



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 059



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 23 octobre 2012**



**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mardi 23 octobre 2012

• (1100)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):**  
La séance est ouverte.

Bonjour à tous. Je suis heureuse de voir tous nos invités ici ce matin.

Nous accueillons M. Joseph Cafazzo, du Centre for Global eHealth Innovation. Il prévoit utiliser une présentation PowerPoint, alors nous allons commencer par lui dans quelques instants.

Nous accueillons M. Roger Girard, dirigeant principal de l'information du Programme de cybersanté du Manitoba — cette merveilleuse province qui est située au centre du Canada; nous représentons le Manitoba ensemble, monsieur Girard.

Nous accueillons M. Jonathan Thompson, directeur du Secrétariat à la santé et au développement social de l'Assemblée des Premières Nations. Bienvenue.

Enfin, nous accueillons deux représentants de Santé Canada: Mme Kathy Langlois, sous-ministre adjointe par intérim, Opérations régionales, et M. Ernie Dal Grande, gestionnaire national, Programme cybersanté.

Nous recevons un groupe de témoins dynamiques aujourd'hui, et j'ai vraiment hâte d'entendre ce que vous avez à dire. Chaque organisation disposera de 10 minutes.

Nous allons commencer par M. Cafazzo. Vous avez 10 minutes pour la présentation PowerPoint, monsieur Cafazzo.

**M. Joseph Cafazzo (chef, Centre for Global eHealth Innovation):** Merci beaucoup. Merci de m'avoir invité.

Je m'appelle Joseph Cafazzo, et je représente le Centre for Global eHealth Innovation de l'Hôpital général de Toronto. À titre d'établissement de recherche universitaire faisant partie de l'Hôpital général de Toronto, nous avons le mandat d'examiner la conception et l'évaluation des innovations en matière de cybersanté qui vont transformer le système de santé.

[Présentation de diapositives]

Notre mandat est d'aborder les six maladies chroniques qui comptent pour 60 p. 100 des dépenses en santé. Si on prend toutes les maladies chroniques, la proportion passe à 80 p. 100. Le principal problème que nous essayons de régler, c'est cette tendance que nous avons à faire la plupart de nos dépenses en matière de soins de santé dans les domaines que vous voyez dans le coin inférieur droit: les soins de courte durée très intensifs, à un coût très élevé, et avec une qualité de vie très faible. L'objectif des systèmes et des outils technologiques que nous examinons est de faciliter la transition vers des dépenses dans les domaines que vous voyez dans le coin supérieur gauche: des soins plus près de chez soi, qui coûtent moins cher et qui contribuent à l'augmentation de la qualité de vie. Au coeur de cette démarche, il y a le mandat du centre, qui est de

faciliter la gestion de soi, puisque nous croyons que le patient pourrait jouer un rôle plus important si le système était conçu pour l'accueillir.

J'aimerais vous donner quelques exemples concernant l'Hôpital général de Toronto. Bon nombre d'entre vous savent que les patients qui souffrent d'insuffisance rénale terminale doivent subir une hémodialyse trois fois par semaine dans un centre comme l'Hôpital général de Toronto. Il y a environ 10 ans, on a lancé un programme expérimental. Parmi les patients qui ont décidé de participer au programme, il y avait Yvonne Maffei, une femme de 27 ans souffrant d'insuffisance rénale terminale qui s'était mariée récemment. Elle devait passer le reste de ses jours à se rendre dans une unité de dialyse trois fois par semaine. Elle a choisi de participer à ce programme expérimental d'hémodialyse à domicile. L'idée d'installer un dialyseur chez un patient semble complètement farfelue, mais cela fonctionne. Comme les participants au programme avaient un dialyseur chez eux, ils pouvaient procéder à la dialyse plus souvent. Plutôt que d'obtenir une substitution de 15 p. 100 des fonctions rénales en milieu hospitalier, ils pouvaient obtenir une substitution allant jusqu'à 50 p. 100. La théorie était qu'ils pourraient obtenir de meilleurs résultats.

Yvonne Maffei fait partie des 20 patients qui se sont inscrits au programme. Les patients devaient apprendre à utiliser la machine et à procéder à la canulation eux-mêmes à l'aide de ces deux grosses aiguilles chaque jour. Pour Yvonne Maffei, l'amélioration des résultats a été importante.

Il est à peu près inconcevable qu'une patiente souffrant d'insuffisance rénale terminale mène une grossesse à terme. Pourtant, Yvonne Maffei est non seulement tombée enceinte, mais elle a également mené sa grossesse à terme, ce qui est sans précédent pour une patiente souffrant d'insuffisance rénale terminale. Elle n'était pas la première à le faire. Beaucoup d'autres patientes l'ont fait au cours des 10 années suivantes. Il y a eu une espèce de baby-boom chez les patientes suivant le traitement d'hémodialyse à domicile, qui, pour la première fois, pouvaient mener une grossesse à terme. Les enfants de ces patientes ne seraient pas nés si ce n'était de la capacité du système d'accueillir les patientes et de leur permettre de créer une situation où elles pouvaient se soigner elles-mêmes.

Les résultats des 10 dernières années montrent que l'hémodialyse à domicile contribue à l'amélioration de la santé à plusieurs égards. Vous pouvez voir la longue liste de résultats positifs de la diapositive. Le plus extraordinaire, c'est que le traitement coûte environ 10 000 \$ de moins par année si le patient le suit à la maison plutôt que dans un établissement comme l'Hôpital général de Toronto, et c'est donc une situation avantageuse sur tous les plans.

J'aimerais donner d'autres exemples de création de systèmes et d'outils technologiques qui permettent au patient de se soigner lui-même. Ce groupe particulier inclut les adolescents, qui ne sont pas nécessairement connus pour leur capacité de s'occuper d'eux-mêmes. Nous avons décidé de mettre au point un système utilisant leur téléphone cellulaire pour leur permettre de gérer leur glycémie de façon régulière. En collaboration avec l'Hôpital pour enfants malades, nous avons créé une application qui s'appelle Bant. Cette application communiquait avec leur glycomètre et enregistrait régulièrement la mesure de la glycémie.

Nous avons également prévu un programme de récompense qui permettait à ces jeunes d'accumuler des points d'expérience. Chaque fois qu'ils mesuraient leur glycémie, ils obtenaient un facteur de multiplication de deux pour les mesures suivantes, et ils obtenaient des points supplémentaires lorsqu'ils prenaient cinq mesures d'affilée. Ils pouvaient échanger ces points dans iTunes contre de la musique et des applications. L'étude que nous avons réalisée à la Fondation SickKids a montré que les jeunes avaient mesuré leur glycémie une fois et demie plus souvent à l'aide de l'application qu'au cours des trois mois précédant le moment où ils avaient commencé à l'utiliser. C'était un petit pas dans le processus qui leur permettrait d'apprendre à s'occuper d'eux-mêmes. Ce n'est peut-être pas aussi impressionnant que le fait de pouvoir accoucher, mais c'est un pas dans la bonne direction pour ces jeunes.

• (1105)

Il y a un autre exemple, et celui-ci concerne le diabète de type 2. Les patients qui en souffrent, souffrent également d'hypertension, ce qui est une comorbidité grave. Nous avons fait la même chose à l'aide d'un BlackBerry et d'un moniteur de tension artérielle capable de communiquer avec leur téléphone cellulaire par Bluetooth. Nous avons procédé à un essai aléatoire: nous avons donné un moniteur de tension artérielle ordinaire à un groupe et un moniteur de tension artérielle assorti d'un BlackBerry contenant l'application à un autre groupe. Après un an, nous n'avons observé aucun changement au sein du groupe qui disposait du moniteur de tension artérielle ordinaire, mais nous avons observé une diminution de 20 p. 100 du risque de mortalité liée à une maladie cardiovasculaire au sein du groupe qui utilisait l'application BlackBerry.

L'autre aspect important de cette étude, c'est que les médecins n'ont joué aucun rôle par rapport aux résultats. Aucun nouveau médicament n'a été prescrit. Il n'y a pas eu de visite supplémentaire chez le médecin de famille. Il s'agissait vraiment d'un processus de gestion de soi assurée par le patient et qui permettait aux patients de prendre beaucoup plus de conscience de leur affection et de gérer leur traitement de façon plus active, tandis que les patients qui n'avaient que le moniteur de tension artérielle... en grande partie parce que l'hypertension est asymptomatique, ont probablement oublié de l'utiliser après un certain temps.

Nous mettons au point des applications pour le traitement du diabète depuis de nombreuses années, l'évaluation du risque étant réalisée en collaboration avec la Fondation des maladies du coeur, et notre dernière application sert à la gestion de l'asthme par les patients.

L'un des aspects très importants qui nous préoccupent beaucoup, et qui fait partie des choses que nous devons vraiment régler, c'est l'accès des patients à leurs renseignements personnels concernant leur santé.

Voici David deBronkart, de Boston, qui est venu à Toronto il y a quelques années pour livrer un message très simple aux fournisseurs de soins de santé: « Donnez-moi accès à mes maudites données. »

Les patients doivent pouvoir accéder à leurs renseignements personnels; ils souffrent de comorbidités graves. Ils gèrent leur affection sans leurs renseignements personnels sur leur état de santé. Selon la loi, ils ont droit d'y accéder, mais certains problèmes dans le système font que les patients ne peuvent pas accéder à leurs renseignements en matière de santé.

Encore une fois, si nous voulons régler le problème que posent ces six maladies chroniques dont j'ai parlé, il faut que nous fassions en sorte que le patient puisse assumer une partie de cet immense fardeau qui pèse sur le système de santé, et il y a des patients qui sont tout à fait disposés et aptes à le faire.

Voici Yvonne Maffei aujourd'hui. Dix ans plus tard, elle poursuit le traitement d'hémodialyse à domicile. Elle insère encore régulièrement ces deux grosses aiguilles dans son bras. Elle se porte très bien. En fait, elle a maintenant deux fils. Elle n'est pas unique. Il y a des milliers de patients qui suivent un traitement d'hémodialyse à domicile dans le monde, et le cas d'Yvonne Maffei n'est qu'un exemple de ce que les patients peuvent faire si le système est conçu pour leur permettre de s'occuper d'eux-mêmes.

Merci.

**La présidente:** Je suis heureuse que vous soyez venu aujourd'hui. C'est absolument extraordinaire, et je dirais que l'accouchement est comparable au iPhone.

Passons maintenant au second exposé, qui va être présenté par M. Roger Girard, qui représente le Programme de cybersanté du Manitoba.

**M. Roger Girard (dirigeant principal de l'information, Programme de cybersanté du Manitoba):** Bonjour. Je vous remercie de m'avoir invité à présenter un exposé devant le comité. Il s'agit d'une première pour moi, et c'est un privilège d'être ici aujourd'hui.

Je suis chef du service de l'information, dirigeant le Programme de cybersanté du Manitoba, l'organisme provincial chargé de mettre en oeuvre une gamme de technologies de l'information et des communications en soins de santé. La technologie transforme la manière dont nous travaillons et vivons dans chaque province et territoire ainsi que dans chaque secteur. C'est également le cas dans le domaine des soins de santé. J'aimerais prendre quelques moments aujourd'hui pour vous parler de ce potentiel, de quelques défis liés à la mise en oeuvre de ces solutions et de notre expérience au Manitoba.

Les technologies, comme les dossiers électroniques et la télésanté — cette dernière étant appelée télémédecine dans certaines provinces et étant un service spécialisé de vidéoconférence médicale — ont le potentiel de grandement transformer les soins de santé, et nous voyons déjà que certains de ces changements ont des répercussions concrètes. Les soins de santé deviennent de plus en plus avancés, les recherches croissantes menant à de nouveaux traitements, à de nouveaux renseignements concernant les anciens traitements et à plus d'informations pour faire en sorte que les traitements soient utilisés de manière plus efficace. Les technologies de cybersanté peuvent appuyer nos médecins et les autres fournisseurs de soins en leur donnant accès aux renseignements les plus à jour dans le cadre de la prestation de soins à leurs clients et à leurs patients, ce qui réduit les temps d'attente et améliore la circulation des patients.

Les soins de santé deviennent aussi de plus en plus difficiles à soutenir financièrement, particulièrement en cette période d'incertitude économique mondiale. En permettant une meilleure coordination des soins, en réduisant les erreurs médicales et en éliminant les examens en double, les technologies de cybersanté jouent un rôle clé pour aider les provinces à faire des gains d'efficacité et à réduire le taux d'augmentation des dépenses en soins de santé.

Nous savons tous que le système de soins de santé canadien est complexe. Il compte une variété d'organismes différents qui financent et fournissent des soins de santé, et qui ont chacun des normes, des politiques et des processus différents. La mise en oeuvre de technologies cohérentes, comme des dossiers électroniques, dans cet environnement est extrêmement difficile, car elle nécessite souvent que les organismes mettent à jour leurs pratiques et harmonisent les autres aspects de leur fonctionnement. Bien que cela soit avantageux et essentiel à la prestation de soins de grande qualité, il n'en demeure pas moins qu'il existe une résistance naturelle au changement, et il y a un défi important: veiller à ce que les soins de santé ne soient pas perturbés en cours de route. Tous ces facteurs signifient qu'il est coûteux de se procurer, de mettre en place des systèmes de technologie de cybersanté, de les concevoir et de les personnaliser dans un environnement trépidant. Les gouvernements fédéral et provinciaux devront faire preuve de leadership pour que les investissements en cybersanté se maintiennent afin que ces technologies puissent atteindre leur plein potentiel.

Je vais vous parler pendant un instant de l'expérience au Manitoba. Plus tôt cette année, le gouvernement du Manitoba a dévoilé un plan pour protéger le système universel de soins de santé intitulé « Accent sur les priorités ». Le plan compte trois piliers — des Manitobains et des Manitobaines en meilleure santé, des services de santé améliorés et une valeur accrue — afin d'aider à répondre aux attentes des familles dans l'ensemble de la province, à suivre les avancées en médecine et à assurer la durabilité de ce programme public précieux en cette période d'incertitude économique mondiale. Les technologies de cybersanté et les dossiers électroniques jouent un rôle central dans le plan du gouvernement pour atteindre ces objectifs.

J'aimerais vous faire remarquer que le Manitoba est un leader dans les domaines de la cybersanté et de la télésanté. Compte tenu de ses défis géographiques, notamment les collectivités rurales, éloignées et isolées, la province n'a pas le choix: elle se doit d'être efficace dans ce domaine. Toutefois, cela n'a pas toujours été le cas. Il n'y a pas si longtemps, le Manitoba se situait dans les derniers rangs des provinces et des territoires canadiens en ce qui a trait aux dépenses en technologies de l'information et des communications. Alors, comment la province est-elle arrivée à son rôle de leader? La réponse commence en 2006, lorsque le gouvernement du Manitoba a créé le Programme de cybersanté du Manitoba et a accru son engagement et son financement à l'égard de cet aspect important des soins de santé.

Le Programme de cybersanté du Manitoba est le seul mécanisme d'exécution de tous les projets de cybersanté au Manitoba, que ceux-ci relèvent des offices régionaux de la santé ou de Santé Manitoba. Le Programme de cybersanté du Manitoba est aussi hébergé par le plus grand office régional de la santé de la province, ce qui permet une surveillance appropriée, réduit au minimum les coûts indirects et administratifs et nous permet de bien répondre aux besoins des fournisseurs de soins, des professionnels de la santé et du gouvernement... et nous oblige à rendre des comptes.

Le Programme de cybersanté du Manitoba dirige une variété d'initiatives dans les hôpitaux, les cliniques de médecine familiale, les laboratoires, les installations d'imagerie diagnostique, et plus

encore. Actuellement, 62 initiatives actives sont en cours dans le domaine des technologies de l'information et des communications. Depuis la création du Programme de cybersanté du Manitoba en 2006, plus de 270 millions de dollars ont été investis dans des initiatives de technologie de l'information et des communications en matière de santé à l'échelle de la province. J'aimerais vous faire part de certains exemples de ces initiatives et de leurs répercussions profondes au Manitoba.

