



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 084



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 30 avril 2013



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 30 avril 2013

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour, tout le monde. Je m'appelle Joy Smith et je suis présidente du comité. Je souhaite la bienvenue à nos témoins. Aujourd'hui, nous avons un panel de témoins très impressionnants.

Comme vous le savez, nous faisons une étude sur l'innovation technologique.

De l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada nous avons Craig Larsen, directeur exécutif, et l'honorable Mme Mary Collins, présidente. Bienvenue au comité. Je suis très contente que vous soyez là.

À titre personnel, nous avons Cameron Norman, directeur, CENSE Recherche et Design, professeur associé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto. Bienvenue au comité. Votre présence à titre personnel est très appréciée.

De Gateway Rural Health Research Institute, nous souhaitons la bienvenue à Ken Mine, président, Médecine rurale. Je comprends que vous avez un exposé à nous faire mais qu'il n'est pas bilingue.

Dr Ken Milne (président, Médecine rurale, Gateway Rural Health Research Institute): Oui.

La présidente: Mes excuses, mais on n'a pas le droit de le présenter au comité.

Dr Ken Milne: D'accord.

La présidente: Je pourrais demander aux membres du comité, n'est-ce pas? Est-ce que les membres du comité veulent visualiser le PowerPoint même si il n'est pas bilingue?

Non. Bon, je voulais poser la question tout de même, ça ne coûte rien d'essayer.

Dr Ken Milne: Merci d'avoir posé la question. Il ne s'agit que de jolies images.

La présidente: Pas de problème.

De Beagle Productions, nous souhaitons la bienvenue à Dale Friesen, président-directeur général.

Nous avons ici un groupe de témoins très impressionnants.

Nous allons commencer par Mary Collins. Vous avez la parole.

L'hon. Mary Collins (présidente, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada): Merci beaucoup, madame la présidente et membres du comité.

Nous sommes ravis d'être ici en tant que représentants de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada.

Mon nom est Mary Collins et je suis la présidente de l'alliance. Craig Larsen est le directeur exécutif. Nous allons vous donner un aperçu de la technologie et de l'innovation qui vise la prévention des maladies chroniques au Canada. Je sais que nous entendrons parler

d'idées et d'applications très précises et fascinantes, et nous avons hâte d'en apprendre davantage.

Pour vous donner un peu de contexte, l'APMCC est une alliance de neuf ONG nationales. Nous partageons la vision d'une stratégie intégrée et coopérative pour promouvoir la santé et prévenir des maladies chroniques au Canada. Le recueil des connaissances et la promotion des politiques fondées sur des données font partie de nos activités clés. Nous oeuvrons principalement au niveau fédéral, mais nous communiquons également avec le Conseil de la fédération afin de conseiller les provinces et les territoires.

Je suis consciente que vous travaillez sur cette étude depuis un certain temps et que de nombreuses personnes venant d'horizons divers y ont contribué. Je sais que vous êtes conscients des répercussions des maladies chroniques, mais étant donné votre étude sur la question, nous voulons réitérer certains faits dont vous pouvez tenir compte.

Comme vous le savez, trois Canadiens sur cinq âgés de plus de 20 ans sont atteints d'une maladie chronique, et on a répertorié au moins un facteur de risque chez quatre Canadiens sur cinq. Le coût de la gestion des maladies chroniques au Canada représente actuellement 58 p. 100 de toutes les dépenses en soins de santé, de l'ordre d'environ 68 milliards de dollars par an. Les coûts indirects reliés à la perte de revenu et de productivité sont approximativement le double de ce montant, estimés à 122 milliards de dollars.

Au Canada, 67 p. 100 des décès sont dus au quatre maladies chroniques importantes, à savoir le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques. Bien entendu, nous savons que le diabète est une des maladies qui se répandent le plus rapidement, surtout chez les Autochtones. Nous savons également que la génération canadienne actuelle est susceptible de vivre moins longtemps que leurs parents, étant donné la trajectoire actuelle.

Maintenant pour les bonnes nouvelles, il y a quatre facteurs de risque principaux pour les maladies chroniques: une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, la consommation de tabac et une surconsommation d'alcool. En effet, nous pouvons modifier ces habitudes de vie et donc, prévenir la plupart des maladies chroniques. Il faut simplement passer à l'action.

Comment les innovations technologiques peuvent-elles nous aider à renverser la tendance de maladies chroniques qui ont connu une croissance considérable au cours de la dernière décennie, non seulement au Canada mais dans presque chaque pays développé et en voie de développement à travers le monde? Ce domaine en est à ses premiers balbutiements et les possibilités sont pratiquement infinies. Nous avons déjà été témoins des bienfaits extraordinaires de la technologie qui aident ceux qui sont atteints d'une maladie chronique à gérer leurs maladies. Que ce soit un dispositif de surveillance moderne pour une maladie du coeur ou un dispositif qui suivrait l'état de santé, certaines de ces technologies sont bien développées et on s'en sert efficacement. Et il y a bien d'autres cas de réussite. Toutefois, on n'a pas autant travaillé sur l'intervention technologique dans le but de prévenir des maladies chroniques.

Alors, comment cibler les besoins les plus importants, tout en tirant profit de ce qui est à notre portée pour faire avancer la technologie à l'égard des saines habitudes de vie? Grâce à une surabondance d'information disponible sur des sites Web, des applications et des médias sociaux, où les consommateurs deviennent plus que jamais sensibilisés à la santé, et ils sont de plus en plus disposés à se servir des technologies pour appuyer leurs saines habitudes de vie. Des outils électroniques sont essentiels.

Nous savons qu'à elle seule la provision des données et des renseignements ne réduira pas nécessairement les facteurs de risque évitables des maladies chroniques. Souvent, il faut également un mentor et un système de surveillance mutuelle, mais ces renseignements jouent un rôle important en facilitant l'interprétation, l'application et l'accès à des informations qui sont nombreuses et difficiles à trier, même si elles sont à portée de main.

Imaginez que vous savez déjà que 48 p. 100 des Canadiens utilisent des téléphones mobiles intelligents, et que 70 p. 100 d'entre eux ont téléchargé des applications dont 34 p. 100 portent sur la santé, la condition physique et la bien-être. Donc, les Canadiens font déjà un pas dans la bonne direction.

Bien entendu, des cliniciens sont à la recherche de technologies qui leur servent d'outils d'évaluation rapide, précis et efficace. Ils ne disposent pas toujours du temps nécessaire ni de la capacité de faire des évaluations alimentaires ou d'offrir des stratégies pratiques pour aider les patients à changer leurs habitudes de vie, donc ils sont de plus en plus enclins à utiliser des applications. La technologie accélère de tels processus cliniques pour les praticiens et les patients, et elle permet d'obtenir des mesures plus précises et complètes.

Certaines applications ont été développées pour aider au renoncement au tabac. Ces outils ont été beaucoup utilisés et ont donné certains bons résultats. D'habitude, le patient doit utiliser ces outils de concert avec un médecin ou un autre professionnel de la santé, mais au moins l'application suit votre consommation de tabac et peut donc vous aider à arrêter. La même chose s'applique à la consommation d'alcool.

• (1535)

Nous croyons que les applications de nutrition ont beaucoup de potentiel. C'est ça qui est difficile. J'aimerais entrer au café Second Cup et tenir mon BlackBerry devant la nourriture pour qu'il puisse me dire, « Non, Mary, pas ce muffin aux bleuets — il contient 350 calories est 16 grammes de sodium. Pourquoi pas la bonne salade là-bas? »

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Mary Collins: Évidemment, un tel service exige beaucoup d'information, mais je crois que cette application sera probablement disponible un jour.

