



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 083 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 25 avril 2013

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 25 avril 2013

• (1600)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Je vais expliquer que nous accueillons aujourd'hui le Dr Richard Birtwhistle, directeur scientifique du Technology Evaluation in the Elderly Network

Merci, docteur, de vous joindre à nous et merci d'avoir patienté, avant d'entrer dans la salle, que nous terminions nos discussions sur les travaux du comité.

Par téléconférence, nous entendrons le Dr Saul Quint, président-directeur général d'INTERxVENT Canada.

Docteur Quint, je m'appelle Joy Smith et je suis présidente du comité. Vous m'entendez?

Dr Saul Quint (président-directeur général, INTERxVENT Canada, Interxvent): Oui. Heureux de faire votre connaissance.

La présidente: Pareillement. On dirait une voix du ciel. Nous ne vous voyons pas, mais nous vous entendons. Merci de participer à la réunion.

Dr Saul Quint: C'est la première fois qu'on me dit que je suis la voix du ciel. Merci.

La présidente: C'est peut-être la dernière aussi. De toute façon, bienvenue à vous.

De l'Institut de recherche Terry Fox, nous aurons le Dr Victor Ling, qui se joindra à nous à 17 heures. Je crois savoir que M. Weston connaît le Dr Ling. Nous le présenterons à son arrivée.

Chacun a dix minutes pour faire un exposé.

Nous avons grand hâte de vous entendre, docteur Birtwhistle. Auriez-vous l'obligeance de commencer?

Dr Richard Birtwhistle (directeur scientifique, Technology Evaluation in the Elderly Network): Bonjour, madame la présidente. Bonjour à tous. Merci de me donner l'occasion d'entretenir le comité de l'utilisation de la technologie dans la gestion des malades chroniques.

Je suis médecin de famille et directeur sceptique par intérim du Technology Evaluation in the Elderly Network, ou TVN. Nous travaillons à l'Université Queen's et à l'hôpital général de Kingston. Le TVN est un centre national d'excellence qui a des fonds de 23,8 millions de dollars à utiliser au cours des cinq prochaines années. Sa mission est d'améliorer les soins dispensés aux patients âgés gravement malades et à leur famille en élaborant, en évaluant rigoureusement et en appliquant de façon éthique des technologies de soins pour, au bout du compte, améliorer les résultats pour les patients, les familles, les professionnels de la santé et l'ensemble du système de santé. Le réseau, qui a des chercheurs dans tout le Canada et des partenariats avec l'industrie et des organisations communautaires, est déterminé à améliorer les soins des grands

malades âgés par des recherches et des partenariats axés sur les solutions.

Nous favorisons la recherche et la diffusion de l'information pour garantir la bonne utilisation de technologies de survie en fin de vie dans le respect des volontés du patient. Nous formons aussi des étudiants dans ce domaine pour continuer de faire progresser les soins des personnes âgées en fin de vie. Plus précisément, nous voulons agir sur quatre plans: meilleurs soins pour les malades âgés; plus grande efficacité du système de santé; politiques et pratiques validées par des éléments probants; allègement de la détresse morale des patients, des familles et des soignants.

Voici deux ou trois exemples de projets de recherche financés récemment. L'un, confié à la Dre Karen Burns, s'intitule « Practices in End of Life Care and in Discontinuing Mechanical Ventilation in Elderly Critically Ill Patients ». Un autre a été confié aux Drs Francis Lau et Doris Barwich: « A Knowledge Translation Project on Benchmarking End of Life Care Practices for the Elderly in Primary Care ». Dernier exemple: « OPTIMAL Selection For and Timing to Start Renal Replacement in Critically Ill Older Patients with Acute Kidney Injury », dont les Drs Sean Bagshaw et Ron Wald ont la charge.

Le programme national Les Réseaux de centres d'excellence est financé par le gouvernement fédéral par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et du Conseil de recherches en sciences humaines. La mission des RCE est de mobiliser les chercheurs canadiens des milieux universitaire, privé et public en vue du développement de l'économie nationale et de l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens. Leur autre objectif est de mobiliser le savoir produit par la recherche et de commercialiser la technologie.

Je vais parler aujourd'hui du recours à la technologie pour les malades âgés. Le TVN a défini la technologie de façon très large. Elle peut comprendre aussi bien des outils de faible technicité, comme les outils de collecte des données que des machines de survie, des tests de diagnostic et des traitements de très haute technicité. D'autres l'ont dit: il y a bien des façons d'utiliser la technologie pour améliorer les soins des malades chroniques. Par exemple, je dirige également un réseau national de surveillance des soins primaires pour les maladies chroniques qui recueille l'information sur la santé des patients dans les dossiers médicaux électroniques. Il utilise cette information pour surveiller les maladies chroniques, améliorer la qualité des soins et faire des recherches. Les dossiers médicaux électroniques sont très prometteurs pour l'amélioration de la gestion des maladies chroniques dans les soins primaires.

Mais que se passe-t-il lorsque les maladies chroniques progressent au point que la fin de vie est inévitable, malgré tous nos efforts, et lorsque le patient devient très malade? Des études antérieures nous apprennent qu'il existe souvent un décalage entre les valeurs des Canadiens en matière de santé et leur expérience des soins de santé. L'accent qui est mis sur la technologie dans les soins aigus a souvent pour conséquence que les personnes âgées sont traitées d'une manière non conforme à leurs valeurs. On peut prolonger les souffrances sans améliorer la qualité de vie, et les professionnels de la santé sont souvent placés dans des situations incompatibles avec leurs propres valeurs.

L'augmentation du nombre absolu de Canadiens âgés qui meurent et le recours croissant aux technologies de survie ont fait apparaître un paradoxe dans la médecine moderne pour les patients en fin de vie.

• (1605)

Bien que la plupart des patients âgés préfèrent des traitements moins agressifs, il leur arrive souvent qu'on utilise les technologies de survie aux derniers stades de la maladie et de l'agonie.

Dans le monde occidental, une personne âgée sur cinq qui meurent à l'hôpital meurt aux soins intensifs. La proportion des patients de 80 ans et plus admis aux soins intensifs au Canada est passée de 10 p. 100 au milieu des années 1990 à près de 20 p. 100 aujourd'hui. La plupart des patients âgés sont attachés à la qualité de vie et souhaitent qu'on évite de prolonger inutilement leur vie au moyen de la technologie. Pourtant des soutiens agressifs à la survie sont souvent apportés au patient pendant ses derniers mois, même lorsque lui ou sa famille préfèrent les simples soins de confort. Par exemple, le taux de réanimation cardiopulmonaire avant le décès est à la hausse dans le cas des patients hospitalisés.

On se pose des questions: dois-je intuber un emphysémateux âgé qui contracte la pneumonie et a besoin d'une assistance respiratoire? Dois-je installer un régulateur cardiaque à un patient âgé atteint de démence et qui souffre d'irrégularité cardiaque? Dois-je mettre en dialyse un patient âgé atteint de sclérose en plaques? Chaque jour, des médecins, des patients, des familles se posent ces questions. Souvent, on ne pose pas les bonnes questions, on commence à utiliser la technologie sans discuter, et tous se retrouvent dans une situation que personne ne souhaite.

La technologie peut être extrêmement utile pour aider des malades chroniques à vivre mieux et plus longtemps, mais il existe un besoin grave et immédiat: il faut améliorer les soins des patients âgés et très malades et de leurs familles en mettant en place une évaluation rigoureuse et une utilisation éthique des technologies. De plus en plus de faits montrent que l'utilisation non souhaitée de la technologie en fin de vie est associée aux pires évaluations de la qualité de vie, tant chez les patients que dans les familles, ce qui, selon les familles, entraîne plus d'anxiété et de dépressions. Pour nous, c'est là un enjeu fondamental dans les utilisations existantes et à venir de la technologie. Il est urgent d'améliorer les communications et la prise de décisions au sujet de l'utilisation des technologies de survie. Il faut notamment qu'il y ait communication entre les professionnels de la santé, notamment aux étapes charnières dans les soins; communication de l'information sur la santé et les volontés du patient; communication entre professionnels, patients et familles.