Aujourd'hui, tous nos services d'imagerie diagnostique dans les hôpitaux et les autres installations publiques sont entièrement numériques et font partie d'un réseau provincial qui compte 58 emplacements. Le jour même où le système a été en service à Churchill, collectivité portuaire du Nord située dans la baie d'Hudson et uniquement accessible par avion, j'ai reçu un appel d'un directeur qui m'a dit que l'obtention beaucoup plus rapide que prévu des résultats d'une radiographie de la poitrine d'un patient a permis d'éviter que l'on procède à l'évacuation aérienne de celui-ci. Cette situation a uniquement été possible en raison du réseau d'imagerie diagnostique numérique, qui a permis à un spécialiste à Winnipeg d'examiner la radiographie et de fournir ses commentaires rapidement au personnel de santé à Churchill. Avant la mise en oeuvre de cette technologie, il aurait fallu envoyer une copie de la radiographie à Winnipeg et attendre un minimum de deux jours avant d'avoir les résultats.

• (1110)

La télésanté, aussi appelée télémédecine dans certaines provinces, a également des répercussions importantes sur les soins en milieu rural. Grâce aux 125 emplacements de télésanté, les familles des régions rurales du Manitoba peuvent se rendre à un centre de santé local et communiquer avec des spécialistes de centres urbains plus grands au moyen de réseaux perfectionnés. Ce programme permet aux familles d'économiser du temps et de l'argent, car elles n'ont plus à se rendre dans un grand centre pour obtenir un rendez-vous. Nous estimons que nous avons permis aux patients d'éviter des déplacements totalisant 1 million de kilomètres par année, et que nous avons permis aux familles d'épargner 2,6 millions de dollars en frais de déplacement par année. La télésanté mène aussi à des économies pour le système de santé de plus de 1 million de dollars par année en frais de déplacement du personnel.

Les dossiers médicaux électroniques ont aussi grandement amélioré les soins aux patients. Au-delà de l'informatisation des dossiers des patients, ils permettent aux médecins de mieux surveiller les soins fournis à leurs patients et de consulter les ordonnances récentes, les résultats de laboratoire et d'autres renseignements. Il y a à peine quelques années au Manitoba, seulement 15 p. 100 environ des médecins de famille utilisaient les dossiers médicaux électroniques, mais, aujourd'hui, près de 70 p. 100 des médecins utilisent ce système ou l'utiliseront sous peu. Il s'agit d'un changement rapide qui a le potentiel de mieux coordonner les soins des patients et d'améliorer la qualité des services que nous fournissons.

Dans notre hôpital phare, l'Hôpital Saint-Boniface, à Winnipeg, nous avons mis en oeuvre les dossiers médicaux électroniques et avons pu voir qu'ils ont permis de prévenir 8 600 erreurs de médication pendant la première année de fonctionnement seulement, ce qui constitue une baisse de 45 p. 100 des incidents signalés liés à la médication. Toutefois, rien de cela ne serait possible si nous devions agir seuls, et le soutien du gouvernement fédéral et d'Inforoute Santé du Canada a été indispensable.

Je ne le dirai jamais assez: Inforoute Santé du Canada et l'aide financière accordée par le gouvernement fédéral ont été absolument essentiels à nos progrès au Manitoba. Depuis 2006, Inforoute Santé demeure un catalyseur important pour le Manitoba, ayant versé ou s'étant engagé à verser 67 millions de dollars en investissements à notre province pour 24 initiatives différentes. Grâce à Inforoute Santé, nous sommes certains que notre programme est compatible avec les programmes des autres provinces et territoires et qu'il sera un jour interexploitable avec eux. Nous ne devons rien de moins à tous les Canadiens, et le Manitoba fournit sa part d'effort à cet égard.

Par exemple, il y a plusieurs années, Inforoute Santé du Canada a établi un objectif audacieux voulant qu'on utilise des dossiers électroniques pour 50 p. 100 de la population dès 2010. Le Manitoba a respecté son engagement et a atteint l'objectif d'Inforoute Santé du Canada. En effet, en 2010, le Manitoba a lancé DossiÉ Manitoba, qui est son programme de dossiers de santé électroniques, et un service qui permettra d'atteindre cet objectif pour 100 p. 100 des Manitobains. DossiÉ Manitoba est maintenant mis en oeuvre à 78 emplacements un peu partout dans la province, et l'utilisation de cette ressource importante s'accélère. DossiÉ Manitoba offre aux fournisseurs de soins de santé de partout, en ville ainsi que dans les régions du Nord et dans les collectivités des Premières nations, un dossier contenant les médicaments administrés, certains résultats de laboratoire et d'imagerie, ainsi que les dossiers d'immunisation.

Inforoute et le soutien du gouvernement fédéral ont été essentiels pour faire progresser les dossiers électroniques à l'échelle du Canada et pour nous aider à atteindre le potentiel qu'offre cette technologie. Bien que ces travaux ne fassent pas toujours les grands titres de l'actualité, ils ont des répercussions importantes pour les patients du Manitoba et dans l'ensemble du pays. Ils permettent de faire en sorte que les soins soient plus accessibles, mieux coordonnés et plus sûrs, et ils continueront également à jouer un rôle clé dans la transformation du système de soins de santé afin qu'il soit plus durable à long terme.

Avant de conclure, j'aimerais faire remarquer que les exigences en matière de cybersanté portent sur beaucoup plus que le mandat actuel d'Inforoute qui a été donné par le gouvernement du Canada. Elles comprennent aussi l'automatisation des services dans les hôpitaux et les installations de soins de santé de longue durée, et dans les domaines des soins à domicile, de la santé mentale communautaire et d'autres secteurs diagnostiques. Nous avons accompli beaucoup, mais il reste beaucoup à faire. Nous demandons votre appui pour nous aider à poursuivre cet important travail et à atteindre nos objectifs. Nous avons besoin de l'aide et du soutien continus d'Inforoute Santé du Canada et du gouvernement fédéral. Nous avons besoin de votre aide et de votre soutien.

Merci. Je serai heureux de répondre à vos questions.

*I will be happy to answer your questions in English.*

•(1115)

**La présidente:** Merci beaucoup. Votre exposé était très intéressant, et nous vous remercions des observations éclairées que vous avez formulées.

Passons maintenant à M. Jonathan Thompson, de l'Assemblée des Premières Nations, s'il vous plaît.

**M. Jonathan Thompson (directeur, Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières Nations):** Merci à vos collègues et à vous, madame la présidente, de nous avoir invités. Je suis très heureux d'être ici.

Comme vous le savez probablement tous, l'Assemblée des Premières Nations est l'organisme qui représente toutes les Premières nations du pays, près de 1 million de citoyens vivant dans quelque 633 collectivités.

Nous nous occupons de beaucoup de dossiers au Secrétariat à la santé et au développement social, par exemple la santé publique, la santé mentale, la gestion de l'information et les soins primaires, mais l'un des dossiers importants, bien sûr, c'est la cybersanté. La technologie évolue, et nos collectivités commencent à avoir accès à Internet, et la télésanté et la cybersanté sont donc vues comme des outils indispensables à la mise sur pied d'un système de santé complet et efficace pour les Premières nations.

Pour mettre un peu les choses en contexte, disons que le système de santé des Premières nations, comme vous le savez probablement de toute façon, accuse du retard sur le plan des résultats. Je regardais la liste des six grandes maladies dressée par M. Cafazzo, et je me disais qu'elles sont toutes présentes dans les réserves.

Malheureusement, dans le cas du diabète de type 2, par exemple, le taux dans les réserves est de trois à cinq fois plus élevé qu'ailleurs. Le taux de mortalité infantile correspond à une fois et demie la moyenne nationale. Je pourrais continuer pendant longtemps. Je ne veux pas passer beaucoup de temps là-dessus. On connaît la situation.

Pourquoi cette situation existe-t-elle? Il y a bien des raisons, mais l'une d'entre elles, c'est certainement l'accès aux soins. L'accès aux soins est un problème qui contribue aux mauvais résultats en santé des Premières nations.

Dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations publiée récemment, les répondants ont cerné un certain nombre d'obstacles qui les empêchent d'accéder à des soins de santé: l'incapacité de payer les frais de garde; la difficulté à trouver un moyen de transport et à en assumer les frais — le transport médical est un autre problème qu'il est important d'aborder ici ce matin, évidemment —; les délais d'attente excessifs; et le caractère inadéquat des soins, notamment sur le plan culturel.

Il y a aussi la santé mentale, qui a déjà été mentionnée. C'est un autre problème de très grande envergure. Les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie qui existent dans les réserves sont souvent offerts par du personnel paraprofessionnel ayant suivi une formation limitée en santé mentale. Les conséquences de la fin des activités de la Fondation autochtone de guérison, survenues récemment, et la diminution progressive des activités d'application de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens se feront certainement sentir dans les collectivités, à moins que des investissements dans les services de santé mentale ne soient réalisés.

Un autre facteur qui vient compliquer la situation, c'est le fait que la population autochtone est très mobile, sur le plan de la résidence, puisque les gens partent des collectivités rurales pour s'installer à Winnipeg, à Saskatoon ou ailleurs, et aussi parce qu'ils doivent passer du système fédéral au système provincial et au système territorial pour recevoir des soins de santé. Pour vous donner une idée, l'ERS portait également sur la résidence. Elle a montré que 59,2 p. 100 des Autochtones d'âge adulte avaient vécu à l'extérieur de leur collectivité à un moment donné au cours de leur vie. De ce nombre, quelque chose comme 23 p. 100 des gens avaient déménagé au moins deux fois au cours des 12 mois précédents.

Il est très clair que ces facteurs posent problème sur le plan de la continuité des soins et rendent encore plus nécessaire la mise au point d'un système de dossiers de santé électroniques au sein des collectivités des Premières nations.

En quoi la cybersanté et la télémédecine peuvent-elles être utiles?

Je ne veux pas présenter la cybersanté et la télésanté comme étant une panacée; je pense que plusieurs choses doivent être réglées. Elles permettraient cependant de faire différentes choses, par exemple élaborer des politiques en fonction de données probantes. J'ai entendu quelqu'un dire « Donnez-moi accès à mes maudites données » ce matin. Je dirais la même chose, pour bien des raisons.

La cybersanté et la télésanté pourraient également permettre des économies découlant de la réduction des coûts de transport. Voilà un autre problème d'envergure vu les budgets avec lesquels nous essayons de composer dans le cadre du régime des services de santé non assurés au chapitre du transport médical. Il s'agit certainement d'un autre problème qui se pose pour mes collègues du Manitoba ici présents et pour ceux des collectivités autochtones.

La cybersanté et la télésanté pourraient certainement aussi offrir des occasions d'apprentissage au personnel infirmier et aux membres des collectivités; permettre de gérer et de stocker l'information sur la santé en toute sécurité dans la collectivité; permettre le recours aux dossiers de santé électroniques pour améliorer la coordination des soins entre les provinces et les territoires, ce qui est toujours un problème pour les clients des Premières nations; et offrir un cercle de soins aux patients qui changent de province ou de territoire.

Comme quelqu'un l'a déjà mentionné ce matin, le gouvernement fédéral, Inforoute Santé du Canada et les provinces et territoires ont fait des progrès dans le déploiement des outils technologiques de cybersanté et dans la mise au point des dossiers de santé électroniques pour les Canadiens en général, mais les projets de cybersanté concernant les Premières nations ont eu tendance à être relégués au deuxième rang. Les investissements dans l'infrastructure, dans les applications et dans le renforcement des capacités n'ont pas été suffisants pour permettre l'échange de données électroniques nécessaire à une prestation de soins de santé réalisant son plein potentiel.

Je sais que c'est encore difficile partout au pays, et ce que nous essayons de faire, c'est de suivre la cadence. Comme vous le savez sûrement tous, l'Accord sur la santé de 2004 prévoyait la création de dossiers de santé électroniques pour tous les Canadiens, et nous voulons simplement nous assurer que les Premières nations font partie de l'initiative.

• (1120)

Sans investissement important et durable au sein des collectivités des Premières nations et sans la mise au point de technologies compatibles avec les systèmes fédéral, provinciaux et territoriaux, l'écart qui sépare les Premières nations du reste du pays sur le plan du bien-être va continuer d'exister.

Malgré les problèmes que j'ai mentionnés, problèmes de compétence, de financement et de capacité, des projets de cybersanté et de télésanté sont en cours dans les collectivités autochtones de l'ensemble du pays.

Le projet de dossiers de santé électroniques communautaires Mustimuhw, mis sur pied par les tribus Cowichan en Colombie-Britannique, est en cours, par exemple, et il a été étendu à d'autres provinces ainsi qu'à d'autres collectivités de la Colombie-Britannique. Je crois que la Saskatchewan et le Manitoba utilisent les dossiers de santé électroniques communautaires aussi.

L'élaboration de services complets et intégrés de gestion de l'information et de technologie de l'information comme élément clé du processus tripartite enthousiasmant qui est en cours en Colombie-Britannique se fait en ce moment, et les services vont très bientôt être offerts.

J'aimerais également mentionner le fait que le Kenora Chiefs Advisory est en train d'entreprendre un projet de registre des clients très intéressant en Ontario. Dans le cadre de ce projet, on a déjà regroupé les données concernant sept collectivités des Premières nations dans une base de données unique, et les responsables du projet ont reçu du financement dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé pour accomplir plusieurs tâches, notamment la création de structures de gouvernance par les Premières nations favorisant l'intégration et permettant de régler des problèmes de nature législative et stratégique à ce chapitre.

Voilà une autre chose à laquelle ma collègue participe je crois dans le cadre de la relation de travail trilatérale avec les Premières nations du Manitoba.

Quelle est la prochaine étape? En tant qu'organisme national de défense des droits, l'APN n'a ni les ressources ni le mandat nécessaires pour prendre part à des projets de cybersanté de façon concrète. Toutefois, nous continuons de participer à des projets qui appuient les activités des Premières nations en matière de cybersanté. Par exemple, l'Assemblée des Premières Nations a commencé à solliciter la participation des partenaires des Premières nations et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux aux discussions afin d'accélérer les progrès vers l'harmonisation et la convergence des projets de cybersanté et l'intégration des données cliniques.

Le 20 juin 2012, l'APN a fait équipe avec COACH, l'Association canadienne d'informatique de la santé, avec l'aide de mes collègues de la DGSPNI et d'Inforoute Santé Canada, pour la tenue du First Nations eHealth Convergence Forum. Il y avait parmi les participants des dirigeants principaux de l'information et du personnel chargé de la gestion de l'information électronique sur la santé des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral, ainsi que des responsables de la cybersanté des Premières nations. Nous sommes en train de nous assurer que les importantes discussions qui ont eu lieu dans le cadre de cet événement ne seront pas perdues, et nous sommes certainement en train de faire de la promotion à cet égard.

Entre autres projets en cours, il y a la mise au point d'un cadre stratégique en matière de cybersanté qui aidera les Premières nations à élaborer et à mettre en oeuvre des projets de cybersanté pleinement harmonisés avec leurs principes et leurs priorités. En outre, l'un des problèmes que nous devons régler, c'est bien entendu l'échange de données, et nous sommes donc en train de travailler à un guide pour la conclusion d'ententes en matière d'échange de données qui offrira aux collectivités des Premières nations bon nombre des outils dont elles ont besoin pour élaborer leurs propres ententes en matière d'échange de données lorsqu'elles s'aventureront dans ce domaine et souhaiteront harmoniser leur système avec le système fédéral et les systèmes provinciaux.

Il faut mentionner que le programme d'infrastructure de cybersanté de la DGSPNI doit être renouvelé en 2013, et que le soutien du comité serait grandement apprécié, puisque le renouvellement du programme permettrait à la DGSPNI et aux Premières nations de continuer de faire bénéficier les collectivités qui en ont le plus besoin du pouvoir de transformation des technologies de cybersanté.