Pour l'heure, la sensibilisation à l'alimentation et à la nutrition et la prévention du cancer et des maladies chroniques se sont faites très lentement avant de devenir monnaie courante. Nous devons faire quotidiennement le tri d'une quantité d'informations énorme chaque fois que nous allons à l'épicerie ou au restaurant. Très souvent, les gens finissent par jeter l'éponge. Ils n'ont pas le temps ni l'énergie. Il n'y a pas de système convivial facile à utiliser pour le moment.

Toutefois, il y a un exemple intéressant à San Francisco. Il s'agit du projet iN Touch, qui a utilisé ce qu'ils appellent maintenant la technologie médicale mobile, afin d'aider des adolescents qui sont issus de familles à revenu faible et qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité, en plus de l'application qui a été mise au point, du mentorat et du système de surveillance mutuelle, on a pu constater des effets considérables et une réduction de poids. Cette expérience a fait l'objet d'un examen fait par des universitaires. Nous n'avons pas encore beaucoup d'études scientifiques. Nous avons trouvé cette expérience très fascinante. Nous estimons qu'il faut travailler beaucoup plus dans ce sens. Il faut plus d'évaluations.

Je ne parlerai pas de dossier médical puisque je crois que vous en avez déjà entendu beaucoup sur le sujet. Par contre, je trouve incroyable le fait que, après toutes ces années, nous n'avons toujours pas de dossiers interexploitables qui sont mis à jour, même pas entre le Vancouver Coastal Health et le Fraser Health. C'est tout à fait époustouflant.

Quels sont les défis que nous envisageons à l'avenir?

Bon, évidemment il y a des défis en ce qui concerne la vie privée, nous en sommes tous conscients. Nous devons trouver un moyen de protéger la vie privée sans que cette protection nous empêche d'avancer sur ces questions.

Nous croyons également que le contrôle de la qualité et les messages fondés sur les données sont essentiels. Il est difficile de faire distinction entre l'information scientifiquement valable et l'information populaire ou qui vise simplement à promouvoir un certain produit. Le grand public et les gens qui se servent de l'information en ligne ont besoin de mécanismes, de protocoles et de protection pour les aider. Bien entendu, le gouvernement fédéral ainsi que ses partenaires pourraient jouer un rôle important à cet égard.

Vous vous souvenez peut-être, comme moi, du programme en ligne mis sur pied par Santé Canada et dans le cadre duquel où ce ministère aidait à valider les informations portant sur la santé affichées sur Internet. Le programme n'existe plus, mais nous avons besoin de quelque chose semblable.

En bref, nous avons deux demandes en ce qui a trait au développement de la technologie médicale mobile pour la prévention des maladies chroniques.

D'abord, nous croyons que le gouvernement fédéral et différents ministères ont l'occasion d'encourager l'innovation et l'excellence dans ce domaine. Ils peuvent le faire par l'entremise des programmes dans les domaines de commerce, l'industrie, la santé et l'Agence de la santé publique du Canada. Ils peuvent travailler en partenariat, par exemple les partenariats public-privé sont indispensables aujourd'hui, avec le secteur privé, des ONG et le milieu universitaire afin de développer des technologies qui fonctionnent bien et qui sont scientifiquement valables. Selon nous, ce dernier point est très important.

La FDA aux États-Unis impose déjà certains règlements pour la technologie médicale mobile. Cet organisme réglemente les technologies qui ont une interface avec le corps, celles qui font de la surveillance. Tout comme la FDA, nous croyons que ce genre de réglementation est très important.

Toutefois, nous ne croyons pas qu'il soit possible de réglementer chaque application. Ça dépasse les capacités actuelles, mais nous sommes d'avis qu'il faut un certain système de vérification. Ça pourrait prendre la forme du programme Visez santé de la Fondation des maladies du coeur. Nous pouvons mettre en commun nos idées et nos efforts avec des partenaires dans la communauté des ONG afin de développer un programme de vérification qui aiderait les consommateurs à distinguer efficacement ce qui fonctionne de ce qui ne fonctionne pas. Bien sûr, pour appuyer un tel outil, nous devons valider scientifiquement davantage de technologies qui existent.

Dans ma génération, certains craignent un peu de savoir jusqu'où la technologie pourrait nous conduire. La technologie a considérablement changé nos vies et elle continuera d'évoluer.

• (1540)

Si nous arrivons à mettre à profit les meilleures approches que nous offre la technologie et les combiner avec des méthodes éprouvées de mentorat et de parrainage — d'après nous, c'est absolument critique, puisque les gens doivent pouvoir parler à d'autres et recevoir un appui —, nous pourrions produire de véritables gagnants qui nous aideront à réduire le fardeau.

La présidente: Avez-vous presque terminé?

L'hon. Mary Collins: Oui. Voici ma dernière phrase.

Nous tenons à ce que les générations futures demeurent en bonne santé et évitent la maladie chronique.

La présidente: Très bien. Je vous ai donné un peu plus de temps, madame Collins. Cependant, je voulais m'assurer de ne pas trop en donner, afin d'avoir assez de temps pour tout le monde. Merci.

Et maintenant, nous entendrons le témoignage du Dr Cameron Norman, présenté à titre personnel. Il fait partie de CENSE Research.

Nous nous demandions ce que représentait l'acronyme CENSE.

Dr Cameron Norman (directeur, CENSE Recherche + Design, Professeur associé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, à titre personnel): C'est l'un de ces acronymes qui évoluent au fil du temps, mais à l'origine il était conçu exprès pour être un peu amorphique. Cela signifie Complexity E-health Network Systems and Evaluations.

La présidente: La lettre « C » signifie-t-elle « Canadian »?

Dr Cameron Norman: En fait, elle signifie « Complexity ».

La présidente: « Complexity », et la lettre « E »...?

Dr Cameron Norman: La lettre « E » signifie « E-health », et la lettre « N » signifie « Networks », la lettre « S » signifie « Systems », et la lettre « E » signifie « Evaluation ».

La présidente: Nous avons tenté de trouver la réponse sur Internet. Merci. Autant vous le demander puisque vous êtes là.

Dr Cameron Norman: Il est intéressant de constater que cela a débuté ainsi, mais le mot « cense » signifie également parfumer et rendre un peu plus agréable.

La présidente: Nous allons maintenant commencer pour que vous puissiez avoir vos 10 minutes et que je ne vous enlève rien.

• (1545)

Dr Cameron Norman: Merci.

Il me fait grand plaisir d'être invité à titre personnel pour vous parler aujourd'hui d'un sujet qui me tient à coeur.

Je discutais tantôt avec Craig et Mary, et je me suis rendu compte que je fais ce travail depuis 20 ans maintenant. Si vous savez quelque chose sur le Web, cela signifie que j'ai débuté ce travail à peu près au même moment que débutait le World Wide Web.

En fait, j'ai commencé dans ce domaine à titre d'étudiant de premier cycle à l'Université de Regina. J'étais fasciné par la façon dont les gens trouvaient des solutions aux problèmes à l'échelle mondiale grâce aux groupes Usenet, puis éventuellement, grâce au World Wide Web. À l'époque, véritablement, c'était presque comme au Far West sans foi ni loi dans tous les domaines.