J'aurais deux ou trois recommandations à formuler. Nous devons attirer l'attention sur les approches de très faible technicité comme la planification préalable des soins. Que se passerait-il si tous les Canadiens avaient un plan préalable des soins lorsqu'ils arrivent à l'hôpital et si la famille et les professionnels de la santé connaissaient

les volontés des patients, si chacun de nous avait un plan préalable, comme une application sur téléphone intelligent, et si nous le portions constamment? Le gouvernement fédéral peut favoriser ce dialogue sur la planification préalable des soins à des moments charnières de la vie et envisager de fournir une information de cette nature dans les envois postaux portant sur les demandes de prestations du RPC.

Nous devons définir un cadre éthique pour l'utilisation de la technologie pour les patients âgés en fin de vie pour leur garantir les soins voulus au bon moment. Le gouvernement fédéral devrait se donner comme priorité de faire participer les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé à des échanges sur les pratiques exemplaires et des mesures et normes communes concernant les soins.

L'information sur les soins de santé doit être à la disposition de quiconque prodigue ces soins. Elle doit arriver au bon moment et être facilement accessible. Il est vrai que le Canada a consacré des milliards de dollars à la mise en place des dossiers médicaux électroniques, mais nous devons continuer d'y investir pour atteindre nos objectifs.

Enfin, le gouvernement fédéral doit continuer à investir dans des programmes nationaux comme les RCE pour favoriser une recherche de qualité mondiale, la diffusion du savoir et la commercialisation de la technologie.

Merci.

• (1610)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Birtwhistle, de cette excellente intervention.

Nous allons maintenant passer au Dr Saul Quint. Je vous en prie. Vous avez 10 minutes, docteur Quint.

Dr Saul Quint: Merci beaucoup.

Je voudrais me présenter. Je suis médecin de famille et PDG d'INTERxVENT Canada. Il s'agit d'une organisation à vocation lucrative. Après avoir écouté le témoin précédent, je dirais que la différence entre ses investissements et ses recherches, d'une part, et ce que nous faisons, d'autre part, fait ressortir un point dont il faut prendre note. Même si je veux décrire les activités d'INTERxVENT Canada, je tiens à souligner au préalable que je suis entré dans le monde des soins préventifs justement pour éviter la situation décrite à l'instant des grands malades et des malades chroniques — pas uniquement les malades âgés, mais tous les malades au Canada — et parce que j'ai pris conscience du fait qu'il est bien préférable de prévenir les maladies chroniques que d'essayer de les guérir.

Cela dit, je proposerai d'abord un survol de la plate-forme et des produits d'INTERxVENT, non pas pour faire valoir INTERxVENT, mais pour attirer l'attention sur les produits comme ceux qu'elle propose et montrer l'importance des programmes de bien-être et de gestion des maladies pour le dépistage de masse, le dépistage précoce des risques et la gestion des maladies chroniques à un stade plus précoce, de façon à retarder le plus possible l'inévitable et à améliorer la qualité de vie et l'état de santé le plus longtemps possible.

Nos produits et bien d'autres produits qui leur sont semblables permettent de faire du dépistage de masse et précoce, et d'améliorer la qualité de vie de façon efficace par rapport aux coûts et adaptable, comme nous l'avons fait dans beaucoup de pays.

Permettez-moi de présenter très rapidement le Dr Neil Gordon pour situer l'action d'INTERxVENT dans son contexte. Le Dr Neil Gordon a été un de mes camarades d'études en Afrique du Sud. Il a émigré aux États-Unis et il a consacré les 25 dernières années entièrement à la prévention en matière de santé.

Il a enseigné la médecine à l'Emory University et présidé le comité de l'American Heart Association chargé de l'exercice physique, de la réadaptation cardiaque et de la prévention. Depuis 16 ans, il élabore la plate-forme et la série de produits d'INTERxVENT. Il a publié plus d'une centaine d'articles et résumés scientifiques dans toutes les grandes publications médicales dont les articles sont soumis à des pairs. Sa vie a été consacrée aux soins fondés sur des données probantes et dispensés de façon personnalisée.

Un mot encore sur le Dr Gordon et ce qu'il fait aux États-Unis, là encore pour situer le contexte, après quoi je m'en tiendrai à ce qui se fait au Canada.

INTERxVENT International s'est associée récemment à l'American College of Cardiology pour apporter une série de programmes aux patients par l'entremise de 40 000 bureaux de cardiologie, sans oublier, sous la marque de l'American College of Cardiology, « des programmes de bien-être en milieu de travail ». Au Canada, nous avons suivi un parcours analogue, si je peux dire, en nous associant à C-CHANGE, ou Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour, qui est une entreprise lancée par des chefs de file universitaires et scientifiques au Canada qui font partie des huit groupes chargés d'élaborer un groupe harmonisé de lignes directrices.

Le Dr Birtwhistle sera sûrement d'accord avec moi pour dire que nous, médecins de famille, sommes inondés de lignes directrices provenant d'organisations diverses et dont le contenu est semblable, mais jamais tout à fait identique. Ces groupes chargés des lignes directrices se sont réunis pour élaborer un ensemble harmonisé de lignes directrices. Au groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, les premiers ministres ont annoncé la mise en application des lignes directrices de C-CHANGE comme l'un des trois principaux ensembles de lignes directrices.

Collaborant avec C-CHANGE, le Dr Gordon et moi avons intégré les lignes directrices de C-CHANGE à l'ensemble des programmes d'INTERxVENT de façon qu'elles puissent désormais être communiquées individuellement à chaque participant ou patient.

● (1615)

Qu'est-ce qu'INTERxVENT? Une plate-forme qui évolue. Tout commence par une évaluation très perfectionnée des risques en matière de santé qui est fondée sur des algorithmes. L'évaluation est faite à partir des réponses du participant, mais elle est enrichie par l'intégration de données de laboratoire et biométriques.

Nous avons un étroit partenariat avec les Gamma-Dynacare Medical Laboratories, entreprise qui a été jusqu'à maintenant l'un de nos principaux bailleurs de fonds. Nous avons un module intégré au moyen duquel nous pouvons reprendre les résultats des laboratoires, qui sont intégrés à l'évaluation des risques et nous aident à stratifier les participants, qu'il s'agisse d'employés ou de patients, selon le degré de risque: faible, moyen ou élevé. Une fois qu'ils sont rangés dans une catégorie, les participants se font offrir en ligne des interventions à leur usage.

Je vais donner une idée de ce que comprend notre évaluation des risques. Ce sont des interventions en ligne que le participant utilise, des trousseaux d'information séquencée ou des programmes sur l'alimentation, la gestion du poids, l'activité physique, la gestion du stress, l'abandon du tabagisme, la gestion des médicaments. Nous

avons ajouté récemment deux modules de gestion thérapeutique du diabète et de la dépression.

Les participants peuvent se prévaloir de programmes qu'ils gèrent eux-mêmes, mais ils peuvent aussi faire appel à un conseiller. Il s'agit d'un professionnel de la santé qui a reçu une formation sur les données de base d'INTERxVENT. Les participants ont donc droit à des programmes encadrés — programme complet ou programme d'alimentation, de gestion du poids, de la dépression, du diabète, etc. — par des spécialistes compétents, qui ont aussi reçu une formation sur les données de base, de façon qu'ils suivent les lignes directrices et que, même si chaque produit est personnalisé, il soit aussi normalisé selon des lignes directrices cliniques.

Il y a des rapports très étudiés qui découlent de l'évaluation des risques, des fiches et des rapports détaillés qui suivent. De plus, nous avons des rapports de médecins dont je parlerai dans un instant.