Pour conclure, j'aimerais profiter de l'occasion pour encourager les membres du comité et le gouvernement à solliciter les Premières nations, les provinces et les territoires pour que les partenaires s'engagent de nouveau à respecter les priorités nationales, dont la mise au point d'outils technologiques en matière de santé pour l'ensemble des Canadiens, y compris les Premières nations. Je dirais également que le renouvellement de l'Accord sur la santé de 2014 pourrait être l'occasion de le faire.

Là-dessus, merci beaucoup, madame la présidente. Je répondrai aux questions avec plaisir.

• (1125)

**La présidente:** Merci beaucoup de l'information très utile que vous nous fournissez aujourd'hui.

Passons maintenant à Mme Kathy Langlois, sous-ministre adjointe par intérim. Vous pouvez commencer votre exposé.

[Français]

**Mme Kathy Langlois (sous-ministre adjointe par intérim, Opérations régionales, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada):** Bonjour.

Au nom de Santé Canada, je vous remercie de m'avoir invitée aujourd'hui pour parler des technologies émergentes dans le contexte de la santé des Premières Nations et des Inuits.

[Traduction]

Je suis accompagnée de mon collègue, Ernie Dal Grande, qui est gestionnaire national des programmes de cybersanté à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Il répondra à vos questions concernant des points de détail avec plaisir.

Les investissements de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dans les nouvelles technologies visent à améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Nous faisons la promotion du développement et de l'adoption de technologies nouvelles telles que les systèmes, les outils et les pratiques de cybersanté qui encouragent des pratiques de prestation des services de soins de santé innovatrices.

Aujourd'hui, je vais parler de notre travail en cybersanté et des investissements que nous faisons à l'égard des nouvelles technologies pour les infirmières et les travailleurs communautaires.

Le Programme d'infrastructure de la cybersanté appuie le développement et l'adoption de systèmes modernes de technologies d'information et de communication dans le but de déterminer, de recueillir, de communiquer, de gérer, de diffuser et d'utiliser les données pour améliorer l'accès, la qualité et la productivité dans le domaine de la santé et des soins de santé des Premières nations.

Ce programme a évolué à partir des exigences pour Santé Canada de s'aligner avec les gouvernements provinciaux et de s'orienter vers une utilisation accrue des technologies d'information et de communication pour améliorer la prestation des services de santé et de surveillance de la santé publique. Le ministère travaille en étroite collaboration avec d'autres ministères et organismes fédéraux, par exemple Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et Inforoute Santé du Canada, ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux, les autorités régionales de la santé, les organisations du secteur privé et les dirigeants et les collectivités des Premières nations, dont l'Assemblée des Premières Nations.

Les trois principales activités du Programme d'infrastructure de la cybersanté sont la télésanté, la connectivité et Panorama.

Les technologies de télésanté contribuent à rendre accessibles les soins de santé de base et spécialisés; l'éducation sur la prévention des maladies et la promotion de la santé aux régions qui sont moins bien servies, particulièrement dans les secteurs éloignés et ruraux où plusieurs collectivités des Premières nations se trouvent. La télésanté offre également du soutien professionnel et des possibilités d'éducation continue, ce qui contribue au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé.

Il y a en ce moment plus de 300 sites de télésanté et de vidéoconférence dans les collectivités des Premières nations, et ils offrent un large éventail de services tels que la télévisite pour les membres de la famille, la télé-éducation pour les travailleurs et les services de télé-diabète et de télésanté mentale. D'autres services cliniques seront aussi offerts dans ces collectivités dans l'avenir. Par exemple, en mars 2012, il y avait 26 collectivités des Premières nations dotées des services de télésanté au Manitoba et près de la moitié des événements étaient de nature clinique.

La télésanté en Ontario est principalement appuyée par Keewaytinook Okimakanak Telemedicine, KO Telemedicine, qui offre un accès aux fournisseurs et aux services de soins de santé dans 27 collectivités des Premières nations. En plus de la télé-médecine, 71 collectivités des Premières nations ont accès à de l'équipement de vidéoconférence à des fins administratives et d'information et peuvent avoir accès aux séances d'information du Réseau télésanté Ontario et de Keewaytinook Okimakanak Telemedicine.

Pour ce qui est de la connectivité, la connectivité à large bande stable est un élément clé essentiel pour moderniser la prestation des soins de santé à l'échelon communautaire, et surtout la télésanté dans les collectivités des Premières nations. Meilleure est la connectivité, meilleure est la qualité et la disponibilité des services cliniques de télésanté offerts aux collectivités.

Afin de mieux profiter des investissements dans l'infrastructure de la connectivité des régions, des provinces et du secteur privé et de maximiser l'accès des Premières nations aux services à large bande, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada travaillent ensemble pour mieux investir dans la connectivité des collectivités des Premières nations et appuyer cette connectivité.

Par exemple, on a annoncé en juillet dernier que Santé Canada, en partenariat avec SaskTel et la Fédération of Saskatchewan Indian Nations, investira 5,8 millions de dollars sur cinq ans pour fournir à 83 collectivités des Premières nations un meilleur accès Internet, ce qui permettra aux Premières nations de la Saskatchewan d'ajouter graduellement plus de services de cybersanté à leur système de soins de santé à l'échelon communautaire.

De plus, l'initiative d'extension du service à large bande dans le nord-ouest de l'Ontario, dont mon collègue a parlé et qui est d'une valeur de 81 millions de dollars, apportera un réseau de fibre optique à la fine pointe de la technologie à 26 collectivités de la nation Nishnawbe Aski du Nord de l'Ontario. Cela comprend un investissement fédéral de plus de 23 millions de dollars, un investissement provincial de 32 millions de dollars et un investissement du secteur privé de 26 millions de dollars. L'investissement direct de la DGSPNI est de 2,7 millions de dollars. Vous voyez donc à quel point nous sommes capables de mettre à profit d'autres ressources.

Panorama est un outil bilingue de gestion et de surveillance électroniques pour les travailleurs de première ligne en santé qui s'occupent des maladies transmissibles. L'intégration des clients des Premières nations et inuits dans le cadre des initiatives provinciales visant à mettre en oeuvre Panorama, y compris les services partagés, les normes et la formation, mènera à une prestation des services de soins de santé publics plus efficace.

• (1130)

Cet outil soutiendra l'établissement, la gestion et le contrôle des cas de maladies infectieuses et des épidémies qui posent une menace pour la santé publique. Il permettra aux professionnels de la santé canadiens de recueillir, d'échanger et d'analyser un large éventail de renseignements en matière de santé essentiels pour la gestion des maladies transmissibles et les questions liées à l'immunisation dans les régions et à l'échelon FPT. Le système a été élaboré, et certaines provinces le mettront en oeuvre au cours de l'exercice 2012-2013 — je devrais plutôt dire qu'elles sont en train de le mettre en oeuvre.

Une autre initiative clé concernant les technologies émergentes est celle qui consiste à fournir un accès accru au personnel infirmier qui travaille dans les communautés éloignées et isolées des Premières nations.

Par exemple, plusieurs postes de soins infirmiers en Alberta ont mis à l'essai, par l'entremise de projets pilotes, l'utilisation de services de pharmacie à distance pour appuyer l'éducation des clients, la fourniture de renseignements et la surveillance des médicaments. On a également commencé à utiliser un nouveau logiciel permettant de gérer de manière efficace l'étiquetage et l'entretien des stocks de médicaments.

En Alberta, un service centralisé d'infirmières praticiennes sur appel a été mis sur pied pour fournir des services de consultation et de traitement au personnel infirmier de soins primaires travaillant dans les communautés éloignées et isolées. Ce service permet, dans les faits, de fournir des services de soins primaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

La mise à l'essai de la télémedecine robotique a connu un succès dans une clinique de santé inuite éloignée dans la région de l'Atlantique, et a démontré l'efficacité de la prise de rayons X numériques par technologie robotique.

L'accès électronique aux données des patients — une technologie portable — permet au personnel infirmier en Saskatchewan d'avoir accès aux renseignements cliniques des patients.

Plusieurs programmes et outils d'apprentissage en ligne sont une excellente démonstration de l'effet d'un accès efficace et efficient à l'éducation, au perfectionnement professionnel et à la formation à distance sur le personnel infirmier et les autres fournisseurs de services de santé qui pratiquent dans les régions éloignées et isolées.

Comme vous le savez, les communautés emploient, en plus des infirmières, une vaste gamme de travailleurs, notamment des travailleurs dans le secteur de la santé maternelle et de la santé mentale, des travailleurs communautaires et des travailleurs fournissant des soins à domicile, pour n'en nommer que quelques-uns.

Un autre moyen que nous utilisons pour favoriser l'adoption des technologies émergentes est la fourniture d'une formation aux travailleurs communautaires. Par l'éducation à distance, les travailleurs communautaires, y compris les gestionnaires en santé des Premières nations, se voient offrir plus d'occasions d'acquérir les compétences et une certification comparables à celles des travailleurs

des systèmes de santé provinciaux et territoriaux, et apprennent à diriger efficacement un système de santé.

Les programmes de formation qui utilisent des modèles d'éducation à distance innovateurs sont fortement encouragés puisqu'ils permettent d'offrir de la formation aux communautés éloignées et isolées où l'accès aux écoles et aux possibilités éducatives peut présenter certaines difficultés, et de réduire les coûts globaux liés à la formation.

La vision à plus long terme de Santé Canada tient à ce que les services de cybersanté offerts aux Premières nations et aux Inuits soient aussi accessibles que ceux offerts au reste de la population canadienne, et d'une qualité semblable. La DGSPNI, les provinces et les communautés des Premières nations font face au défi commun de maintenir la qualité, la sécurité, l'accessibilité et la productivité des services de santé des Premières nations tout en exerçant une responsabilisation accrue dans un contexte de restrictions budgétaires.

Comme je l'ai mentionné aujourd'hui, nous travaillons avec d'autres administrations sur des innovations qui permettront de moderniser et de transformer la manière dont les soins de santé sont offerts afin de contenir les coûts et de mieux gérer les renseignements liés à la santé de manière à ce que nous puissions améliorer la reddition de comptes et la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Les investissements que la DGSPNI a faits dans les technologies émergentes appuient l'élaboration et la diffusion de la technologie de la santé afin d'améliorer la santé des personnes au moyen de partenariats, de technologies, d'outils et de services en cybersanté innovateurs.

Santé Canada s'est engagé à mettre en place un service de santé entièrement intégré et durable pour les communautés des Premières nations et des Inuits auquel s'ajouteront graduellement plus de services de cybersanté communautaires et qui permettra aux fournisseurs de services de santé de première ligne d'utiliser des technologies novatrices dans le but d'améliorer la prestation de services de soins de santé et les résultats.

Je veux vous remercier de m'avoir permis d'être ici aujourd'hui pour vous parler de ces questions. Mon collègue et moi serons heureux de répondre à vos questions.

• (1135)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous avons entendu ce matin des exposés extrêmement intéressants.

Nous allons maintenant passer à la période de questions et de réponses. Il s'agit d'un tour de sept minutes. Madame Davies, la parole est à vous.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être venus ici aujourd'hui. Je ne sais pas trop par où commencer, car j'ai l'impression que vous nous avez transmis énormément de renseignements.

Mes collègues se pencheront ultérieurement sur quelques-unes des questions concernant les Premières nations, de sorte que mes questions porteront sur d'autres sujets que celui-là.

J'aimerais revenir sur les diapos présentées par le représentant du Centre for Global eHealth Innovation. Monsieur Cafazzo, la réponse à ma question vous apparaîtra peut-être évidente, mais je ne crois pas qu'elle le soit pour chacun d'entre nous. À la page 3 du document que vous nous avez remis se trouve une diapo — je ne sais pas s'il est possible de la projeter à nouveau — où il est question de l'amélioration des résultats de santé en matière de dialyse à domicile. Cette diapo contient une liste de résultats que vous avez qualifiés de fabuleux.

En fait, je ne comprends pas pourquoi. À quoi tient cette amélioration? Est-elle uniquement attribuable au fait que la dialyse est effectuée à domicile? Ce n'est pas clair.

J'ai une autre question à vous poser. Vous avez parlé d'une autre innovation concernant la transmission au moyen d'un Blackberry des mesures de la tension artérielle. Vous avez mentionné une réduction de 20 p. 100 du risque de crise cardiaque ou d'AVC — cela est indiqué à la page 6. Là encore, je ne suis pas certaine de bien comprendre à quoi cela tient. J'ai une autre question à poser, et je crois que je vais profiter de l'occasion pour la formuler.

Cette question s'adresse à tous les témoins. À mon avis, ce que vous nous avez dit est incroyable. Ma préoccupation concerne l'accessibilité. Que devons-nous faire pour nous assurer que l'on s'emploie à régler partout ces problèmes? Il est vraiment exaltant d'entendre parler de ce que fait le Manitoba. J'aimerais que vous nous indiquiez ce qu'Inforoute devrait, selon vous, faire de plus pour que vous puissiez être certains de mener à bien votre projet au Manitoba ou ailleurs. J'aimerais également que vous mentionniez les mesures que nous devons prendre pour faire en sorte d'instaurer une équité à l'échelle du pays.

L'an dernier, un témoin a déclaré devant le comité que le Canada était un pays de projets pilotes, ce qui a fait rire tout le monde. En fait, c'est la vérité — une foule de projets fantastiques sont lancés, mais cela soulève la question suivante: que faisons-nous pour veiller à ce que cela débouche sur une certaine durabilité, une continuité et un sentiment d'équité à l'échelle du pays? À mon avis, cette question reviendra sans cesse tout au long de l'étude que le comité a entreprise.

J'aimerais que vous abordiez cette question, mais j'aimerais d'abord obtenir une brève réponse à la première question que j'ai posée. Elle portait sur une chose que je n'ai pas vraiment comprise.

• (1140)

**M. Joseph Cafazzo:** En ce qui concerne les mécanismes qui font que l'hémodialyse à domicile améliore les résultats pour la santé, habituellement, pour un patient atteint d'une maladie du rein en phase terminale qui subit une hémodialyse conventionnelle trois fois par semaine dans un hôpital, la thérapie de remplacement rénal permet de rétablir environ 15 p. 100 des fonctions rénales. L'hémodialyse à domicile permet aux patients de ce genre d'effectuer plus fréquemment des dialyses. Ils font des dialyses la nuit, ce qui permet d'accroître à 50 ou 60 p. 100 environ le taux de rétablissement de leurs fonctions rénales. En d'autres termes, ils ont moins de toxines dans le sang, et peuvent donc avoir des enfants, mener une grossesse à terme et bénéficier d'autres améliorations des résultats pour la santé. Nos reins fonctionnent sans arrêt; il arrive que les fonctions rénales des personnes atteintes d'une néphropathie en phase terminale soient complètement inhibées, et comme je l'ai mentionné, la thérapie conventionnelle ne permet de rétablir qu'à peu près 15 p. 100 de ces fonctions.

Cela tient simplement au fait que ces patients peuvent effectuer plus fréquemment une dialyse à domicile.

**Mme Libby Davies:** Qu'en est-il de la surveillance de la pression artérielle?

**M. Joseph Cafazzo:** À notre avis, ce qui s'est passé, ou, en d'autres termes, le mécanisme comportemental qui explique ces résultats, c'est le fait que l'application en question a amené les patients à mesurer plus régulièrement leur pression sanguine, de sorte qu'ils étaient plus sensibilisés à cet égard. Ils prenaient plus fréquemment leurs médicaments, et ils étaient suivis de plus près.

Chez ces patients, là encore, l'hypertension artérielle était asymptomatique. Quant aux patients qui utilisaient un tensiomètre conventionnel, et qui n'avaient donc pas à s'occuper de l'application, ils oubliaient souvent de faire cela. Nous soupçonnions qu'ils n'avaient pas utilisé très souvent le tensiomètre, et, de toute évidence, qu'ils n'avaient pas pris régulièrement leurs médicaments. Au bout du compte, il s'agit d'une intervention de nature comportementale.