Étonnamment, puisque nous discutons aujourd'hui de technologie et d'innovation, je ferai moi-même quelque chose d'un peu perturbateur et je n'utiliserai aucune technologie — à part un dispositif pour m'assurer de demeurer à l'heure. Je ferai même quelque chose que l'on pourrait qualifier de plus primitif: je raconterai de simples histoires.

Je choisis de faire cela parce qu'en fin de compte ces technologies d'information dont je vous parlerai réussissent très bien à le faire. Je vous ferai part de quelques leçons retenues quand j'étais étudiant, professeur, consultant, enseignant, apprenant, et bien sûr, utilisateur de toutes ces technologies.

Pour vous mettre en contexte, je travaille comme chercheur depuis plusieurs années. Ce projet initial a débuté dans les années 1990. J'étais fasciné par ce nouvel outil. Je ne me considérais pas comme quelqu'un ayant des capacités dans le domaine technologique et je ne prétendais pas l'être non plus, mais j'étais tout de même fasciné par cette nouveauté. Je suis resté fasciné durant mes études de deuxième cycle à l'Université Wilfrid Laurier. Je suis devenu aide enseignant en éducation de l'enfance en difficulté pour le Conseil scolaire du district de la région de Waterloo, travaillant dans un programme conçu pour les enfants ayant des besoins spéciaux, principalement des problèmes de comportement et des maladies.

En me préparant pour vous parler aujourd'hui, j'ai songé à deux histoires qui se sont produites simultanément, qui illustrent vraiment le pouvoir potentiel de la technologie de l'information, et qui pourraient nous offrir des pistes de solution. Même si ces histoires se sont déroulées il y a près de 20 ans, les leçons qu'on en tire demeurent tout aussi pertinentes aujourd'hui sinon plus.

Je vous raconterai d'abord l'histoire d'une personne que je nommerai Jonathan, pour protéger son identité. Nous avions un tout petit programme de seulement 25 étudiants. Il s'agissait d'un partenariat multisectoriel. À l'époque, nous n'avions qu'un seul ordinateur branché sur Internet, c'était un accès par ligne commutée et chaque étudiant pouvait l'utiliser au moins une heure par semaine. Si un étudiant souhaitait l'utiliser pendant plus longtemps, il devait le faire avant ou après l'école.

Maintenant, la plupart des jeunes n'aiment pas l'école, mais ce groupe particuliers d'enfants détestaient encore plus l'école. L'idée de vouloir passer même une minute de plus à l'école était pour eux à peu près inconcevable.

Néanmoins, Jonathan était tellement fasciné par le fait qu'il pouvait parler à d'autres adolescents, particulièrement ceux avec qui ils partageaient ses expériences — qui n'étaient pas particulièrement agréables, ce qui expliquait sa présence chez nous —, qu'il se présentait tôt et demeurait après l'école pour le faire, au point où nous arrivions à l'école à 6 h 30 le matin pour le trouver assis sur les marches en train de nous attendre.

Encore plus intéressant, à l'époque le Web n'était pas très imagé. C'était presque entièrement du texte. Il fallait lire. Cet étudiant particulier accusait un retard de cinq niveaux par rapport à ce qu'il aurait dû pouvoir faire. C'était un jeune adolescent. À cause de sa fascination — ou son obsession, comme on l'aurait peut-être nommé aujourd'hui — pour Internet, il naviguait sur Internet le plus possible à l'école tout en étant surveillé. Deux ou trois mois plus tard, il avait amélioré ces compétences en lecture de deux niveaux. En moins d'un an, il avait presque atteint son stade de développement. C'était fascinant à voir. Ça m'a épaté.

En même temps, lorsqu'il ne pouvait pas se rendre à l'école plus tôt, ses pairs comblaient le vide. Ils allaient en ligne et cherchaient toutes sortes de choses, telles qu'une adresse où habiter. Il s'agissait souvent d'enfants ne pouvant plus vivre chez eux, qui étaient chassés de leur domicile, ne s'y sentaient pas en sécurité, et cherchaient de nouveaux lieux de résidence ou simplement un endroit pour passer la nuit.

Tout cela avant Google, avant Facebook et avant Twitter quand il était difficile de trouver ce que l'on voulait. Je ne sais pas si vous vous souvenez de cette époque, mais c'était difficile de repérer quoi que ce soit. Et pourtant ces jeunes y arrivaient. Je trouvais cela fascinant.

Et donc, j'ai commencé à faire beaucoup de recherche dans ce domaine particulier, pour voir quels avantages nous pourrions en tirer. J'ai appris entre autres que la connectabilité sociale qu'offraient le World Wide Web et ses technologies avait un potentiel énorme.

• (1550)

Vingt ans plus tard, les appareils portatifs ont une plus grande capacité informatique que les vaisseaux spatiaux des années 1960. C'est fascinant. Pourtant, les facteurs qui ont donné tant de puissance à Internet il y a 20 ans lui donnent encore une puissance aujourd'hui, sur le plan de la santé.

Ces jeunes peuvent trouver des réponses à leurs recherches et c'est ce qui m'a poussé à découvrir comment ils y arrivaient, pas seulement parce qu'ils sont jeunes, mais parce qu'ils sont des innovateurs. J'aimerais penser à certaines des leçons qui ont perduré depuis cette époque originale jusqu'à aujourd'hui, ayant passé six ans en tant que professeur à temps plein à l'école Dalla Lana School of Public Health, où je suis toujours professeur à temps partiel, consultant et étudiant qui suit l'innovation.

Essentiellement, ça revient à trois éléments fondamentaux, à mon avis: des outils, des compétences, et une mentalité.

Les outils sont en constante évolution. On a tout le temps de nouveaux appareils, de nouvelles technologies, la haute définition, les médias sociaux, et ce genre de choses. Ces choses vont évoluer très rapidement.

Les compétences pour utiliser ces choses changent un peu moins rapidement. Je pense que la capacité d'utiliser les médias sociaux, en général, veut dire que vous pouvez utiliser Facebook, Twitter et ce genre de médias sociaux assez facilement, avec les mêmes compétences.

Fondamentalement, ce que je veux souligner au comité est qu'il faudrait se pencher un peu plus sur les mentalités vis-à-vis la technologie, parce que les technologies vont changer. Or, en regardant ce qui s'est passé il y a 20 ans, je pense qu'on se heurte encore aux mêmes difficultés. Je ne sais pas si on va les surmonter, mais on peut en tirer un enseignement.

Un des éléments clés au sujet des mentalités que j'ai appris de ces jeunes c'est qu'ils n'avaient pas peur d'échouer. C'est un sentiment trop courant dans le système de santé. Notre aversion au risque est telle qu'elle nuit au système de santé. Pour suivre la thématique présentée dans le précédent exposé, il y a une incapacité de vouloir essayer de nouvelles choses. Je ne parle pas de risquer la vie des gens dans les salles d'urgence. Je parle de petits détails, le fait de prendre des décisions subtiles sur la façon dont nous, en tant qu'organisation, approchons la technologie.

Ces jeunes essayaient absolument tout, et beaucoup échouaient tout en étant capables de continuer. L'un de nos torts dans le système de santé c'est le refus d'échouer, et je n'aime pas le terme « échouer », mais hypothétiquement, il faut accepter un peu d'échec et pouvoir continuer à travailler.