Avec Shoppers Drug Mart, nous avons également ajouté un module pour les médicaments. Les participants, qu'ils soient des patients ou des employés, peuvent indiquer leurs médicaments en donnant le numéro d'identification ou le nom du médicament ou encore le nom des remèdes à base de plantes. Cela fait surgir la question des interactions entre les médicaments et les herbes. Les conseillers d'INTERxVENT sont informés des comportements médiocres dans la prise de médicaments. Bien des faits montrent que des patients arrêtent de prendre leurs médicaments sans les conseils d'un professionnel de la santé. Nos publications ont montré que, lorsque des gens suivent un programme encadré, ils respectent presque tous leur régime de médication.

Comme je l'ai déjà dit, nous sommes associés aux laboratoires Gamma-Dynacare, et le participant peut télécharger, depuis l'évaluation des risques, une demande de tests en laboratoire concernant le glucose, l'hémoglobine A1c, de tests sur les lipides, la tension artérielle et le poids.

Ces mesures, comme les mesures sanguines et biométriques, sont prises dans un centre de services aux patients de Gamma-Dynacare Laboratories n'importe où au Canada et elles sont automatiquement versées dans l'évaluation des risques. Elles peuvent modifier radicalement le profil de risque. Des participants qui se croyaient à faible risque parce qu'ils n'avaient pas eu de glucométrie depuis trois ans peuvent apprendre qu'ils sont diabétiques et passer de faible risque à risque élevé.

Évidemment, l'intensité et la durée des programmes qui suivent dépendent de la volonté du participant de changer, d'abord, puis du profil des facteurs de risque modifiables.

Au fond, INTERxVENT s'occupe des changements du comportement. Il est très difficile de changer de comportement, mais nos conseillers reçoivent une formation sur le comportement et son changement, et nous obtenons d'excellents résultats, comme en obtiennent beaucoup d'autres programmes de gestion du bien-être et de la maladie qui suivent des lignes directrices fondées sur des données probantes.

Nous offrons aussi l'évaluation des risques en matière de santé, nous avons de nombreux codes de risque et nous aiguillons les participants vers les professionnels de la santé compétents. Par exemple, dans certains de nos programmes, ceux qui souffrent de dépression, d'anxiété, de toxicomanie ou d'alcoolisme sont envoyés à des services d'aide aux employés. D'autres chez qui on décèle le diabète sont renvoyés à un pharmacien pour vérification de leurs médicaments.

●(1620)

La présidente: Excusez-moi, docteur Quint.

Dr Saul Quint: Oui.

La présidente: Votre temps de parole est terminé. Pourriez-vous conclure en une ou deux minutes, je vous prie, pour que nous puissions passer aux questions.

Dr Saul Quint: Bien sûr. Excusez-moi d'avoir été trop long.

Nous avons des échelles validées comme un score des déficiences en milieu de travail. Le score validé en milieu de travail est un moyen de dépistage des participants qui ont besoin d'une colonoscopie, d'un test Pap, etc.

Enfin, il y a un rapport médical sommaire, rapport auquel sont intégrées les lignes directrices C-CHANGE et qui conseille poliment au médecin de revoir le traitement de son patient pour garantir qu'il est traité selon...

La présidente: Merci beaucoup, docteur Quint.

Dr Saul Quint: Désolé d'avoir dépassé mon temps de parole.

La présidente: Merci de vos propos, qui ont été très éclairants.

Je préviens le comité et les témoins de deux choses.

Le Dr Ling arrivera à 17 heures et donnera son exposé. Vous n'aurez que cinq minutes pour lui poser des questions. Quiconque sera inscrit sur la liste pourra le faire. Le témoin n'a pas pu se présenter plus tôt.

Par ailleurs, le timbre retentira à 17 h 15 et nous devons aussitôt lever la séance. Il faut donc aller droit au but. Nous ferons le maximum, mais nous essaierons de faire intervenir le maximum de députés.

Passons aux questions et réponses avec des périodes de sept minutes. Lorsque le Dr Ling arrivera, je vais interrompre les échanges pour qu'il puisse donner son exposé.

Ce sera d'abord Mme Sellah.

[Français]

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

Je remercie nos témoins, soit le Dr Birtwhistle, ici présent, et le Dr Quint, que nous entendons par l'entremise de la téléconférence.

Depuis que nous parlons d'innovation, et ça inclut des études déjà réalisées sur les maladies chroniques, nous sommes conscients que les Canadiens ne vieillissent pas tous en bonne santé, et que ça constitue un énorme fardeau pour le système de santé.

Docteur Birtwhistle, j'ai écouté avec attention votre présentation. Vous avez mentionné que lorsque les gens étaient en fin de vie, les nouvelles technologies diminuaient leur qualité de vie. J'aimerais que vous nous donniez plus de détails sur ce point.

[Traduction]

Dr Richard Birtwhistle: Merci de votre question.

J'ai sans doute besoin de comprendre un peu mieux les nouvelles technologies propres à améliorer la qualité de vie. Certaines le font en accélérant le rétablissement, si le rétablissement est possible. Quant à la fin de vie, il y a des technologies nouvelles qui dégradent la qualité de vie au lieu de l'améliorer parce qu'on utilise pour des patients en phase terminale ou qui ont quelques semaines à vivre des technologies qui prolongent leur vie dans un état très médiocre.

●(1625)

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Vous avez parlé de la communication entre les patients et le personnel soignant, surtout les médecins.

Je vais vous donner un exemple tiré de mon expérience. J'ai fait ma résidence dans la ville de Québec. Lorsque nous recevions des patients très malades, il nous fallait demander, à la personne elle-même si elle était consciente ou à ses proches dans le cas contraire, si nous devions pratiquer ou non une réanimation cardiorespiratoire dans le cas où un problème comme un arrêt cardiaque se présenterait. C'était notre approche. Depuis que je ne pratique plus, je ne sais pas si ça se fait encore de cette façon. Pendant notre résidence, nous devions toujours poser d'abord cette question à une personne âgée qui souffrait. C'est une façon de demander au patient si on prolonge sa vie, comme vous le dites, ou si on applique un traitement de confort.

J'aimerais savoir, au sujet des pratiques exemplaires, si ça se fait à certains endroits, à votre connaissance.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Birtwhistle, voulez-vous répondre? Nous donnerons peut-être ensuite au Dr Quint la possibilité de répondre aussi.

Docteur Birtwhistle.

Dr Richard Birtwhistle: Merci.

Des médecins, des infirmières et d'autres font des efforts courageux pour poser cette question s'ils en ont l'occasion, mais c'est loin d'être systématique. Le problème, c'est que les personnes âgées arrivent parfois à l'hôpital incapables de répondre. Elles n'ont pas forcément donné une procuration, si bien que les professionnels de la santé se trouvent contraints de prendre une décision sur-le-champ. Nous avons été formés pour sauver des vies. Il arrive donc souvent que, peu importe la technologie, qu'il s'agisse d'installer un régulateur cardiaque ou de réanimer une personne et de traiter une défaillance cardiaque, on finit par prolonger la vie d'un patient qui ne le souhaite pas nécessairement.

La présidente: Docteur Quint, quelque chose à dire à ce propos avant que le temps de parole de Mme Sellah ne se termine?

Dr Saul Quint: Très brièvement. Je ne suis pas cardiologue, mais, vu notre formation, nous sommes toujours plus heureux de faire quelque chose pour un patient. Parfois, ce que nous faisons n'améliore pas sa qualité de vie.

La présidente: Il vous reste une minute et demie, madame Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: J'aimerais poursuivre dans la même veine.

En fait, on n'appliquait pas uniquement cette approche dans le cas des patients qui arrivaient souffrants à l'urgence. Je me rappelle qu'à l'époque, on envisageait même de demander aux médecins de famille de discuter avec leurs patients afin de déterminer, dans l'éventualité où une situation se produirait, s'ils aimeraient qu'on s'efforce de les ramener à la vie au moyen d'outils ou de médicaments.

