



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 080 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 16 avril 2013

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 16 avril 2013

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):

Je déclare la séance ouverte et souhaite bon retour à tous les membres du comité. On dit toujours « de retour de la relâche ». Je ne suis pas d'accord. Au contraire, c'est la rentrée qui nous permet de nous reposer. D'habitude, nous sommes pas mal occupés pendant la relâche. Je tiens à souhaiter bon retour à tout le monde. Je suis ravie de vous revoir.

Nous avons un groupe exceptionnel de témoins qui vont comparaître devant nous aujourd'hui. Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous menons une étude sur l'innovation technologique.

Nous accueillons, de Horizon Santé-Nord, Branden Shepitka, chef du projet de dossiers médicaux du service des urgences. Vous êtes du Centre de santé du lac Ramsey. Bienvenue. Nous sommes ravis de votre présence.

De l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario, nous recevons Mme Carolyn McGregor, titulaire de la chaire de recherche du Canada en informatique de la santé, professeur et doyen associé (recherche), faculté de commerce et TI. Bienvenue, madame McGregor.

De la Huron Perth Healthcare Alliance, nous avons parmi nous M. Andrew Williams, président et chef de la direction. Bienvenue, docteur Williams.

De l'Université d'Ottawa...

Pardon?

M. Andrew Williams (président et chef de la direction, Huron Perth Healthcare Alliance): Je ne suis pas médecin, en fait.

La présidente: Eh bien, vous en avez l'air. C'est ce qu'on a écrit dans les notes qu'on m'a remises. Nous vous inspirerons. On vous estime tellement que vous êtes maintenant médecin.

Nous accueillons aussi, de l'Université d'Ottawa, M. Doug Coyle, professeur d'épidémiologie et de médecine sociale.

Bienvenue à vous tous.

À 16 h 30, nous nous entretiendrons par vidéoconférence avec Dr Pascal-A Vendittoli, professeur de chirurgie.

Nous avons d'excellents témoins aujourd'hui. Je vais commencer par Andrew Williams, président et chef de la direction.

Bienvenue. Allez-y, vous avez la parole.

M. Andrew Williams: Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. Comme vous l'avez mentionné, je suis Andrew Williams, président et directeur général de la Huron Perth Healthcare Alliance. Nous l'appelons la HPHA. Nous représentons quatre hôpitaux situés dans le sud-ouest de l'Ontario, à savoir l'Hôpital public de Clinton, l'Hôpital Memorial de St. Marys,

l'Hôpital communautaire de Seaforth et l'Hôpital général de Stratford.

En tant qu'organisation, nous avons 1 200 employés, nous accordons des privilèges à 160 médecins, et nous sommes très chanceux de bénéficier de l'aide de plus de 500 bénévoles qui soutiennent notre prestation de services. Notre budget d'exploitation annuelle s'élève à 126 millions de dollars, et nous desservons une population primaire de 130 000 personnes qui résident dans les deux comtés auxquels nous fournissons nos services.

Les communautés que nous desservons sont principalement rurales. À mon avis, c'est important puisque lorsque nous parlons de technologie, l'un de nos plus grands défis, c'est d'assurer un accès approprié dans nos collectivités rurales partout au pays. Notre économie s'articule principalement autour de l'agriculture. La population que nous desservons est un peu plus âgée, et l'âge moyen dans l'une de nos subdivisions de recensement est le plus élevé au Canada. Bien entendu, cette caractéristique démographique se répercute sur la prestation des soins de santé et des services que nous offrons.

Personnellement, j'ai eu le plaisir de travailler au sein de notre système de santé public depuis plus de 25 ans. J'ai occupé des postes dans diverses organisations, petites et grandes, y compris ici à Ottawa où j'ai débuté ma carrière. J'effectue également des enquêtes pour Agrément Canada, ce qui me permet de parcourir le pays. Toutes les expériences que j'ai vécues tout au long de ma carrière m'ont permis de me faire une assez bonne idée des défis et des possibilités qui nous attendent en matière de santé dans ce pays.

J'ai fini par comprendre que même si la portée et la taille des organisations peuvent varier, le principe fondamental demeure le même: pouvoir assurer directement ou faciliter la prestation de soins sécuritaires, accessibles, abordables et appropriés.

Mon exposé sera plutôt général, et je présume que nous pourrons nous pencher sur tout détail d'intérêt pendant le dialogue qui s'ensuivra.

Si nous regardons la technologie de la santé, et plus précisément les coûts de cette technologie, il importe de comprendre le degré auquel la technologie nous définit maintenant. Il n'y a pas si longtemps, les gens passaient deux semaines à l'hôpital pour une intervention chirurgicale à la vésicule biliaire. De nos jours, grâce à la microchirurgie, ils rentrent à l'hôpital et en sortent la même journée. Il n'y a pas si longtemps, nous tapions nos dossiers de santé sur papier en triple exemplaires; maintenant, nous le faisons par la dictée activée par la voix qui est directement versée au dossier de santé électronique. Il n'y a pas si longtemps, les radiologues regardaient leurs rayons X en les accrochant sur des écrans lumineux, comme on le voyait à la télévision par le passé. Maintenant, nos radiologues peuvent lire des images numériques provenant de partout au monde. Les choses ont donc changé énormément, et tout cela grâce à la technologie. Si je pense aux services que nous offrons en tant qu'organisation, je dirais qu'aucun d'eux n'a été influencé par la technologie d'une façon quelconque.

Le défi qu'il faut maintenant relever, c'est le degré de disponibilité de la technologie, puisqu'il varie d'un organisme à l'autre, d'un secteur à l'autre, et d'une province à l'autre. De plus, notre population devient de plus en plus fûtée sur le plan technologique, et ses attentes de ce que peut et doit faire le système de santé ne cessent de s'accroître.

Bref, notre capacité de fournir des soins sécuritaires, accessibles et abordables de haute qualité ne sera jamais ce qu'elle pourrait être en l'absence d'un plan qui réussit à optimiser la technologie appropriée pour les gens que nous desservons.

J'utilise le mot « approprié » de façon très délibérée, puisqu'il n'est pas logique de tout offrir partout — tout un défi lorsqu'on planifie la prestation de services publics, comme vous le savez bien. En voici un bon exemple: nous avons récemment installé un nouvel appareil d'IRM — une technologie courante que les gens autour de cette table connaissent sans doute très bien. Il se trouve dans une région qui dessert huit hôpitaux. Il nous a coûté 3,4 millions de dollars, et ses coûts d'exploitation annuels s'élèvent à 800 000 \$. Il ne serait pas logique d'installer un appareil d'IRM dans chaque hôpital, même si certains le voudraient bien pour avoir à se déplacer moins loin. Ce que nous devons faire, c'est d'évaluer nos investissements de façon logique, d'après la perspective des soins de santé, et d'après une perspective régionale. Nous devons par la suite nous assurer que les patients ont un accès équitable en fonction de leurs besoins. Lorsque nous n'arrivons pas à fournir le service à une distance raisonnable, il nous faut envisager d'autres technologies: par exemple, les IRM mobiles qu'on peut envoyer dans le nord de la province ou ailleurs au pays.

J'aime bien citer d'autres personnes. Une citation de Charles Darwin me vient à l'esprit: « Les espèces qui survivent ne sont pas les espèces les plus fortes, ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux aux changements. » Dans le contexte de la santé, c'est votre capacité d'adopter la technologie qui dictera votre survie.

En examinant la technologie au sein de notre organisation, nous adoptons différentes perspectives. Nous envisageons l'équipement utilisé pour offrir des soins directs aux patients, tels que le moniteur cardiaque et les machines à dialyse. Nous envisageons l'équipement de soutien en laboratoire, en imagerie. Nous envisageons les systèmes d'information hospitaliers, qui fournissent les données de base permettant à l'organisation de mener ses opérations. Dans notre cas, nous utilisons la plateforme MEDITECH.

●(1535)

Nous examinons la technologie qui relie les divers fournisseurs de soins de santé, à l'interne et à l'externe. Nous examinons également des systèmes dont nous avons besoin pour établir des liens avec nos clients, nos patients, afin de profiter de la technologie. Et puis, nous devons examiner l'infrastructure. On l'oublie souvent, surtout dans les collectivités rurales. S'il n'y a pas une bonne infrastructure dans la collectivité, peu importe la technologie que vous avez pour votre système de soins de santé, elle ne fonctionnera pas. Alors nous devons évidemment examiner différentes variables lorsque nous faisons des investissements en soins de santé.

Tous ces aspects nécessitent des investissements, et malheureusement, les organisations ont rarement la capacité, en ressources humaines ou financières, de maximiser les investissements dans tous les domaines. Conséquemment, des plans technologiques clairs et bien pensés, fondés sur la sécurité, la viabilité, l'innovation et la croissance, sont nécessaires.

À l'heure actuelle, les hôpitaux au pays sont notés selon ce qu'on appelle l'échelle d'adoption des DME, qui va de zéro à sept. Notre note actuelle est de 3,26. Cela peut sembler bas, mais c'est l'une des plus hautes de notre région. Cette cote indique à quel point les hôpitaux sont avancés ou non du point de vue technologique. Notre objectif est d'être le premier groupe rural d'hôpitaux au pays à obtenir un sept. Cela nécessitera probablement 2 millions de dollars supplémentaires en investissements et trois années de planification.

Notre budget annuel pour la TI est d'environ 2,8 millions de dollars, qui est surtout consacré pour le personnel. Il représente environ 2,2 p. 100 de notre budget total. Les hôpitaux de notre région allouent entre 1,8 et 5 p. 100 de leur budget à la TI, ce qui ne comprend pas la technologie qu'ils achètent, dont j'ai parlé plus tôt, l'équipement pour les soins des patients. Il s'agit des coûts réels en TI. Ces coûts varient énormément. Comme vous pouvez l'imaginer, nous cherchons toujours des façons de préciser et de bien allouer les coûts.

J'estime que l'aspect fondamental dans le cadre de cette discussion, c'est que la technologie ne représente pas vraiment un coût. Je vois la technologie comme un investissement. L'époque où il aurait été « bien de l'avoir » est révolue, lorsque certaines organisations et collectivités en avaient et d'autres pas. Les gens s'attendent à ce que la technologie soit disponible, et nous avons l'obligation de faire en sorte qu'elle le soit.

Nous avons fait un certain nombre d'investissements que je considère innovateurs, et que je veux vous présenter brièvement. Ils démontrent la diversité et l'ampleur de la situation.

Premièrement, il y a un système appelé PatientKeeper. Il chapeaute notre système d'information hospitalier et permet aux médecins d'avoir accès aux dossiers de santé sur leurs appareils mobiles. Les médecins peuvent aller n'importe où dans l'organisation. Ils peuvent être n'importe où dans la collectivité. Avec leurs iPads, leurs appareils mobiles, ils peuvent avoir accès aux renseignements sur leurs patients. Il s'agit d'un accès en temps réel. Le dialogue avec les patients est ainsi amélioré. Et cela a certainement simplifié notre capacité de fournir des soins.

Ce type de système coûte 250 000 \$. Tout investissement en technologie des soins de la santé est assez important. Plus votre région est rurale, plus c'est difficile, car vous n'avez pas la capacité d'attirer des fonds comme c'est le cas dans les grands centres.

Le deuxième investissement que nous avons fait, et qui me semble intéressant — en fait, on nous a dit que nous étions les seuls au monde à le faire —, c'est que nous faisons participer nos patients externes au programme de santé mentale à leurs soins par des liens vidéo bidirectionnels.

La semaine dernière d'ailleurs, la ministre de la Santé de l'Ontario est venue nous voir pour allouer des fonds supplémentaires à ce projet.

Chaque jour à un moment convenu, les fournisseurs de soins de santé contactent leurs patients pour discuter de leurs soins. Il s'agit en fait d'une visite électronique quotidienne avec leur fournisseur de soins de santé. On peut voir le patient, ce qui est important en santé mentale. Cette rencontre a vraiment amélioré les soins. Je crois que c'est un exemple de l'avenir des soins de santé, c'est-à-dire d'offrir les soins directement aux patients par la technologie, et donc rendre les soins plus accessibles et plus rapides.

L'autre secteur que j'aimerais mentionner, ce sont les programmes régionaux. L'une des meilleures façons de profiter de la technologie, c'est en collaborant. Nous avons un certain nombre de partenariats en place. Celui dont je vous parlerai rassemble 12 laboratoires hospitaliers. C'est important, parce qu'il réduit le besoin pour chaque hôpital d'avoir toute la technologie. On peut centraliser certaines des technologies les plus coûteuses, tout en ayant les tests à faible coût et à haut volume qui se font toujours dans chaque hôpital. Nous venons de gérer un programme important et pluriannuel de remplacement de l'équipement à tous les établissements, ce qui nous permet d'obtenir le meilleur prix, les meilleures normes de sécurité et la meilleure utilisation du personnel. C'est une très bonne façon de maximiser la technologie dans une communauté rurale.

Le dernier secteur que je veux décrire, ce sont nos efforts pour relier les médecins dans la communauté aux systèmes d'information hospitaliers, ou SIH. Il n'y a rien de plus important pour la prise de décision clinique que d'avoir des renseignements rapides et précis. Nous avons conçu nos SIH afin qu'ils envoient certains renseignements au bureau des médecins de famille afin qu'ils puissent mieux gérer les soins de leurs patients.

Par exemple, si je passe des radiographies cet après-midi dans l'un de nos hôpitaux, mon médecin de famille pourra avoir accès à ces renseignements à son bureau sur-le-champ. Je pense qu'il s'agit d'une énorme amélioration au chapitre des soins de santé.

Lorsque l'on parle de l'information en soins de santé, on parle souvent de santé électronique, qui est parfois perçue comme une mauvaise expression, malheureusement. En fait, je crois qu'on songe maintenant à en employer une nouvelle, à savoir la santé mobile. Ne vous y trompez pas: nous sommes à l'époque où les appareils mobiles et les nuages informatiques nous définissent, et ils définissent les soins de santé.