**Mme Libby Davies:** D'accord.

Est-ce que je pourrais obtenir une réponse à ma deuxième question concernant l'équité en matière d'accessibilité et les mesures à prendre pour la réaliser? En un mot, qu'est-ce que le gouvernement fédéral doit faire pour s'assurer que ce dont vous parlez se concrétise à l'échelle du pays?

**M. Roger Girard:** Je vais répondre en premier.

Je travaille dans le secteur de l'informatique de la santé depuis très longtemps. Il y a 10 ou 12 ans, il aurait été impossible de réunir autour d'une table, comme nous le faisons aujourd'hui, des intervenants de diverses provinces et d'utiliser un même langage pour parler de ce sujet.

L'une des principales améliorations survenues au fil du temps grâce à Inforoute Santé Canada — et qui a représenté un défi important au cours des 10 ou 12 dernières années — tient à l'harmonisation à l'échelle du pays. Durant mon exposé, j'ai mentionné que, en matière d'information et d'utilisation de l'information, l'harmonisation au pays est plus grande que jamais. Cela ne veut pas dire que nous avons atteint nos objectifs. Si les provinces ne sont pas toutes aux mêmes stades, c'est simplement en raison de la manière dont fonctionne le système de soins de santé.

Pour vous donner une idée de l'ampleur de l'accessibilité, je vous dirai que l'endroit où vous vivez a de moins en moins d'importance. Beaucoup d'exemples cités par M. Cafazzo concernaient, je crois, les innovations de pointe, mais de plus en plus, même pour les choses simples — j'ai mentionné l'imagerie diagnostique —, si tous les radiologues se trouvent dans le Sud, et qu'aucun d'entre eux ne se trouve dans le Nord... à présent, il est possible pour les résidents du Nord d'obtenir les mêmes services de radiologie que ceux offerts aux résidents du Sud. Il n'est plus nécessaire de se rendre dans le Sud pour obtenir ces services. Il s'agit d'une énorme amélioration pour les personnes qui choisissent de vivre dans le Nord ou dans une collectivité rurale isolée. Voilà un exemple.

En matière de télésanté, les choses sont très bien établies. Au Canada, nous pratiquons la télésanté dans presque toutes les administrations depuis 12 ans. Nous avons beaucoup recours à la télésanté parce que cela est nécessaire — nous devons joindre les gens là où ils se trouvent.

À mes yeux, l'information se démocratise, en quelque sorte. À l'heure actuelle, les gens de toute la province — et non pas seulement ceux qui vivent dans le Sud — ont accès à l'information. C'est ce que nous faisons de plus en plus.

La question que vous avez posée à propos de l'équité et des projets pilotes est intéressante. J'ai entendu aussi les propos que vous avez rapportés. Si vous vous promenez au pays pour voir ce qui se fait dans chaque province en matière de cybersanté — à ce chapitre, le Manitoba n'est certainement pas une exception —, vous constaterez qu'une foule de très bons projets sont en cours.

• (1145)

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur.

**M. Roger Girard:** Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Nous allons maintenant passer à M. Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je tiens à remercier les témoins. Jusqu'ici, les exposés que nous avons entendus étaient excellents. J'ai du mal à décider par où commencer, mais je veux m'adresser au Dr Girard.

Durant votre exposé, vous avez mentionné qu'« en 2010, le Manitoba a lancé DossiÉ Manitoba, qui est son programme de dossiers de santé électroniques, un service qui permettra d'atteindre cet objectif pour 100 p. 100 des Manitobains ». Je suis originaire d'Oshawa, en Ontario, et je me suis intéressé de près à ce que faisait Inforoute. Je me rends compte du fait que le gouvernement fédéral a mis de côté deux milliards de dollars, si je ne m'abuse, et qu'il remboursera jusqu'à 75 p. 100 des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux qui mettent en oeuvre des initiatives de ce genre.

Je suis extrêmement impressionné par ce que vous avez réalisé au cours des quelques dernières années. Pourriez-vous nous fournir quelques précisions en ce qui concerne le financement qu'Inforoute vous a versé pour que vous puissiez, dans votre province, réaliser vos objectifs en matière de dossiers de santé électroniques? En outre, pour le bénéfice des personnes qui vivent dans d'autres provinces, j'aimerais que vous mentionniez quelques-unes des difficultés auxquelles vous avez fait face, de même que les mesures que vous avez prises pour les surmonter.

**M. Roger Girard:** Tout d'abord, je vous suis reconnaissant de m'avoir promu au rang de docteur, ce que je ne suis pas — appelez-moi tout simplement « monsieur » Girard.

La mise en oeuvre d'un système de dossiers de santé électroniques dans une petite province — sur le plan géographique, le Manitoba est une vaste province, mais relativement petite par comparaison avec l'Ontario, le Québec ou quelques-unes des autres grandes administrations — est un peu plus simple qu'ailleurs, mais il s'agit tout de même d'une chose très complexe, vu qu'elle comporte les mêmes pièces mobiles.

Nous avons mené un projet dans le cadre duquel nous avons dépensé plus ou moins 40 millions de dollars sur quatre ou cinq ans. Ce projet était financé à peu près à parts égales par le gouvernement et Inforoute. Je ne tenterai pas de vous faire croire que cela a été facile, car cela n'a pas été le cas. Ce projet portait notamment sur la normalisation de données et sur le fait de veiller à ce que les renseignements que l'on obtient, qui ont été recueillis au fil du temps en fonction de diverses normes de données et tout le volet lié à la gestion du changement... Comment devons-nous mettre en place ces systèmes de manière à ce qu'un médecin puisse utiliser ou consulter directement les renseignements? Ils n'ont pas le temps de fouiller pour obtenir des informations.

Une multitude de changements de la sorte ont été apportés. Une fois que cela est fait, les choses deviennent faciles, car cela devient contagieux. Même certains médecins qui m'avaient dit que cela n'allait pas changer grand-chose dans leur pratique m'ont avoué que,

dans les faits, ils avaient constaté qu'ils avaient appris quelque chose, et que cela avait des résultats positifs.

Il est beaucoup plus facile de faire admettre le changement lorsque celui-ci s'assortit d'une valeur, et notre programme, à savoir DossiÉ Manitoba, commence à fournir cette valeur. Il serait difficile de conserver le génie dans la bouteille, même si nous le voulions — tout le monde veut profiter du programme. À l'heure actuelle, nos ressources sont exploitées au maximum simplement pour nous permettre de suivre le rythme.

En passant, cela concerne aussi les Premières nations. La mise en oeuvre sur le site des Premières nations a eu lieu il y a un mois environ. Nous étions très fiers de cela, car cela illustre le partenariat qui existe à présent à l'échelle du pays, et qui n'existait pas auparavant.

J'espère que cela répond à votre question. Je ne me rappelle plus si vous en aviez posé une deuxième.

**M. Colin Carrie:** Excellent.

J'ai d'autres questions à poser. Le Nord de l'Ontario et le Manitoba sont des territoires géographiques voisins. Dans votre province, vous avez lancé le programme de télésanté intitulé « Retrouver l'espoir », dans le cadre duquel vous travaillez auprès des collectivités éloignées. D'après ce que j'ai lu, ce programme met à contribution des télévisions, des caméras et tout le bataclan pour établir un lien entre des psychiatres se trouvant à Winnipeg et des jeunes des Premières nations installés dans une salle privée d'un poste de soins infirmiers. L'un des problèmes dont nous avons entendu parler tient au fait qu'il est parfois difficile, dans ces régions éloignées, d'accéder aux professionnels appropriés.

Pourriez-vous dire quelques mots sur l'efficacité de ce programme? Avez-vous des statistiques à nous fournir sur les économies qu'il nous permet de réaliser, par exemple, en ce qui a trait au transport pour raison médicale?

**M. Roger Girard:** Oui. Tout cela figure dans mon rapport. En ce qui concerne notre clientèle manitobaine, nous avons mené une étude en collaboration avec Inforoute Santé Canada. Selon nos estimations, nos économies liées au patient se chiffrent à quelque 2,6 millions de dollars. Dans la plupart des cas, il s'agit d'économies familiales, car en matière de transport, pour les Manitobains — dans le cas des Premières nations, la formule est différente —, les économies se chiffraient à 2,6 millions de dollars, et on a pu éviter des déplacements totalisant environ un million de kilomètres.

Consulter un spécialiste à distance ou en personne, c'est la même chose. Nous avons recueilli le témoignage de dizaines de patients de l'ensemble du Manitoba qui ont consulté un spécialiste à distance.

Je soulignerai également que le programme de télésanté du Manitoba soutient le Nord de l'Ontario. Nous entretenons des liens avec KO Telemedecine, le réseau dont mes collègues ont parlé. Dans le Nord, nous soutenons le Nunavut. Nous sommes de bons partenaires, car les gens de là-bas représentent aussi une partie de notre clientèle. Nous fournissons des services à notre clientèle peu importe où celle-ci se trouve, que ce soit dans le Grand Nord à l'est ou à l'ouest.

C'est très enthousiasmant, et la valeur... Je pourrais vous fournir d'autres exemples de réussite, des exemples émouvants. Il est très réconfortant d'établir un lien entre des membres d'une famille qui se trouvent très loin les uns des autres.

• (1150)

**M. Colin Carrie:** Je suis préoccupé. En tant que chiropraticien, les traitements que je dispense doivent l'être en personne. Je peux comprendre que la télésanté et la télémédecine sont très utiles à certains égards.

À votre avis, que pourrions-nous faire pour régler le problème lié à l'utilisation excessive de la technologie ou au fait que les gens ne parviennent pas à obtenir des professionnels de la santé les soins en personne qu'ils veulent obtenir?

**M. Roger Girard:** Eh bien, les traitements n'exigent pas tous la présence d'un médecin, et certainement pas d'un spécialiste. La télémédecine ne remplace pas les professionnels de la santé — le personnel infirmier, le personnel infirmier praticien, et ainsi de suite — qui se trouvent dans ces collectivités. La question de l'autonomie en matière de santé est un autre sujet, à propos duquel M. Cafazzo a dit quelques mots.

À mes yeux, l'essentiel tient à ce que, si l'on obtient des résultats pour 20 ou 30 p. 100 de la clientèle, cela a une incidence considérable sur les services fournis à une collectivité éloignée, sans parler des économies liées au transport et à d'autres choses. Ces services n'ont pas à toucher l'ensemble de la population — il suffit qu'ils changent les choses pour une partie de la population.

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

Nous allons maintenant passer à Mme Fry.

**L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je dois dire que, bien avant l'accord sur la santé de 2004, dont les objectifs comprenaient l'utilisation de la cybersanté, de la télémédecine et d'autres nouveaux moyens, tout le monde savait ce que ces moyens pouvaient nous procurer, car des discussions avaient eu lieu à ce sujet. Je tiens à souligner que les exposés que nous avons entendus aujourd'hui ont montré que les données probantes ont établi que ces méthodes fonctionnent vraiment.

En ce qui concerne la gestion des soins dispensés aux malades chroniques, comme vous appelez cela, dans les cas où l'on n'a pas besoin d'un médecin, mais où l'on peut obtenir une IRM numérique, il est possible d'établir rapidement ce qui doit être fait dans l'immédiat dans une région isolée. Nous avons évoqué la santé des Autochtones puisque de nombreuses personnes autochtones vivent dans des régions isolées ou rurales. Ainsi, de toute évidence, cela est important.

Ce qui m'a vraiment impressionné, c'est ce qu'on a fait en matière d'éducation et d'information des patients, de même que les mesures incitatives qui s'adressent à eux. À mon avis, la mesure incitative à l'intention des jeunes est extraordinaire — je parle de celle qui met à contribution des applications et la technologie de l'information à telle ou telle fin. Cela donne réellement aux jeunes qui ont tendance à ne pas prendre leur maladie au sérieux les moyens de le faire.

Là encore, la capacité d'obtenir des soins actifs en temps opportun... vous avez évoqué l'IRM numérique, la question de savoir si cela permettait aux gens de prendre une décision en ce qui concerne leur radiographie de la poitrine, etc. — à mes yeux, tout cela est important. D'aucuns croyaient que cela fonctionnerait en 2004 lorsque les premiers ministres ont décidé de conclure l'accord; d'aucuns croyaient que cela fonctionnerait si l'on finançait l'accord sur une période de 10 ans. Vous nous avez montré, au moyen de données probantes, qu'il s'agit d'une bonne façon d'épargner de l'argent en matière de prestation et d'administration des soins de

santé, argent que l'on peut ensuite investir dans d'autres éléments que nous devons examiner.

L'un des principaux objectifs de l'accord était de mettre de côté de l'argent à cette fin. Ainsi, pourquoi les provinces ne vont-elles pas toutes de l'avant avec cela? Vu que de l'argent a été réservé à cette fin, pourquoi n'en fait-on pas davantage en ce qui a trait aux soins directs aux Autochtones? Quels sont les difficultés et les pépins qui nous empêchent de faire cela?

**La présidente:** Qui aimerait répondre à cette question? Allez-y, s'il vous plaît.

• (1155)

**M. Jonathan Thompson:** Merci.

En ce qui concerne les Premières nations, l'une des difficultés est de nature très élémentaire — elle est liée à la connectivité. Un certain nombre de communautés ne disposent toujours pas des moyens de faire fonctionner cette technologie. Pour ce qui est du rythme auquel les provinces ont entrepris des activités à cet égard, je ne saurais quoi dire.

Comme M. Girard l'a mentionné, au Manitoba, on a peut-être commencé avec un peu de retard, mais on a concentré nos efforts et on est allé de l'avant. Lorsqu'on commence à se pencher sur les dossiers de santé électroniques, les dossiers médicaux électroniques, les questions relatives à la protection des renseignements personnels et l'échange de données, on constate que les choses sont très complexes. Il faut commencer à examiner tout cela.

Je suis certain que tous ces facteurs, de même que bien d'autres, ont eu une incidence sur le rythme auquel les provinces ont adopté cette technologie. En ce qui concerne les Premières nations, l'une des difficultés demeure la question des compétences. Bien sûr, dans une certaine mesure, nous collaborons avec Inforoute Santé Canada. Nous aimerions le faire davantage, mais ses principaux liens sont ceux qu'elle entretient avec la province. Là encore, nous éprouvons quelques difficultés au moment d'administrer pour notre propre compte, et assurément pour les Premières nations, les multiples connaissances en matière de prestation des services de santé, et cela s'applique également à cette question.

Ainsi, les communautés des Premières nations sont aux prises avec des problèmes réellement fondamentaux, par exemple ceux liés à la connectivité et à la capacité. À coup sûr, les administrations doivent disposer de cette capacité — ou trouver les moyens de l'acquérir — pour qu'elles puissent entreprendre les travaux requis pour faire en sorte que la technologie qu'elles mettent en place répond à leurs besoins, et leur permet d'établir des liens avec les administrations provinciales. C'est ce que je voulais dire plus tôt lorsque j'ai parlé du fait que notre clientèle passait du régime fédéral au régime provincial et de la nécessité à ce chapitre. Tous ces régimes doivent être en communication les uns avec les autres.

**La présidente:** Merci.

Allez-y, monsieur Dal Grande.

**M. Ernie Dal Grande (gestionnaire national, Programme cybersanté, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des premières nations et des inuits, Santé Canada):** On a évoqué le fait que le Canada était un pays de projets pilotes. À ce sujet, j'aimerais ajouter, en ce qui concerne le système de santé des Premières nations, que cela a amené le pays à changer. Si nous n'avions pas mené tous ces projets pilotes au cours des 10 dernières années, les cliniciens et les gestionnaires en santé ne pourraient pas profiter des avantages qu'offre actuellement la cybersanté. Dans le système des Premières nations, nous avons commencé d'emblée à constater les avantages de la télésanté et des dossiers électroniques de santé. Ainsi, j'estime que ce qui s'est passé relève d'une évolution naturelle.

Au cours des discussions entre les provinces, le gouvernement fédéral et les Premières nations en ce qui concerne les compétences, comme ces trois partenaires devaient travailler ensemble... En fait, ce qui a amené les trois échelons de gouvernement à se réunir et à tenir une discussion complexe concernant les politiques, c'est la question de la cybersanté, sur laquelle nous travaillons conjointement avec l'Assemblée des Premières Nations depuis les quatre ou cinq dernières années pour tenter d'harmoniser nos politiques et notre vision stratégique spécifiques.