À mon avis, cette approche nouvelle pourrait être plus répandue à l'échelle canadienne. Comme vous le disiez, quand une personne arrive à un stade final, la meilleure des choses est de lui dispenser un traitement de confort plutôt que de tenter de la ramener à la vie.

[Traduction]

La présidente: Très bien. Merci.

Il ne reste à peu près plus de temps, mais ce sont d'excellentes questions, des questions très profondes.

Passons à M. Carrie et à Mme Block, qui partageront leur temps de parole. Qui veut commencer?

Monsieur Carrie.

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

Je n'aurai peut-être qu'une question. Je m'adresse au Dr Birtwhistle. Vous avez parlé d'utilisation non souhaitée de la technologie en fin de vie et c'est très intéressant. Nous avons discuté de la question dans ma famille. Vous avez parlé de moyens de faible technicité, comme le plan préalable de soins et de la possibilité d'applications sur téléphone intelligent. Nous avons beaucoup entendu parler de choses semblables au cours de cette étude. Vous avez aussi parlé d'un cadre éthique.

Que proposez-vous aux gens pour que leurs volontés soient respectées? Quelle sorte d'innovation technologique pourrait aider les Canadiens qui doivent affronter ces grandes questions?

• (1630)

La présidente: À vous, docteur Birtwhistle.

Dr Richard Birtwhistle: Merci.

Il y a des possibilités de planification préalable, par exemple, et d'utilisation de la technologie pour la renforcer. Il ne s'agit pas forcément de faire cela au moment de l'admission à l'hôpital. Comme on l'a dit, cette planification peut se discuter bien avant, à l'occasion de soins courants.

Malheureusement, les médecins de famille et autres n'excellent pas, à cet égard. Nous devons nous améliorer. Une chose utile à cet égard, c'est le dossier médical électronique, du point de vue du médecin. On pourrait y trouver des invites et une sorte de gabarit pour le patient. Il y a aussi les portails de patient qui permettent à chacun de faire connaître ses volontés dans un dossier médical électronique.

La présidente: Quelque chose à dire à ce sujet, docteur Quint?

Dr Saul Quint: Nous avons lancé récemment un programme que le gouvernement albertain a eu la sagesse d'instituer pour les patients qui ont besoin de soins complexes. L'une des questions du plan de soins complexes que nous avons aidé à formuler pour ces patients et que les médecins parcourent avec leurs patients est la suivante: « Avez-vous un plan de fin de vie? » Cela incite le médecin à aider le patient à établir ce plan, que, comme le Dr Birtwhistle l'a dit tout à l'heure, il est vraiment important de préparer avant que le patient gravement malade n'arrive à l'hôpital.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Block.

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

Bienvenue aux témoins que nous accueillons aujourd'hui.

Docteur Birtwhistle, dans votre déclaration liminaire, vous avez fait allusion au Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires. Je crois comprendre que vous en êtes le président. Je sais qu'il s'agit d'un projet national financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Seriez-vous disposé à expliquer au comité les avantages de ce réseau pour les Canadiens sur le plan de la santé?

Dr Richard Birtwhistle: Je répondrai volontiers.

Le réseau est financé par l'Agence de la santé publique depuis 2008. Actuellement, 420 médecins communiquent des données sur près d'un demi-million de patients tous les trois mois. Nous pouvons ainsi suivre l'évolution dans le temps de huit maladies chroniques et rendre compte de la surveillance. Ces réseaux sont présents dans sept provinces. L'ensemble du territoire canadien n'est pas couvert, mais presque.

C'est une véritable occasion à saisir pour suivre l'évolution des maladies chroniques comme nous n'avons pu le faire par le passé. Nous pouvons recueillir de l'information sur les médicaments utilisés. Nous avons des données sur la taille, le poids, la tension artérielle, autant d'éléments qu'on ne peut trouver dans d'autres types de données administratives.

J'ai peut-être un petit préjugé, mais il me semble que c'est un outil très puissant, étant donné les possibilités qu'il offre pour l'étude des maladies chroniques au Canada. Il permet aussi de communiquer aux médecins de l'information sur leur gestion de leurs malades chroniques pour qu'ils puissent améliorer leur pratique, et il offre des possibilités pour la recherche.

La présidente: Docteur Quint, vous avez quelque chose à dire au sujet de cette question?

Dr Saul Quint: Je dirai seulement que ces outils de surveillance et ces bases de données qui permettent de suivre l'évolution des résultats sont très utiles pour voir quels moyens et quels traitements fondés sur des faits probants donnent effectivement de bons résultats sur le plan de la santé et rapportent un solide rendement sur l'investissement, vu les dépenses consacrées aux traitements.

• (1635)

La présidente: Merci.

Madame Block, il vous reste une minute.

Mme Kelly Block: Je pourrais revenir sur ce que vous avez dit plus tôt au sujet des soins en fin de vie. On peut facilement imaginer que l'investissement dans l'innovation technologique donne un certain nombre de résultats, dont le moindre n'est pas le fait qu'elle peut sauver des vies, et donc aussi prolonger des vies, lorsqu'il s'agit de traiter des personnes âgées. Je comprends les dilemmes dans lesquels on se trouve lorsque les technologies existent et sont disponibles. Les Canadiens croient que c'est pour eux qu'on fait des recherches et des investissements.

J'ai fait partie d'un comité parlementaire qui a étudié les soins palliatifs et les soins prodigués par compassion. Il a rédigé un rapport. Auriez-vous quelque chose à dire des soins palliatifs? Où se situent-ils dans le contexte des soins en fin de vie?

Dr Richard Birtwhistle: Merci.

Au Canada, nous avons cruellement besoin de soins palliatifs. Ils ne sont pas disponibles. Bien des gens se retrouvent dans des établissements de soins actifs parce qu'ils ne peuvent pas aller ailleurs. Rester au foyer peut être difficile pour une foule de raisons. Il est vraiment important d'avoir un autre type d'établissement pour soigner des patients qui n'ont pas besoin de soins de haute technicité.

Permettez-moi d'ajouter que la technologie est excellente, mais nous devons l'utiliser de façon efficace et savoir quand nous abstenir de l'utiliser.

La présidente: Merci beaucoup.

Bienvenue au comité, madame St-Denis. C'est maintenant votre tour et vous avez sept minutes.

[Français]

Mme Lise St-Denis (Saint-Maurice—Champlain, Lib.): Merci.

Comme je vieillis, ces questions me préoccupent beaucoup.

Je ne mets pas du tout en question la qualité de vos recherches; elles sont très intéressantes.

Vous avez parlé de sept provinces. Quelles sont les trois qui n'y participent pas?

Par ailleurs, est-ce que l'attitude des gens, même celle des chercheurs, varie face à ces problèmes? C'est une question d'attitude. Les programmes sont parfaits sur le plan intellectuel, mais est-ce qu'on s'efforce vraiment de respecter la volonté des malades? Il y a aussi la volonté des parents, mais celle des malades est prioritaire.

Je viens du Québec. Contrairement à ce que disait Mme Sellah, quand mon père était malade, son médecin, qui était une femme, lui a demandé quelle était sa volonté dans le cas où il aurait une crise cardiaque. Le lendemain matin, il m'a prévenu qu'elle avait écrit dans son rapport qu'il ne fallait rien faire. C'était parce que mon père, qui avait toute sa tête à 90 ans, en avait décidé ainsi. On ne m'a même pas consultée. J'ai beaucoup apprécié cette attitude. Je trouve ça important.

Dans vos programmes, accordez-vous de l'importance au respect de la liberté des gens?

Par ailleurs, pourquoi trois provinces ne participent-elles pas à votre programme, qui est tout de même fédéral?

[Traduction]

Dr Richard Birtwhistle: Merci.