Imaginez les conséquences sur le recrutement si une diplômée en médecine arrivait dans une collectivité avec son appareil mobile en main et se faisait dire qu'elle ne pouvait pas l'utiliser parce que la bande passante ne le supporterait pas. Imaginez essayer de recruter une infirmière qui travaillait dans un environnement où elle était entourée de...

• (1540)

Est-ce qu'il me reste quelques minutes, ou une minute, ou...?

La présidente: Il vous reste environ 30 secondes.

M. Andrew Williams: Bien.

L'aspect fondamental de tout cela, c'est que le recrutement et la rétention des professionnels de la santé en l'absence de technologie

est presque impossible dans l'environnement d'aujourd'hui. Ces professionnels s'attendent à ce que les outils soient disponibles, et s'ils ne le sont pas, ils trouveront des communautés où ils le sont.

Voilà notre prochain grand défi. Il faudra utiliser la technologie d'une façon qui maximise les soins de santé et fasse en sorte que l'on puisse attirer les professionnels de la santé dans nos collectivités.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Andrews.

Nous passons maintenant à Mme Carolyn McGregor.

Dre Carolyn McGregor (titulaire de la chaire de recherche du Canada en informatique de la santé, professeur et doyen associé (recherche), Faculté de commerce et TI, University of Ontario Institute of Technology): Bonjour. Bon après-midi.

Madame la présidente, députés ministériels, députés du Nouveau Parti démocratique et du Parti libéral, merci de me donner l'occasion de présenter au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes mon point de vue sur les coûts de l'adoption des nouvelles technologies dans le système des soins de santé.

Je suis Carolyn McGregor, professeure et titulaire de la chaire de recherche du Canada en informatique de la santé à l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario, à Oshawa, dans la région de Durham.

J'aimerais parler des coûts de la mise en oeuvre et de l'utilisation des nouvelles technologies dans le secteur des soins de santé, surtout en ce qui concerne la transformation des soins de santé par l'adoption de nouvelles technologies. Je veux également discuter des conséquences que ces technologies auraient sur le cheminement du patient, puisqu'il s'agit d'un point fondamental prioritaire, et de la façon d'intégrer ces nouvelles technologies aux technologies existantes et d'analyser la mise en oeuvre et l'intégration grâce à des outils analytiques.

La modélisation du cheminement du patient, c'est utiliser les processus afin de créer des diagrammes qui démontrent la voie qu'un patient a suivie dans le système de soins de santé: quels travailleurs de la santé il voit, quelles étapes et procédures sont utilisées, quelles technologies appuient les soins, et où les renseignements à son sujet sont entreposés dans le système de soins de santé. L'objectif final est de réduire les chevauchements, d'augmenter l'efficacité, de simplifier les processus et d'améliorer les résultats pour le patient.

J'ai dirigé des efforts de recherche concertés entre l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario et deux grands fournisseurs de soins en santé mentale en Ontario, Ontario Shores à Whitby et Providence Care à Kingston, à cette fin précise. Les deux prévoient passer aux nouveaux dossiers médicaux électroniques.

Le premier projet a été mené avec Ontario Shores. L'équipe de haute gestion appuyait le passage aux nouveaux dossiers médicaux électroniques. Nous avons travaillé avec les membres de la section d'informatique de la santé pour les aider à déterminer quel travailleur devrait participer au projet en plus des membres de cette section. Nous avons constitué une équipe de travailleurs de la santé provenant des divers secteurs d'Ontario Shores et assumant divers rôles, y compris un psychiatre et du personnel infirmier de différents services.

Nous avons recueilli les renseignements initiaux sur le cheminement des patients pour deux des services, et nous avons pu leur montrer les premiers diagrammes pour qu'ils les examinent. Nous avons pu démontrer que notre approche par diagrammes leur permettait de voir plus clairement le cheminement du patient, comparativement à l'utilisation d'un organigramme ou d'une description. Dans l'heure qui a suivi, ils ont reconnu qu'il y avait des chevauchements au chapitre des rôles qui pourraient être éliminés pour apporter des avantages immédiats aux patients.

Créer des modèles pour toute l'organisation allait prendre du temps, alors nous leur avons prêté certains de nos étudiants des sciences de la santé de quatrième année afin de les aider à créer les modèles, dans le cadre d'un cours de recherche d'un an. Les étudiants ont eu une expérience fantastique et pratique et Ontario Shores a pu obtenir les ressources supplémentaires dont ils avaient besoin. Les modèles comprenaient autant de renseignements que possible sur le temps qu'il a fallu pour chaque activité, quels travailleurs des soins de la santé y participaient, quels étaient les formulaires et les systèmes, etc. S'il y avait un temps d'attente, elle était examinée et on notait quelle était sa durée.

Pendant le reste de l'année et pendant les stages d'été, les étudiants et l'équipe chargée du projet ont ajusté les nouveaux modèles pour montrer quelle serait la situation avec les nouveaux dossiers médicaux électroniques. On a pu voir quelles activités allaient être complètement éliminées, puisqu'elles seraient automatisées par les dossiers médicaux électroniques, comme la communication des renseignements entre les services. On a aussi pu voir quelles activités exigeraient du personnel occupant divers rôles à travailler différemment à cause des dossiers médicaux électroniques.

Les vieux et les nouveaux modèles ont été affichés sur les murs de la cafétéria et des salles de réunion partout dans les installations d'Ontario Shores afin que tout le personnel, dans le cadre de son travail, puisse les examiner et réfléchir à la façon dont le travail allait être transformé. Cela a permis au personnel de voir comment son environnement de travail allait changer et ce que ces changements allaient représenter pour les patients et les fournisseurs de soins. Nous avons prévu d'utiliser des papillons adhésifs afin que le personnel puisse afficher ses observations sur les anciens et les nouveaux modèles. Nous avons suivi des étapes semblables lors de notre partenariat avec Providence Care.

Les deux partenariats ont permis de clairement définir les processus actuels. Nous avons ciblé les secteurs où il pourrait y avoir du changement, les lacunes dans les processus et les politiques, et une voie vers une amélioration des soins. Ontario Shores utilise maintenant les dossiers médicaux électroniques, et Providence Care est en bonne voie de les adopter également. On a parlé de notre collaboration avec Providence Care dans le numéro de février 2012 de la revue *Hospital News*, à la page 32.

Quant aux étudiants qui ont participé au projet de recherche, certains se sont fait offrir des postes dans les organisations, d'autres ont fait des études en médecine, un est devenu un consultant dans la région, et d'autres ont poursuivi des études au cycle supérieur à notre université.

L'avantage de la modélisation du cheminement du patient, c'est qu'elle va au-delà des pratiques actuelles. Elle permet de bien planifier l'adoption future de nouvelles technologies et de nouveaux processus et de déterminer la meilleure façon de les intégrer au système de soins de santé.

● (1545)

Mes recherches sont principalement axées sur la création d'outils d'appui à la prise de décision clinique ou d'outils analytiques qui aident les cliniciens des soins intensifs, en particulier les soins intensifs néonataux. Je recueille des données physiologiques à partir des appareils médicaux des unités de soins intensifs néonataux pour chaque respiration et chaque battement de coeur afin de voir si, grâce à ces données, on peut détecter plus tôt des maladies comme les infections ou améliorer la surveillance afin de réduire des complications telles que la cécité ou les dommages au cerveau.

Il s'agit de l'un des premiers projets de recherche en soins de santé dans le domaine qu'on appelle les mégadonnées. Ce projet de recherche, intitulé Artemis, se fait en collaboration avec le Hospital for Sick Children de Toronto et le Centre de recherche et de développement d'IBM Canada. Nous avons des partenaires aux États-Unis et en Chine.

Ce projet de recherche est l'une des initiatives stratégiques phares de la Plateforme d'innovation dans l'information intelligente du sud de l'Ontario, SOSICIP, financée par FedDev. C'est aussi un projet de recherche reconnu par le Réseau néonatal canadien financé par les IRSC. Ce projet de recherche mènera tôt ou tard à des outils d'appui décisionnel pour améliorer les soins des patients, mais ce genre de transformation nécessitera des changements impressionnants aux directives cliniques, et la modélisation du cheminement du patient nous aidera à déterminer la meilleure façon de mettre en oeuvre ces transformations.

Les coûts dépassent la technologie elle-même. Les budgets pour l'adoption de la technologie en soins de santé doivent comprendre des fonds pour appuyer les informaticiens et libérer les cliniciens et les praticiens afin d'élaborer une modélisation précise du cheminement du patient qui appuie l'adoption des nouvelles technologies.

L'American Medical Informatics Association, en collaboration avec l'American Board of Medical Specialties, a défini des recommandations pour une sous-spécialité de l'informatique clinique en médecine. Dans ses recommandations, l'association indique que les informaticiens cliniques doivent utiliser leurs connaissances des soins des patients, conjointement à leur compréhension des concepts et des méthodes informatiques pour examiner les renseignements et les connaissances afin de définir, d'évaluer et de préciser les processus cliniques, de participer à l'élaboration et au perfectionnement des systèmes qui aident à la prise de décision clinique, et d'être des chefs de file pour toutes ces initiatives.

L'arrivée de l'informatique clinique en tant que sous-spécialité reconnue de la profession médicale au Canada aura un effet positif sur l'adoption des technologies en soins de santé. La modélisation du cheminement du patient répond essentiellement à l'initiative de Santé Canada visant à mettre en oeuvre des changements aux processus opérationnels pour accroître l'efficacité. C'est une initiative que j'appuie entièrement, puisqu'elle fournit les mécanismes permettant de cibler des économies, de simplifier les processus et d'offrir de meilleurs soins aux patients à un coût moindre.

Nous devons également planifier les coûts à long terme associés à l'intégration complète des nouvelles technologies aux technologies connexes du système de soins de santé. Les technologies doivent être en mesure d'envoyer et de recevoir des renseignements pour appuyer directement le cheminement du patient, de façon facile, efficace et précise.

Dans le cas d'Ontario Shores, l'établissement avait besoin de la technologie pour les dossiers médicaux électroniques, mais aussi des systèmes pour la pharmacie, la distribution des lits, les finances, la comptabilité, la facturation, les ressources humaines et l'analyse, et tout cela n'est normalement pas disponible dans une seule solution logicielle.

Enfin, les avantages, les économies et les coûts réels de l'adoption de chaque nouvelle technologie sont mieux compris grâce à l'analyse organisationnelle accompagnée de mesures avant et après les changements apportés aux processus opérationnels. Du financement doit être prévu pour la création de nouveaux outils analytiques, ou leur adaptation, pour décrire et visualiser les mesures concernant les économies, la réduction des erreurs médicales et l'amélioration des résultats pour les patients.

En Ontario, le bulletin équilibré est utilisé comme norme pour décrire le rendement des organisations des soins de santé. Cette approche permet non seulement de faire rapport des résultats financiers, mais aussi des mesures des résultats de la qualité pour les patients, en plus des renseignements sur les améliorations organisationnelles. Nous devons faire en sorte qu'autant que possible, les renseignements qui servent à créer ces bulletins équilibrés ou d'autres formes de rapports sur le rendement des organisations soient recueillis automatiquement à partir des systèmes informatiques afin qu'ils soient précis et arrivent rapidement.

Pour conclure, le financement de la technologie elle-même — le matériel, les logiciels et les réseaux — n'est pas suffisant. Des politiques et des cadres financiers sont nécessaires pour appuyer de façon globale l'adoption des technologies de la santé, si nous voulons vraiment profiter des avantages des nouvelles technologies qui offriront de meilleurs soins de santé à tous les Canadiens.

En tant que titulaire de la Chaire de recherche du Canada, je serais ravie de continuer à aider votre comité à élaborer ces politiques et ces cadres financiers.

Merci beaucoup.

• (1550)

La présidente: Merci beaucoup, madame McGregor, de votre exposé.

Nous passons maintenant à M. Branden Shepitka.

M. Branden Shepitka (chef du projet de dossier médicaux du Service des Urgences, Centre de santé du lac Ramsey, Salle des urgences, Horizon Santé-Nord): Merci, madame la présidente, et merci à vous, mesdames et messieurs les membres du comité, de me donner l'occasion de comparaître aujourd'hui devant le Comité permanent de la santé. J'aimerais d'abord prendre un instant pour me présenter. Je m'appelle Branden Shepitka. Je suis infirmier autorisé et j'ai de l'expérience clinique aux urgences et aux soins traumatologiques. Actuellement, je suis le chef du projet de dossiers médicaux du Service des urgences d'Horizon Santé-Nord, au Centre de santé du lac Ramsey. Dans ce rôle, je suis responsable de l'élaboration et de la mise en oeuvre des dossiers médicaux électroniques à la salle des urgences de notre hôpital.

Je conserve une pratique clinique en tant qu'infirmier examinateur lors d'agressions sexuelles pour notre programme d'intervention auprès des victimes de violence et de prévention de la violence, et je suis membre du corps professoral clinique de l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne. J'ai déjà siégé au conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et j'ai agi à titre de président de l'Association des étudiants infirmiers du Canada.

Horizon Santé-Nord est un centre d'enseignement des sciences de la santé de 454 lits à Sudbury, en Ontario, affilié à l'École de médecine du Nord de l'Ontario, à l'Université Laurentienne, au Collège Cambrian et au Collège Boréal. Notre salle des urgences est l'une des plus occupées de la province, offrant des soins à environ 63 000 patients chaque année, et nous sommes l'un des 11 hôpitaux de l'Ontario désignés comme centre principal de traumatologie.

Notre hôpital est également partenaire fondateur du Réseau du nord-est de l'Ontario, un consortium de 22 hôpitaux du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est, qui partagent une stratégie d'intégration des dossiers des patients afin d'offrir des services de soins de santé uniformes dans le nord-est de l'Ontario.