Chaque province possède sa propre stratégie en matière de cybersanté. Le gouvernement fédéral, par l'entremise de la DGSPNI, dispose de sa stratégie en matière de cybersanté. Nous collaborons avec l'APN. Nous disposons actuellement de trois stratégies axées sur la vision d'un modèle par le truchement d'Inforoute Santé Canada et de stratégies provinciales et fédérales.

Le plus important, ce sont les Premières nations, et il convient d'être à l'écoute de ce que les communautés nous disent à propos de ce qu'elles veulent faire. Nous avons donc consacré du temps à effectuer des évaluations des besoins, nous avons véritablement écouté les communautés et appris ce qu'elles veulent faire et en quoi consistent leurs priorités.

Si je ne m'abuse, cela a exigé 10 ans, mais je crois que nous sommes à présent très bien placés pour aller de l'avant.

**La présidente:** Monsieur Girard.

**M. Roger Girard:** Si vous le permettez, j'aimerais revenir un peu en arrière, et dire quelques mots concernant ce qui se passe à l'échelle de la province. Tout d'abord, je crois... Il vous serait probablement possible d'obtenir une copie des résultats compilés par Inforoute, qui évalue le rendement de toutes les provinces. Je crois qu'il y a des activités assez semblables qui sont menées dans chaque province du Canada. De toute évidence, les provinces n'en sont pas toutes au même stade d'avancement, ce qui est normal en raison de la nature de notre pays — 10, 12 ou 13 administrations différentes qui tentent de réaliser un objectif commun ne peuvent pas y parvenir en même temps.

Je me souviens que, il y a 10 ans, Inforoute avait divulgué une estimation de très haut niveau selon laquelle cela allait coûter 10 milliards de dollars au pays. Elle avait ensuite ajouté que le rendement du capital investi se chiffrait à 20 milliards de dollars, mais que cela allait coûter 10 milliards de dollars au pays. À mes yeux, cette estimation était quelque peu conservatrice, si l'on se fie à tous les projets qui sont menés. Toutefois, si l'on tient cela pour acquis, il faut souligner que nous n'en sommes qu'au début de l'aventure. Cela va prendre du temps, de sorte que l'essentiel est de poursuivre l'initiative. Le fait que nous en soyons encore au tout début représente une partie du problème.

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

Nous allons maintenant entendre M. Strahl.

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

Je remercie les témoins de leurs exposés.

Dans ma circonscription, en Colombie-Britannique, il y a plus de 30 communautés des Premières nations. Ainsi, mes questions porteront, dans une large mesure, sur ces communautés.

Vous avez mentionné — et il s'agit d'un bon point —, qu'il n'est évidemment pas possible de fournir des services de télésanté dans ces communautés si elles ne disposent pas d'une infrastructure à large bande adéquate.

Ma question s'adresse à Ernie ou à Kathy. Pouvez-vous m'indiquer quelle proportion des communautés des Premières nations du Canada a accès à un réseau à large bande leur permettant de recevoir des services de ce genre?

• (1200)

**Mme Ernie Dal Grande:** D'après les chiffres que j'ai consultés aujourd'hui même, environ 90 p. 100 des Premières nations disposent d'un accès à large bande de type « grand public » ou de qualité supérieure... Ainsi, la connectivité fait défaut dans à peu près 10 p. 100 des communautés des régions très éloignées, mais nous travaillons là-dessus. Au cours des 10 dernières années, en collaboration avec Affaires autochtones et Industrie Canada, les deux principaux ministères pertinents, d'importantes améliorations ont été apportées, de sorte que je crois que nous réalisons de grands progrès.

Ce qui se produit, toutefois, à mesure que croît la demande des professionnels de la santé, c'est que la pression sur l'infrastructure à large bande des communautés s'accroît également. Nous devons donc collaborer de façon holistique avec Affaires autochtones... pour ce qui est des écoles, des postes sanitaires, du bureau du conseil de bande et des usines de traitement de l'eau. La quantité de bande passante continue de croître, c'est ce que l'on constate.

**M. Mark Strahl:** Merci.

J'ai une autre question à vous poser. L'an dernier, si je ne m'abuse, nous étions ravis d'annoncer la conclusion de l'entente tripartite en Colombie-Britannique. Dans quelle mesure la coordination de la prestation des services de cybersanté ou de télésanté dans les communautés des Premières nations a-t-elle permis de renforcer cette entente? Est-ce que cela a rendu les choses plus faciles et, le cas échéant, sommes-nous sur le point de conclure des ententes semblables avec d'autres provinces, si la prestation des services a été améliorée?

**Mme Ernie Dal Grande:** Je vais parler de ce qui se passe en Colombie-Britannique dans le domaine de la cybersanté.

Les Premières nations de la Colombie-Britannique ont toujours été des chefs de file en matière de cybersanté, et on reconnaît généralement que cela accroîtra réellement l'accès aux soins et la mise en oeuvre de changements.

Le plus important, c'est que cela a permis de réunir trois administrations dans le cadre de pourparlers présidés par les Premières nations. Le dirigeant de l'autorité sanitaire des Premières nations a participé à ces négociations avec les représentants des gouvernements provincial et fédéral, et les Premières nations prennent des décisions concernant leurs priorités au chapitre de la cybersanté.

Elles viennent tout juste de recevoir l'approbation d'Inforoute Santé Canada pour un financement de 4,5 millions de dollars. Au cours des deux ou trois prochaines années, nous mettrons en place des services de télésanté dans un certain nombre de communautés des Premières nations. Des investissements seront faits dans le réseau de santé de toutes les communautés, de sorte que les Premières nations de la Colombie-Britannique constateront d'énormes améliorations sur le plan des soins de santé au cours des deux ou trois prochaines années.

**M. Mark Strahl:** Excellent. Merci beaucoup.

Je vais maintenant m'adresser à M. Cafazzo.

Vous avez mentionné les importantes améliorations et les économies de coût qui ont découlé de votre projet. Chaque fois qu'il y a du changement, il y a de la résistance au changement. Comment les travailleurs de la santé ont-ils réagi lorsqu'ils ont vu que des patients procédaient eux-mêmes à une intervention qu'ils auraient peut-être effectuée dans le passé? Quelle a été la réaction des intervenants des services de santé de première ligne? Ont-ils été coopératifs ou a-t-il été difficile de les amener à admettre cette façon de faire?

**M. Joseph Cafazzo:** Il s'agit d'une excellente question. Dans le cas de l'hémodialyse à domicile, les économies de coûts tiennent essentiellement au fait que le patient prend la place de l'infirmière, ce qui n'est pas négligeable. Cela a fait passer le ratio patients/infirmière de 2 patients pour une infirmière à 20 patients pour une infirmière. Bien honnêtement, vu l'accroissement de la prévalence du diabète et des néphropathies en phase terminale, les infirmières ont encore beaucoup de travail à faire. Cette situation ne fera que s'aggraver, et le fait est que, en raison de quelques obstacles de nature technologique auxquels nous sommes en butte actuellement, nous ne pouvons offrir un tel service qu'à 25 p. 100 environ des patients atteints d'une maladie du rein en phase terminale. Je ne pense pas que cela posait un problème particulier, et les infirmières de l'Hôpital général de Toronto ont toujours un emploi — elles doivent seulement composer avec un plus grand nombre de patients.

Pour ce qui est de l'étude relative à l'hypertension artérielle, vous avez absolument raison de dire que, dans un premier temps, les médecins de famille n'aimaient pas cette idée. Ils avaient l'impression qu'ils allaient devoir examiner des tonnes de nouvelles données pour lesquelles ils n'allaient pas être payés, mais il y a également le fait qu'ils ne sont pas totalement outillés pour faire face à cet afflux de patients atteints de maladies chroniques graves. Nous avons conçu le système de manière à ce que ces médecins ne soient informés que des résultats exceptionnels, par exemple une tension artérielle exigeant de l'attention, mais dans la plupart des cas, ils ne sont pas informés des résultats des patients. Comme nous l'avons montré, il n'y a pas eu d'accroissement du nombre de consultations ni de quoi que ce soit d'autre.

À mon avis, la plupart des médecins vous diront que, si leur charge de travail ne s'en voit pas accrue et que leurs patients se portent bien, cette façon de faire est bénéfique pour les deux parties.

**M. Mark Strahl:** Excellent.

Est-ce qu'il me reste du temps?

**La présidente:** Il vous reste deux minutes.

**M. Mark Strahl:** Monsieur Girard, vous avez mentionné que les choses avaient commencé à changer en 2006 lorsque le gouvernement du Manitoba a créé le Programme de cybersanté et s'est engagé à accroître son financement. D'où provenaient ces fonds? Avez-vous trouvé des économies à réaliser au sein de votre enveloppe actuelle

de financement? S'agit-il d'une réaffectation de fonds? S'agit-il de nouveaux fonds? Peut-être une combinaison des deux?

De toute évidence, chaque échelon de gouvernement... aujourd'hui, j'ai entendu l'expression « resserrement économique ». Je crois que c'est la première fois que je l'entendais.

Comment êtes-vous parvenu à trouver ces nouveaux fonds requis pour aller de l'avant?

• (1205)

**M. Roger Girard:** Comme vous vous en doutez, nous avons pris toutes sortes de mesures. À coup sûr, les fonds d'Inforoute et quelques-uns des projets que j'ai mentionnés ont constitué des éléments cruciaux puisqu'ils ont créé les conditions nécessaires pour inciter la province à investir conjointement avec Inforoute et selon les normes de celles-ci. Bon nombre de ces projets, par exemple le projet d'imagerie numérique, ont été financés à peu près à parts égales avec le gouvernement provincial.

Il s'agissait d'un élément très important. Cela s'est traduit par des économies, il n'y a aucun doute là-dessus. Les données probantes montrent clairement qu'un système bien automatisé est plus efficace qu'un système qui ne l'est pas. Nous pouvons prouver que des économies ont été réalisées de multiples façons — des économies de coûts, des gains d'efficacité, un accroissement de la sûreté des patients, ce genre de choses. Cependant, le système de santé est ainsi fait qu'il est difficile de mettre en évidence ces avantages et de les chiffrer — cela a posé des difficultés.

**La présidente:** Merci.

Nous allons maintenant passer au tour de cinq minutes. Vous disposerez maintenant de cinq minutes, et non pas de sept.

Monsieur Sellah, vous avez la parole.

[Français]

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

Je veux d'abord remercier les témoins d'être venus nous parler aujourd'hui de l'innovation technologique en matière de soins de santé.

Ma première question s'adresse à M. Thompson, de l'Assemblée des Premières Nations. S'il me reste du temps, je vais poser une question au représentant du Programme de cybersanté du Manitoba.

Je vais être terre à terre. Compte tenu des conditions dans lesquelles vivent les Premières Nations aujourd'hui, croyez-vous avoir besoin de technologie ou surtout de logements décentes, d'eau potable et d'aliments frais abordables?

Comme j'ai voyagé dans ces régions au début de l'année, je pense évidemment à la situation de la Première Nation Attawapiskat et au prix de la nourriture dans les collectivités du Nord. Là-bas, 1 kg de rôti de boeuf coûte plus de 50 \$, un contenant de 2 l de lait coûte plus de 8 \$, 1 kg de spaghettis secs, en solde, revient à 14 \$ et un chou se vend 20 \$.

Comblé les besoins de base n'empêche pas de favoriser la technologie et l'innovation; ce n'est pas ce que je veux dire. Par contre, comment faut-il procéder, selon vous, pour s'assurer que les Premières Nations ont accès à des soins de santé de qualité et à une meilleure qualité de vie? On sait en effet que la prévention est primordiale en matière de santé.

Ma deuxième question s'adresse à M. Girard.

Comment expliquez-vous que la mise en oeuvre des dossiers électroniques soit plus avancée au Manitoba qu'ailleurs au Canada?

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Thompson, voulez-vous répondre à ces questions en premier, s'il vous plaît? Ensuite, nous pourrions peut-être nous adresser aux autres témoins qui s'intéressent aux Autochtones.

Allez-y.

**M. Jonathan Thompson:** Merci, madame la présidente.

C'est drôle, je me demandais si on allait me poser cette question aujourd'hui: quel est le principal enjeu? Je crois y avoir fait allusion plus tôt, lorsque j'ai dit que la cybersanté et la télésanté étaient très importantes. Mais ce n'est pas une panacée; ce n'est pas la chose qui va radicalement éliminer — ou rapidement éliminer ou éliminer par magie — les disparités en matière de santé chez les Premières nations, en particulier celles dans des localités nordiques et éloignées.

Il ne fait aucun doute que les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle énorme: le logement, l'éducation, la pauvreté, les problèmes de santé mentale, la toxicomanie, la liste est longue. Alors, au bout du compte, la réponse, c'est qu'il y a une multitude d'enjeux.

Mais, au chapitre de la cybersanté et de télésanté, la technologie est vraiment une ressource que peuvent exploiter ces collectivités pour combler l'écart et accroître l'accès à certains professionnels de la santé.

Voilà ma réponse.

• (1210)

[Français]

**La présidente:** Il y a aussi Mme Langlois.

[Traduction]

Aviez-vous quelque chose à dire, madame Langlois?

**Mme Kathy Langlois:** Non.

**La présidente:** D'accord.

Nous allons passer au deuxième volet de la question, monsieur Girard.

[Français]

**M. Roger Girard:** Merci.

Vous avez dit que nous étions plus avancés, ou apparemment plus avancés, au Manitoba qu'ailleurs au Canada. Premièrement, il m'est impossible d'émettre des commentaires sur la situation ailleurs au Canada. Chez nous, nous avons des engagements contractuels avec Inforoute. C'était d'ailleurs un des thèmes de ma présentation. Quand nous livrons un produit sur le territoire manitobain en utilisant des fonds d'Inforoute, il faut le faire en respectant un contrat légal avec Inforoute, ce qui nous donne une orientation.

Il est très important de noter que nous faisons partie de l'Office régional de la santé de Winnipeg. Par conséquent, l'accent est mis sur les soins cliniques. On ne parle pas ici d'une idée imaginaire, mais bien d'une réalité concrète à laquelle est reliée une valeur immédiate. Nous avons donc livré un produit clair. Il nous a tout de même fallu quatre ou cinq ans pour le mettre au point. Ça ne s'est pas réalisé du jour au lendemain.

[Traduction]

**La présidente:** Merci, monsieur Girard et docteur Sellah.

Nous allons maintenant passer à M. Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** Merci, madame la présidente. On a entendu beaucoup de commentaires intéressants jusqu'à maintenant aujourd'hui.

Je constate que, dans son mémoire, M. Thompson transmet au comité le commentaire suivant:

[...]Les projets de cybersanté des Premières nations ont tendance à être relégués en dernière position. Les investissements dans les infrastructures, les applications et le renforcement des capacités n'ont pas été réalisés suffisamment pour permettre l'échange de données électroniques et soutenir la prestation de services de soins de santé parmi les Premières nations.

Kathy, vous pourriez peut-être nous parler de cette préoccupation.

**Mme Kathy Langlois:** Oui, avec plaisir.

Sans vouloir contredire mon collègue ici, je tiens à indiquer que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, a travaillé très dur pour s'assurer que les Premières nations ne sont pas reléguées au second plan. En effet, aux dernières nouvelles, notre investissement était de plus de 131 millions de dollars, et je dois dire que le montant réel est supérieur, car nous n'avons pas tenu compte des projets du Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Ils contiennent aussi des éléments axés sur la cybersanté.

Alors, à tout le moins, nous avons investi plus de 130 millions de dollars au cours des cinq dernières années dans ce domaine, dans tous les domaines dont je vous ai parlé, et ce n'est pas fini. Cet argent a servi à obtenir des investissements de contrepartie provinciaux en travaillant avec nos partenaires dans les provinces — le Manitoba est un excellent exemple — pour stimuler le financement, en fonction de tout investissement particulier que nous avons effectué.