Le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires est légèrement différent du Technology Evaluation in the Elderly Network. Ce sont deux entités distinctes. Les seules provinces qui n'en font pas partie pour le moment sont l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, et les territoires.

Quant à votre autre question, il me semble vraiment important de respecter le choix individuel, surtout chez les personnes âgées. Il faut respecter leurs choix, et il y a des...

J'ai une patiente de 97 ans et, jusque récemment, elle était très foncée. Elle voulait utiliser toutes les technologies possibles pour continuer à vivre. J'ai beaucoup parlé des inconvénients de la technologie, peut-être, mais elle a aussi des avantages très réels. Nous devons utiliser les bons moyens technologiques avec les bonnes personnes.

• (1640)

La présidente: Docteur Quint, avez-vous quelque chose à dire pour répondre à Mme St-Denis?

Dr Saul Quint: Pas pour l'instant.

La présidente: D'accord. Merci.

Poursuivez, madame St-Denis.

[Français]

Mme Lise St-Denis: Monsieur Quint, votre organisme, INTERxVENT, est-il privé ou public?

[Traduction]

Dr Saul Quint: C'est une organisation privée qui a été fondée aux États-Unis et qui s'étend maintenant à toute la planète.

[Français]

Mme Lise St-Denis: Vos programmes sont intéressants, mais comment les gens communiquent-ils avec vous? Faites-vous de la publicité?

[Traduction]

Dr Saul Quint: Il y a essentiellement deux manières différentes de participer au programme. L'une d'elles, ce sont les programmes parrainés par l'employeur. Aux États-Unis, 90 p. 100 des entreprises qui comptent plus d'un millier d'employés offrent à ceux-ci un programme structuré qui vise à assurer leur bien-être et à gérer les maladies. Pourquoi le font-elles? Parce qu'il y a un excellent rendement sur l'investissement, sous la forme d'améliorations au plan des dépenses directes et indirectes en soins de santé.

Au Canada, c'est un peu plus difficile. Pour les employeurs, le rendement se limite aux dépenses indirectes en soins de santé, et je songe à l'absentéisme et à l'assiduité, à l'amélioration de la productivité. Les coûts directs en soins de santé sont à la charge de l'État, alors que, aux États-Unis, c'est l'employeur qui doit les assumer.

Cela dit, il s'est fait beaucoup de recherche. Un certain Chapman a publié en 2012 dans l'*American Journal of Health Promotion* une évaluation de 62 études sur le bien-être en milieu de travail. Il y montre que le rendement sur l'investissement est de 5,5:1, seulement au chapitre de la productivité. La productivité est très importante pour les employeurs. Bien entendu, les gouvernements au Canada, fédéral et provinciaux, pourraient se percevoir comme d'énormes entreprises, si on veut, qui auraient des avantages à retirer sur le plan des dépenses directes en soins de santé, puisque l'État assume le coût des visites à l'hôpital, aux urgences, etc., et sur le plan de la productivité.

L'autre façon d'offrir INTERxVENT aux patients, c'est de passer par l'intermédiaire des médecins. Toujours aux États-Unis, dans le cadre du régime d'Obama, des modifications récentes ont permis d'offrir des programmes visant à assurer le bien-être et la gestion des maladies, avec un encadrement par des infirmières dans les cabinets.

L'explication la plus facile à proposer aux patients qui envisagent d'adhérer au programme, c'est l'exemple de Weight Watchers. Weight Watchers n'a rien de magique, mais il faut dire qu'il est difficile de modifier les comportements. On a besoin de soutien. On se rend chez Weight Watchers ou on consulte en ligne. On parle avec son conseiller pour rester motivé. C'est très semblable aux Alcooliques anonymes.

Dans tous les changements du mode de vie où il faut modifier le régime alimentaire, faire plus d'exercice, perdre du poids, il est très important de pouvoir compter sur le soutien d'un conseiller. Ce sont des programmes structurés qui sont offerts depuis peu aux États-Unis. Il y a eu des études. Les auteurs parlent en des termes très positifs de l'offre de conseils au téléphone en matière de santé.

Les programmes d'INTERxVENT peuvent être adaptés parce que les conseils au téléphone sont proposés à partir d'un centre d'appels. Nous offrons des programmes pour les employés, par exemple chez Sykes, qui les propose à ses propres employés. Il y a aussi Télésanté Ontario.

Comme médecin de famille, je peux dire que le service de conseils de télésanté se contente de recevoir des appels. À mon avis, il y a là une capacité inexploitée. Il est possible de faire également des appels pour encourager les gens à perdre du poids, à faire plus d'exercice, à faire des prises de sang, à se présenter à leur bilan de santé, à réduire leur taux de cholestérol, de glucose, etc...

La présidente: Merci, monsieur Quint. C'est très difficile pour vous, puisque vous ne pouvez pas voir mes signaux secrets. Je dois parler à tue-tête dans le micro.

Dr Saul Quint: N'hésitez pas à m'interrompre. Merci.

La présidente: Merci.

[Français]

Mme Lise St-Denis: Me reste-t-il du temps?

[Traduction]

La présidente: Non.

Mme Lise St-Denis: Plus de temps? D'accord.

La présidente: Il est certain que je vous le ferais savoir. Merci.

Nous allons maintenant passer à MM. Wilks et Lobb. Sauf erreur, ils partagent leur temps de parole. M. Wilks d'abord.

•(1645)

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci.

Madame la présidente, mon intervention sera probablement plutôt une déclaration.

La période de la fin de vie présente un défi intéressant pour les médecins. Vous en êtes au point où vous pouvez faire intervenir tout l'arsenal de la technologie. Vous pouvez utiliser un respirateur artificiel pour tenir un patient inerte en vie pendant très longtemps.

Pour moi, la qualité de vie, c'est bien plus que sa durée. Je suis un ancien policier. Il est arrivé quelque fois que nous tombions sur des personnes qui avaient exprimé leur volonté de ne pas être réanimées. Ce semble un moyen fort simple de s'y prendre sans recourir à quelque innovation technologique que ce soit. Pas de réanimation: très simple. Il est très difficile pour la famille d'accepter, mais au moins, les médecins ont une indication claire.

À propos d'innovation technologique, y a-t-il moyen de créer une base de données électroniques qui montre la dégradation dans la vie d'un être humain?

Je me prends en exemple. J'ai 87 ans. J'ai une maladie cardiaque dégénérative. Nous avons essayé 15 solutions différentes. Il est insensé de... Et je dis que je ne veux plus aucun traitement, que je veux mourir avec un peu de dignité.

Je ne sais pas trop. Que pensez-vous de cela, docteur Birtwhistle?

Dr Richard Birtwhistle: Merci, madame la présidente.

Je suis tout à fait d'accord: nous pourrions avoir un moyen électronique de faire le point.

Encore une fois, un plan préalable de soins correctement structuré pourrait capter une partie de cette information. Il y aurait des données sur les gens qui ont reçu de multiples traitements, pour qui il n'y en a plus d'autres et pour qui aucun autre essai de thérapie de survie ou de prolongement de la vie ne vaut pas la peine.

Je crois qu'il y aurait des moyens électroniques.

La présidente: Monsieur Lobb.

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

Ma première question s'adresse à vous, docteur Quint. Vous avez là une belle présentation des différentes sociétés que vous avez fondées et avez fait croître, et que vous avec probablement eu ensuite la chance de revendre.

Nous étudions l'innovation technologique et, en réalité, son utilisation pour améliorer le sort du patient. Avez-vous une idée des raisons pour lesquelles nous n'avons pas plus de gens comme vous au Canada? Quel est le facteur qui a agi sur votre carrière et qui fait peut-être défaut au Canada, sur le plan de l'esprit d'entreprise?

Dr Saul Quint: Je vais prendre vos propos comme un compliment. Merci.