Dans le cadre de cette vision, chaque hôpital a adopté le système de dossiers médicaux électroniques MEDITECH. Bien que l'ensemble du système ait réalisé des économies grâce à notre participation au Réseau du nord-est de l'Ontario, la transition vers les dossiers médicaux électroniques a entraîné ou entraîné des coûts importants dans plusieurs domaines.

La mise en oeuvre actuelle se fait en deux étapes. La première étape devait avoir lieu le mois dernier. Cependant, elle est reportée à l'automne. Elle comprend les documents des services infirmiers et administratifs. La deuxième étape aura lieu au printemps prochain, en 2014. Elle comprend les documents de même que l'entrée informatique des recommandations des médecins.

J'aimerais souligner certains domaines où nous avons dû assumer des coûts additionnels imprévus au début du projet. Il y a premièrement l'infrastructure physique. Bien que notre hôpital n'ait ouvert ses portes qu'en mai 2010, il est devenu évident lors de la mise en oeuvre qu'il n'avait pas été conçu pour la pratique électronique. Notre salle des urgences n'a pas de connexion Internet et de prises de courant pour des stations de travail informatiques supplémentaires, et nous devons maintenant les installer à des coûts plus élevés que si elles avaient été installées pendant la construction de l'édifice. Ces coûts supplémentaires tiennent compte du fait que les travaux doivent avoir lieu la nuit pour réduire les interruptions des activités des urgences, et des procédures strictes en matière de prévention des infections sont nécessaires pendant la construction dans un environnement hospitalier.

En ce qui a trait à l'infrastructure physique, il y a aussi la capacité de mettre en oeuvre des outils cliniques pour appuyer la pratique électronique. Un examen systématique des articles publiés en 2009 dans le *Journal of the American Medical Informatics Association* appuyait l'utilisation de technologies mobiles et portatives pour assurer des interventions rapides, la prévention des erreurs de médicaments et la gestion et l'accessibilité des données. Notre plan initial de mise en oeuvre comprenait le déploiement d'appareils sans fil pour les médecins et les infirmiers afin qu'ils aient accès aux documents et aux données au chevet des patients. Cependant, après une analyse de notre infrastructure, nous avons conclu que notre hôpital n'avait pas un système sans fil de qualité clinique et qu'un investissement de plusieurs millions de dollars, d'environ 2 ou 3 millions de dollars, serait nécessaire pour ne mettre à niveau que la salle des urgences afin qu'elle ait un réseau sans fil permettant l'utilisation d'appareils portatifs. Nous avons maintenant des stations de travail informatiques fixes un peu partout aux urgences, ce qui limite l'adoption clinique par les infirmiers et les médecins.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de nos documents électroniques, comme je l'ai mentionné, nous procédons également à l'utilisation d'un système informatique d'entrée des recommandations, pour que les médecins et le personnel infirmier praticien puissent entrer leurs recommandations dans l'ordinateur, éliminant les erreurs de transcription et d'interprétation.

Une étude publiée en 2006 dans le *Journal of Healthcare Information Management* a examiné les effets de l'utilisation de l'entrée informatique des recommandations et des documents du personnel infirmier sur le déroulement du travail des infirmiers en salle d'urgence. L'étude a constaté qu'une majorité des membres du personnel infirmier voyait d'un bon oeil l'efficacité des gabarits électroniques des documents, la simplification des processus pour les interventions qui ne sont pas du domaine infirmier, comme l'imagerie diagnostique, et la clarté accrue des ordonnances des médecins. Par contre, le personnel infirmier a aussi souligné des fonctionnalités supplémentaires qui seraient nécessaires pour améliorer les opérations. Ces solutions accroissent l'adoption clinique du système, mais peuvent aussi augmenter de façon substantielle les coûts d'immobilisations et de fonctionnement, autant pour le déploiement logiciel et matériel que pour les ressources humaines.

Dans notre hôpital, nous examinons diverses solutions, y compris un contenu clinique provenant d'une tierce partie pour améliorer les documents, des systèmes d'interfaçage afin d'intégrer les renseignements sur les signes vitaux des patients directement au dossier du patient sans qu'ils doivent être entrés séparément par le personnel infirmier, des solutions qui permettent la signature informatique de proximité pour protéger les renseignements des patients, des séries de recommandations pour améliorer le déroulement du travail clinique et des instructions sur la mise en congé des patients fondées sur des données probantes pour améliorer la continuité et la qualité des soins des patients.

• (1555)

Lors de la mise en oeuvre, nous avons constaté que même s'il faut des investissements importants pour mettre en oeuvre bon nombre de ces systèmes dans un des secteurs de l'organisation, il ne faut qu'un petit investissement supplémentaire pour déployer cette mise en oeuvre dans tout l'hôpital. Cependant, les mécanismes et le financement ne sont pas en place pour appuyer ces achats d'immobilisations dans toute l'organisation.

Les coûts en logiciels ont également augmenté. En plus des coûts prévus — l'achat du module de dossiers médicaux électroniques et les droits de licence pour les logiciels —, il y a eu beaucoup de coûts imprévus. Ces coûts sont notamment associés à la mise à niveau des logiciels pour les appareils de distribution des médicaments afin de permettre leur intégration au système d'administration électronique des médicaments et aux demandes de fonctionnalité personnalisées présentées à notre vendeur de solutions de dossiers médicaux électroniques. Ces demandes étaient tout à fait imprévues. Nous pensions au départ que lorsque nous allions acheter le module de dossiers de santé, il nous offrirait une grande partie des fonctionnalités nécessaires. Cependant, lorsque nous avons commencé à concevoir et à mettre à l'essai le système, nous avons constaté qu'un manque de fonctionnalité dans plusieurs parties du système présentait une menace soit à l'adoption clinique, soit à la sécurité des patients.

L'Inforoute Santé du Canada a été un moteur principal de la transition du Canada vers les systèmes de dossiers médicaux électroniques. Par contre, des possibilités de croissance dans le domaine de l'informatique de la santé au Canada existent. Même

dans chaque hôpital, un fossé continue d'exister entre l'informatique de la santé, le personnel clinique et de la technologie de l'information, et entre les équipes qui gèrent les différents modules des dossiers médicaux électroniques. En gros, nous fonctionnons toujours de façon cloisonnée, bien que les utilisateurs cliniques et ceux de la TI aient vraiment besoin de collaborer pour en arriver à un système qui permet de recueillir et d'analyser les données en aval tout en étant utile pour les utilisateurs cliniques finaux.

On doit promouvoir des mécanismes qui permettent la collaboration et l'échange de pratiques exemplaires entre les membres des organisations. Une stratégie mieux intégrée doit également être en place à l'interne et à l'externe pour les organisations lors du déploiement des dossiers médicaux électroniques afin d'assurer la continuité des soins dans les hôpitaux et entre les communautés.

De plus, du financement devrait être offert pour appuyer les achats d'immobilisations par les organisations qui doivent mettre à niveau leur infrastructure pour la pratique électronique, afin que la transition vers ce modèle de pratique n'amène pas une réduction de l'efficacité, une augmentation de la charge de travail ou une perturbation du déroulement du travail des praticiens de la santé.

Les avantages des systèmes de dossiers médicaux électroniques sont nombreux, mais un financement important pour les achats d'immobilisations et les ressources humaines est nécessaire pour une mise en oeuvre adéquate afin de répondre aux besoins cliniques.

Merci encore de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous.

• (1600)

La présidente: Merci beaucoup de votre exposé très instructif.

Nous allons maintenant passer aux questions...

Une voix: Et M. Coyle?

La présidente: Oh, je suis désolée.

Allez-y, monsieur. Toutes mes excuses. Vous êtes là-bas...

M. Doug Coyle (professeur, Épidémiologie et médecine sociale, Université d'Ottawa): J'ai tendance à me cacher des regards, alors ça va.

Je m'appelle Doug Coyle. Je vous remercie beaucoup de me donner la possibilité de présenter mon point de vue aujourd'hui.

Je suis économiste de la santé et je travaille dans ce secteur de recherche depuis les 24 dernières années. Je suis basé à l'Université d'Ottawa, où j'enseigne aux étudiants des cycles supérieurs les méthodes permettant d'évaluer les nouvelles technologies en fonction de leurs coûts et de leurs avantages pour déterminer si elles offrent un bon rapport qualité-prix.

J'ai mené une série de recherches évaluant le rapport coût-efficacité de toute une gamme de technologies, y compris des médicaments, des dispositifs, des vaccins, des programmes de dépistage et d'exercice.

Je fais partie du Comité d'évaluation des médicaments du ministère de la Santé de l'Ontario, où j'aide à formuler des recommandations sur le financement de nouveaux produits pharmaceutiques. Auparavant, j'étais membre du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, qui offre des conseils semblables à l'échelle du Canada, et du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, qui formule des recommandations sur le financement de nouvelles technologies pour les hôpitaux.

Par le passé, j'ai fourni des services d'expert-conseil pour l'industrie, mais je n'ai aucun engagement de cette nature à l'heure actuelle.

Le sujet à l'étude aujourd'hui porte sur les coûts associés à l'adoption de nouvelles technologies au sein du système de soins de santé. Je vais utiliser une très vaste définition de ce que nous entendons par technologie. Je vais supposer qu'il ne s'agit pas seulement d'appareils, d'outils de diagnostic et de technologie de l'information, mais également de médicaments, de professionnels de la santé et d'autres services ayant trait à la santé, y compris ceux portant sur la prévention et pas seulement sur le traitement des maladies.

J'ai trois points à présenter aujourd'hui. D'abord, ce ne sont pas toutes les nouvelles technologies qui représentent un bon rapport qualité-prix. En dépit des déclarations des fabricants, la plupart des nouvelles technologies risquent de ne pas générer des économies. Les coûts ultérieurs qui sont évités grâce à leur utilisation ne sont pas suffisants pour couvrir les coûts liés à leur acquisition.

Il faut déterminer si les prix des nouvelles technologies sont justifiés étant donné les avantages prévus. Heureusement, il existe des techniques pour évaluer le rapport coût-efficacité ou le rapport qualité-prix des nouvelles technologies. Il s'agit de techniques qui sont à point. Nous pouvons prendre des décisions à partir de toutes les données requises et en synthétisant l'information disponible. Nous devrions mettre l'accent sur le coût de renonciation suite à l'adoption de nouvelles technologies. En d'autres mots, quelles sont les interventions en matière de santé et de prévention des maladies que nous ne pouvons pas adopter en raison des coûts liés à ces nouvelles technologies?

Aujourd'hui, j'aimerais vous donner l'exemple de Soliris, qui est un nouveau médicament pour le traitement d'une maladie qui s'appelle l'hémoglobulinurie paroxystique nocturne. Heureusement, nous l'appelons HPN, ce qui est un peu plus facile à prononcer.

Donc, la HPN est une maladie rare qui affecte le sang. Le Soliris est efficace, puisqu'il réduit l'incidence de thromboembolie, qui est l'une des principales causes de mortalité due à cette maladie et qui réduit la nécessité d'avoir recours à des transfusions sanguines, qui représentent le principal coût de gestion de cette maladie. Toutefois, le coût du Soliris s'élève à 500 000 \$ par patient par année. Le financement de ce médicament s'élèverait à près de 25 millions de dollars par année, même si seulement 20 p. 100 des personnes admissibles recevaient ce traitement. Avec ces 25 millions de dollars, nous pourrions offrir de nombreux autres services de soins de santé aux Canadiens, ce qui se traduirait par des avantages pour la santé beaucoup plus importants.

Le deuxième point que je veux soulever porte sur la meilleure façon d'appuyer des produits innovateurs. Lorsque je présente ma recherche, comme l'étude sur le Soliris, les gens me posent souvent la question suivante: « Quand le Canada va-t-il commencer à payer pour l'innovation? » Cette question laisse entendre qu'en restreignant ou en refusant des fonds pour les nouvelles technologies, nous nous détournons des produits innovateurs. Toutefois, il faut définir ce que nous entendons par innovation. L'innovation doit tenir compte de l'efficacité et du rapport coût-efficacité.

Au Canada, nous récompensons effectivement l'innovation. Nous offrons la protection conférée par un brevet aux nouveaux produits et nous accordons des crédits d'impôt pour la recherche et le développement. Le financement de technologies qui ne sont pas rentables nous empêche carrément de financer d'autres technologies offrant davantage des bénéfices à la population dans son ensemble.

On insiste beaucoup sur les produits innovateurs et sur le manque de financement pour les acquérir ainsi que sur les nouvelles technologies plutôt que sur les technologies existantes, mais cette

perspective provient de l'industrie, de ceux qui appuient l'industrie et de ceux qui sont soutenus par l'industrie. Mais il faut adopter une approche plus circonspecte concernant les décisions de financement ayant trait à toutes les technologies, et pas seulement à celles qui sont parrainées par des intérêts commerciaux.

Il faut s'assurer d'accorder du financement aux technologies qui offrent un bon rapport qualité-prix, y compris celles qui ne sont pas parrainées par des intérêts commerciaux. Il faut encourager la prise de risque dans le secteur manufacturier en ce qui concerne les technologies de la santé. En garantissant du financement aux nouvelles technologies, nous n'aidons pas l'industrie. Les industries qui comptent trop sur les subventions gouvernementales et les ententes de fournisseurs privilégiés stagnent et connaissent un déclin.

● (1605)

Il faut un processus de prise de décisions beaucoup plus transparent, et les ententes entre les fabricants et ceux qui paient les soins de santé doivent aussi être plus transparentes. De telles ententes à l'échelle provinciale et fédérale sont habituellement confidentielles. L'ouverture stimule l'innovation et garantit l'équité.