L'autre chose qui les intéressait beaucoup était les réseaux. Ils savaient qu'ils n'avaient pas toutes les réponses, mais ils n'en avaient pas besoin. Ils savaient quels sites visiter pour obtenir les réponses. Ils connaissaient des personnes qui connaissaient d'autres personnes qui fourniraient les réponses. Je pense que l'idée de penser en réseau fait partie d'une mentalité qui a beaucoup de sens pour ce que nous avons besoin de faire.

Ils avaient aussi du soutien organisationnel. On ne l'aurait pas perçu exactement comme ça, mais en effet l'école était très favorable au fait qu'ils passaient du temps en ligne. On ne l'aurait peut-être pas fait aujourd'hui, mais il y avait de la supervision. Ils avaient l'occasion d'aller en ligne et ils avaient le soutien pour ce faire, mais on s'assurait qu'ils ne consultaient pas du contenu inapproprié. Le système de santé, que ce soit la santé publique ou les soins de santé, s'attend souvent à ce que les gens se débrouillent seuls sans soutien organisationnel. J'enseigne à des professionnels de la santé l'utilisation des médias sociaux et d'autres technologies, et ils disent systématiquement qu'ils n'ont pas le soutien de leur organisation, que ce soit pour leur travail de politique, de recherche ou autre.

La curiosité est une autre raison qui incitait ces jeunes à trouver si efficacement des solutions. Je pense qu'il ne s'agit pas de savoir ce qu'ils vont trouver mais de s'enthousiasmer de ce qu'ils veulent découvrir de nouvelles choses. En encourageant la curiosité au sein de nos organisations et du système de santé, il faut faire preuve de prudence et comprendre qu'elle n'est pas à craindre, que c'est quelque chose qui peut mener à beaucoup de découvertes. On pense très souvent qu'on va trouver la bonne réponse.

Cela est en partie dû à la situation générale qui prévaut actuellement au Canada. On doit songer à ce que cette curiosité signifie sur le plan de notre politique scientifique et technologique et nous assurer de suivre le rythme.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Norman.

Nous allons maintenant passer au Gateway Rural Health Research Institute, représenté par le Dr Ken Milne et la Dre Feng Chang.

Qui présente l'exposé?

Docteure Chang, vous pouvez commencer.

Dr Feng Chang (présidente, Pharmacie rurale, Gateway Rural Health Research Institute): Nous allons tous deux prendre la parole. Je commencerai, puis mon collègue, le Dr Milne, prendra la relève.

Merci de cette occasion de comparaître.

Je m'appelle Feng Chang. Je suis professeure adjointe à l'école de pharmacie à l'Université de Waterloo, et j'occupe la chaire en pharmacie rurale au Gateway Rural Health Research Institute.

Je commencerai par vous décrire ce qu'est Gateway et pourquoi nous sommes ici. Je vous donnerai deux petits exemples relatifs au genre de recherche que nous faisons et qui vous montreront le lien entre cette recherche et les applications technologiques. Je passerai ensuite le micro au Dr Milne, qui conclura notre exposé.

Le Gateway Rural Health Research Institute est le premier centre de recherche en milieu rural au Canada. Il a été créé en 2008 dans une communauté agricole dans le Sud de l'Ontario, en fait dans le comté de Huron.

La mission de Gateway est d'améliorer la santé et la qualité de vie des résidents ruraux par le biais de la recherche, de l'éducation et de la communication. Au cours des dernières années, nous avons travaillé en collaboration avec plusieurs institutions d'enseignement, notamment avec l'Université de Waterloo, l'Université Western et le Collège Georgian et ce, dans le but de rendre accessibles aux communautés rurales certains de leurs programmes au moyen de l'apprentissage en ligne. Nous avons une équipe de recherche diversifiée, et nous avons sept chaires de recherche portant sur des sujets aussi variés que la santé des aînés, la santé mentale et la santé et viabilité des collectivités.

Ce qui nous intéresse, c'est la prévention et la gestion des maladies chroniques, car, comme Mary l'a mentionné plus tôt, c'est un fardeau important, mais qui est plus lourd encore dans les communautés rurales. Selon la définition utilisée, entre 19 p. 100 et 30 p. 100 des Canadiens vivent en région rurale. Des études faites antérieurement montrent que l'espérance de vie, et l'espérance d'une vie en santé, sont plus courtes dans les communautés rurales. L'incidence des maladies chroniques y est plus élevée à cause du tabagisme, de la consommation abusive d'alcool et de l'obésité. De plus, même dans notre région, soit dans le comté de Huron, le taux d'hypertension, d'obésité et de maladies pulmonaires y est plus élevé comparativement à la moyenne canadienne.

D'après nous, la technologie peut nous aider à miser davantage sur la prévention et la gestion des maladies.

Je suis également un pharmacien praticien et ma spécialité est la gériatrie ou le traitement des aînés. Je vais vous donner deux petits exemples du genre de recherches que j'ai faites pour Gateway et pour l'école de pharmacie.

Lorsqu'on parle des applications, et il y en a tellement, beaucoup d'entre elles sont conçues pour les aînés ou les patients âgés. Par exemple, trop d'aînés ne prennent pas correctement leurs médicaments. Il existe sur le marché beaucoup de façons pour aider les gens à prendre leurs médicaments correctement, comme des systèmes de rappel ou des calendriers; ceux-ci visent à aider les gens à s'occuper eux-mêmes de leurs médicaments.

Nous avons fait un projet à l'école de pharmacie et qui impliquait la participation d'aînés à qui on a montré comment se servir des applications conçues pour les aider à s'occuper eux-mêmes de leur santé. C'était intéressant, car on a appris qu'on n'avait tout

simplement pas pris en considération certains éléments lors de l'élaboration des applications. Par exemple, le volume n'était peut-être pas aussi fort qu'il aurait dû l'être, et les aînés ne pouvaient pas entendre ce que l'application leur disait de faire. Dans un autre cas, il y avait une touche sur laquelle l'utilisateur pesait par inadvertance et qui faisait ouvrir la fenêtre suivante. Pour les concepteurs ou pour les gens qui connaissent Word, ou qui savent utiliser un portable ou un ordinateur, c'était évident, mais pas pour les patients plus âgés. Donc, nous devons encore travailler pour améliorer ces applications.

Un autre exemple porte sur l'utilisation des applications technologiques concernant les points de service, surtout en ce qui a trait aux services de diagnostic. Les communautés rurales sont très vastes et il y a une pénurie de spécialistes, sans parler des médecins de famille, en région. Prenons par exemple les tests RIN.

• (1555)

Les patients qui prennent de la warfarine — un produit anticoagulant que les gens s'administrent toute leur vie pour prévenir une crise cardiaque ou un ACV — le font chaque semaine ou chaque mois tant et aussi longtemps que c'est nécessaire. Ces patients doivent se rendre chez le médecin pour obtenir une demande de traitement en laboratoire, puis ils se rendent au laboratoire pour faire effectuer le test. Ensuite ils se rendent chez eux et le laboratoire envoie les résultats au médecin, ce qui peut prendre à peu près un jour. Puis les patients retournent voir leur médecin ou ils reçoivent un appel téléphonique les autorisant à se rendre à la pharmacie pour récupérer leur médicament.

• (1600)

La présidente: Je suis désolée, vous avez écoulé la moitié de votre temps. Donc, si vous partagez votre temps de parole, vous devrez prendre une décision maintenant.

Dr Feng Chang: Je conclus.

