitifs aux patients? Si vous avez des exemples de ces technologies à nous donner, nous les accepterions volontiers.

J'ai de plus une autre question à vous poser. Pouvez-vous nous donner un exemple de concept ou de modification qui a été créé pour faciliter l'utilisation d'une application pour les patients vivant avec un handicap particulier?

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question?

Docteur Selby.

Dr Peter Selby: Nous sommes en train d'étudier le potentiel d'une forme d'innovation très intéressante. Il s'agit d'une intervention effectuée à l'aide d'une caméra vidéo, mais tout se fait de façon virtuelle, et la personne est guidée dans son évaluation. L'écran est très simple. Il n'y a pas de dizaines de petites cases à cocher, donc cela aide la personne handicapée à remplir des formulaires en ligne à son propre rythme, en la présence ou non d'un professionnel de la santé.

C'est particulièrement intéressant à mes yeux parce que c'est une solution aux problèmes des gens qui souffrent de douleur chronique. Cette technologie les aide à être autonomes dans la démarche. Nous pouvons l'utiliser à distance de même qu'en clinique.

C'est un exemple d'outil pour venir en aide aux personnes blessées à la tête ou qui souffrent de problèmes cognitifs. On peut ralentir la cadence pour la personne sans nécessairement la ralentir pour le clinicien, qui dispose bien souvent de très peu de temps, qui est pressé d'aller faire autre chose. Elle rend ce type d'évaluation possible.

L'avantage de ce type de système, c'est qu'on peut commencer à recueillir des données en amont et prendre des décisions en temps réel pour évaluer les tendances... Par exemple, dans mon hôpital, nous avons mené un sondage rapide et nous avons constaté que 30 p. 100 des patients qui viennent recevoir un traitement pour un problème de dépendance ont déjà subi une blessure à la tête. Quand on essaie d'offrir des soins à cette population, on a peu de chances de réussir si on utilise un niveau de langue élevé et qu'on s'attend à ce que les gens comprennent bien les concepts.

La technologie peut donc nous aider. Nous avons besoin de ces systèmes, et pas seulement pour l'interface, nous en avons aussi besoin pour tout le travail possible en amont, pour comprendre rapidement ce qui se passe.

• (1720)

La présidente: Madame Sherrard, avez-vous un exemple à nous donner?

Mme Heather Sherrard: Il y a deux choses que je voudrais mentionner. Il y a d'abord la technologie, qui nous aide à nous occuper de ces patients. Il faut toutefois veiller à ce que la technologie ne devienne pas un obstacle. Il faut donc nous demander si la technologie utilisée est vraiment bien adaptée aux patients. Par exemple, lorsque nous avons examiné les outils potentiels au départ, nous nous sommes rendu compte qu'il y en avait que les personnes atteintes d'arthrite ne pouvaient pas utiliser. Elles n'avaient pas suffisamment de dextérité pour les utiliser, elles avaient trop mal.

C'est donc ce que je voulais ajouter: quand nous achetons des nouvelles technologies et que nous les mettons en application, il faut tenir compte de tout l'éventail des handicaps pour déterminer qui peut les utiliser et comment elles fonctionnent. Par exemple, nous pouvons changer le rythme de la question dans nos systèmes d'appels pour les gens qui souffrent de démence légère. Nous ralentissons le débit, nous leur laissons plus de temps pour répondre. C'est l'autre étape essentielle pour que la technologie soit utile.

La présidente: Très bien. Merci beaucoup.

Monsieur Weston, nous vous souhaitons la bienvenue à notre Comité de la santé. Je suis certaine que vous allez trouver nos délibérations extrêmement intéressantes.

M. Rodney Weston (Saint John, PCC): Merci beaucoup.

En fait, madame la présidente, je les trouve déjà très intéressantes. Je ne suis pas un membre régulier du comité de la santé, mais quand vous avez parlé de votre application, vous avez probablement remarqué que je suis allé sur Internet. J'ai téléchargé votre application et j'ai répondu à la série de questions que vous posez. J'ai constaté que je présente un risque modéré. Maintenant, je suis très inquiet.

Mme Kim Elmslie: Vous savez quoi changer.

M. Rodney Weston: C'était le but, justement. L'application me donne des conseils sur ce que je dois faire pour réduire mon risque.

Monsieur Kellway, vous avez évoqué l'image d'une défense au couteau contre des coups de feu. Je suppose que c'est tout de même mieux de présenter une arme quelconque si on veut avoir une petite chance de faire couler du sang.

Comme c'est une population cible et qu'il faut lui faire parvenir l'information si l'on veut habiliter les gens à agir, madame Sherrard, à modifier leurs habitudes, quelles autres technologies sont à l'étude pour pousser la réflexion encore plus loin, pour permettre aux gens d'agir?

Docteur Selby, vous avez évoqué l'idée de conduire les gens au gym. N'est-ce pas ironique de conduire les gens au gym pour les faire monter sur un tapis roulant avant de les reconduire chez eux en voiture. Il faut pousser les gens à réfléchir à tous ces facteurs qui peuvent faire diminuer notre niveau de risque, et je me demande si vous avez autre chose à nous proposer.