Le troisième point que je veux soulever est celui dont vous voudrez vous rappeler — le besoin d'adopter une approche plus exhaustive en matière de financement de la technologie. À l'heure actuelle, on met essentiellement l'accent sur le financement de nouvelles technologies ayant des intérêts commerciaux. Cela mène à des décisions en matière de financement qui ne reconnaissent pas la situation de financement actuelle, comme le fait que nous disposons de ressources limitées pour les soins de santé; cette approche ne tient pas compte non plus des technologies de rechange qui existent en matière de soins de santé.

En économie, on appelle cela un parti pris: c'est-à-dire que la décision en matière de financement ne repose que sur une technologie et ignore toutes les solutions de rechange existantes. Il y a donc un parti pris parce que les gens pensent que nous pouvons financer n'importe quoi si nous n'examinons qu'une technologie à la fois plutôt que d'adopter une approche qui tienne compte de toutes les technologies disponibles.

Il faut examiner toutes les technologies existantes. Bon nombre d'entre elles sont sous-financées, en dépit du fait que des preuves de leur efficacité et de leur rapport coût-efficacité existent. Bon nombre d'entre elles n'ont pas de parrains à intérêts commerciaux.

Je vais vous présenter une liste de certaines des technologies qui se sont révélées à la fois efficaces et efficaces:

- des rendez-vous en physiothérapie pour favoriser la guérison à la suite d'une chirurgie ou pour empêcher une chirurgie peuvent en fait nous faire économiser de l'argent;
- des soins chiropratiques pour des douleurs dans le bas du dos;
- des programmes d'exercice pour les patients atteints de maladies chroniques, qui se sont révélés plus efficaces et moins coûteux que la pharmacothérapie;
- l'élimination de la quote-part pour des soins de santé nécessaires comme le transport par ambulance;
- l'amélioration des conditions de logement pour réduire les dépenses en soins de santé à long terme;
- des visites par des infirmières de la santé publique pour examiner les nouveau-nés;

- des soins de répit dans les centres de soins palliatifs afin que ceux qui prennent soin de membres de leur famille puissent avoir des pauses et continuer d'offrir ces services impayés, ce qui fait économiser d'importantes sommes d'argent à notre système de soins de santé;

- des services pour venir en aide aux personnes atteintes de maladie mentale qui vivent dans la collectivité, ce qui est l'une des rares technologies qui permettent véritablement d'économiser à long terme, comme nous l'avons montré;

- des services de réduction des méfaits, comme des programmes d'échange de seringues et des sites d'injection sûrs.

Ces technologies n'ont pas la cote étant donné que les intérêts commerciaux n'en font pas la promotion. Personne ne fait de recherche pour en démontrer les avantages et aucun lobbying n'est fait à leur égard en raison du manque de parrains ayant des intérêts commerciaux.

En résumé, j'aimerais reprendre ces trois points. D'abord, ce ne sont pas toutes les nouvelles technologies qui permettent d'optimiser les ressources. Deuxièmement, l'innovation doit aussi avoir un bon rapport qualité-prix et est protégée grâce aux brevets. Troisièmement, les décisions ayant trait au financement des technologies liées aux soins de santé ne peuvent pas être prises isolément puisqu'il faut tenir compte de toutes les technologies potentielles, et non pas seulement de celles mises de l'avant par les intérêts commerciaux qui en font la promotion.

Je vous remercie de votre temps.

La présidente: Merci, monsieur Coyle.

Nous attendons la visite d'un autre témoin, mais puisque nous avons quelques problèmes techniques, nous allons passer à la période des questions. Si vous le voulez bien, dès que nous pourrions entrer en communication avec lui, nous interromprons la période des questions pour entendre son exposé.

Commençons avec Mme Davies.

● (1610)

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

Je remercie aussi nos témoins d'être là aujourd'hui.

Je pense que plus nous avançons dans cette étude, plus nous commençons à nous rendre compte de la complexité de la question des innovations technologiques. Les questions qui me reviennent sans cesse à l'esprit... en fait, il y en a deux, dont l'une porte sur le rôle du gouvernement fédéral. La prestation des soins de santé est de compétence provinciale, mais le fédéral a aussi un rôle à jouer pour ce qui est de la surveillance aux termes de la Loi canadienne sur la santé et en matière de recherche. L'autre question que je me pose toujours et dont vous avez tous parlé, mais plus particulièrement M. Coyle, porte sur le rapport qualité-prix. Je pense que nous nous sommes rendu compte à un moment donné dans notre étude qu'il fallait en fait parler à des personnes qui effectuent des recherches sur les enjeux économiques de la santé.

La discussion d'aujourd'hui portait en grande partie sur les établissements de soins actifs, ce que je trouve très intéressant. J'aimerais commencer avec vous, monsieur Coyle, parce que je vois que vous êtes aussi intéressé par la médecine communautaire.

En fait, je me demande qui effectue vraiment les recherches ou si des recherches sont menées plus particulièrement sur les niveaux primaires de soins. Je trouverais plus logique de mettre davantage l'accent là-dessus pour que les gens n'encombrent pas les salles

d'urgence, qu'ils n'aient pas besoin de soins actifs, qu'ils profitent de meilleurs soins primaires, qui est d'ordre multidisciplinaire, ou qu'on offre toute une gamme de services communautaires, avec la participation de la communauté afin de pouvoir régler certains problèmes de conditions sociales que vous avez soulevés aujourd'hui. Il me semble raisonnable de dire que ce serait la voie à suivre, mais bien sûr, il faut toujours avoir des preuves à l'appui.

Pouvez-vous parler de ce problème et nous dire, d'abord, si vous avez de l'expertise quant au rapport qualité-prix, c'est-à-dire si nous nous orientons dans cette voie? Le cas échéant, quel devrait être le rôle du gouvernement fédéral pour promouvoir cette approche et essayer de modifier ce système qui s'avère très complexe?

M. Doug Coyle: Merci.

Je vais essayer de répondre d'abord à la première question. Je ne pense pas pouvoir vous dire grand-chose sur la deuxième.

Des recherches ont été faites pour essayer de réorganiser les soins primaires afin de les rendre plus efficaces et d'offrir les services que vous avez mentionnés, qui constituent à repousser les soins d'urgence actifs auxquels on doit avoir recours en raison du manque d'initiatives en matière de soins primaires ou communautaires. Beaucoup de recherches se font à cet égard, mais le financement pour ce type de recherches est assez limité. Ces recherches doivent faire concurrence aux Instituts de recherche en santé du Canada pour obtenir du financement, ainsi qu'aux gens qui veulent faire de la recherche sur des nouveaux médicaments et des nouvelles technologies, entre autres.

Comme je l'ai dit auparavant, une partie du problème repose sur le fait qu'il n'y a pas beaucoup d'intérêts commerciaux quand il s'agit d'essayer d'améliorer les soins primaires et de les rendre plus efficaces. Par conséquent, ce n'est pas, comment dire, un sujet très passionnant pour les chercheurs et, par conséquent, il y a très peu de fonds disponibles. Une grande partie des travaux qui sont réalisés pour prouver que les nouvelles technologies sont financièrement rentables sont parrainés par l'industrie. Lorsque je siége à des comités comme celui qui évalue les médicaments en Ontario, les seules recherches qui sont menées sont financées par l'industrie, parce que le ministère de la Santé ne dispose pas des ressources nécessaires pour examiner le rapport coût-efficacité ou le rapport qualité-prix des technologies qui ne sont pas préconisées par l'industrie.

Soit nous changeons d'optique pour ce qui est d'offrir davantage de fonds pour évaluer les technologies existantes qui ne sont pas parrainées par des intérêts commerciaux, soit nous allons devoir accepter le fait que les recherches qui sont faites, relativement aux soins primaires, sont plutôt limitées comparativement aux autres technologies.

Mme Libby Davies: Et le rôle du gouvernement fédéral? Vous en avez déjà recensé un, c'est-à-dire qu'il doit faire davantage de recherches.

M. Doug Coyle: Je pense qu'il serait bien que les IRSC mettent l'accent sur l'évaluation de l'organisation des soins de santé et non pas seulement sur l'évaluation de la valeur des nouvelles technologies.

La présidente: Il vous reste quelques minutes.

Mme Libby Davies: Très bien.

Je m'adresse aux autres témoins et j'aimerais qu'ils nous disent ce qu'ils en pensent. Vous oeuvrez davantage dans le domaine des soins actifs, mais seriez-vous d'accord pour dire que s'il y avait une réorientation pour mettre davantage l'accent sur les soins primaires et sur les innovations dans ce secteur, nous apporterions un appui au travail que vous faites? Je sais que vous nous avez présenté des problèmes bien précis auxquels vous faites face, mais appuieriez-vous cette sorte de réorientation dans votre domaine d'expertise?

• (1615)

La présidente: Madame Davies, M. Williams veut faire une observation.

M. Andrew Williams: Même si je travaille dans le domaine des soins de santé, je dirais à tous ceux qui veulent bien l'entendre que l'élément le plus important du système de soins de santé, ce sont les soins primaires, et tout ce qui touche la promotion de la santé et la prévention des maladies. Examinons certaines des initiatives que nous mettons sur pied. L'une vise plus particulièrement à éviter que les gens soient hospitalisés en offrant des soins à domicile et l'autre, à faire en sorte que les fournisseurs de soins primaires disposent de l'information concernant leurs patients en temps réel. Je pense que c'est probablement le plus gros obstacle à la recherche en soins primaires. Le manque de dossiers de santé électroniques nous empêche d'accéder facilement à cette information.

Au cours des cinq dernières années, grâce à l'établissement d'équipes de soins de santé en milieu familial en Ontario, nous pouvons générer des données beaucoup plus facilement. Je pense que beaucoup de possibilités s'offrent maintenant à nous, si nous pouvons pressentir les groupes de médecins en place dans l'ensemble de la province et leur poser des questions précises qui permettront d'effectuer des recherches. Je pense que c'est très important.

La viabilité du système de soins actifs dépend de la vigueur du système de soins primaires et, franchement, sur les niveaux de santé de la population, n'est-ce pas?

J'estime que le rôle du gouvernement fédéral est très important pour ce qui est de faire en sorte que les normes et les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé soient respectés à l'échelle des provinces, et qu'une infrastructure uniforme soit en place d'un bout à l'autre du pays. L'Inforoute Santé du Canada constitue un bon exemple d'infrastructure qui nous permet d'accéder aux diverses données, et c'est crucial pour ce qui est de notre capacité d'offrir les soins.

La présidente: Merci beaucoup.

Une observation rapide, madame McGregor.

Dre Carolyn McGregor: Je veux tout simplement dire que même si la recherche d'Artemis met essentiellement l'accent sur ce que nous faisons dans les unités néonatales de soins intensifs, nous voyons des avantages lorsque nous prenons un enfant et que nous... [*Note de la rédaction: difficultés techniques*]... assurons une surveillance, et lorsque nous essayons d'assurer un suivi auprès de patients dans une résidence, lorsqu'ils sont plus âgés, avant d'être transférés aux soins intensifs. Les technologies que nous mettons au point s'appliquent directement aux soins primaires, parce que nous sommes en mesure d'obtenir ces observations complexes, de sorte que nous pouvons ensuite suivre les patients à domicile et savoir s'ils développent une infection ou d'autres problèmes. Ainsi, il existe de véritables avantages.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Carrie.

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

Je veux continuer de poser des questions à Mme McGregor sur le processus de réflexion qu'elle vient de nous présenter. D'abord, je suis ravi que tous les témoins soient présents, mais plus particulièrement quelqu'un d'Oshawa. Je pense que nous pouvons tous constater, d'après votre accent, que vous venez d'Oshawa.

Nous avons beaucoup entendu parler d'Inforoute Santé Canada et des investissements gouvernementaux en matière de recherche, mais on nous a aussi un peu parlé des défis touchant l'infrastructure physique. En fin de compte, tout porte sur les patients, sur les services et sur la façon dont on peut améliorer les services aux patients au Canada. Je me demande si vous pouvez expliquer plus en détail au comité la technologie d'informatique dématérialisée et les logiciels informatiques, ainsi que l'incidence de ces technologies sur le coût de l'innovation et l'amélioration de la qualité des soins, comme l'accès à la portabilité — et des choses de ce genre. Peut-être avez-vous des observations à nous faire part à ce sujet.

Dre Carolyn McGregor: Je veux aussi dire que dans les régions rurales ou éloignées, on a moins la possibilité de dépenser pour certains soins. C'est à ce moment-là que les plateformes d'informatique dématérialisées peuvent être très utiles d'un bout à l'autre du pays. De quoi s'agit-il? C'est une façon d'offrir un service à l'organisation de soins de santé sans qu'elle ait à payer pour un système informatique complet ni pour les services d'appui informatique au sein même de l'organisation. Qu'il s'agisse d'un dossier de santé électronique ou de l'appui aux soins actifs, on peut avoir recours à un mécanisme permettant de générer des économies d'échelle de sorte qu'un certain nombre d'hôpitaux dans leurs régions éloignées peuvent être interreliés et utiliser la plateforme d'infrastructure dématérialisée.

Je peux présenter de nombreux avantages de ce système, et plus particulièrement dans le cadre d'une unité néonatale de soins intensifs. À l'heure actuelle, des bébés prématurés peuvent venir au monde dans le Nord du Canada. Malheureusement, à la naissance, leur système immunitaire est très faible et ils peuvent développer une infection à l'hôpital. Lorsqu'on offre des soins à l'enfant, on se rend compte habituellement qu'il a une infection lorsqu'il ne va pas bien. Actuellement, on utilise le téléphone pour communiquer avec un néonatalogiste dans un centre ouvert. Grâce à la plateforme que nous sommes en train de mettre au point, nous avons comme objectif d'être en mesure de surveiller chaque enfant, ultimement d'un bout à l'autre du pays, peu importe où il se situe. Nous pourrions ainsi leur offrir des soins spécialisés grâce à des systèmes informatiques, peu importe où ils se trouvent, et nous pourrions déceler certains problèmes de santé dès les premiers symptômes et intervenir immédiatement.