Si les tests RIN sont disponibles au point de traitement, cela pourrait réduire les visites à la pharmacie à une fois, et le tout ne prendrait que 5 ou 10 minutes.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au Dr Milne.

Dr Ken Milne: Je suis le Dr Ken Milne. Je travaille à temps plein comme médecin en milieu rural à Goderich en Ontario. Je suis également le chef du personnel à l'hôpital South Huron. De plus, je suis un professeur à l'Université de Waterloo, à l'Université McMaster et à l'Université Western Ontario. Cela fait 30 années que je fais de la recherche.

J'aimerais que le comité retienne seulement trois choses. Ce sont ces trois choses dont je veux que vous vous rappeliez.

D'abord, je veux détruire un mythe. Je sais qu'il y a d'autres médecins dans cette pièce, mais le mythe veut que l'intelligence est inversement proportionnelle à la distance qu'on se trouve d'un centre universitaire. Je suis désolé, mais c'est un mythe. Il y a des gens extrêmement intelligents qui travaillent dans les zones rurales, et il en va de même pour les médecins. Et d'un, je tenais à vous dire cela en premier.

Ensuite, les centres situés dans des régions rurales peuvent abriter des centres d'excellence universitaires. Nous fournissons d'excellents soins de santé en zone rurale. Laissez-moi vous donner un exemple. Je donnerai au comité 20 recherches que Gateway a réalisées au cours des trois dernières années. Nous avons les données qui prouvent que nous sommes des as dans la pratique de la médecine en milieu rural. Nous avons des centres d'excellence universitaires en zone rurale. Par exemple, si vous subissez une crise cardiaque, vous pouvez vous rendre à l'Institut de cardiologie d'Ottawa. On appelle le temps « porte à aiguille », le temps qu'il faut pour vous traiter, donc le temps qu'il faut pour vous débloquer le cœur. Aucun centre n'a pu présenter des données qui indiquent que ce temps est de moins de 60 minutes. L'idéal, c'est 30 minutes. Chez nous, c'est 24 minutes pour 100 patients consécutifs qui se rendent à l'hôpital.

Donc, si vous avez des douleurs à la poitrine, je vous conseille de vous rendre dans un hôpital en région rurale. On vous traitera rapidement et correctement, et nous avons des preuves à l'appui.

Le troisième mythe concerne l'innovation en matière de santé, qui est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui. Dans ce domaine, et Feng en a parlé plus tôt, on mise beaucoup sur la technologie portable. Nous avons un outil éprouvé pour le iPhone, pour le téléphone intelligent, pour évaluer l'instruction des gens en matière de santé. Les connaissances en matière de santé sont équivalentes aux objectifs de santé. Plus une personne a des connaissances en matière de santé, plus elle a de chances d'être en bonne santé. Cette personne sera également plus apte à gérer une maladie chronique, comme le diabète ou la MPOC. Donc, plus vous vous instruisez sur la santé, plus vous avez des chances d'être en bonne santé.

Cela dit, pour mesurer les connaissances d'une personne en matière de santé, il faut pouvoir aller au-delà du jargon médical, qui peut être opaque. Quel est le niveau de connaissance de nos patients? Eh bien, on peut le savoir en 10 secondes grâce à une application. Je pourrais en un rien de temps dire qui d'entre vous est aussi instruit qu'un écolier de 3^e année — désolé, ce n'est le cas d'aucun d'entre vous — ou plutôt, je pourrais dire qui d'entre vous a le niveau d'instruction d'un écolier entre les 3^e et 6^e années, entre les 6^e et 9^e années, ou de plus de la 9^e année. Je pourrais vous le dire en 10 secondes en me servant d'une application portable assortie d'un logiciel de reconnaissance de la voix. Nous pouvons cibler ces maladies chroniques quand les travailleurs de première ligne visitent les patients qui ne veulent pas se rendre à l'urgence pour se faire traiter par le Dr Milne. Cette dernière façon de faire est l'approche après coup, la gestion de l'après-coup. Il en coûte plus cher au système quand je dois traiter un patient après coup. Je veux plutôt miser sur la prévention que sur le traitement après coup. Mais pour ce faire, je dois pouvoir communiquer avec les patients en français et en anglais, et non en employant le jargon médical. Il existe une application sur la littératie en matière de santé.

Mais ce n'est que la moitié du problème. L'autre moitié concerne les médecins. Comment convaincre les médecins de prodiguer des soins fondés sur des données probantes, des données de qualité, afin que leurs patients, qui nous tiennent à cœur, reçoivent les meilleurs traitements? Nous voulons que tous les résidents de la Saskatchewan reçoivent les meilleurs soins, n'est-ce pas? Eh bien, comment les médecins qui pratiquent en zone rurale peuvent-ils prodiguer des soins de qualité?

Nous pouvons nous servir des médias sociaux pour changer la donne technologique. Nous allons commencer à baladodiffuser les données que nous générons à partir d'un programme qui s'appelle JOG, programme qui est tout nouveau. Nous allons prendre les

données toutes fraîches, les évaluer de façon critique et sur la base de preuves, et les acheminer aux médecins de première ligne, et nous allons ainsi complètement changer la façon dont la médecine s'enseigne. Ce ne seront plus les vieux qui vont enseigner aux jeunes; nous allons acheminer les données aux travailleurs de première ligne, et les connaissances vont se transmettre tout naturellement aux médecins qui pratiquent en région rurale et aux chercheurs qui travaillent dans le domaine de la médecine rurale. Nous allons ainsi traiter nos patients vivant dans les zones rurales pour qu'ils aient moins besoin de se rendre dans les hôpitaux ruraux et pour qu'ils puissent davantage vivre en santé. Voilà ce que nous essayons de faire.

Voilà ce que j'avais à vous dire, à part le fait que j'espère avoir détruit un autre mythe.

Est-ce que vous allez vous rappeler de ces trois choses?

Je compte sur vous, docteur Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): C'est un test.

Dr Ken Milne: Je suis toujours en train d'enseigner.

D'abord, l'intelligence n'est pas inversement proportionnelle à la distance en kilomètres qui vous sépare d'un centre universitaire. Ensuite, nous sommes des centres ruraux d'excellence. Nous sommes les as des régions rurales qui fournissent d'excellents soins. Finalement, nous avons des technologies innovatrices que nous ne mettons pas seulement au profit des patients, mais aussi au profit des fournisseurs de soins de santé.

Merci beaucoup.

• (1605)

La présidente: Merci beaucoup. Vous savez inspirer ceux et celles qui vous écoutent.

Dr Ken Milne: Je n'ai pas emmené mes acétates. En revanche, j'ai compensé avec mon enthousiasme, car la santé en milieu rural me passionne. Je me passionne également pour la recherche et pour nos réalisations en milieu rural. Je tiens à ce que ce comité retienne le fait que nous réalisons des choses importantes.

La présidente: J'aimerais bien avoir une copie de vos acétates. Pourriez-vous les faire parvenir à mon bureau? J'en donnerai une copie à la greffière, qui pourra les remettre à quiconque s'y intéresse. Je sais que certaines personnes voudront les regarder.

Dr Ken Milne: Je serais heureux de partager ma passion avec n'importe qui.

La présidente: Si vous envoyez vos acétates à la greffière, elle les fera traduire, suite à quoi on les fera distribuer à tous les membres, ce qui à mon avis est la meilleure façon de procéder.