Nous reconnaissons que notre stratégie doit être en harmonie avec celles des provinces, lesquelles travaillent en collaboration très étroite avec Inforoute Santé du Canada dans le cadre d'une approche commune. Nous ne sommes pas intéressés à adopter une approche différente de celle-là, car nous voulons simplement nous assurer d'aller dans la même voie que les provinces et les territoires, de sorte que les Premières nations puissent tirer le maximum des services de santé fédéraux et accéder aussi aux services provinciaux et territoriaux.

Notre objectif est d'éviter cette situation complètement.

**M. Patrick Brown:** Jonathan, estimez-vous que ne voyez pas l'effet de l'investissement de 130 millions de dollars sur le terrain? Quel serait votre conseil pour qu'on s'assure d'optimiser un investissement qui est de toute évidence assez substantiel? Il est alarmant de constater que vous avez l'impression que ces projets sont relégués au second plan.

**M. Jonathan Thompson:** Certes, je ne contesterai pas le montant d'argent que ma collègue a mentionné. Comme l'ont indiqué tous les témoins ici présents, nous partons du bon pied, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire.

Nous avons fait face à des difficultés, comme je l'ai mentionné plus tôt, à la suite de certaines questions de compétence découlant de l'arrivée d'Inforoute Santé du Canada et de sa relation plus directe avec les provinces. Nous travaillons avec les responsables à ce chapitre. Je suis assurément d'accord avec M. Dal Grande sur ce point, et je l'ai aussi mentionné.

Encore une fois, je vais devoir revenir sur certains problèmes d'infrastructure qui devront être abordés dans les collectivités des Premières nations, ce qui permettrait une expansion plus rapide et complète de cette technologie pour le compte des collectivités.

Je ne suis pas tout à fait certain d'être d'accord avec M. Dal Grande en ce qui concerne le nombre de collectivités qui ne disposent pas encore d'une bande passante suffisante pour profiter de la cybersanté. Mes chiffres sont un peu plus élevés. Mais je ne veux pas couper les cheveux en quatre, vraiment. L'important, c'est de travailler ensemble à cerner les lacunes et de mobiliser les bonnes personnes afin de les aborder d'une façon réfléchie, opportune et en harmonie avec ce qui se produit dans les provinces, au gouvernement fédéral et dans les collectivités des Premières nations.

• (1215)

**M. Patrick Brown:** Ma question est plus générale.

Je me rappelle que, avec le comité sur la santé, il y a quelques années, nous avons étudié les dossiers de santé électroniques. À l'époque, je me souviens qu'on m'avait dit que l'Île-du-Prince-Édouard était en fait la province la plus avancée dans la numérisation des dossiers de santé et que l'Ontario était parmi les dernières. En ma qualité de député ontarien, j'avais trouvé cela inquiétant. Avez-vous des nouvelles sur le cheminement de la province de l'Ontario?

Lorsque je retourne chez moi, je trouve que notre hôpital local est un établissement fantastique, mais il n'est certainement pas passé au mode numérique. Compte tenu du montant des investissements de Santé Canada dans la numérisation à tous les échelons, mes questions sont les suivantes: quand verra-t-on cela se produire? Où en est l'Ontario? Et pourquoi l'Ontario se retrouverait-elle derrière d'autres provinces à ce chapitre?

Oui, Ernie.

**Mme Ernie Dal Grande:** Selon mon expérience des dernières années à cyberSanté Ontario, on a pris une tout autre voie.

Ici, à Ottawa, comme vous le savez, on a adopté l'iPad, notamment, dans les hôpitaux. Je sais que mon médecin de famille a adopté le DME. Nous commençons à en voir de plus en plus en Ontario.

Nous entretenons d'excellentes relations avec la province en ce qui concerne les Premières nations. Le Réseau télémédecine Ontario permet aux Premières nations d'intégrer le réseau provincial.

Sa stratégie, si je comprends bien, est de commencer par la région du Grand Toronto, puis de s'étendre vers d'autres parties de la province. Je crois que nous faisons des progrès, de mon...

**La présidente:** Je suis désolée, votre temps est à peu près écoulé. Merci.

Nous allons maintenant passer au Dr Morin.

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

Ma première question est destinée à M. Girard. Ma collègue, Libby Davies, vous a posé une question plus tôt, mais je crois que vous n'avez pas eu le temps d'y répondre.

Vous souvenez-vous de la question?

**M. Roger Girard:** Non. Pourriez-vous la répéter?

**M. Dany Morin:** Il était question de l'importance de la durabilité de ces grands projets pilotes et de ce que nous pouvons faire pour nous assurer de leur mise en œuvre partout au Canada et de la disponibilité chaque année du financement qui leur est nécessaire.

**M. Roger Girard:** Cette réponse comporte deux volets. Tout d'abord, si vous regardez globalement la question de la cybersanté, elle contient deux volets. Un des volets obtient son financement d'Inforoute, alors Inforoute Santé du Canada a un programme de financement. En général, si je comprends bien, toutes les provinces

se situent à peu près au même niveau à ce chapitre. C'est un volet assez modeste. Pour les besoins de notre discussion, disons que c'est 20 p. 100 du coût, alors tout le monde travaille sur ses registres et sur les composantes du plan directeur d'Inforoute.

Je vais m'arrêter ici, et, si vous avez des questions, je me ferai un plaisir d'y répondre plus tard.

Là où nous voyons des difficultés partout au Canada aujourd'hui — c'est un peu la réponse à la question sur l'Ontario et d'autres — c'est à l'égard des 80 p. 100. Inforoute ne finance pas d'hôpitaux. Jusqu'à récemment, Inforoute ne finançait pas les DME, les cabinets de médecins. Depuis la dernière tranche de financement d'Inforoute, ces choses sont financées. Les fossés se referment extrêmement rapidement dans les provinces qui se sont engagées dans ces investissements. Mais les hôpitaux sont exclus, la collectivité est exclue, les soins de longue durée sont exclus le dossier de santé personnel dont nous avons parlé est exclu, etc. Il y a déjà toute une foule de lacunes dans le système. Nous avons réalisé d'énormes progrès — je ne voudrais pas laisser entendre le contraire —, mais il y a encore beaucoup à faire.

**M. Dany Morin:** D'accord, merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Thompson.

J'ignore si vous vous en souvenez, mais en 1997, selon la Commission royale sur les peuples autochtones, nous avions besoin de 10 000 fournisseurs de soins aux Autochtones. Je trouve merveilleux que l'on veuille s'assurer que la technologie et la cybersanté viennent en aide à ces collectivités, mais croyez-vous toujours que nous avons besoin d'un plus grand nombre de fournisseurs de soins sur le terrain dans les collectivités autochtones?

**M. Jonathan Thompson:** Merci.

Oui, assurément. Il y a eu certains efforts, dans le cadre du travail que nous avons accompli avec eux sur cette question, mais, oui, sans aucun doute. L'un des plus grands défis, par exemple, dans nombre des collectivités et des postes de soins infirmiers, est le recrutement et le maintien en poste. Nous serions certainement ravis de voir des efforts visant cet objectif. Mais ce n'est pas seulement la profession infirmière, ce sont aussi les médecins et les professionnels de la santé mentale. La liste est longue. Certes, cela s'inscrit, bien entendu, dans la discussion liée à l'éducation, et je ne suis pas certain que nous voulions nous lancer sur cette voie aujourd'hui, mais c'est tout de même un objectif, et il y a toujours un grand fossé reste à combler à ce chapitre, c'est certain.

• (1220)

**M. Dany Morin:** Merci.

Monsieur Cafazzo, vous avez mentionné l'importance des soins de santé, et je suis tout à fait d'accord avec vous. À votre avis, comment ce type de gestion de soi pourrait-il profiter à ces collectivités?

**M. Joseph Cafazzo:** Nous avons effectivement mené un projet pilote à Chapleau, en Ontario, à quelques heures de Timmins. Encore une fois, vu le nombre important de personnes souffrant du diabète de type 2, certaines des difficultés que nous avons dû surmonter à l'époque se rattachaient à des problèmes d'infrastructure. L'utilisation d'un téléphone cellulaire dans certaines de ces régions rurales était difficile. Je crois qu'on a réglé ces problèmes, mais les difficultés d'accès propres à ces régions éloignées constituent une occasion fantastique de recourir à la cybersanté. Je vous rappelle que certaines des études que nous avons menées datent du milieu des années 2000. Depuis cette époque, nombre des problèmes d'infrastructure... Et l'utilisation de téléphones cellulaires comme outil pour se soigner soi-même peut être très efficace dans ces collectivités

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup

Je crois que mon temps est écoulé.

**La présidente:** Vous avez environ 30 secondes. Faites vite.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup de votre présence aujourd'hui.

**La présidente:** Merci.

La contribution de M. Morin est toujours si précieuse; je vous en remercie, monsieur Morin.

Maintenant, nous avons M. Lobb.

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

Ma première question est destinée à M. Girard. Parlons d'intégration et d'imagerie numérique. À l'évidence, ce domaine existe depuis longtemps. Si je me présente au service de radiographie et que j'obtiens une radiographie de mon épaule, ces données seront-elles automatiquement transférées dans mon DME?

**M. Roger Girard:** Non. Le DME est le dossier habituellement utilisé par le médecin. On joue sur les mots, je le reconnais. Le dossier médical électronique est utilisé par le médecin dans sa clinique, pour faciliter le fonctionnement. L'image proprement dite n'est pas habituellement versée dans le DME. Le rapport est versé dans le DME, alors il s'agira de la transcription.

Ce que nous ferons, c'est que nous mettrons l'image dans un grand centre de stockage auquel le médecin aura accès à n'importe quel moment. Elle n'est pas versée dans le DME.

**M. Ben Lobb:** D'accord. Le rapport serait produit par le radiologue, qui le verserait dans le DME.

**M. Roger Girard:** C'est exact.

**M. Ben Lobb:** D'accord.

Monsieur Cafazzo, c'est la même question pour l'immigration. Vous avez parlé de l'application pour iPhone destinée aux enfants qui doivent surveiller leur diabète... Ces résultats vont-ils dans le DME.

**M. Joseph Cafazzo:** Nous n'avons pas d'idée arrêtée à ce sujet, mais nous avons utilisé certains outils de gestion du dossier de santé personnel, comme Google Health, qui n'existe plus. Il y en a d'autres, comme Microsoft HealthVault, et son pendant canadien, Espace Santé TELUS. FedDev a aussi investi dans d'autres outils du genre, comme le projet Connected Health and Wellness de l'Université York.

Oui, nous croyons que les données ne peuvent pas être isolées. Elles doivent faire partie d'un dossier de santé personnel qui est transmis au fournisseur. Dans les cas où nous l'avons utilisé, les endocrinologues à SickKids pouvaient accéder à l'information par l'intermédiaire d'Espace santé TELUS. Au fil du temps, Espace santé TELUS pourrait être intégré avec le DME et le DSE.

**M. Ben Lobb:** On n'en est pas encore là, mais c'est peut-être pour bientôt.

**M. Joseph Cafazzo:** C'est exact. Assurément.

**M. Ben Lobb:** Monsieur Girard, je m'interrogeais au sujet des sociétés de génie logiciel.

De toute évidence, il faut traiter avec un grand nombre d'administrations. J'imagine que les provinces seraient libres de choisir le fournisseur de logiciel qu'elles veulent. Y a-t-il aujourd'hui un fournisseur de logiciel en tête du peloton pour ce qui est d'aider les provinces à accomplir le travail? Y a-t-il une diversité de sociétés de génie logiciel qui offrent ce service? Pourriez-vous m'éclairer sur ce point?

**M. Roger Girard:** Malheureusement, lorsque nous parlons de cabinets de médecin — si nous limitons la discussion aux cabinets de médecins et à l'automatisation des cabinets de médecins —, il y a trois fournisseurs dans notre province. Nous avons travaillé avec les médecins pour en sélectionner trois. Ce sont habituellement des fournisseurs régionaux. Si vous regardez la structure de l'industrie au Canada, les fournisseurs tendent à s'attacher à une région. Ils sont très peu à mener leurs activités à l'échelle du Canada

• (1225)

**M. Ben Lobb:** Compte tenu de ce commentaire, alors, il y aura des problèmes lorsque vous tenterez de relier toutes les provinces. Je ne mets pas en question la stratégie, car, à l'évidence, nous avons besoin des dossiers de santé et de tout cela. Ce n'est pas la première fois qu'un pays s'engage dans une telle initiative. Cherchons-nous à reproduire certains problèmes ou créons-nous des problèmes qui vont se manifester plus tard? Le cas échéant, comment allons-nous les régler?

**M. Roger Girard:** Nous ne croyons pas. Nous croyons pouvoir fonctionner avec ces trois différents fournisseurs. Les médecins s'échangent de l'information même s'ils utilisent un différent fournisseur parmi ces deux ou trois entreprises, et peut-être même de l'autre côté de la frontière, en Saskatchewan, si vous vivez dans une localité frontalière, par exemple.

**M. Ben Lobb:** Je suis de l'Ontario, alors prenons l'Ontario comme exemple. Y a-t-il des fournisseurs qui utilisent l'Ontario et que vous utiliserez vous aussi?

**M. Roger Girard:** Je ne suis pas certain du total. L'Ontario a une liste très longue. Je présume que nous avons des fournisseurs en commun.

**M. Ben Lobb:** C'est peut-être le cas, peut-être pas. Disons que ce n'est pas le cas, et disons que le Québec recourt aussi à des fabricants de logiciel différents des vôtres en Ontario. Quelle est la stratégie, dans quelques années, dans cinq ans, qui permettra de tout relier, de sorte que, si Jim déménage au Manitoba, puis au Québec, les données le suivront? J'imagine que c'est l'objectif visé. Cela va poser problème, de toute évidence.

**M. Roger Girard:** Ce sera un problème très agréable, parce que les données que nous aurons seront automatisées. Elles auront déjà été saisies électroniquement, et je pourrai les transférer. J'espère qu'elles auront du sens lorsque vous les obtiendrez et que ce ne sera pas du chinois. La version manitobaine pourrait ressembler à du chinois après sa transmission en Ontario. Ce degré de normalisation n'est pas encore réalisé. Nous avançons lentement, mais sûrement. Ce serait un problème agréable.

**M. Ben Lobb:** Au Manitoba, vous allez bon train. À l'évidence, nous faisons cela pour deux raisons. L'une des raisons, c'est d'avoir plus de données plus rapidement pour offrir de meilleurs soins. Vous avez aussi parlé des économies de coût. Si vous regardez le rendement des investissements — les économies de coûts par rapport aux coûts —, je me demande si vous pouvez nous parler de ce que le Manitoba prévoit au chapitre des économies de coûts et de ce que la province a dépensé jusqu'à maintenant pour les dossiers de santé électroniques.

**M. Roger Girard:** Dans mon exposé, j'ai mentionné que nous avions dépensé environ 240 millions de dollars depuis le début de l'année, dont environ 67 millions de dollars qui provenaient d'Inforoute. Selon les calculs d'Inforoute Santé du Canada, il y a de nombreuses années, les économies sont de l'ordre d'environ deux pour un: un coût de 10 milliards de dollars et un rendement de 20 milliards de dollars sur le capital investi. Nous nous attendons toujours à un tel niveau d'investissement. Je pourrais vous montrer des études qui démontrent les économies et les gains en efficacité dans les hôpitaux et dans les cabinets de médecins, notamment, mais c'est à peu près cela.

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

Nous allons maintenant passer à M. Kellway.

**M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD):** Merci, madame la présidente, et merci à tous les témoins d'avoir présenté des exposés si intéressants et si instructifs aujourd'hui.

Monsieur Cafazzo, j'aimerais commencer par vous. Je crois qu'il s'agissait de la diapositive — je ne saurais vraiment dire — deux ou trois de votre exposé, que je ne peux malheureusement pas lire maintenant, mais on y parle de l'établissement des coûts.