Je trouve du plaisir à essayer de bâtir du neuf. Il faut de la passion, au fond, et je me passionne pour la prévention, pour la recherche de solutions précoces qui peuvent changer le cours de la vie d'une personne avant que la maladie ne frappe.

J'exerce la médecine depuis 28 ans, et j'ai vu beaucoup de malades. Nous avons beaucoup parlé de la fin de vie, des aînés et des maladies chroniques. Si on contractait une maladie chronique et mourrait tout de suite, sans cette période de qualité de vie médiocre entre le début de la maladie et la mort, ces efforts seraient inutiles.

Il y a de très nombreux entrepreneurs. Vous seriez étonné de voir toute la concurrence qui existe au Canada. Chez nous, nous en sommes encore aux premiers balbutiements. Aux États-Unis, c'est une industrie qui vaut des milliards de dollars. Je le répète, 90 p. 100 des sociétés offrent ces programmes. Au Canada, c'est probablement 2 ou 3 p. 100.

C'est plus difficile ici à cause du système de soins de santé financé par l'État et parce que les employeurs comptent que l'État se chargera de tout.

INTERxVENT Canada est parrainée par MaRS. Il a fait une présentation chez MaRS et à la conférence mondiale sur la santé. Beaucoup d'entrepreneurs travaillent avec nous, ont des partenariats avec nous, parlent d'intégrer des incitatifs, des défis, les médias sociaux. En ce moment même, nous examinons beaucoup de partenariats différents.

J'estime donc que le Canada progresse dans le monde en faisant ses preuves dans l'innovation en soins de santé.

• (1650)

M. Ben Lobb: Très bien. J'ai probablement le temps de poser une dernière question rapide.

Au fil des ans, quelle expérience avez-vous vécue en ce qui concerne les brevets et les marques de commerce? Avez-vous dû les défendre devant les tribunaux de différents pays? Le problème a-t-il été difficile pour vous?

Dr Saul Quint: Nous n'avons pas vraiment eu à défendre des brevets au Canada, car nos collègues des États-Unis ont eu la chance de demander et d'obtenir des brevets là-bas.

Dans notre monde, l'enjeu ne tient pas tant aux brevets qu'à la propriété intellectuelle fondée sur des faits. Par exemple, nous avons une façon de classer les gens dans les catégories de risque faible, modéré ou élevé, et elle est intégrée à nos programmes. Personne ne connaît les algorithmes, mais le programme place les gens dans les bonnes catégories. C'est pourquoi des sociétés comme Chevron, aux États-Unis, utilisent INTERxVENT. Nous offrons des programmes à leurs employés dans 12 pays et six langues. C'est simplement parce que les programmes sont de meilleure qualité. Nous n'avons pas vraiment de brevets.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant aux interventions de cinq minutes. Il y a eu des questions absolument étonnantes et des réponses qui ne l'étaient pas moins. Merci au comité.

Ce sera d'abord M. Morin.

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

Je poserai ma première question à M. Birtwhistle.

Dans votre exposé et vos réponses, vous avez signalé plusieurs éléments de faible technicité par lesquels nous pourrions améliorer l'état de santé des aînés. Vous avez parlé par exemple de la planification préalable des soins et des portails de patient. Y a-t-il d'autres solutions de faible technicité que vous voudriez nous faire connaître pour que nous les indiquions dans le rapport final comme de bons exemples de mesures à adopter et à répandre dans tout le Canada?

Dr Richard Birtwhistle: Merci. Question difficile.

Je suis tenté de dire: « Que les gens se parlent. » Mais ce n'est probablement pas quelque chose que vous songeriez à mettre dans votre rapport. Je n'ai pas d'autres exemples à donner pour le moment.

M. Dany Morin: D'accord.

Dans votre exposé, vous avez aussi parlé de la mise en commun des pratiques exemplaires entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Avez-vous des conseils à leur donner sur la façon d'améliorer ces échanges intergouvernementaux?

Dr Richard Birtwhistle: J'espère que notre Technology Evaluation in the Elderly Network ajoutera des occasions d'élaborer des pratiques exemplaires par nos activités de communication du savoir.

J'espère que, en agissant sur ce plan, tant dans la recherche que dans la communication du savoir, nous pourrions assurer une large mise en commun au niveau fédéral et au niveau des autres ordres de gouvernement. Quant à savoir comment cela peut se faire, je m'en remets à vous.

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Quint.

Dans votre exposé, vous avez parlé de soins préventifs, de soins efficaces par rapport aux coûts et de soins qui reposent sur des données probantes. Vous avez aussi parlé de plusieurs programmes virtuels.

Ce fut un excellent exposé, mais quelle est la prochaine étape? Comment le gouvernement fédéral peut-il aider les différents secteurs d'activité liés aux soins de santé ou les différents systèmes de soins des gouvernements provinciaux à adopter les soins préventifs, les soins efficaces par rapport aux coûts et les soins qui reposent sur des données probantes?

Dr Saul Quint: Merci. Excellente question.

D'après notre expérience, lorsque nous allons présenter nos produits aux services des ressources humaines en milieu de travail et aux directeurs financiers de grandes sociétés, tous demandent la même chose. Ils veulent une preuve canadienne qu'il y aura des résultats meilleurs, une plus grande productivité, moins d'absentéisme, plus d'assiduité.

Le gouvernement pourrait beaucoup nous aider d'abord en mettant à l'essai des produits comme les nôtres, mais pas forcément les nôtres, des évaluations des risques en matière de santé, des programmes fondés sur des données probantes et conformes aux lignes directrices de C-CHANGE et d'autres lignes directrices canadiennes. Il faut proposer ces programmes, faire des recherches sur eux et prouver que le rendement sur l'investissement au Canada ne diffère pas de celui qui a été prouvé dans d'autres pays, les résultats ayant paru dans de grandes publications de recherche indépendante avec examen par des pairs.

Deuxièmement, et c'est probablement le point crucial, il faudrait proposer des incitatifs fiscaux aux sociétés qui offrent ces programmes à leurs employés. Comme je l'ai dit, Chapman a évalué un demi-million de personnes et 62 études. Il a relevé des avantages énormes dans les résultats, une diminution de la consommation de médicaments, le respect de la médication par ceux qui doivent prendre des médicaments, des améliorations pour tous les autres facteurs comme la tension artérielle, le taux de satisfaction, etc.

Étant donné que c'est lui et non l'employeur qui bénéficie de la baisse des dépenses directes en soins de santé, si le gouvernement transmettait une partie de ces économies à l'employeur, ce serait un élément déclencheur qui amènerait certains des plus grands employeurs au Canada à adopter ces programmes de bien-être en milieu de travail, comme cela se fait dans l'ensemble des États-Unis et du monde occidental.

• (1655)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Quint, de vos propos éclairants.

Nous souhaitons la bienvenue au Dr Ling.

Nous vous attendions, docteur Ling, et nous sommes très heureux que vous ayez pu vous joindre à nous. Les deux autres médecins ont fait leur exposé et ils ont répondu aux questions du premier tour. Nous en sommes au deuxième tour.

Vous m'entendez, docteur Ling? Y a-t-il quelqu'un pour vous aider?

M. Victor Ling (président et directeur scientifique, Institut de recherche Terry Fox): Oui, parfait.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Docteur Ling, comme je l'ai dit, nous avons entendu quelques questions et les autres exposés sont faits.

À 17 h 15, à l'appel du timbre, nous devons lever la séance. Si vous le voulez bien, je voudrais que vous preniez 10 minutes pour faire votre exposé tout de suite. Est-ce possible?

M. Victor Ling: Bien sûr.

La présidente: Merci, docteur Ling.

M. Victor Ling: Merci. C'est un plaisir de comparaître.

Je suis très heureux que tout le monde soit ici. Tous ont le texte du mémoire, n'est-ce pas?

La présidente: Oui.

M. Victor Ling: Je vais parcourir rapidement avec vous la présentation PowerPoint. C'est ce qui sera le plus facile pour moi.