Les avantages de cette infrastructure informatique dématérialisée, c'est que l'on peut offrir le maximum de soins aux patients, peu importe l'établissement de soins de santé et l'endroit où ils se situent au Canada.

Pour ce qui est du rôle du gouvernement, j'appuie totalement ce que M. Williams a dit, c'est-à-dire qu'il faut établir une politique d'infrastructure globale grâce à des mécanismes comme l'Inforoute Santé du Canada. Nous avons absolument besoin d'une vision nationale globale.

• (1620)

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame McGregor.

Vous avez un peu parlé de l'informatique clinique. Vous avez évoqué les gains d'efficacité, la rationalisation et l'amélioration des soins. Vous avez aussi abordé brièvement le fait qu'en ayant recours à une approche d'entreprise axée sur l'utilisation d'outils analytiques, de la technologie et des bulletins, on pourrait réduire les erreurs.

Quels sont, selon vous, les défis à relever pour que le système de soins de santé applique ce type d'approches d'entreprise?

Dre Carolyn McGregor: Je pense qu'un des principaux défis découle du fait que chaque secteur de soins au sein de l'organisation ne tient compte que des services qu'il offre plutôt que de tenir compte de l'expérience du patient au sein de l'établissement de santé. Qu'il s'agisse d'une maladie chronique ou d'un cas isolé, les patients devront traiter avec un certain nombre de personnes différentes tout au long de leur vie. Il faut avoir une perspective globale pour chacun des professionnels de la santé afin d'offrir des soins intégrés.

Lorsqu'on se place du point de vue d'une entreprise, si on peut travailler avec les professionnels de la santé pour leur permettre de changer leurs points de vue — et on a pu le faire avec succès dans le cas de Ontario Shores et de Providence Care —, on peut leur présenter un point de vue différent et les faire réfléchir sur la façon dont ils travaillent.

Nous avons présenté le même séjour d'un patient de deux façons différentes. On l'a examiné sous l'angle de rôles différents: « Je vois ce type de patients. Je fais ceci à titre de psychiatre. Je fais cela en tant qu'infirmier. » Nous avons demandé aux participants de décrire à quoi ressemble le séjour du patient, et ils n'ont pas été en mesure de le faire. Mais lorsqu'on leur a demandé de prendre du recul et de voir à quoi ressemble l'expérience du patient, alors ils ont été en mesure de le faire.

L'une des principales choses qu'il faut faire, c'est de revoir la façon de penser. Bien sûr, la nouvelle initiative des IRSC sur la recherche axée sur le patient ainsi que la Stratégie de recherche axée sur le patient, la SRAP, commencent à aider les gens à placer les intérêts du patient au premier plan, et cela contribue aussi beaucoup à l'évaluation économique.

M. Colin Carrie: Cela m'amène à ma prochaine question. On a un peu entendu parler des défis que présente le coût de la technologie et du fait que parfois, on ne réalise pas vraiment d'économie globale en mettant en oeuvre des nouvelles technologies.

Selon moi, si nous changeons la technologie sans réellement changer le système, nous ne réussirons pas à servir au mieux les patients canadiens, même en achetant les dispositifs les plus chers.

Pourriez-vous continuer de nous parler un peu de ce que vous avez dit tout à l'heure concernant la modélisation du parcours d'un patient et les résultats associés? Vous avez parlé de cette approche de diagramme. Il me semble que c'est une façon d'envisager les choses qui est très axée sur le patient, notamment au niveau des coûts et du contrôle de la qualité. Comment cette approche peut-elle être appliquée au système de santé en général, et comment peut-on utiliser la méthode pour voir quels sont les coûts par rapport aux avantages?

Dre Carolyn McGregor: J'ai trouvé fort intéressante la façon dont M. Shepitka a abordé les défis dans son exposé. Ce qui m'a frappé entre autres, c'est qu'il a dit que certains professionnels de la santé ont d'excellentes idées sur les changements qu'ils souhaitent après avoir eu un aperçu de ce à quoi ressemblerait le nouvel environnement. Ils veulent changer leur façon de travailler avec le système de santé électronique, mais cela entraînera des coûts.

D'après moi, il s'agit là d'un bel exemple d'une leçon qu'on a tirée dans le cadre de la mise en oeuvre. Nous avons fait beaucoup de planification. Nous avons passé un bon moment à visualiser les choses et à aider les gens à voir comment ils allaient travailler. Ils nous répondront peut-être: « Si vous placez un poste de travail dans le couloir, tel que prévu — car c'est ce que le système exige —, alors je devrai rentrer voir mon patient, rédiger mes notes, puis je devrai sortir et les saisir dans le système. » Ils ont automatiquement compris que cette façon de faire donnerait lieu à des erreurs médicales.

La présidente: Merci, madame McGregor.

Nous passons maintenant à la Dre Fry.

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

Je remercie tous les témoins de leurs exposés, mais j'aurais quelques points à soulever. Je suis d'accord avec tous ceux qui ont dit que les résultats, l'efficacité, la qualité des soins et la ponctualité sont des éléments qu'il faut récompenser et encourager lorsque nous créons un système axé sur les soins aux patients. Les modèles de santé primaires et communautaires contribueront à éloigner les patients des hôpitaux, ce qui est une bonne chose.

J'aimerais mentionner quelques questions éthiques que soulève une observation qu'a faite M. Coyle. Je ne suis pas forcément d'accord ou en désaccord avec lui; je veux simplement obtenir des éclaircissements. On doit tenir compte de certaines considérations commerciales lorsqu'on se penche sur les recherches. Si un médicament, un dispositif, un nouveau traitement ou une nouvelle façon de donner des soins a fait ses preuves, alors il est logique de vouloir les commercialiser et les utiliser.

En même temps, qu'allons-nous faire des patients qu'on ne peut pas éloigner des hôpitaux? Nous ne pouvons pas faire de prévention et de promotion pour les garder en santé car ils ont certaines maladies rares qui sont parfois génétiques. Aidons-nous vraiment à traiter ces patients si nous n'envisageons que les coûts? Allons-nous refuser des patients qui sont atteints de maladies rares et dont le traitement coûtera très cher car ils sont peu nombreux et que c'est la seule façon de les maintenir en vie? Envisagerons-nous la possibilité de déterminer qui obtient quels soins, c'est-à-dire de rationner les soins pour les gens qui ne constituent pas une majorité de la communauté?

J'aimerais obtenir des éclaircissements là-dessus. Ce sont, d'après moi, des questions très importantes. Je suis d'accord avec vous sur toute la ligne. En revanche, il faut tenir compte des préoccupations éthiques. À qui allons-nous dire, « Désolé, mais il n'y a que 20 d'entre vous au pays et nous ne pouvons pas nous donner la peine de vous garder en vie »? Je sais que ce n'est pas ce que vous laissez entendre, mais je dis simplement qu'il s'agit d'une pente savonneuse. Comment éviter de nous engager sur ce terrain glissant tout en nous fondant sur des données probantes?

• (1625)

M. Doug Coyle: C'est une bonne question.

Comme je ne savais pas si la question serait abordée aujourd'hui, je ne l'ai pas mentionnée plus tôt. Je suis membre du groupe de travail ontarien sur les médicaments pour les maladies rares. Nous avons élaboré un tout nouveau cadre décisionnel pour les technologies liées aux maladies rares, un cadre différent par rapport à celui utilisé pour les maladies communes, principalement en raison de ce que vous avez déjà dit aujourd'hui. Les maladies rares sont différentes pour plusieurs raisons. Elles sont différentes car nous n'avons pas autant d'histoire naturelle. Nous ne savons pas exactement ce qui se passe dans le cas de ces maladies. Elles sont hétérogènes plutôt qu'homogènes. Il y a certaines maladies comme l'insuffisance cardiaque, où un assez grand nombre de patients présentent des caractéristiques assez semblables. Les maladies rares sont tout à fait différentes pour chaque patient.

Nous ne disposons pas des données nécessaires pour savoir autant ce qui est efficace. Étant donné qu'il y a peu de patients dont on peut étudier le cas, on ne sait pas si ces nouvelles technologies fonctionnent. Comme je l'ai déjà dit, ces médicaments ainsi que d'autres technologies coûtent extrêmement cher. C'est 500 000 \$ par année pour Soliris, qui est apparemment le médicament le plus cher au monde. Il y a plusieurs autres médicaments pour traiter des maladies rares qui coûtent plus de 300 000 \$ par année par patient.

En Ontario, nous avons une approche ciblée dont l'objectif était de trouver une façon de financer les médicaments en question, en les administrant aux patients ayant une maladie rare lorsque nous croyons qu'ils pourraient fonctionner. Puis, nous suivons les patients pour voir s'ils fonctionnent ou non, et nous retirons les soins ou la thérapie en question lorsque des données indiquent que les médicaments ne fonctionnent pas. Il y a donc des approches à adopter en ce sens.

Cependant, les questions éthiques que vous soulevez sont des questions individualistes. Quels sont les droits d'un patient ayant une maladie rare? Il faut préconiser une approche plus collective à l'égard des questions éthiques. Si nous décidons de financer une technologie dont les avantages ne sont pas assez importants par rapport aux 500 000 \$ qu'il en coûte chaque année pour le médicament, alors nous privons d'autres personnes de soins de santé. L'approche collective sur le plan éthique précise qu'il faut faire ce qui est dans l'intérêt de la société en général.

Il faut trouver un équilibre. Il est difficile de soupeser les exigences individuelles par rapport aux exigences collectives en matière d'éthique. D'après moi, il revient aux politiciens de prendre ce genre de décisions. Ces décisions leur reviennent car elles touchent la société en général. L'enjeu n'est jamais simple. Si nous décidons de financer ces technologies, alors nous refusons nécessairement des soins à d'autres patients qui souffrent de maladies plus communes.

L'hon. Hedy Fry: Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que l'enjeu n'est pas simple. Je me demande s'il revient vraiment aux politiciens de prendre ce genre de décisions. En tant que médecin, je peux vous affirmer que lorsqu'un patient me consulte pour une maladie rare, je dois agir en premier lieu dans l'intérêt de mon patient et faire tout ce qui est en mon pouvoir. Il y aura beaucoup de résistance à cet égard. Les politiciens ne voudront pas prendre ce genre de décisions car il y aura des réactions négatives de la part de ceux qui souffrent de ce genre de maladie. Ils diront: « Pourquoi me dites-vous que je n'en vauds pas la peine, que je n'ai aucune valeur dans votre société? »

Il s'agit d'une décision difficile à prendre pour les politiciens, tout comme pour les médecins. La grande question est de savoir qui

prendra le taureau par les cornes et déterminera les lignes directrices à mettre en place? Ces lignes directrices ont-elles été établies? Quelles sont-elles?

• (1630)

M. Doug Coyle: En Ontario, il y a un Conseil des citoyens. Il a abordé la question des maladies rares et formulé des recommandations sur la prise de décisions liées au financement et au traitement des maladies rares. Je vous propose d'examiner cette approche. Il a recommandé une approche très semblable à celle adoptée par le groupe de travail sur les médicaments pour les maladies rares en Ontario. Il s'agit de reconnaître que les maladies rares sont un cas spécial, mais que les choses ne sont pas forcément faciles.

La présidente: J'aimerais aussi accorder du temps à M. Williams. Il souhaitait répondre à ces questions.

Allez-y, monsieur Williams. Vous avez une minute.

M. Andrew Williams: Il va sans dire que le traitement des personnes qui souffrent de maladies rares est très important, et je crois que le système comporte d'autres secteurs sur lesquels on pourrait se pencher pour trouver des économies.

En Ontario, une importante initiative qui vise les gros consommateurs dans le système est en cours. Il ne s'agit pas de patients ayant de réels besoins, mais plutôt de ceux qui utilisent simplement le système de façon intensive. Les chiffres sont stupéfiants. Plus de 80 p. 100 de nos ressources sont consommées par 5 p. 100 de la population. Il faut se pencher sur ceux qui utilisent le système alors qu'ils n'en ont pas besoin, plutôt que sur ceux qui en ont réellement besoin.

Pour nous, le défi découle en partie du fait que nous ne disposons pas de la technologie et des systèmes d'information nécessaires pour relier les soins primaires aux hôpitaux et aux soins communautaires. Ces gens passent donc entre les mailles du filet.

En nous concentrant sur cette population, nous pouvons libérer des sommes importantes et nous assurer que les gens qui ont vraiment besoin du système y auront accès à l'avenir. Cela exige du courage politique, car on dit finalement aux gens qu'ils ont utilisé le système de façon inappropriée.

La présidente: Merci, monsieur Williams.

Nous allons maintenant suspendre la séance pendant une minute pour permettre au Dr Vendittoli à se joindre à nous.

• (1630)

_____ (Pause) _____

• (1630)

La présidente: Nous allons maintenant reprendre ses travaux et passer directement à votre exposé, docteur Vendittoli. Vous avez 10 minutes; vous pouvez commencer dès maintenant.

[Français]

Dr Pascal-A Vendittoli (professeur de chirurgie, clinicien chercheur boursier, à titre personnel): Bon après-midi.

Je me présente. Je m'appelle Pascal-André Vendittoli. Je suis chirurgien orthopédiste et professeur à l'Université de Montréal. Je reçois du financement du Fonds de la recherche en santé du Québec. Mon programme de recherche comporte l'évaluation clinique de nouvelles technologies en arthroplastie du membre inférieur. L'inclusion de nouvelles technologies dans la pratique clinique est donc l'élément clé de mon programme de recherche.