Je crois que, dans l'ensemble, votre exposé donne à croire, dans une certaine mesure, que la cybersanté suppose que le patient prenne sa santé en main et, probablement, qu'on dispense davantage de soins à domicile. On a beaucoup parlé de la cybersanté et des soins à domicile et vanté les avantages économiques de ces mesures.

Je me demande si nous tenons compte des coûts. Je ne conteste pas le fait que cela soit plus économique et qu'il y ait d'autres avantages que ceux mentionnés dans votre exposé, mais je me demande si nous tenons réellement bien compte des coûts liés aux soins à domicile. Cela me vient à l'idée, car j'ai été invité à parler à l'occasion d'une conférence sur les soins de relève au Canada, et mes recherches sur la question ont révélé que des non-professionnels des soins de santé consacrent énormément de temps à prodiguer des soins de santé à la maison et qu'il y a un énorme fardeau associé aux résultats des soins de santé qui reposent sur les gens dont dépendent des personnes pour la soi-disant gestion de soi ou les soins à domicile.

Lorsque nous traçons le profil économique des soins à domicile, tenons-nous compte de toutes les bonnes mesures?

• (1230)

**M. Joseph Cafazzo:** Je crois que vous soulevez un point intéressant. Nous ne tenons pas vraiment compte de la contribution des aidants naturels. Le membre de la famille qui a décidé de prendre sa retraite plus tôt pour s'occuper d'un conjoint à la maison — cela représente des milliards et des milliards de dollars de soins informels qui ne sont pas comptabilisés dans le système. Là où je voulais en venir, c'est que ces personnes ignorent comment gérer les soins d'un être cher. Elles n'ont pas les renseignements. Lâchées à elles-mêmes, elles sont incapables de coordonner les soins ou d'obtenir des renseignements au sujet de l'être cher dont elles s'occupent.

Je suis certain qu'il y a eu des études relatives à ces soins informels, mais nous devrions en tirer avantage. Nous devrions encourager les aidants naturels et veiller à ce qu'ils puissent fournir des soins plus efficacement. Beaucoup d'entre eux ont consenti de nombreux sacrifices personnels pour le faire, et nous ne leur donnons toujours pas les outils de base qui leur permettront — aux aidants et à leur être cher — d'être en meilleure santé et d'être plus heureux.

**M. Matthew Kellway:** L'autre question qui ressort de votre conversation... Et je regarde Yvonne ici, je pense à son histoire

inspirante et vraiment émouvante. Je me demande, aussi, quel pourcentage de la population est comme Yvonne. Combien de gens sont effectivement capables, pour quelque raison que ce soit — les déterminants sociaux, peut-être leurs problèmes de santé particuliers —, de se soigner eux-mêmes grâce à la cybersanté?

**M. Joseph Cafazzo:** À l'heure actuelle, pour quelque chose d'aussi grave qu'une insuffisance rénale, on estime que seulement 25 p. 100 environ des patients sont admissibles, essentiellement en raison de limites cognitives, physiques et de problèmes de dextérité ou de vue. Certains insuffisants rénaux en phase terminale ont d'autres troubles graves. Yvonne était jeune et en relativement bonne santé par ailleurs. Toutefois, cela fait 10 ans, et les données probantes qui s'accumulent révèlent qu'il y a de fortes raisons de croire que c'est la voie à suivre, l'hémodialyse à domicile. Ce qui est encourageant, c'est que de nouvelles technologies qui arrivent sur le marché sont conçues précisément pour une utilisation par le patient ou l'aidant naturel.

Vous avez vu l'image de la machine, là. Elle a été conçue pour une utilisation par une infirmière en néphrologie. Elle est inutilement compliquée. Le marché s'adapte à ces nouveaux besoins en technologies. Ces 25 p. 100 pourraient devenir 50 p. 100 ou 75 p. 100 de gens en mesure de réussir leur dialyse à la maison.

**M. Matthew Kellway:** Merci.

Monsieur Thompson, je me demandais...

**La présidente:** Désolée, monsieur Kellway, votre temps est écoulé.

**M. Matthew Kellway:** Madame la présidente, je regardais dans votre direction pour voir votre signal, et vous étiez occupée à parler, alors...

**La présidente:** Oui, je sais. Je m'affairais simplement à régler quelques détails.

Merci beaucoup.

Madame Block.

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

Je vous souhaite la bienvenue parmi nous. La discussion a été très bonne jusqu'à maintenant. J'ai eu le privilège de siéger au conseil d'administration du Saskatchewan Health Information Network il y a 13 ans, à l'époque où il a été créé. Il me semble que, parmi les raisons impérieuses ayant motivé sa création... Le Conseil du Trésor devait relever les défis d'offrir des services de santé équitables aux personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées et de passer d'un système de santé axé sur le fournisseur à un système qui accorde la priorité au patient, comme vous l'avez mentionné.

J'imagine, en voyant où nous en sommes aujourd'hui et tous les progrès que nous avons accomplis, en entendant certains des exemples que nous a donnés Santé Canada, que... Je me demande, en ce qui concerne tous les partenariats qu'il faut mettre au point à mesure lorsqu'on passe au dossier de santé électronique... Encore une fois, je me souviens qu'il nous fallait convaincre des médecins, des infirmières et des pharmaciens et mettre au point des plateformes qui conviendraient à tous ces différents groupes. Cela n'a pas été facile, et on avait conclu que, même avec toutes les ressources financières, cela allait prendre du temps, et je crois que cela s'est avéré.

Je me demande si vous pourriez nous parler un peu de certaines difficultés que vous avez dû surmonter et, en particulier, de certains des enjeux touchant nos collectivités des Premières nations.

Si quelqu'un d'autre veut ajouter quelque chose, je suis ouverte.

• (1235)

**Mme Kathy Langlois:** C'est mon collègue qui fait face à ces difficultés, alors je vais le laisser parler.

**Mme Ernie Dal Grande:** À nombre de ces rencontres, nous avons passé beaucoup de temps, avec les professionnels de la santé et les dirigeants des Premières nations à discuter simplement du concept de la cybersanté et de la télémédecine. Je crois que nous sommes à un point tournant maintenant, car les gens comprennent réellement l'avantage : nos collègues du milieu de la santé étaient réfractaires au changement — le changement n'est pas une chose facile —, alors il y avait de la réticence non seulement chez les Premières nations, mais aussi à l'interne, dans l'administration fédérale. Notre propre personnel des programmes, qui est très occupé, n'était pas favorable au concept de la technologie, mais cette attitude a changé.

Il s'agissait probablement du principal défi, à savoir la capacité de comprendre ce qu'on entendait par « cybersanté ». C'est un terme complexe. Nous employons toujours différents termes, comme « santé mobile ». Les choses évoluent constamment. La technologie progresse toujours, alors il est parfois difficile de prendre les devants. Mais je crois que les gestionnaires des soins de santé des Premières nations ont pris les rênes et demandent non pas « Pourquoi la cybersanté? », mais « À quand la cybersanté? »

**Mme Kelly Block:** D'accord, bien.

Y a-t-il quelqu'un d'autre?

Y a-t-il d'autres technologies qu'on peut utiliser dans l'avenir pour contribuer aux soins de santé dans les collectivités des Premières nations et rendre le processus plus efficace?

**Mme Ernie Dal Grande:** Je crois que, ce que nous observons dans le domaine de la télésanté, où nous avons investi la plupart de nos ressources au cours des 10 dernières années... Nous observons constamment dans ce domaine des changements en faveur de technologies plus mobiles: l'utilisation d'iPads, de tablettes graphiques, d'iPhones, etc. Il est de plus en plus facile d'utiliser la technologie à distance. Grâce à la télé-échographie — autrefois, vous auriez eu besoin d'un technicien — on peut maintenant faire des échographies à distance. Nous mettons cela à l'essai dans une collectivité des Premières nations en Colombie-Britannique à l'heure actuelle, la surveillance de l'ECG à distance.

Je crois qu'il y a toute une gamme de technologies qui pourraient avoir une incidence sur les collectivités. La véritable difficulté consiste à amener les professionnels de la santé à décider lesquelles sont les plus efficaces et offrent le meilleur rapport coût-efficacité.

Nous mettons actuellement la dernière main à une évaluation de la cybersanté dans les Premières nations, la première évaluation exhaustive à l'échelon communautaire. Elle est menée par l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de Calgary. Le rapport devra être déposé en février. Je crois qu'il va nous donner une très bonne idée de ce qui se produit et de la direction que veulent prendre les collectivités, alors je suis très enthousiaste.

**Mme Kelly Block:** Merci.

**La présidente:** Vous avez environ 45 secondes, madame Block, si vous les voulez.

**Mme Kelly Block:** Je crois que je poursuivrais dans cette veine. Seulement du point de vue des membres de la collectivité et des personnes qui finissent par accéder à des soins de santé à l'aide de services de cybersanté, y a-t-il un inconvénient à obtenir des services

de santé par l'intermédiaire de la télésanté au lieu de rencontrer personnellement un professionnel?

**Mme Ernie Dal Grande:** Je crois que c'est exactement cela. Dans la plupart des cas où vous avez, par exemple, un médecin qui se rend par avion dans une collectivité, noue une relation, puis quitte la collectivité et emploie la télésanté, je crois que la création de rapports personnels avec les membres de la collectivité est essentielle et importante, et cela a permis de rassembler les professionnels de la santé.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Lizon.

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à tous les témoins d'être venus aujourd'hui.

Ma première question est destinée à M. Cafazzo, pour revenir sur l'histoire fantastique d'Yvonne, qui s'occupe elle-même de sa dialyse. Vous avez déjà mentionné que la procédure est accessible pour environ 25 p. 100 des patients.

**M. Joseph Cafazzo:** Jusqu'à 25 p. 100.

**M. Wladyslaw Lizon:** Jusqu'à 25 p. 100.

Maintenant, quant à la machine en soi, est-elle conçue pour un cas particulier ou est-ce un appareil standard.

**M. Joseph Cafazzo:** Non. Dans le cas des programmes d'hémodialyse à domicile que vous voyez maintenant, il s'agit de machines classiques. Comme vous le voyez peut-être sur l'une des photos, elles sont conçues pour des infirmières de 5 pieds 4 pouces debout devant la machine, alors, au départ, les patients avaient beaucoup de difficulté à faire fonctionner la machine placée à leur chevet. Beaucoup le font durant la nuit.

Alors, oui, il s'agit de machines classiques conçues pour les hôpitaux. C'est seulement récemment que quelques entreprises ont commencé à réagir et à créer des machines qu'on peut faire fonctionner à partir de son lit et qui sont beaucoup plus conviviales pour les patients et les aidants naturels.

**M. Wladyslaw Lizon:** Qui s'occupe de l'entretien? Quelqu'un doit s'occuper de l'entretien des machines.

**M. Joseph Cafazzo:** Elles sont toujours rattachées à un hôpital ou à une clinique, alors ce sont des infirmières en néphrologie qui assurent la formation. Il faut habituellement de six à huit semaines pour montrer à un patient comment faire son hémodialyse à domicile. L'entretien et les fournitures passent toujours par l'hôpital ou la clinique.

• (1240)

**M. Wladyslaw Lizon:** Alors, essentiellement, il s'agit d'une machine d'hôpital.

**M. Joseph Cafazzo:** Oui.

**M. Wladyslaw Lizon:** C'est l'hôpital qui en est propriétaire.

**M. Joseph Cafazzo:** Oui.

**M. Wladyslaw Lizon:** A-t-on prévu d'autres traitements pour l'avenir? Par exemple, peut-on enseigner à un patient comment utiliser une pompe à perfusion ou quelque chose d'autre à la maison?

**M. Joseph Cafazzo:** Eh bien, je ne peux pas vraiment penser à une forme de gestion de soi qui est plus exceptionnelle que l'hémodialyse à domicile, si ce n'est de mener une intervention chirurgicale sur soi-même.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Joseph Cafazzo:** Si un patient peut faire quelque chose d'aussi invasif que l'hémodialyse à la maison, imaginez s'il doit simplement gérer sa glycémie ou sa pression sanguine.

Ce que j'essaie de dire, c'est que les patients ont une immense capacité dans les bonnes circonstances. Encore une fois, ces patients ne sont pas uniques. Ils comptent parmi des milliers de patients qui font cela aux quatre coins du monde à l'heure actuelle. Je crois qu'il s'agit seulement d'une indication de ce qui est possible si — je le répète — les circonstances sont favorables.

**M. Wladyslaw Lizon:** Merci.

Ma deuxième question s'adresse à M. Girard. Il est très bien de savoir qu'un système fonctionne dans une province, mais pouvez-vous nous donner votre opinion? Ma province, l'Ontario, n'a pas nombre des ressources dont dispose le Manitoba dans le système. Est-il possible pour les provinces de se réunir et, plutôt que de réinventer la roue, de mettre en place un système et de travailler à l'améliorer?

**M. Roger Girard:** Serait-ce possible? Tout est possible, mais cette solution particulière est très improbable dans notre système. C'est qu'il n'y a pas de solution universelle. Une solution pour le Manitoba ne conviendra pas toujours à l'Ontario, parce que le marché de l'Ontario est 10 fois plus grand.

J'encouragerais l'Ontario à regarder d'un peu plus près... L'Ontario a eu beaucoup de difficultés, mais elle a également connu des succès retentissants. Il y a un petit moment, M. Dal Grande a mentionné certaines des innovations qui ont lieu dans la région d'Ottawa, que nous connaissons très bien. Un ancien Manitobain aide à surmonter certaines de ces difficultés. Il en va de même à Hamilton. Il en va de même à London. Il en va de même dans certains endroits à Toronto. Il s'agit de l'innovation à un échelon différent, peut-être, et la difficulté en Ontario et dans certaines des grandes administrations réside dans le manque d'éléments d'infrastructure à l'échelle de la province.

Je ferai remarquer que l'Alberta a aussi un système comme le nôtre. Je crois que quelqu'un a parlé de l'Île-du-Prince-Édouard. Certaines provinces des Maritimes arrivent très près. Nous approchons du but. La Saskatchewan y est, assurément, et elle met en œuvre son système à l'instant même.

Nous sommes là. C'est seulement une question de temps. Comme l'a dit quelqu'un, c'est le moment idéal pour faire nombre de ces choses. Cette transformation qui semble s'être faite du jour au lendemain a pris 10 ans.

**M. Wladyslaw Lizon:** Nous parlions des régions éloignées. Je représente une circonscription urbaine, à Mississauga. Qu'a-t-on à proposer aux résidents des villes? Ils font face à des difficultés différentes de celles qui touchent les circonscriptions éloignées, lesquelles...

**La présidente:** Je suis désolée, monsieur Lizon, mais votre temps est écoulé.

Pourriez-vous donner une courte réponse à cette question?

**M. Roger Girard:** Les problèmes qui touchent les circonscriptions urbaines sont beaucoup plus faciles à régler. Je crois que, si vous alliez à Mississauga, vous verriez que les hôpitaux de la région font la même chose aujourd'hui.

**La présidente:** Merci.

Allez-y, docteur Fry.

**L'hon. Hedy Fry:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vais revenir à la question que j'ai posée tout à l'heure, car je crois qu'elle est dans la même veine que celle de M. Lizon. M. Lizon vous a demandé, essentiellement, s'il était possible de mettre en commun les pratiques exemplaires. Pour ma part, j'ai posé la question suivante: pourquoi y a-t-il des provinces qui ne le font pas? Je vous la pose de nouveau.

Quand l'Accord de 2004 sur la santé a été signé, toutes les provinces ont reçu de l'argent, au prorata, pour lancer cette initiative. Pourquoi certaines provinces n'ont-elles rien fait? Voilà ma question. Y a-t-il eu des problèmes autres que le manque d'argent?

M. Thompson m'a donné de très bons exemples en ce qui a trait aux Autochtones — qui relèvent directement du gouvernement fédéral —, mais le gouvernement fédéral ne m'a toujours pas expliqué pourquoi les choses ne se sont pas passées comme prévu en 2004, même si on tient compte des difficultés dont vous m'avez parlé, monsieur Thompson, concernant les besoins en infrastructure, etc. Je vous pose donc encore la question.