Dr Ken Milne: Formidable. Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Dale Friesen de Beagle Productions.

M. Dale Friesen (président-directeur général, Beagle Productions): Merci de m'avoir invité à me joindre à vous aujourd'hui. Comme d'autres témoins ici, j'ai également une double passion pour la technologie et l'informatique, d'une part, et, d'autre part le désir d'aider les autres pour qu'ils puissent être en santé.

J'ai lancé une société de fabrication de logiciels il y a 16 ans, bref, au tout début d'Internet. Je pense qu'un modem 28,8 kps est sorti en même temps. Depuis, l'industrie s'est efforcée d'intéresser les utilisateurs et d'enrichir l'expérience de l'utilisateur final.

Ces 10 dernières années, c'est exactement ce que nous avons fait. Nous avons aidé les athlètes à se remettre sur pied, et nous avons mis en contact athlètes et entraîneurs. Voilà six ans, nous sommes passés au domaine de la santé et du mieux-être. Ce qui nous a menés au mieux-être des employés de la société et à encourager les jeunes d'entreprise à suivre cette voie.

J'avais préparé un mémoire, mais il sera distribué *a posteriori*, car il est en train d'être traduit. On me dit que vous l'aurez cette semaine. Entre-temps, je vais me contenter de mes diapos.

Premièrement, nous savons que notre pays affronte une crise dans le domaine de la santé. En 2010, plus de la moitié de la population de 35 ans et plus souffrait soit d'embonpoint soit d'obésité. On vous a présenté toutes les statistiques, et les membres du panel connaissent également tous les chiffres, donc je n'entrerai pas dans ces détails. Je vais plutôt me concentrer sur les façons par lesquelles la technologie peut nous aider à prendre un pas dans la bonne direction.

En effet, la technologie fait partie de la solution à la crise. Elle joue un rôle toujours plus important dans chaque aspect de votre vie, et représente la façon la plus efficace de prévenir et de gérer les maladies chroniques de toute proportion, étant donné le nombre de personnes et d'endroits que la technologie arrive à rejoindre.

Je vais parler très brièvement de la façon par laquelle la technologie peut nous aider à gérer les maladies chroniques, mais je vais me concentrer sur l'aspect prévention, car si nous n'arrivons pas à endiguer ce problème croissant, bientôt, nous arriverons au bout de nos ressources pour le gérer.

Je vais commencer par parler de certains obstacles que nous affrontons.

Le secteur de la santé et du mieux-être cite comme obstacles à la réussite: le manque de motivation, de sensibilisation, de temps, et de financement. Bien que chacun de ces facteurs joue un rôle clé, à mon avis, le facteur clé du changement des comportements est la motivation. C'est-à-dire, pourquoi suis-je dans l'état où je me trouve, et que me faudrait-il pour me motiver à changer de comportement?

À la base de la motivation et donc du changement de comportement est la connaissance. Plusieurs témoins ont souligné le problème du manque de connaissance. Il nous faut donc éduquer les gens sur l'importance de la santé et du mieux-être, sur les raisons pour lesquelles les personnes sont en mauvaise santé en premier lieu, et comment nous pouvons les remettre sur la voie de la santé.

Or, nous avons créé une plateforme pratique facile à intégrer dans les horaires chargés des gens, ce qui augmente les chances de succès.

Le financement est également un obstacle au succès. Il faut donc créer des options abordables, voire gratuites, favorisant la participation maximum, et faire comprendre aux gens que vivre en santé, ce n'est pas nécessairement cher.

Si la technologie liée à la santé est disponible, pratique, interactive et intéressante, elle motivera les gens à persévérer dans leur programme. Les gens motivés peuvent changer de comportement, et c'est la motivation qui mène au succès de toute initiative visant le mieux-être et la santé.

Passons maintenant à la technologie et la façon par lesquelles elle fait évoluer notre société. J'ai ici des statistiques sur Facebook vieilles d'à peine deux mois. Comme vous pouvez le voir — et vous le verrez dans mon mémoire, c'est-à-dire que vous verrez le graphique complet, mais je tenais également à vous le montrer sur une page —, les groupes d'âge de 55 à 64 et 65 ans et plus sont les deux seules tranches démographiques dont la participation sur Facebook est en augmentation, et ce, depuis trois mois. Bref, les

gens d'un certain âge ne sont plus réfractaires à la technologie. En fait, ils l'adoptent et acceptent ce nouvel outil. La jeune génération l'a accepté il y a longtemps, et ça représente une façon facile de joindre les jeunes.

Les plateformes numériques comme Internet qui permettent aux utilisateurs d'avoir accès à de l'information n'importe où et n'importe comment, par exemple à partir de leurs ordinateurs ou dispositifs mobiles, est la première étape.

En deuxième étape, nous devons assurer la richesse du contenu, la pertinence et la personnalisation de l'information présentée.

Enfin, l'information doit être intéressante et motivante de façon à convaincre les utilisateurs à persévérer. Ce n'est qu'ensuite que nous pourrions songer à améliorer l'efficacité de tous les autres niveaux du spectre, par exemple des utilisateurs aux conseillers en santé, entraîneurs, médecins et spécialistes.

Afin de prévenir les maladies chroniques, nous devons miser sur la technologie pour éduquer et autonomiser les jeunes. On peut le faire grâce au système scolaire, qui peut autonomiser les parents et les éducateurs. Mais on peut le faire également indirectement en créant des lieux de travail et des communautés en santé où l'on donne le bon exemple aux jeunes.

Je vais vous donner quelques exemples de cette technologie en action. Nous collaborons avec une entreprise qui utilise notre technologie pour lutter contre les maladies chroniques dans le milieu de travail.

L'objectif de cette campagne est de faire en sorte que chaque employé atteigne un poids santé.

Tout d'abord, chaque employé se dote d'un compte de santé personnalisé, qui leur donne accès à une communauté-santé en ligne. Toute leur information est privée et sécurisée, mais ils peuvent se connecter à d'autres employés de la même entreprise.

● (1610)

Ils peuvent participer à des défis santé et minceur. Ils peuvent exécuter un suivi nutritif personnalisé. Ils peuvent, par exemple, prendre leur téléphone mobile au restaurant afin d'étudier la valeur nutritive du menu qu'ils s'appêtent à commander.

On y trouve également des plans de gestion du poids et de la santé. Ou encore, des programmes de gestion du stress et de la tension artérielle. Les employés choisissent les outils qui les intéressent, ou encore, se soumettent à un questionnaire d'évaluation des risques de santé et ensuite se font recommander un programme en fonction de leur état de santé actuel. Si l'on voulait, ils pourraient se connecter à des médecins.

On y trouve également un système de récompense. Au fur et à mesure qu'ils adoptent des comportements santé, ils gagnent des points santé qui peuvent être échangés dans des magasins de santé, ceci afin de les garder motivés.

Enfin, tout ceci est également disponible sur appareil mobile.

Comment est-ce que ça fonctionne? L'entreprise oriente ses employés vers un compte santé. Ils se font évaluer à l'aide d'un questionnaire santé, c'est-à-dire une évaluation des risques pour la santé. S'ils se sont soumis à des tests biométriques de santé, les résultats de ces tests peuvent être importés dans leur système afin d'obtenir un score santé. Ensuite, ils établissent leurs objectifs et obtiennent des conseils en fonction de leur score, ou peuvent participer à des défis, communiquer avec d'autres, suivre leurs progrès, et réévaluer leur état de santé périodiquement. Enfin, ils peuvent obtenir des récompenses.