La présidente: Je signale aux députés qu'elle doit se trouver dans la documentation.

M. Victor Ling: La première fiche présente l'Institut de recherche Terry Fox. Il s'agit d'un institut virtuel. Environ 55 organisations des quatre coins du Canada y participent. Les grandes universités, les centres de recherche sur le cancer et les centres anticancéreux ont tous accepté de faire partie de cet institut virtuel. Son siège social est situé à Vancouver, mais son effectif est minime: cinq personnes. À partir du siège social, nous aidons à organiser et à orienter les investissements de la Fondation Terry Fox dans les divers types de recherche sur le cancer.

Inutile d'expliquer pourquoi il faut lutter contre le cancer au Canada. Nous voudrions tous que le taux de guérison soit plus élevé, que le nombre de personnes qui contractent la maladie diminue, etc. Nous comprenons et savons aussi qu'il y a eu beaucoup d'innovations au Canada. Il y a eu les investissements des ISRC — ce pourquoi j'ai passé la journée ici — et des investissements dans d'autres domaines, notamment Génome Canada et la Fondation canadienne pour l'innovation. Tous ces investissements ont été consentis pour appuyer les universités, et pourtant, nous savons tous que, d'une certaine façon, le consommateur n'a pas l'impression de voir ces investissements.

Je donnerai trois exemples de ce qui s'est passé, au moins dans le cas du cancer. La génomique est très importante. L'immunothérapie, l'utilisation du système immunitaire pour combattre le cancer, est très importante. L'imagerie l'est aussi.

Comment faisons-nous progresser la recherche sur le cancer au Canada? Comment nous y prenons-nous? Nous pouvons le faire en utilisant ces innovations, mais je ne suis pas ici pour vous expliquer comment. Les innovations sont très nombreuses. Je comparais pour vous parler de l'expérience de l'Institut de recherche Terry Fox, où nous trouvons qu'il est stimulant et très instructif de faire passer l'innovation au stade clinique. Voici ce que nous disons: le type d'innovation que nous souhaitons se fait très rarement, et il n'y a rien de systématique. Les organisations doivent faire des essais pilotes pour montrer l'efficacité de l'innovation avant qu'on ne l'utilise dans le système de santé.

Je vous parle en fait de recherche translationnelle. Cette recherche se fait en équipe. Un grand nombre d'organisations doivent conjuguer leurs efforts.

L'Institut de recherche Terry Fox, mis sur pied en 2007, met l'accent sur la recherche translationnelle. Il appuie beaucoup de programmes multidisciplinaires qui sont mis en oeuvre en équipe et avec des jalons à atteindre. Je ne vous empêtrai pas dans les détails. Je vais vous parler d'un seul projet que nous réalisons et dont nous avons tiré beaucoup d'enseignements. C'est un projet de détection précoce du cancer du poumon.

Voici la logique de l'étude Terry Fox de la détection précoce du cancer du poumon.

Au Canada et dans tous les pays du monde, le cancer du poumon tue beaucoup de monde. Il a tué plus de monde que les cancers du sein, de la prostate et du colon pris ensemble. Ce n'est pas le cancer le plus fréquent, mais il tue plus de malades que tous ces autres cancers réunis. Nous savons aussi que, décelé assez tôt, il peut se guérir par une simple intervention chirurgicale. Nous savons tous cela. Mais souvent, lorsque la personne est atteinte et crache du sang, il est trop tard.

Les Américains ont dépensé 250 millions de dollars. Avec un échantillon de 50 000 personnes, ils ont montré que si on peut déceler le cancer du poumon assez tôt au moyen d'un tomogramme à faible dose, le taux de mortalité diminue de 20 p. 100. C'est énorme. Où en est l'innovation canadienne? Nous n'avons pas 250 millions de dollars. Nous n'avons pas les moyens de dépenser cette somme pour faire du dépistage chez 50 000 personnes.

• (1700)

Nous avons décidé que nous devons dépister le cancer du poumon à un stade précoce beaucoup plus efficacement que nos collègues américains et à un coût bien moindre. L'équipe qui a été constituée a préparé un questionnaire sur le Web pour améliorer l'efficacité du dépistage.

Vous pouvez voir ce questionnaire sur le site Web. Il contient un certain nombre de questions sur le tabagisme. À quel âge avez-vous commencé à fumer? Fumez-vous toujours? En moyenne, combien de cigarettes par jour, etc.?

Il demande aussi d'indiquer le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint. Vous direz que la question n'a rien à voir. Il a été prouvé qu'il existe une corrélation entre le niveau des études et le risque de contracter le cancer du poumon, ce qui est étonnant. Il y a d'autres éléments semblables.

Nous avons donc fait ce travail, et le diagramme à secteurs indique que, en moyenne, pour environ cinq personnes sur 100, il a été possible de déceler un cancer du poumon à un stade précoce alors qu'il n'y avait aucun symptôme. Cette démarche est au moins trois fois plus efficace que ce que les Américains ont fait.

Le projet a été réalisé à Vancouver, à Calgary, à Toronto, à Hamilton, à Ottawa, à Québec et à Halifax. Nous avons pu montrer que, à l'échelle nationale, il était possible d'obtenir ce niveau d'efficacité. C'est grâce à la coopération de tout le monde. Ce fut une très belle expérience. Les 114 personnes soumises aux tests dont le cancer a été dépisté à un stade précoce et qui ont été traitées sont reconnaissantes.

Que nous a appris ce projet? Allons-nous le reprendre demain? Allons-nous l'intégrer automatiquement au système de soins?

La réponse est non, nous n'allons pas le faire. La démarche nous a appris à quel point il était difficile de lancer un projet pancanadien de cette nature. Il y a tellement d'administrations compartimentées, et il faut obtenir l'approbation en matière d'éthique pour la participation de presque tous les hôpitaux. En fait, un hôpital d'Ottawa n'a pu commencer qu'un an après tout le monde parce que nous avons eu du mal à faire approuver l'étude sur le plan éthique. Il y a les formalités administratives et tout le reste.

Nous savons aussi que nous essayons de bâtir un groupe intéressé par le travail sur le cancer du poumon. Par le passé, tous les groupes se concurrençaient. Il a fallu susciter la confiance et l'esprit de coopération. Enfin, le système de santé exigeait que nous fassions cet essai pour montrer que c'était économiquement réalisable.

Que nous a appris le projet? Que les Canadiens peuvent travailler tous ensemble. Étonnant. Quand on propose un projet auquel ils peuvent contribuer pour faire quelque chose d'important, les gens sont capables de travailler ensemble.

Nous avons aussi appris que nous ne pouvons pas utiliser automatiquement une solution venue d'ailleurs. Nous ne pouvons pas importer la technologie américaine et l'intégrer à notre système de santé. Ça ne marche pas. Il faut mettre l'innovation à l'essai sur le terrain pour voir où elle peut être utile dans notre système.

Dernier enseignement: même si nous avons eu de bons résultats, il faut dire que tous les participants provenaient de grandes villes. Tous les Canadiens ne vivent pas dans les grandes villes. Il y a des collectivités mal servies, des populations rurales. Il faut que ces tests soient mis à leur disposition.

Il nous faut d'autres innovations pour rejoindre ces gens. Voilà ce que nous avons appris. Il faut songer par exemple à utiliser des unités mobiles dans le nord du Canada, peut-être. Ce sont des innovations auxquelles nous songeons.

Enfin, le troisième projet. Cette innovation canadienne est reconnue à l'étranger. À Taïwan, par exemple. John s'y est rendu récemment.

C'est très important pour nous. Les Taïwanais ont collaboré avec nous et ils font des essais sur le terrain auprès de leur population. Notre propre population en bénéficiera, car nous sommes un pays d'immigrants.