Il ne s'agit pas d'innover pour le seul plaisir de le faire, n'est-ce pas? Tout cela visait à nous permettre d'examiner des façons d'assurer la viabilité de l'assurance-maladie, de réduire les coûts, d'améliorer les soins de longue durée, de diminuer le nombre de lits d'hôpital et de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes vivant dans les régions rurales et isolées.

Tout cela se rapporte à une question vraiment importante. Or, on ne m'a toujours pas expliqué pourquoi les provinces n'ont pas toutes fait ce qu'elles étaient censées faire avec les sommes qui leur ont été allouées dans le cadre de l'Accord de 2004 sur la santé. Je me pose encore cette question, et j'aimerais vraiment obtenir une réponse.

Peut-être que je ne devrais pas m'adresser à vous pour obtenir une réponse, mais j'essaie toujours de comprendre ce qui n'a pas fonctionné. Certaines provinces ont fait du beau travail, alors que d'autres n'ont abouti à rien. Qu'ont-elles fait avec l'argent?

• (1245)

**M. Joseph Cafazzo:** Parlez-vous de l'injection de fonds pour Inforoute?

**L'hon. Hedy Fry:** Oui.

**M. Joseph Cafazzo:** Eh bien, comme M. Girard l'a mentionné, je crois que, même s'il s'agissait d'un financement considérable, on a toujours su qu'il fallait une contribution provinciale équivalente, même jusqu'à l'échelon local — pensons aux RLSS, en Ontario. Même les hôpitaux auraient besoin d'investissements considérables pour concrétiser ce projet.

Comme je travaille au sein du Réseau universitaire de santé — un grand centre universitaire de santé à Toronto —, je peux vous dire que, même avec l'argent qui a été consenti pour Inforoute, même avec les initiatives mises en place par la province... L'hôpital doit gérer beaucoup de priorités en matière de prestation de soins aux patients, et la création de dossiers de santé interopérables n'est qu'une priorité parmi d'autres. Assurément, la gestion de soi par le patient s'ajoute à une longue liste de choses dont l'hôpital doit s'occuper.

Très franchement, étant donné que le gouvernement de l'Ontario cherche actuellement à assainir les finances publiques et que notre hôpital doit composer avec le gel du financement de base, nous avons du mal à juste garder la tête hors de l'eau, et encore plus à nous tourner vers l'avenir et à innover dans ce domaine. C'est la dure réalité.

Alors, oui, on avait mis de l'argent de côté, mais comme l'a dit M. Girard tout à l'heure, on n'a jamais pensé que cela suffirait à payer le coût d'un système pancanadien de dossiers de santé électroniques.

**La présidente:** Il vous reste environ une minute et demie.

**L'hon. Hedy Fry:** D'accord.

Je ne veux pas vous rebattre les oreilles avec cela, mais vous n'avez toujours pas répondu à ma question. Je continue de croire qu'il existe une volonté politique — ici et à l'échelon local — qui influe sur la décision des provinces de faire ce qu'on leur avait demandé de faire avec l'argent qui leur a été donné ou de prendre l'argent et de s'en servir à d'autres fins.

Au bout du compte, cela nous aurait permis de réaliser des économies. Je ne me rappelle plus très bien de combien il s'agissait: est-ce qu'on économisait 12 000 \$ par patient par année lorsqu'un petit groupe de personnes optent pour la dialyse à domicile? Nous parlons aussi d'autres choses, comme la prise en charge des maladies chroniques, de l'hypertension, du diabète, etc. Nous aurions pu réaliser au sein du système des économies qu'on aurait pu appliquer à d'autres problèmes de santé à l'intérieur du même système. C'était justement l'intention derrière tout cela.

Nous avons lu dans les rapports sur la mise en oeuvre de l'accord que les choses ne se déroulaient pas vraiment comme prévu. Et la mise en commun des pratiques exemplaires était d'ailleurs l'un des objectifs de l'accord. Les gens étaient censés dire: « Regardez ce que je fais au Manitoba et voyez à quel point je m'en tire bien. » Rien de tout cela ne s'est encore produit.

Je ne veux pas trop insister, mais ma grande question est la suivante: à votre avis, dans quelles autres catégories — par exemple, les frais de déplacement — pourrait-on réaliser des économies grâce à l'utilisation d'un système électronique pour prendre en charge les maladies chroniques et d'autres...

**La présidente:** Veuillez m'excuser, docteur Fry, mais votre temps est écoulé.

Est-ce que quelqu'un voudrait répondre brièvement à cette question?

**M. Roger Girard:** Je vais me risquer à y répondre. Je suis désolé, mais il n'y a malheureusement pas de réponse simple à cette question. Cela est simplement dû à la nature des soins de santé, et vous le savez très bien.

Je peux utiliser l'exemple des hôpitaux. Un grand nombre d'études révèlent que les hôpitaux dotés d'un système électronique sont de loin plus efficaces et peuvent économiser beaucoup d'argent, et on ne parle ici que des soins dispensés à l'hôpital même. Si nous pouvions faire en sorte que les patients puissent recevoir des soins dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, nous pourrions réaliser d'autres économies. Si ces mêmes patients recevaient plutôt des soins à domicile, nous pourrions économiser encore plus d'argent.

Sans système d'information, il est impossible de procéder à une telle transition. A-t-on la volonté politique d'apporter au système de soins de santé les changements fondamentaux nécessaires à ce genre de transition? C'est peut-être ça, la question.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Madame Davies.

**Mme Libby Davies:** La discussion est très intéressante, et nous vous remercions de nous fournir toute cette information.

Dans un premier temps, je voudrais revenir sur un point soulevé par M. Kellway. J'aborderai ensuite un deuxième point.

Pour ce qui est des aidants naturels, ce matin, je suis allée à un déjeuner où il était question de la conciliation travail-vie personnelle, et j'ai fait remarquer aux personnes présentes qu'actuellement, environ 1,7 million de Canadiens prennent soin de quelque

2,3 millions d'ainés. Ce qui est intéressant, c'est que 70 p. 100 de ces aidants naturels ont un emploi, alors ils sont déjà très occupés et stressés. Puis, tout d'un coup, ils doivent prendre soin d'un parent âgé. Peut-être qu'il s'agit d'un domaine complètement à part, ce qui m'amène à mon deuxième point.

Selon vous, où serons-nous rendus dans 10 ans, et où devrions-nous être rendus? Croyez-vous que nous ferons des progrès très importants, ou avons-nous atteint une certaine limite? Y a-t-il encore beaucoup de choses qui évolueront? Où croyez-vous que nous serons dans 10 ans à ce chapitre?

• (1250)

**La présidente:** Pourrions-nous avoir les commentaires de chaque témoin à ce sujet? C'est une excellente question.

**M. Joseph Cafazzo:** Je crois qu'il est approprié d'examiner la situation sur une période de 10 ans. Les choses n'avancent pas aussi rapidement que je le voudrais, et j'évolue pourtant dans ce domaine depuis 15 ans. Nous devons mettre à nouveau l'accent sur les initiatives entourant les pratiques d'aiguillage des patients, de façon à ce que l'interopérabilité des dossiers et la transmission de l'information permettent aux patients d'accéder plus rapidement à cette même information.

À l'heure actuelle, nous avons des préoccupations concernant la transmission de l'information de fournisseur à fournisseur, tant dans la stratégie d'Inforoute que dans celle de cyberSanté Ontario. Ces organismes mentionnent le patient, mais cela est toujours fait durant la phase subséquente. Les aidants naturels ont aussi besoin de cette information pour gérer les soins.

Personnellement, j'aimerais qu'on accorde à nouveau la priorité aux initiatives relatives aux patients afin que nous n'ayons pas nécessairement à attendre 10 ans avant qu'il y ait un meilleur accès à l'information. En Colombie-Britannique, on peut avoir accès par voie électronique aux résultats de laboratoire. C'est une innovation. Le dossier n'est pas complet, mais les choses vont bon train en Colombie-Britannique et en Alberta. Là-bas, les services de santé prévoient mettre en place un dossier médical personnel d'ici quelques années.

**Mme Libby Davies:** Vous voulez dire que le patient pourrait accéder à cette information?

**M. Joseph Cafazzo:** Oui, le patient pourrait y accéder, et son aidant naturel aussi.

**Mme Libby Davies:** D'accord.

**M. Joseph Cafazzo:** C'est crucial.

**La présidente:** Monsieur Girard.

**M. Roger Girard:** Je crois qu'il est nécessaire d'envisager la situation sur un horizon de 10 ans, car la tâche qui nous attend est énorme. Je suis un optimiste. Je pense que, dans 10 ans, on pourra voir une énorme amélioration.

Il faudrait toutefois se garder de penser qu'il existe une solution miracle. Nous avons tendance à croire qu'il y a un bon paquet d'argent et que nous pourrions ainsi tourner la page sur ce problème particulier. Il est dangereux de penser de cette façon. Les choses ne fonctionnent pas comme ça.

Je ne voudrais pas être admis dans un hôpital qui n'est pas doté d'un système informatisé. Ce genre d'hôpitaux fait du tort à beaucoup plus de monde que les hôpitaux utilisant ces types d'outils technologiques, c'est indéniable. Les faits sont là.

Il est dangereux en 2012 pour un médecin de travailler dans un hôpital qui ne dispose pas d'outils technologiques semblables. Bien des médecins ont affirmé la même chose. Il est dangereux pour un médecin de pratiquer sans pouvoir utiliser un dossier médical électronique. À mon avis, il est inacceptable de laisser quiconque pratiquer sans avoir accès à l'information et aux outils qu'il faut pour exercer la médecine de façon sécuritaire, et nous devons remédier à ce genre de situation.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Cafazzo: il faut faire la transition vers les soins à domicile, et la gestion de soi est la voie à suivre. J'espère que, dans 10 ans, nous pourrions observer de véritables progrès dans ce domaine, mais nous devons d'abord jeter les bases.

**M. Jonathan Thompson:** Où seront rendues les collectivités des Premières nations dans 10 ans? Voilà une bonne question. Évidemment, j'aimerais que plusieurs régions réussissent à progresser au même rythme que les provinces. Je crois que, parmi tous les aspects soulevés par les témoins, il serait très important de mettre l'accent sur la gestion de soi et les soins à domicile, surtout dans un grand nombre des collectivités qui nous préoccupent.

On a aussi parlé tout à l'heure des projets pilotes. Les collectivités des Premières nations doivent assurément dépasser le stade des projets pilotes. De cette façon, elles pourront compter sur un financement adéquat, durable et prévisible dans l'avenir, ce qui leur permettra d'effectuer le travail qui doit être fait de manière très approfondie et très réfléchie et, ainsi, de planifier le travail non pas d'une année à l'autre, mais sur une période de 5 ou de 10 ans. Nous serions ravis de pouvoir planifier sur une période de 10 ans et de savoir combien d'argent serait disponible pour appuyer ce travail.

**Mme Kathy Langlois:** Merci.

Le principal objectif de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits consiste à créer un système plus intégré. Nous ne voulons pas deux systèmes parallèles, c'est-à-dire un système financé par le gouvernement fédéral qui sert à offrir des services aux collectivités des Premières nations et un autre financé par les provinces. Nous voulons plutôt recourir à une approche intégrée, où tous les services font partie d'un même continuum de soins.

Dans ce contexte, mon collègue a quelques idées qu'il souhaiterait...

• (1255)

**La présidente:** Je dois vous interrompre. Je suis persuadée que nous avons tous plein d'idées formidables, mais il ne reste que cinq minutes. Je suis désolée de couper court à cette discussion, mais nous avons pas mal dépassé le temps alloué.

Votre point de vue est très important, et, à titre de présidente du comité, j'ai le privilège de poser la dernière question des gens de mon parti.

Les mêmes constatations ressortent des séances de tous les comités. Premièrement, nous avons une population vieillissante. Deuxièmement, une grande part du budget fédéral et des budgets provinciaux est consacrée à la prestation des soins de santé. Tout le monde soutient que nous devons sortir des sentiers battus. J'entends répéter constamment que, pour la première fois, le patient fait partie intégrante de la solution. Le patient n'est pas seulement une personne qui se rend chez le médecin pour se faire soigner; il fait maintenant partie intégrante du système de santé.

Les gens insistent sur l'importance d'avoir un mode de vie sain et de faire de la prévention. Compte tenu de ces aspects et de la

nécessité de faire preuve de créativité en matière de cybertechnologie, comment pourrait-on veiller à ce que le patient puisse bel et bien accéder à son dossier de santé électronique? Il existe des lois sur la protection des renseignements personnels. Il y a toutes sortes de facteurs différents qui entrent en ligne de compte, et il y a une distinction très compliquée entre les champs de compétence du gouvernement fédéral et ceux des provinces.

Cela dit, quelqu'un voudrait-il proposer des idées très novatrices au cours des trois minutes qui nous restent?

Monsieur Cafazzo.

**M. Joseph Cafazzo:** Très brièvement, pour ce qui est de la protection des renseignements personnels, je ne vois absolument pas pourquoi les patients ne pourraient pas avoir accès à leurs renseignements de santé personnels. La loi est claire à ce sujet: les renseignements de santé appartiennent aux patients, et les fournisseurs de soins de santé en sont les gardiens.

**La présidente:** Je ne parlais pas tant des patients eux-mêmes que des personnes qui prennent soin d'eux.

**M. Joseph Cafazzo:** Vous avez raison de dire qu'il y a un aspect pratique rattaché à cela. Lorsque les dossiers sont en partie sur papier et en partie sous forme électronique, il est difficile pour les patients d'y avoir accès au complet. Par exemple, on leur facture des frais de photocopie, alors il faut tenir compte de ce genre de considérations pratiques. Il n'y a pas de solution facile, car d'un hôpital à un autre, d'un fournisseur de soins à un autre, la situation est différente.

**La présidente:** Merci.

Quelqu'un d'autre voudrait-il faire des commentaires à ce sujet?

**M. Roger Girard:** Le fait même de fournir un dossier médical au moyen d'un outil électronique suppose d'identifier le patient. Le fait même de recueillir de l'information qui n'est pas conservée dans un endroit en particulier... Imaginons à quoi ressemblerait l'hôpital du passé, avec ses salles pleines de dossiers et ses archives qui étaient transportées dans de gros camions blindés et tout le reste. Par leur nature même, les dossiers de santé électroniques sont échangeables parce qu'ils sont faciles à transmettre. Cela occasionne des problèmes sur le plan de la protection des renseignements personnels, mais je conviens tout à fait que ces problèmes peuvent être réglés facilement. Avec le consentement du patient, il n'y a aucun problème, quel que soit le cas. Je crois que nous allons dans cette voie.

Je vous demanderais de vous rappeler la dernière fois que vous avez réservé un billet d'avion en ligne et que vous deviez utiliser...

**La présidente:** Je laisserais peut-être Mme Langlois conclure cette discussion. Elle a levé la main, et il nous reste tout juste deux minutes.

**Mme Kathy Langlois:** Je voudrais revenir sur votre commentaire selon lequel nous devons sortir des sentiers battus et faire évoluer la situation d'une certaine façon. Mon collègue a parlé des déterminants de la santé. En plus de mener des projets de dossiers de santé électroniques et de cybersanté, nous essayons de trouver des façons d'aider les collectivités à mettre au point leurs propres stratégies et à mobiliser leurs propres ressources pour qu'elles puissent prendre des mesures touchant les déterminants de la santé de leur population. Pour nous, cette méthode sort clairement des sentiers battus.

---

**La présidente:** Nous avons eu une séance extraordinaire. Nous pourrions continuer toute la journée sans jamais être à court de questions. Je tiens à remercier chacun de vous d'être venu ici aujourd'hui. C'était passionnant. Nous n'avons pas vu le temps passer. Chaque fois qu'une personne prenait la parole, nous apprenions quelque chose de nouveau. Je vous en remercie beaucoup, et merci beaucoup aux membres du comité pour leurs questions.

La séance est levée.

---





**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :  
Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943  
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943  
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

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