Les conseils santé personnalisés peuvent prendre plusieurs formes. Ce qui compte, c'est que ces conseils soient personnalisés pour chacun des utilisateurs. En effet, il n'y a aucune solution panacée pour tous. Il faut donc des solutions aussi nombreuses que diverses. Par exemple, il y a des plans de nutrition et d'exercice, mais on pourrait également miser sur des témoignages, des histoires de succès, des objectifs, le tout accessible sur téléphone intelligent et ordinateur.

La motivation est ce qui soutient l'intérêt et nous maintient sur la bonne voie sur le long terme. C'est pourquoi nous intégrons à notre système diverses sortes de motivations. Nous demandons, par exemple, pour quelle raison souhaitez-vous être en santé? Peut-être est-ce pour être belle et mince pour le mariage de votre enfant. Peut-être est-ce pour pouvoir jouer avec les petits-enfants. Peut-être est-ce même parce que vous voulez battre votre frère à la course de l'année prochaine. Quelle que soit la motivation, nous voulons aider les utilisateurs à la trouver et à s'y accrocher. Et la motivation est toujours bien en vue, de façon que les utilisateurs se souviennent pourquoi ils se sont engagés sur ce chemin de la santé.

Nous organisons ensuite des défis intéressants. Par exemple, des babillards électroniques sur lesquels les gens peuvent afficher et se livrer concurrence, soit des personnes entre elles, des équipes l'une contre l'autre, ou des endroits en compétition. Par exemple, on pourrait dresser une école contre l'autre, ou une communauté contre une autre. C'est une bonne façon de motiver les gens et de les intéresser à l'activité.

Il y a toutes sortes d'outils interactifs de santé, comme je le disais. Par exemple, un programme de suivi nutritif. Il y a aussi des matériels que l'on peut synchroniser, par exemple des moniteurs de fréquence cardiaque, des podomètres, des indicateurs de glycémie. Quel que soit le matériel, pourvu qu'il soit pourvu d'un logiciel d'interface, il peut être intégré à votre régime, de façon à suivre les résultats sans être connecté à un ordinateur, ce qui dissuaderait les gens, puisqu'il faudrait prendre le temps de s'asseoir devant l'ordinateur. De plus, vous pouvez montrer les résultats de tous ces dispositifs à un spécialiste.

Par ailleurs, nous fournissons des milliers de recettes, des menus, et des exercices. Toute cette information est accessible au bout des doigts, ainsi, l'obstacle connaissance est supprimé.

Mais nous offrons aussi des récompenses et des incitatifs. Plus on utilise le site, plus on gagne de points, que l'on peut échanger pour des produits, des programmes et des services dans des magasins de santé.

Enfin, tout ceci doit être disponible sur téléphone mobile. Ainsi, vous avez toujours l'information au bout des doigts, et il ne vous reste plus aucune excuse de ne pas suivre un régime santé. Nous envoyons des avis aux personnes qui ne se connectent pas au système ou ne participent pas au programme, pour les encourager à reprendre leurs bonnes habitudes. Il y a toutes sortes de façons par lesquelles nous pouvons motiver les gens sur le chemin de la santé.

Du point de vue de gestion, il y a des outils d'entraînement en ligne. Grâce à ces outils, on peut gérer les maladies, qu'il s'agisse de diagnostiquer ces maladies, ou de mettre les utilisateurs en contact avec des entraîneurs ou des spécialistes qui peuvent les motiver en leur prescrivant des menus, des plans de remise en forme ou tout autre programme jugé pertinent, mais ces spécialistes peuvent également effectuer un suivi et s'assurer que les patients font bien ce qu'ils sont censés faire.

Aujourd'hui, grâce aux technologies novatrices, nous pouvons commencer à sensibiliser les jeunes dès l'école, c'est-à-dire dès le début de l'école primaire et jusqu'à la fin de leurs études postsecondaires. Par ailleurs, nous pouvons sensibiliser les éducateurs. Enfin, nous pouvons autonomiser les parents en les éduquant sur les choix intelligents, de façon qu'ils comprennent que les bons choix ne sont pas les plus chers, et qu'en plus, ils peuvent être pratiques et accessibles.

Les employés de n'importe quelle entreprise dans n'importe quel secteur peuvent employer cette même technologie, car le contenu existe et peut être personnalisé à leur situation particulière. À la maison, les familles peuvent communiquer avec d'autres dans leur communauté et participer aux mêmes défis, bref, se lancer des défis les uns les autres afin de mener des vies plus santé et enrichissantes.

• (1615)

Ces mêmes outils peuvent aussi connecter les médecins et spécialistes avec leurs patients, faisant abstraction des frontières géographiques — je viens d'une communauté rurale — et réduisant le temps que les médecins passent avec chaque patient, tout en conservant chez le patient une motivation et une responsabilité.

Merci de votre temps.

La présidente: Ce fut très intéressant, merci beaucoup.

Au fait, sachez que je viens également d'une communauté rurale.

Nous commencerons par Mme Davies. Bienvenue parmi nous, vous nous avez manqué.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup. Merci aux témoins de se joindre à nous.

Nous entretenons des discussions des plus intéressantes sur ce sujet depuis déjà plusieurs mois. Je dois dire que je commence à croire que le problème ne se situe absolument pas au niveau de l'innovation technologique. En fait, il y a toutes sortes de technologies et on a en fait l'embarras du choix.

Je pense qu'il faut plutôt se demander qui est responsable de l'accès du public à ces technologies. Je ne voudrais pas parler d'uniformité comme telle, car je représente une communauté où l'on voit beaucoup de soupes populaires. Un grand nombre d'utilisateurs de ces soupes populaires souffrent de maladies chroniques. Ce sont probablement les gens qui ont le plus besoin de ces innovations, mais y ont le moins accès.

Comment faire parvenir ces technologies à ces gens? Les personnes sont-elles responsables d'elles-mêmes? Ou est-ce seulement les personnes qui sont déjà motivées et qui aiment la technologie qui essaieront ces nouvelles applications? Ou bien, est-ce le médecin qui est responsable, l'hôpital, l'autorité sanitaire, ou la province? Le fédéral a-t-il un rôle à jouer?

Je pense que c'est la question à laquelle nous devons répondre si nous voulons réellement profiter pleinement de ces technologies, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies chroniques. Mais comment faire?

Il me semble qu'il faudrait peut-être un accord entre le fédéral et les provinces. Les accords sur la santé arrivent à échéance en 2014. Nous ignorons ce qui se passera, mais cette question doit-elle être examinée sur le plan de l'innovation technologique? Le problème ne se situe pas au niveau du développement des technologies, car cela semble aller plutôt bien. Si je ne me trompe, le problème est au niveau de l'utilisation de ces technologies.

Est-ce que quelqu'un souhaite répondre à cette question? Ça nous aiderait dans la production de ce rapport, notamment, ça nous aiderait à parler du rôle du fédéral.

La présidente: Qui souhaite répondre à la question? L'honorable Mary Collins.

L'hon. Mary Collins: Je commencerai, et je suis sûre que les autres souhaiteront compléter ma réponse, car nous avons tous de bons exemples à donner.