• (1705)

Un défi demeure: toute innovation doit être mise en oeuvre dans la prestation des soins de santé. Nous pouvons inventer tout ce que nous voulons dans les ISRC et chez Génome Canada, nous pouvons investir grâce à la FCI, mais si l'innovation n'est pas adoptée, tout s'arrête. Rien ne se passe.

La présidente: Docteur Ling, la période prévue est terminée. Merci beaucoup.

Je crois que nous aurons une seule question.

Vous connaissez très bien M. Weston. Il est le prochain sur la liste. À vous.

[Français]

M. John Weston (West Vancouver—Sunshine Coast—Sea to Sky Country, PCC): Merci, madame la présidente.

C'est vraiment un honneur pour moi d'être ici avec vous. C'est la première fois que j'ai l'occasion de siéger au Comité permanent de la santé.

• (1710)

[Traduction]

C'est une journée marquée par d'incroyables coïncidences. Je viens de terminer pour mes électeurs un document consacré exclusivement à la santé, et c'est la première fois que je rencontre le Dr Ling, même si nous nous sommes souvent parlé.

C'est aussi la première fois, docteur Ling, que je sors ma chemise Terry Fox que Judith Fox m'a donnée avant mon départ pour Taïwan. J'ai offert la même au président Ma Ying-jeou de Taïwan. Il appuie fermement l'Institut Terry Fox. Il a dirigé l'organisation de la course Terry Fox à Taïwan pendant des années, jusqu'à la dernière, il y a quelques années. Il veut relancer cette activité.

Je suis très heureux de vous rencontrer. Je crois me faire l'interprète de tout le monde si je dis que nous sommes tous très fier de Terry Fox et de sa mémoire. Nous sommes ravis que vous contribuiez à perpétuer cette mémoire.

Vous avez parlé d'une organisation virtuelle. Il est excellent que vous ayez pu obtenir près de 600 millions de dollars pour une organisation virtuelle et que vous puissiez continuer à innover.

Dans un monde où on a tendance à juger des gens et des organisations d'après leur expérience, leurs études ou leur bilan, vous mettez l'accent sur la collaboration, et la collaboration internationale. À Taïwan, j'ai entendu parler de quatre scientifiques qui travaillent avec l'Institut Terry Fox à Taïwan. Ils s'intéressent au cancer du poumon, à la leucémie et, je crois, au cancer du foie.

Dans quelle mesure nous, Canadiens, innovons-nous dans l'utilisation de nos relations, tant au Canada que dans le reste du monde? Y a-t-il là une certaine originalité?

M. Victor Ling: Les Canadiens innoveront beaucoup. Ils sont très concurrentiels dans les découvertes, et ils en font qui sont excellentes. Mais nous n'innovons pas autant lorsqu'il s'agit d'utiliser le savoir dans le système de santé.

Le problème tient en partie au fait qu'il y a peu d'incitation à innover dans notre système de santé. Pourquoi? Là où j'habite, le système de santé reçoit tout son argent du gouvernement fédéral ou d'ailleurs, et il l'utilise pour se maintenir, sans essayer de s'améliorer.

Ce n'est pas que les gens ne sont pas intéressés. Ils ont simplement besoin d'encouragements. Il faut des fonds réservés pour la prestation des services. Nous avons de l'argent pour l'innovation au départ, mais il n'y en a pas pour implanter les innovations dans la prestation des services de santé.

M. John Weston: Je suis un nouveau venu au comité, mais je crois que le sujet de l'étude est l'innovation technologique. J'essaie de savoir s'il y a quelque chose de particulier dans l'utilisation des fonds lorsqu'il y a collaboration. Obtenons-nous plus de résultats avec des moyens moindres lorsque nous nous y prenons comme l'Institut Terry Fox le fait dans le monde.

M. Victor Ling: Tout à fait. Comme scientifiques, nous collaborons. Nous le faisons avec Taïwan et d'autres pays. C'est très important. Cette collaboration donne plus de poids à notre dollar, c'est évident. Et comme je l'ai dit, étant donné l'immigration accueillie au Canada, ce que font les autres pays nous aide également. Tout le monde y gagne.

Ce que j'essayais de dire, c'est que souvent, les découvertes restent au niveau de l'innovation, mais au stade de l'application... Nous achetons les soins de santé au détail. Nous achetons les médicaments aux États-Unis et à l'Europe. Nous ne les créons pas chez nous. Nous achetons les tests de diagnostic aux États-Unis et ailleurs. Nous ne les créons pas chez nous.

Pourquoi ne le faisons-nous pas? Parce que notre système de santé n'a pas le mandat de créer les tests pour montrer qu'ils marchent bien ici. Ils fonctionnent dans le système américain, et Taïwan avait la certitude que ses tests marchaient dans son système, mais nous les leur achetons pour les utiliser dans notre système.

M. John Weston: J'ai peut-être encore un peu de temps.

Notre présidente s'intéresse beaucoup à la prévention. Elle se présente même fidèlement à la séance de natation parlementaire le jeudi matin, où elle est un exemple à suivre.

Avez-vous quelque chose à dire de la médecine préventive, dont les autres médecins ont parlé aujourd'hui?

• (1715)

M. Victor Ling: Absolument. La prévention et un mode de vie sain sont l'idéal. Au Canada, c'est magnifique. Le territoire s'étend de la côte Est à la côte Ouest. Si on considère le degré de santé d'est en ouest, on peut dire que l'Ouest est en meilleure santé que l'Est. En traversant le pays, on voit évoluer le mode de vie, le régime, les habitudes. Les données sont là. Il faut une certaine innovation. Il faut qu'il y ait une volonté de modifier les modes de vie.

M. John Weston: Le vendredi 10 mai, nous aurons la course Terry Fox à l'hôtel Delta d'Ottawa. Auriez-vous quelque chose à dire au comité à ce sujet?

La présidente: Je suis désolée, monsieur Weston et docteur Ling, mais votre temps de parole est terminé.

M. Kellway a une question rapide à poser avant l'appel du timbre.

Voulez-vous y aller, monsieur Kellway?

M. Ben Lobb: Madame la présidente, par respect pour M. Ling et pour donner une chance à M. Kellway, je suis prêt à rester quelques minutes pour qu'il puisse poser une question ou deux.

La présidente: Nous allons lever la séance à 17 h 15, monsieur Lobb.

Monsieur Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, monsieur Lobb. Je vous suis reconnaissant.

Mes hommages à tous les témoins, que je remercie de leur présence. Tous avaient des choses très intéressantes à dire.

J'ai une question à poser au Dr Quint au sujet de la santé en milieu de travail, parce que je me suis occupé de cette question pendant des années du côté syndical. J'ai toujours compris l'intérêt des changements de mode de vie, de la perspective du mieux-être, dont le milieu de travail doit bénéficier. Si on cherche sur le site Web de Santé Canada l'information sur la santé en milieu de travail, on trouve le résumé de décennies de recherches sur le sujet. Il y est question des problèmes que sont le peu de contrôle laissé aux travailleurs et les lourdes exigences qui leur sont imposées. On apprend que les problèmes cardiaques y sont trois fois plus nombreux, tout comme les douleurs au dos également et les problèmes de santé mentale. Et certains cancers sont cinq fois plus nombreux.

Je voudrais donc savoir, docteur Quint, si dans vos relations d'affaires avec les employeurs au sujet de...

La présidente: Monsieur Kellway, je suis désolée, mais l'appel du timbre a commencé. Pourriez-vous terminer rapidement votre question?

Docteur Quint, nous devons lever la séance tout de suite.

Monsieur Kellway, pourriez-vous terminer votre question très rapidement?

M. Matthew Kellway: Bien sûr, il ne me restait que deux mots. Conseillez-vous les employeurs au sujet des techniques de saine gestion?

La présidente: Docteur Quint, auriez-vous l'obligeance de communiquer la réponse à la greffière, qui la transmettra à tous les membres du comité?

Dr Saul Quint: Je le ferai.

La présidente: Merci.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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