Je vais tâcher de vous expliquer comment nous évaluons les nouvelles technologies et leurs avantages en orthopédie. Comme vous allez le voir, ce que je vais vous expliquer peut s'appliquer à tous les domaines de la santé. Nous allons principalement parler de l'utilisation de nouvelles technologies en ce qui concerne les prothèses. Lorsqu'on parle de prothèses, on ne parle pas de médicaments, mais d'outils technologiques et de pièces qui sont implantées chez certains patients, et qui sont responsables d'une grande proportion des coûts en santé.

Ce n'est pas un cas unique au Canada. Partout dans le monde, l'utilisation des prothèses et leur introduction dans la pratique clinique sont différentes de ce qui se fait pour les médicaments. En effet, on ne passe pas par les diverses phases de conception d'un médicament et de sa commercialisation. Des gens très novateurs dans le domaine en Suède, dont Henrik Malchau, ont développé une stratégie d'introduction des nouvelles technologies qui porte le nom de *Stepwise Introduction of Innovation into Orthopedic Surgery*.

Ce développement technologique comporte quatre phases principales: l'évaluation préclinique des prothèses, l'évaluation clinique avec des méthodes précises qui permettent d'évaluer le rendement de ces prothèses à court terme, l'utilisation d'études randomisées contrôlées chez les patients et, finalement, la phase commerciale, où on va observer l'effet de ces prothèses chez les patients, à partir de registres, dans des populations comme celle du Canada.

Lorsque nous sommes en face d'un problème clinique et que nous disposons d'une nouvelle technologie, comme cliniciens, nous devons nous poser les deux questions suivantes. Quels sont les résultats des traitements de la pathologie que nous utilisons actuellement? Quels sont les coûts et les risques associés au nouveau traitement proposé? Vous comprendrez que si nous avons, dans la majeure partie des cas, un traitement très efficace pour soigner la pathologie, la nouvelle prothèse devra être très performante et dépasser le rendement du traitement actuellement utilisé.

Dans la majorité des cas, en ce qui a trait à la chirurgie orthopédique, nous avons des traitements très efficaces. Prenons l'exemple du remplacement total de la hanche. Comme vous le savez sans doute, ce traitement présente un coût-efficacité équivalent à celui du pontage coronarien. Dans tous les pays du monde, on s'en sert comme indicateur pour déterminer l'efficacité d'un système de santé.

Prenons deux exemples de prothèses sur le marché depuis plus de 25 ans: une tige fémorale Corail et une tige CLS. Nous avons des résultats de 15 et 20 ans d'implantation chez des patients avec un succès de 98 % environ, ce qui veut dire un taux d'échec de seulement 2 %. Ces prothèses, par exemple, ont des coûts très peu élevés. En effet, c'est environ 1 200 \$; le prix varie en fonction de l'inflation annuelle.

Toutefois, dans la pratique courante, les manufacturiers mettent au point de nouvelles prothèses de toutes formes. Par exemple, plusieurs de ces prothèses sont approuvées par Santé Canada chaque année et sont commercialisées. Vous comprendrez que ces prothèses coûtent beaucoup plus cher que les prothèses traditionnelles et sont mises sur le marché sans aucune valeur clinique évaluée.

• (1635)

Prenons un exemple très simple. La prothèse Accolade a été mise en vente par la compagnie Stryker il y a environ sept ans. Après seulement cinq ans, son taux d'échec était de 5 %. Cette tige fémorale avait été approuvée par Santé Canada alors que son coût initial était de deux à trois fois plus élevé que celui des prothèses habituelles. Si on considère que son taux d'échec est environ de

quatre à cinq fois plus élevé que celui d'une prothèse qui est bien établie depuis 15 à 20 ans, on voit qu'il y a des coûts monstres pour le système de santé.

La compagnie a retiré cette prothèse du marché en 2013 et l'a remplacée par la tige Accolade II, qui vient d'être approuvée par Santé Canada à nouveau. Il faut comprendre que les manufacturiers mettent des prothèses sur le marché au Canada et partout dans le monde afin de maximiser leurs profits même si leurs prothèses n'ont pas démontré que leur rendement dépassait celui des autres produits déjà établis.

Je vous donne d'autres exemples. Certaines prothèses se ressemblent et les photos semblent identiques. En ce qui a trait au resurfaçage de la hanche, une prothèse de la compagnie Smith & Nephew démontrait d'excellents résultats. Après 10 ans de suivi, il n'y avait que de 2 à 5 % d'échec. Depuis, la compagnie a mis en marché un produit similaire qui a un taux d'échec de 20 % après 5 ans. Cela veut dire de nombreuses révisions, avec les coûts qui y sont associés, pour le système de santé canadien, pour une prothèse qui n'a pas suffisamment été testée de manière clinique avant d'être mise en marché au Canada.

Il y a beaucoup d'autres exemples. Je pourrais vous en montrer pendant une heure. On parle de tiges modulaires à cônes qui vont se fracturer et de prothèses qui coûtent cher au système de santé, qui ne présentent aucun avantage clinique prouvé et qui ont été approuvées par Santé Canada parce qu'elles ressemblaient à d'autres prothèses anciennes qui fonctionnaient bien.

Nous sommes dans une situation où l'innovation en matière de prothèses est chaotique. Regardez le graphique et comparez-le à celui que je vous ai présenté initialement. Nous avons très peu de tests précliniques. Nous avons une mise en marché de ces prothèses qui est rapide pour répondre aux besoins des manufacturiers et maximiser leurs profits. Ensuite, nous tentons, sur le plan clinique, d'évaluer le rendement de manière rétrospective. Cela a des répercussions majeures sur le système de santé canadien, sur les patients et sur leur santé.

Anciennement, les avantages pour le patient étaient majeurs et les risques mineurs, alors qu'actuellement les patients qui reçoivent des prothèses d'une nouvelle technologie en obtiennent peu d'avantages et sont exposés à des risques nettement plus élevés. Ma diapositive ne s'affiche pas à l'écran, mais je vais essayer de continuer pour voir si vous pourriez la voir. Mon document PowerPoint ne semble pas bouger.

Vous allez voir la ligne du bas, avec les petites colonnes. Par exemple, le nombre de prothèses de la hanche qui ont été posées au Canada est en légère progression, alors que les coûts, eux, ont progressé de manière beaucoup plus importante au cours des 10 dernières années, et ce, sans qu'on note une amélioration des soins prodigués aux patients ou de la qualité des chirurgies réalisées.

Qui bénéficie de ce changement, sinon les manufacturiers et ceux qui vendent les prothèses au gouvernement canadien et aux gouvernements des provinces? Actuellement, le choix des prothèses est laissé au bon vouloir des chirurgiens et des hôpitaux. C'est beaucoup plus une question de mode que de connaissances scientifiques. Les choix thérapeutiques faits par les médecins au Canada, lorsqu'ils utilisent des prothèses, n'ont aucun fondement scientifique et devraient être contrôlés par des organismes.

Nous devrions retourner en arrière et établir un plan gouvernemental pour passer d'une introduction chaotique des prothèses et des nouvelles technologies vers une innovation par étapes, donc une évaluation avant la mise en marché qui inclurait des tests précliniques, des examens précis sur des petits groupes de patients, avec des méthodes technologiques dont je vais vous parler, et des études cliniques. Une fois l'approbation obtenue pour la mise en marché, les registres nationaux pourraient évidemment être fort utiles.

• (1640)

Un des exemples de méthodes très précises qui sont disponibles en orthopédie est l'évaluation par radiophotométrie ou par stéréophotométrie. Lors de la chirurgie, on installe de petites billes de tantale dans l'os, ce qui permet de mesurer le rendement des implants à très court terme. Un suivi de deux ans...

[Traduction]

La présidente: Docteur Vendittoli, pardon. Je dois vous dire que votre exposé semble assez long sur papier. Il s'agit d'un exposé fort intéressant, mais nous avons très peu de temps. Nous avons votre document sous les yeux, et je crois que certains membres du comité aimeraient vous poser des questions assez rapidement.

Les cloches commenceront à sonner à 17 h 15 aujourd'hui et nous aurons des votes à cette heure-là. Nous avons donc peu de temps.

Pouvez-vous terminer d'ici 30 secondes environ pour que nous puissions vous poser ces questions?

Dr Pascal-A Vendittoli: Bien sûr. Je le ferai en deux diapositives.

Dans cette première diapositive, si vous comparez le fardeau de la révision ou le taux de réopération de patients aux États-Unis par rapport à la Suède, vous pouvez voir qu'en Suède, l'introduction de nouvelles technologies a été très efficace. Je dirais qu'en Europe, il y a un changement général orienté vers l'évolution de nouvelles technologies, notamment la technologie de précision.

J'aimerais conclure en disant que l'introduction de nouveaux instruments est motivée par l'industrie et par les avantages financiers qu'elle peut en tirer. L'arrivée de nouveaux dispositifs dans le système de santé canadien devrait suivre une voie semblable à celle pour l'arrivée de nouveaux médicaments. Il doit y avoir des règles claires afin de protéger la santé des patients et de réduire les coûts.

Merci.

• (1645)

La présidente: Merci beaucoup, docteur.

Monsieur Lobb, vous avez sept minutes.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci à tous les témoins qui ont comparé aujourd'hui.

Monsieur Williams, vous avez parlé brièvement d'un système de cotation que vous avez à la Huron Perth Healthcare Alliance. Pouvez-vous nous en parler davantage et nous dire où vous vous situez par rapport à la province? S'agit-il de la norme canadienne ou d'un système provincial uniquement?

M. Andrew Williams: Il s'agit d'une norme canadienne de cotation pour déterminer où l'on en est dans l'adoption des dossiers médicaux électroniques. On évalue combien de secteurs de l'organisation utilisent les dossiers électroniques. On se penche aussi sur le niveau de complexité et le degré d'intégration des systèmes, et on obtient une note.

On obtient les meilleures notes pour des éléments comme la saisie électronique des ordonnances des médecins. Puisque les médecins

commandent les médicaments directement à partir du système informatique, la sécurité est grandement améliorée. Il faut avoir plusieurs systèmes en place afin d'obtenir la meilleure cote possible.

En tant qu'organisation, notre cote est légèrement plus élevée que d'autres dans notre région, mais nous sommes à peu près au même niveau que la plupart. Pour se propulser au haut de l'échelle, il faut faire des investissements importants et disposer d'un plan clair pour y parvenir. Nous avons le plan, mais nous sommes environ aux deux tiers du chemin pour l'instant.

M. Ben Lobb: Vous avez dit dans votre exposé que vous travaillez dans ce secteur depuis 25 ans. Bien sûr, la technologie a beaucoup changé, surtout au cours des dernières années. Étant donné que vous avez quatre hôpitaux sous votre gouverne, à quels défis vous heurtez-vous en raison du nombre d'hôpitaux par rapport à, disons, un hôpital?

M. Andrew Williams: Le plus grand défi est associé à l'absence de normes cohérentes pour tous les sites. Nous avons essayé de le faire, et je suis certain que le réseau NORTH connaît les mêmes problèmes avec sa plateforme MEDITECH. Lorsque nous introduisons un système de TI, nous devons dire aux organisations qu'elles auront toutes les mêmes normes, ce qui représente parfois un défi lorsqu'il y a des tendances à adopter des pratiques uniques.

Le système existe dans plus de cinq hôpitaux en fait. Nous avons nos quatre hôpitaux, puis il y a un cinquième hôpital qui se procure des services du système de TI. La clé est de s'assurer que les procédures et les processus sont les mêmes, que tout est normalisé. Pour revenir à ce que peut faire le gouvernement, l'établissement de normes harmonisées nous aiderait à faire adopter la technologie de l'information et nous permettrait de progresser plus rapidement.

M. Ben Lobb: Pour nous aider à nous y retrouver, ou pour me donner un aperçu, lorsque vous mettez en oeuvre une initiative comme le PatientKeeper dont vous parliez, passeriez-vous par la province et par l'Inforoute Santé du Canada pour la mettre en oeuvre, ou est-elle financée à même votre budget de fonctionnement?

M. Andrew Williams: Nous assumons les coûts à partir de notre budget de fonctionnement. Il s'agirait d'un besoin cerné par l'organisation, puis nous irions en appel d'offres pour trouver un fournisseur. Le financement est un des défis auxquels nous sommes confrontés pour adopter la technologie de l'information. Il s'agit d'une composante qui n'est habituellement pas incluse dans les budgets, et je crois que les choses doivent changer. Les organisations doivent s'attendre à engager un certain pourcentage de leur budget pour l'adoption de l'information afin que nous puissions égaliser les règles du jeu.

Un peu plus tôt, quelqu'un a fait une observation au sujet de la recherche. Certaines organisations font beaucoup de recherche et sont en mesure de mettre en oeuvre les pratiques et les technologies les plus récentes. Il y en a d'autres qui ne sont pas en mesure de faire des recherches. Nous devons faire en sorte que tous les intervenants atteignent au moins un niveau de base dans l'adoption des technologies de l'information. Il faudrait notamment changer notre façon de penser au financement. Il faudra consacrer à la technologie de l'information des fonds qui étaient autrefois alloués à d'autres aspects de l'organisation.

Dans le cas de PatientKeeper, nous savions que les résultats en seraient améliorés car les médecins utiliseraient davantage les systèmes électroniques et auraient accès plus rapidement aux renseignements dont ils ont besoin. Il en coûte 250 000 \$ pour la mise en oeuvre. En revanche, on réalise des économies en bout de ligne, surtout en ce qui a trait à la durée d'hospitalisation et aux pratiques de commandes électroniques des ordonnances.

M. Ben Lobb: Le comité trouverait très utile que vous donniez l'exemple d'un cas où vous avez mis en oeuvre une technologie, du matériel ou un logiciel quelconque au cours des cinq ou huit dernières années au sein de l'alliance — innovation et économies —, où vous avez pu réinvestir les économies réalisées ailleurs dans l'intérêt du patient. Avez-vous des exemples à nous donner?