Je pense aux outils dont nous disposons avant. Trop souvent, nous n'avions probablement qu'un dépliant à lire dans la salle d'attente d'un cabinet de médecin. On parle ici d'un outil plus novateur. Il pousse les gens à se mettre au diapason des technologies d'aujourd'hui, les gens de mon âge qui utilisent un iPad ou d'autres technologies, de même que mes parents. J'ai parlé de mon père et de ma mère à la blague. La fin de semaine dernière, j'ai aidé ma mère à faire quelque chose à l'ordinateur, ce qui est étrange, parce que je ne suis pas un crack de la technologie. Il y a tellement de gens qui font la même chose. Les personnes âgées sont intriguées elles aussi.

Avez-vous des idées de façons dont on peut rendre ces outils accessibles à tous?

Mme Kim Elmslie: Nous avons commencé par les pharmacies et les pharmaciens, parce qu'ils étaient prêts à embarquer. Ils trouvaient que le rôle qu'ils jouent dans la société les plaçait avantageusement pour aider les clients à comprendre leurs risques. Nous commençons maintenant à parler avec d'autres acteurs du secteur privé. Nous voulons leur dire que nous avons cet outil et déterminer comment nous pourrions en faire profiter les gens en milieu de travail, où l'intégration serait facile. Ce formulaire se remplit rapidement, et on obtient vite son résultat, mais ce n'est qu'une partie de l'équation.

Avec nos partenaires, nous essayons d'influencer la norme sociale sur ce qu'il faut faire pour être maître de sa propre santé et favoriser des choix plus sains dans la société. Il y a beaucoup de chercheurs et beaucoup de groupes qui étudient les outils fondés sur la technologie, mais il y a également des solutions très classiques qui s'offrent à nous, comme de modifier le milieu bâti pour permettre aux gens de marcher plus. C'est tout simple. Nul besoin d'utiliser la haute technologie ou des solutions complexes, bien qu'il y ait des innovations technologiques qui puissent devenir des outils incontournables pour les Canadiens.

C'est le premier petit pas que nous faisons avec CANRISK. Nous croyons avoir une base pour établir le lien avec les autres secteurs qui voudraient travailler avec nous dans le domaine de la santé. Les publicités à la télévision de la Fondation des maladies du cœur nous disent que nous vivons nos 10 dernières années en mauvaise santé. La Fondation des maladies du cœur est l'un de nos principaux partenaires et elle diffuse un message très percutant aux Canadiens. Nous avons avantage à saisir la balle au bond pour faire connaître nos outils aux Canadiens afin qu'ils passent à l'étape suivante pour comprendre leur propre risque, comment le prévenir et ce que chacun peut faire pour sa famille, son milieu de travail, ses écoles, sa communauté. Il s'agit simplement d'assembler les pièces du casse-tête de la société dans laquelle nous évoluons.

• (1725)

M. Rodney Weston: Utilisez-vous Twitter?

Mme Kim Elmslie: Je viens tout juste de commencer à utiliser Twitter.

La présidente: Merci, monsieur Weston.

Je remercie le comité de me laisser généreusement un peu de temps pour vous poser des questions.

Madame Tamblin, vous avez parlé de la recherche, des consommateurs, de l'industrie. J'aimerais vous poser une question, si vous me le permettez. J'ai trouvé très intéressant ce que vous avez proposé pour faire avancer la recherche et modifier concrètement la façon dont nous offrons des services de santé de manière à atteindre les gens plus rapidement, simplement pour que chaque personne ait le pouvoir de s'aider elle-même. C'est ce que nous voulons.

Je me demande s'il y a de la coordination ou de la collaboration dans vos recherches avec d'autres pays, comme Israël et la Suède. J'ai beaucoup entendu parler de ces deux pays récemment, et il y a des pistes de solution dont vous nous avez parlé aujourd'hui qui sont mises en application dans ces pays. Pouvez-vous nous en parler un peu?

Mme Robyn Tamblin: Oui. Nous avons créé un comité consultatif international qui se compose de bailleurs de fonds de l'industrie, de consommateurs, de scientifiques et de cliniciens et qui a pour rôle de nous aider à déterminer comment procéder au Canada afin de tirer des leçons de ce que d'autres ont fait pour pouvoir tirer profit de ces innovations.

Par exemple, il y a des innovations très intéressantes qui nous viennent d'Israël. Nous devrions en faire l'essai au Canada et intensifier nos échanges. Je pense que cela pourrait probablement amplifier et accélérer l'adoption des applications les plus prometteuses de la planète, des choses qui vont vraiment changer la donne. Nous sommes également en lien avec l'Union européenne...

La présidente: Je m'excuse, madame, on me dit qu'on vient d'entendre l'appel de la sonnerie. Je suis obligée de mettre un terme à la discussion, mais j'avais d'autres questions à vous poser.

J'aimerais vous remercier tous et toutes infiniment d'être venus contribuer aujourd'hui à notre étude sur l'innovation.

Mesdames et messieurs les membres du comité, je vous remercie vous aussi.

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>