• (1650)

M. Andrew Williams: Je vais vous donner un exemple assez terne, peut-être, qui concerne la transcription et la transcription à distance de dossiers médicaux, ce qui nous a permis de réduire les coûts à cet égard et de réinvestir les économies réalisées dans l'organisation. Nous tirons parti d'une nouvelle technologie qui réduit les coûts d'exploitation de façon générale, l'argent ainsi épargné étant réinvesti ailleurs.

En ce qui concerne la technologie de l'information, je vous ai donné l'exemple de la technologie à domicile. Le temps et l'argent ainsi épargnés sont redirigés vers notre programme de santé mentale, et nous pouvons augmenter le nombre de patients que nous pouvons accueillir.

Quand la technologie nous permet de réaliser des économies, nous réinvestissons dans les programmes afin de pouvoir accueillir plus de patients. Nous en avons des exemples éloquentes.

M. Ben Lobb: Votre région ressemble manifestement à celle que je représente. C'est une région rurale dont une zone est éloignée également. En matière de santé mentale, comment le système fonctionne-t-il pour les soins à domicile? Je songe à quelqu'un qui vivrait dans une ferme où il n'y a pas Internet ou de service de téléphonie cellulaire, ou encore à quelqu'un qui aurait un faible revenu ou qui serait une personne âgée n'ayant pas Internet. Comment les choses fonctionnent-elles dans un tel cas?

M. Andrew Williams: C'est une excellente question. Les économies que nous réalisons servent à vrai dire à payer pour un accès Internet dans de tels cas, car il est vrai qu'il y a un problème d'accessibilité.

Tout à l'heure, on a posé une question sur la façon dont nous adoptions la technologie dématérialisée, et c'est essentiellement lié aux patients qui ont recours à des soins de santé. Jusqu'à présent, la majorité de ces patients n'utilisent pas cette technologie. C'est un véritable défi pour nous. Dans nos rapports avec les patients, nous veillons à ce qu'ils aient les outils dont ils ont besoin, notamment Internet, et nous veillons à les appuyer à cet égard. En effet, nous faisons des visites à domicile pour nous assurer que la technologie est utilisée comme il se doit, mais c'est un véritable défi. Il faut être particulièrement présent dans le cas d'une population rurale ou une population vieillissante qui n'est pas habituée à cette technologie.

Au fur et à mesure que l'utilisation se répand, au fur et à mesure que les baby-boomers commencent à utiliser notre système de soins de santé, ils s'attendent à pouvoir compter sur certains types de technologies, et c'est alors que notre système va prendre de l'essor. Pour l'heure, nous sommes entre deux chaises. Un groupe important de la population n'est pas à l'aise face à cette technologie alors qu'un autre groupe important mise sur elle, et il nous faut faire le lien entre les deux. Quant à la technologie utilisée à domicile, nous travaillons

étroitement, sur une base individuelle, avec nos clients pour nous assurer qu'ils se familiarisent avec elle, et ils sont tous enthousiastes.

Et il y a le cas d'une personne qui est inscrite à l'Université de Toronto et qui a besoin de soins de santé mentale en consultation externe et, grâce à cette technologie, elle peut rester à Toronto et n'a pas besoin de faire des allers-retours pour obtenir des soins.

La présidente: Merci, monsieur Williams. Vos réponses sont éclairantes.

Merci, monsieur Lobb.

Nous passons maintenant à la série d'interventions de cinq minutes.

Rappelez-vous que le timbre va se faire entendre à 17 h 15 et que nous devons alors lever la séance.

La parole est à Mme Sellah.

[Français]

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

Tout d'abord, j'aimerais remercier les témoins qui sont parmi nous aujourd'hui, de même que le Dr Vendittoli.

Ma question s'adresse à vous, docteur Vendittoli. J'avoue qu'en écoutant votre présentation, j'ai été surprise d'apprendre que les choses allaient plus mal maintenant que par le passé. Vous parlez d'une introduction chaotique. Je sais que vous êtes au courant de la façon dont les choses se passent ailleurs, notamment en Suède et en Australie.

J'aimerais que vous nous donniez plus de détails à ce sujet pour que nous puissions remédier à ce problème au Canada.

Dr Pascal-A Vendittoli: Je vous remercie.

Ceux qui sont habitués à l'introduction de nouveaux médicaments dans l'arsenal thérapeutique canadien, ou ailleurs dans le monde, savent qu'un processus très strict est alors suivi. Dans bien des cas, il est défrayé par les provinces ou l'État. En outre, il faut avoir démontré que ce médicament est supérieur au traitement actuel.

Dans le cas des implants, il en va tout autrement. L'introduction par l'industrie des implants dans l'arsenal thérapeutique n'a jamais été soumise à ce genre d'exigence de rendement. Pour être acceptés dans les traitements, les implants ne devaient qu'être sécuritaires. C'était le critère principal. Ils devaient aussi ressembler à un implant utilisé à ce moment-là.

Or pourquoi l'introduction des implants ou des nouvelles technologies ne serait-elle pas, comme c'est le cas pour les médicaments, soumise à des tests précliniques? Ça nous permettrait d'éviter des échecs, des opérations répétées et des coûts énormes pour la santé. Ce serait d'autant plus pertinent dans les cas où il existe déjà un traitement qui fonctionne bien.

Si nous ne disposons pas de traitement fonctionnel pour les patients, l'introduction plus rapide de médicaments ou de traitements peut être souhaitable, évidemment. Toutefois, lorsque nous disposons déjà de traitements efficaces, nous devons être parcimonieux et nous assurer de pouvoir offrir à nos patients des soins supérieurs, et non inférieurs, aux traitements actuels.

• (1655)

Mme Djaouida Sellah: Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse à l'un ou l'autre des témoins.

Pouvez-vous donner au comité l'exemple d'une situation où l'évaluation des technologies de la santé a permis au système de santé de réaliser des économies, en fait de coûts?

[Traduction]

La présidente: Qui souhaiterait répondre à cette question? Je constate que vous en mourrez tous d'envie.

D'accord, monsieur Williams. Merci de vous porter volontaire.

M. Andrew Williams: Je vais vous donner un exemple qui se rattache à la discussion sur l'orthopédie que nous avons actuellement. On a fait beaucoup de recherches sur les fractures de la hanche et sur l'incidence des résultats obtenus en fonction de la rapidité avec laquelle une telle fracture est réparée. Si les patients sont évalués et amenés au bloc opératoire dans un délai de 48 heures, les résultats sont nettement meilleurs, ce qui réduit les coûts pour le système de soins de santé.

C'est là un simple exemple où l'on applique la recherche de façon concrète, fixe les attentes en matière de rendement et demande des comptes au système.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Vous venez de toucher à l'un des principes de la Loi canadienne sur la santé, soit l'accessibilité. Vous dites que si c'est fait dans un délai de 48 heures, les résultats sont meilleurs. Toutefois, on sait très bien que notre système de santé n'est pas parfait, pour le moment.

Comment remédier à cela?

[Traduction]

La présidente: Nous vous donnons 30 secondes pour redresser le système de soins de santé.

Des voix: Oh, oh!

M. Andrew Williams: Dans notre cas, là où je travaille, il y a 22 hôpitaux, dont cinq opèrent les fractures de la hanche. Nous avons réuni ces cinq hôpitaux et examiné les cas de fracture de la hanche du point de vue du système plutôt que du point de vue du patient. Ainsi, si quelqu'un se fracture la hanche en dehors de la zone où se trouvent ces cinq hôpitaux, on établit une liste de priorités et les patients sont traités.

L'accessibilité est prise en compte du point de vue des systèmes régionaux. Dans le cas qui nous occupe, c'est un défi, car il faut entre autres tenir compte de bases de données normalisées...

La présidente: Merci, monsieur Williams.

Merci, madame Sellah.

La parole est à M. Wilks.

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

Merci à nos témoins d'être venus aujourd'hui.

Ma question porte sur le remplacement de membres artificiels et s'adresse au Dr Vendittoli. Selon vous, qu'est-ce qui constitue une période d'essai suffisante dans le cas d'un nouvel appareil? Les essais devraient-ils se faire en les comparant aux appareils qui sont déjà sur le marché pour veiller à ce que l'on n'aggrave pas les choses? Il me semble que nous avons entendu dire que l'on ne fait pas de comparaison avec ce qui existe déjà sur le marché au moment où l'on introduit un nouvel appareil. Avez-vous quelque chose à dire là-dessus?

La présidente: Docteur Vendittoli, voulez-vous répondre à cette question?

[Français]

Dr Pascal-A Vendittoli: En ce qui a trait au remplacement total de la hanche, nous sommes en très bonne posture pour évaluer le rendement des prothèses. Il existe des méthodes, comme l'analyse radiostéréométrique, qui permet de mesurer des changements de position des prothèses pour une période de deux ans. Si, au cours de ces deux années, la prothèse testée ne démontre pas de migration anormale, nous pouvons prédire que cette prothèse fonctionnera bien pendant les 15 à 20 prochaines années.

Le National Institute for Health and Care Excellence, en Angleterre, et le gouvernement hollandais ont demandé que des tests précliniques ayant recours à l'analyse radiostéréométrique soient obligatoires avant la commercialisation de toute nouvelle prothèse de la hanche ou du genou. Il s'agit de normes nationales établies par l'Angleterre et la Hollande. Il faut environ deux années pour réaliser ces tests. Comme vous le savez, ces prothèses sont faites pour durer 15, 20 ou 25 ans et il serait peut-être long d'attendre toute cette période avant de commercialiser une nouvelle prothèse. C'est pourquoi il faut se fier à des tests précliniques disponibles et très précis pour bien évaluer le rendement avant la commercialisation.

● (1700)

[Traduction]

M. David Wilks: Merci beaucoup de cette réponse.

Ma question s'adresse maintenant à M. Shepitka ou à tout autre témoin qui voudrait y répondre. On a parlé tout à l'heure des économies de coûts. Je représente une circonscription du sud-est de la Colombie-Britannique, Kootenay—Columbia, et deux de nos hôpitaux dans deux localités éloignées ont été fermés et remplacés par des unités de soins de santé primaires. Au départ, j'avais des réserves — j'étais maire d'une des villes où l'on a fermé un hôpital —, mais j'ai constaté avec le temps que les gens ont commencé à prendre mieux soin d'eux-mêmes car ils n'avaient plus la possibilité de se présenter tout simplement à l'hôpital.

Constatez-vous la même chose dans le Nord de l'Ontario? Quelqu'un pourrait-il faire une comparaison entre les soins de santé primaires et les soins dispensés en milieu hospitalier?

La présidente: Allez-y.

M. Brandon Shepitka: Dans le Nord de l'Ontario, le tabagisme, l'obésité et les maladies chroniques sont plus répandues, ce qui a fait en sorte que notre hôpital accuse un des pourcentages les plus élevés de patients admis en urgence. Près de 20 p. 100 des patients qui se présentent à l'urgence sont admis à l'hôpital, si bien que nous cherchons des moyens différents de les réintégrer à la collectivité plus rapidement avec les ressources nécessaires, surtout quand il s'agit des populations plus âgées. Nous avons quelques nouveaux programmes qui offrent des soins infirmiers une fois que le patient a obtenu son congé de l'hôpital. Il s'agit de visites au domicile du patient. Nous avons recours à des vidéoconférences pour le suivi des soins, si bien que nous pouvons éviter une réadmission à l'hôpital causée par une rechute.

Quelle était votre deuxième question?

M. David Wilks: En ce qui concerne les soins de santé primaires, selon le modèle, nous ne consultons pas un médecin comme c'est couramment le cas; on nous encourage à mieux prendre soin de nous.

M. Branden Shepitka: C'est une partie du problème. Nous offrons des services de soins préventifs, mais il n'y en a pas assez. Au cours des 20 ou 30 dernières années, les soins de santé au Canada ont été axés sur les soins hospitaliers. Nous essayons d'effectuer une transition pour instaurer des soins primaires, mais l'argent n'a pas été réservé à cette fin, et il est difficile de procéder à la transition car elle exige une dépense initiale et la volonté n'y est pas.

La présidente: Merci.

Merci, monsieur Shepitka, de vos réponses.

La parole est à M. Morin.

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

Je voudrais vous dire que je suis ravi de me retrouver parmi mes collègues après avoir passé deux semaines dans ma circonscription.

Mes questions s'adressent également à M. Shepitka. Dans votre exposé, vous faites allusion aux divers défis que représente la mise à niveau de l'infrastructure existante afin de constituer des environnements de travail plus mobiles. Au bout du compte, c'est une question d'argent. Ma question est vaste, mais si vous pouvez y répondre, j'en serais ravi. Quel genre de financement voudriez-vous recevoir pour réaliser ce que vous souhaitez mettre en oeuvre afin de faire la transition vers ce genre d'environnements de travail — qu'il s'agisse des soins hospitaliers ou des soins d'urgence —, lesquels seraient plus mobiles?

M. Branden Shepitka: C'est une excellente question. Il s'agit d'un programme de financement de l'infrastructure physique. Une grande partie de ces coûts n'ont pas encore été pris en considération dans les budgets des établissements de soins de santé actuels. L'essentiel du financement est lié à des services convenus d'avance, mais ce financement fait défaut dans le cas de l'infrastructure physique.

Si on met à niveau la technologie sans fil en particulier, nous pourrions réaliser des économies dans le système de soins de santé, lesquelles ne sont pas possibles avec des ordinateurs fixes. Je sais qu'on a fait des recherches sur la perception des patients à l'égard des contacts avec un professionnel de la santé. Les patients pensent que s'ils sont face à face avec un professionnel et qu'ils ne regardent pas un ordinateur, qu'ils sont assis et non pas debout et qu'il n'y a pas de tablette qui les sépare, le patient aura l'impression que le professionnel lui consacre plus de temps. Ainsi, il y a d'énormes avantages à recourir aux technologies sans fil car l'expérience du patient est bonifiée ainsi que le travail clinique.

M. Dany Morin: Merci. C'est intéressant. Je sais que le gouvernement conservateur continue d'alimenter le fonds d'infrastructure, et j'espère que ce que vous souhaitez pourra être inclus dans un programme d'infrastructure. Si ce n'est pas le cas, mes collègues de l'autre côté de la table pourraient en prendre note.

Vous avez parlé de programmes de logiciels. Je suppose que la compatibilité est aussi un élément du problème que vous avez évoqué. J'aimerais que vous nous en parliez. De nombreux témoins nous ont rapporté des problèmes de compatibilité étant donné la vaste gamme de logiciels utilisés, alors qu'il n'y a pas de règlement visant une uniformisation. Par exemple, le dossier d'un patient à sa pharmacie locale ne peut pas être lu par l'hôpital local, et les dossiers qui sont gardés à l'hôpital ne peuvent pas être lus par un médecin de famille à la clinique locale car il y a un grand nombre d'applications auteur et de logiciels pour toutes sortes de raisons.

Est-ce là un problème concret auquel vous vous heurtez lorsque vous dispensez des soins d'urgence?

● (1705)

M. Branden Shepitka: Merci de cette question. C'est une très bonne question.

L'interopérabilité est un vaste enjeu, et je sais que c'est l'une des priorités de financement pour Inforoute Santé du Canada, mais l'échange de données entre hôpitaux et organisations externes n'est pas encore au point et ne permet pas d'en faire bénéficier le patient. Dans une publicité d'Inforoute Santé du Canada en ce qui concerne le suivi des soins, on voit un patient qui se présente à l'urgence et un médecin qui a immédiatement accès aux médicaments qui lui ont été prescrits. Si c'était vrai, ce serait formidable. Toutefois, pour ce faire, il faut accéder à un portail externe, il faut inscrire un numéro d'identification d'utilisateur qui expire tous les 90 ou 180 jours — si bien que si vous ne l'utilisez pas, il devient périmé —, et on ne peut voir que la liste des médicaments prescrits à un patient et payés par l'intermédiaire du programme ontarien d'invalidité.

Ainsi, ce ne sont que des renseignements très limités, et ce n'est pas utilisé couramment par les RMU. Il y a un certain nombre d'étapes à franchir pour avoir accès à ces renseignements et cela ne sert pas les intérêts du patient.

M. Dany Morin: Me reste-t-il du temps?

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

M. Dany Morin: Vous n'avez pas eu beaucoup d'occasions d'intervenir. Avez-vous des remarques que vous souhaiteriez ajouter en terminant en ce qui concerne les solutions ou les besoins concrets?

M. Branden Shepitka: Pour ce qui est des besoins concrets, je suis persuadé qu'il nous faut une vaste stratégie pour encourager la collaboration en informatique dans le secteur de la santé. À l'heure actuelle, le personnel de la TI travaille tout à fait indépendamment du personnel clinique, et c'est ce qui nous a causé le plus de difficulté. J'ai travaillé à ce projet à plein temps, et nous avons pu compter sur un analyste de TI à plein temps pour la mise en oeuvre d'un projet de santé en ligne de 2,4 millions de dollars. Notre équipe se compose de deux infirmières et de deux employés de soutien, qui sont nos ressources sur le plan clinique pendant une journée, deux fois par semaine.

La présidente: Merci, monsieur Shepitka.

La parole est à M. Brown.

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

Merci à nos témoins d'être venus aujourd'hui pour participer à notre étude.

Voici la question que j'ai posée aux divers témoins avec lesquels nous nous sommes entretenus jusqu'à présent. Les soins de santé étant administrés à l'échelle provinciale, nous sommes limités dans les moyens que nous pouvons utiliser pour changer l'orientation, au fédéral, mais j'aimerais connaître votre avis sur certains domaines, dont la réglementation des appareils médicaux, par exemple. Un témoin, le Dr Ballagh, nous a expliqué qu'il était difficile de réglementer les appareils médicaux au Canada, alors qu'un autre témoin, le Dr Emad Guirguis, affirme que la situation est bien meilleure au Canada qu'aux États-Unis.

J'aimerais que vous me parliez de votre expérience ou que vous nous donniez votre opinion sur la réglementation fédérale des appareils médicaux. Manifestement, un nouvel appareil peut constituer une innovation qui pourrait bonifier les soins de santé, si bien que nous souhaitons veiller à ce que la réglementation prévoit le processus approprié.

La question s'adresse à tous les témoins.

La présidente: Madame McGregor, voulez-vous répondre à cette question?

Dre Carolyn McGregor: Oui. Je souhaite répondre à cette question sur les appareils médicaux, et plus particulièrement sur les appareils médicaux dans mon domaine pour aider à la prise de décisions cliniques.

Pour l'heure, notre situation au Canada est différente de celle des États-Unis sur le plan du processus de réglementation pour les systèmes d'aide à la prise de décisions cliniques. Nous avons assoupli ici au Canada le système d'aide à la prise de décisions cliniques du point de vue de la réglementation et de l'infrastructure des appareils médicaux et des essais à cet égard.

En ce qui concerne les appareils médicaux, il nous faut cesser de les considérer comme des boîtes au chevet du patient. Il nous faut une approche globale nationale en ce qui a trait aux logiciels. Nous entravons l'innovation et notre capacité d'adaptation au chevet du patient quand nous considérons ces appareils comme des boîtes plutôt que comme une infrastructure de logiciels.

Les mesures que nous avons prises pour ce qui est de l'aide à la prise de décisions cliniques sont appropriées. Dans notre cas, nous assortissons les outils que nous mettons au point de repères et de mesures qui aident les cliniciens à prendre des décisions. Nous n'affirmons pas catégoriquement: « Voilà un cas d'infection, voilà maintenant un cas d'hémorragie intraventriculaire. » Par contre, nous faisons une analyse et nous démontrons, forts de nos recherches très rigoureuses, que nous pouvons constater certaines corrélations.

Je pense que nous sommes dans la bonne voie pour ce qui est de l'homologation et de la réglementation des appareils médicaux, mais je pense qu'il nous faut essayer de faire en sorte que le processus avance plus rapidement et en douceur et en envisageant des logiciels plutôt que des appareils matériels.

• (1710)

M. Patrick Brown: Quelqu'un d'autre veut-il ajouter quelque chose?

Mon autre question, et je l'ai posée à d'autres témoins, porte sur la question de la collaboration. La collaboration est-elle suffisante, particulièrement en recherche? Manifestement, un grand nombre d'innovations sont le fruit de travaux de recherche. Dans le cadre d'une séance sur le diabète juvénile, on nous a parlé de recherches sur un pancréas artificiel où l'Australie et le Canada collaboraient. La ministre de la Santé, quand elle a comparu devant le comité, nous a parlé d'une collaboration sur la maladie d'Alzheimer et la démence entre le Canada et l'Europe, en l'occurrence la France, le Royaume-Uni et l'Allemagne. J'ai assurément trouvé cela emballant.

Y a-t-il assez de projets de ce genre? Y a-t-il assez de collaboration en recherche? Dans les divers domaines où vous oeuvrez, pensez-vous qu'on aurait intérêt à accentuer la collaboration en matière de recherche et d'innovation?

La présidente: Madame McGregor?

Dre Carolyn McGregor: Je pense que nous nous acheminons dans ce sens. L'équipe qui travaille à mes travaux de recherche est très pluridisciplinaire. Elle est composée d'ingénieurs informaticiens et électriciens, d'informaticiens, d'informaticiens en santé, d'infirmières, de pédiatres, d'obstétriciens, de néonatalogistes. Quand tous ces experts sont réunis, c'est là que l'innovation prend place car chacun travaille vers un but commun, à savoir améliorer les soins au chevet du patient.

Je pense que nous avons encore du travail à faire. Une des difficultés dans une équipe pluridisciplinaire, c'est que nous ne parlons pas tous la même langue. Un informaticien doit apprendre énormément sur la situation dans les domaines médicaux que j'essaie de faire avancer et le genre de résultats que nous souhaitons obtenir du point de vue des soins. J'ai donc dû donner des explications, et j'y travaille depuis de nombreuses années. Quand je fais des exposés, les gens présument que je suis néonatalogiste, ce qui n'est pas le cas. Je me suis contentée d'écouter, et j'ai appris.

Il faudrait intensifier cet aspect. Il nous faut des mécanismes fondamentaux dans notre système d'éducation, et c'est pour cette raison que j'ai affirmé tout à l'heure que l'informatique clinique doit vraiment devenir une sous-spécialité. Il faut que ce soit reconnu officiellement à l'échelle du pays dans les diverses disciplines en matière de soins de santé.

La présidente: Madame McGregor, excusez-moi, mais le temps est écoulé.

Il y a deux autres personnes qui voudraient faire des remarques, mais je dois d'abord demander la permission à M. Kellway, car c'est son tour. Voulez-vous poser vos questions ou pouvons-nous écouter deux autres remarques?

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): J'ai des questions fort intéressantes que je souhaiterais poser.

La présidente: Allez-y. C'est votre tour. Le timbre va peut-être vous interrompre.

M. Matthew Kellway: Mes questions sont probablement dans la foulée de ce que vous essayez de dire.

Ma question s'adresse d'abord à M. Williams et ensuite à Mme McGregor. Vous parlez de l'évolution technologique comme d'un investissement. Étant donné que les budgets sont limités, comment sait-on qu'un investissement en particulier portera ses fruits, et comment sait-on quand arrêter d'investir dans une technologie qui n'arrête pas d'évoluer?

La présidente: Le Dr Vendittoli a levé la main. L'avez-vous vu?

M. Matthew Kellway: A-t-il levé la main?

La présidente: Oui.

Docteur Vendittoli, voulez-vous répondre à cette question?

Allez-y.

[Français]

Dr Pascal-A Vendittoli: Oui, si vous le permettez.

Je pense que nous avons des équipes de recherche extraordinaires, au Canada, et qu'elles rayonnent partout dans le monde. En revanche, l'intervention des équipes de recherche pour démontrer la valeur de l'introduction des nouvelles technologies se fait de façon rétrospective dans la majorité des cas. Il est donc trop tard. L'évaluation se fait une fois que la technologie a été mise en application dans le système de santé.

Or l'évaluation du rendement d'une technologie devrait se faire au préalable, en ayant recours à un petit échantillon de personnes. Dans le cas où son rendement serait démontré, on devrait alors recommander une utilisation plus importante de cette technologie. Or malheureusement, la façon actuelle de procéder va dans le sens inverse.

•(1715)

[Traduction]

M. Matthew Kellway: Merci beaucoup de cette analyse plutôt rétrospective.

Lorsque vous avez un budget limité, comment déterminez-vous où investir à l'avance? Vous fondez-vous sur des critères pour prendre vos décisions?

Madame McGregor, je voudrais entendre votre opinion là-dessus, car vous avez parlé des politiques et des cadres de financement. Peut-être avez-vous une idée de la situation à l'échelle mondiale et peut-être savez-vous quels sont ces cadres de financement et ces politiques qui permettraient de veiller à ce que nous investissions dans les technologies prometteuses et qu'il n'y ait pas de surinvestissement ou de sous-investissement étant donné le rythme de l'innovation.

Monsieur Williams, vous pourriez peut-être répondre en premier.

La présidente: Je dois vous prévenir que si le timbre se fait entendre, nous allons devoir vous interrompre; je vous prie de m'excuser à l'avance.

Madame McGregor, voulez-vous commencer, puis ce sera ensuite au tour de M. Williams?

Dre Carolyn McGregor: Très rapidement, avec cette approche de modélisation du parcours du patient, et avec une approche équilibrée avec feuille de pointage, on peut mettre au point des innovations qui tiennent compte des besoins du patient, et je pense que c'est le message que je souhaitais vous transmettre aujourd'hui. Si vous voulez améliorer le système de soins de santé, il faut prendre en considération les besoins du patient et les économies que vous souhaitez réaliser avec le patient, et laisser la technologie appuyer cette initiative, plutôt que de procéder à l'inverse. Très souvent, on fait l'inverse. On pense avoir en main une superbe technologie et on essaie d'adapter les soins du patient à cette technologie.

Je voudrais laisser du temps à M. Williams.

M. Andrew Williams: Je suis d'accord là-dessus. On nous octroie des fonds discrétionnaires pour la TI tous les ans et nous considérons divers projets. Un bon exemple est celui dont j'ai parlé tout à l'heure à propos de la transmission de renseignements au bureau du médecin de famille. On se demande si un projet va faciliter l'accessibilité, améliorer la qualité des soins et réduire les coûts, on mène ensuite un projet pilote avec un groupe en particulier, puis on détermine si les avantages sont réels et, le cas échéant, on va plus loin.

Nous essayons d'introduire l'innovation d'une façon planifiée, mais nous le faisons par étapes progressives car les coûts potentiels peuvent nous prendre d'assaut.

M. Matthew Kellway: Je m'adresse à vous deux. Tenez-vous compte de la possibilité qu'il y ait une nouvelle technologie à portée de la main? Je pense notamment à la cadence. Je crois comprendre que vous adaptez la technologie au patient, mais cela suppose un niveau statique de technologie. L'innovation suppose qu'il y aura de nouveaux débouchés et de nouvelles technologies que l'on pourra adapter au patient en permanence.

Il faut bien dire que cela représente des investissements énormes. Comment gérez-vous cet aspect-là? Est-ce que vous laissez de côté ce qui pourrait surgir?

La présidente: Excusez-moi. Je suis désolée de devoir interrompre cette question, mais le timbre se fait entendre et je dois suspendre la séance. Je tiens à remercier les membres de notre comité.

Peut-être voudrez-vous répondre à M. Kellway par écrit ou transmettre votre réponse écrite à notre greffière.

Merci infiniment d'être venus aujourd'hui. Nous vous sommes énormément reconnaissants de vos réponses.

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>