Nous en avons en fait parlé dans notre exposé. Nous pensons qu'il faut un mécanisme, une sorte de vérification du contrôle de la qualité, de façon que les gens sachent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Ce n'est pas nécessairement le gouvernement qui en sera responsable, mais il pourrait appuyer le processus à l'aide de mécanismes de financement. Nous avons d'ailleurs toutes sortes de mécanismes sensationnels comme les Instituts de recherche en santé du Canada ainsi que d'autres groupes qui pourraient collaborer avec les ONG afin de créer un groupe de consultation chargé de cette initiative. En tout cas, c'est ce qui nous intéresserait le plus. Idéalement, ce serait fait au niveau national de façon à éviter que chaque province ne fasse le même travail. De toute façon, les applications ne respectent pas les frontières provinciales.

Il y aurait des défis, bien entendu. En fait, nous souhaiterions que vous vous penchiez sur cette question. Le comité pourrait recommander un cadre de travail.

•(1620)

La présidente: Docteur Milne.

Dr Ken Milne: Étant médecin, je dois dire que tout devrait se centrer sur le patient. Dans ce cas-ci, je ne souhaite pas qu'ils soient mes patients, je souhaite qu'ils soient des personnes en bonne santé. Ainsi, tout doit se centrer sur la personne et non les institutions, ni les professions.

Toute cette nouvelle technologie ne représente rien de plus ni de moins qu'un outil. À l'aide de mon stéthoscope, je peux diagnostiquer un souffle cardiaque ou je peux vous étrangler, mais c'est un outil qui doit être utilisé pour le bien. Nous devons nous assurer que le contenu de nos outils est bon, que les systèmes existent, que la recherche a été faite, afin de valider l'utilité des outils, mais en fin de compte, ce sont les personnes qui doivent être au cœur du système. Les patients ont besoin de leur dossier de santé. Il faut que leur information les suivent, peu importe leur fournisseur de soins.

Mme Libby Davies: Dites-vous donc que tout cela doit reposer sur l'autonomisation du patient?

Dr Ken Milne: Oui, autonomiser le patient et le faire participer aux décisions.

Mme Libby Davies: Seulement si les gens savent quelle information l'on détient sur eux, et la plupart ne le savent pas. Elle est entourée du secret.

Dr Ken Milne: C'est leur information. Les gens devraient la détenir et moi, Feng ou tout autre professionnel de la santé devrions les aider.

Mme Libby Davies: Pensez-vous qu'un changement s'effectue?

Dr Ken Milne: Oui.

Mme Libby Davies: Cette idée change-t-elle parmi les médecins, c'est-à-dire l'obstacle entre ceux qui le savent et ce que sait le patient?

Dr Ken Milne: Deux grands mouvements se poursuivent. Tout d'abord, il y a la médecine axée sur le patient, mais elle existe depuis environ 10 ou 15 années.

Le nouveau mouvement porte sur ce qu'on appelle la prise de décisions commune. Je ne décide pas à votre place si vous devez subir ou non un TDM. Nous discutons des risques et des avantages de cet examen. Vous avez peut-être un grave saignement intracrânien, mais, vous savez, un TDM vous expose à beaucoup de radiations, ce qui pourrait causer une tumeur au cerveau. Quel choix est le pire? Je suis là pour vous aider à prendre la décision, mais c'est une prise de décision commune, et en fin de compte, vous allez la prendre en fonction de l'information que je peux vous fournir.

La présidente: Monsieur Friesen.

M. Dale Friesen: Je pense aussi que nous devons joindre les gens avant qu'ils n'arrivent à l'hôpital, où une bonne partie du savoir entre en jeu. C'est une question d'apprendre comment opter pour de bonnes décisions en matière de santé. C'est tout simplement de l'éducation.

Comment transmettre ce savoir aux gens? C'est difficile, parce que...

Mme Libby Davies: Comment pensez-vous que nous y arriverons? Je vous demande comment transmettre ce savoir aux gens.

M. Dale Friesen: Eh bien, j'ai vu quelques trucs qui marchent.

Tout d'abord, évidemment, il y a les jeunes. Ils sont à la portée de nos mains à l'école; c'est donc l'unique endroit où nous pouvons les joindre et leur enseigner. En les obligeant à utiliser une certaine chose afin qu'elle fasse partie de leur style de vie, cela pourra s'effectuer au moyen de l'enseignement à l'école.

Nous menons la plupart de nos activités au sud de la frontière. La loi Affordable Care Act entrera en vigueur en janvier, ce qui veut dire que les sociétés seront obligées d'offrir à leurs employés des possibilités d'améliorer leur bien-être. Cela fait partie du mandat, et on réserve des sommes pour que les sociétés s'en occupent. On les oblige à offrir des choix en matière de bien-être à leurs employés.

De ce point de vue, le milieu de travail pourrait servir de tremplin pour une telle initiative. Voilà un autre milieu où nous pouvons communiquer avec les gens.

La réalité est telle qu'il faut joindre les parents aussi. Si nous pouvons communiquer avec la population active et joindre les jeunes à l'école, peut-être que le message se rendra jusqu'au foyer. Il faut sensibiliser les parents. En attendant que les parents, qui cumulent parfois deux postes et mangent des repas congelés affreusement caloriques, prennent les bonnes décisions pour leurs enfants, nous...

La présidente: Merci. Nous avons presque atteint la fin.

Merci énormément.

C'est le tour de M. Lizon.

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

Merci beaucoup à tous les témoins pour leur présence. Les exposés étaient tous très intéressants.

J'aimerais commencer en posant une question très générale.

Nous vivons à une époque très intéressante. Nous sommes dans une sorte de transition. J'utilise les appareils intelligents, qui n'existaient pas auparavant; alors, je peux facilement m'en passer. La génération de mes enfants les aime beaucoup, et mes petits-enfants ne se rappellent plus d'une époque où ces appareils n'existaient pas.

Je me rappelle d'une drôle de situation où une amie de ma fille tenait son appareil et elle a dit: « Quoi? Il pleut? Mon application dit que le temps devait être ensoleillé. »

Comment pouvons-nous utiliser toutes ces nouvelles technologies, tout ce dont nous disposons, sans perdre notre bon sens? Il s'agit d'une question générale.

N'importe qui peut y répondre.

• (1625)

Dr Cameron Norman: Je pense que l'une des réponses serait d'utiliser le concept de la littéracie en matière de santé. Je pense que nous devons renforcer la littéracie et la capacité d'appliquer la pensée critique aux technologies et à leur utilisation dans la vie quotidienne. Je pense qu'on a tendance à permettre aux outils de prendre le dessus, de se fier aux outils plutôt qu'aux idées. Nous devons réfléchir aux conséquences qui découlent d'un réseau, de la réflexion en réseau, qui vous permet de recevoir de l'information de plusieurs sources différentes en même temps.

Nous avons vu un bon exemple dans les nouvelles, à la suite des événements récents aux États-Unis. Les gens rapportaient toutes sortes de nouvelles. Si vous réfléchissez en réseau, et ce, très rapidement, vous ne vous interrogez pas de la même façon sur les données que vous recevrez, au lieu d'y réfléchir comme étant un simple appareil. L'appareil est défectueux.

Je propose une possibilité d'investissement: accroître notre littéracie en matière de santé au lieu de se concentrer autant sur la technologie, même s'il va sans dire qu'elle est importante. Nous devons y réfléchir du point de vue de la littéracie. Quelles sont les compétences de base liées au moyen d'apprendre davantage grâce aux outils? Les outils évolueront et se présenteront sous d'autres formes quelles qu'elles soient — vestimentaire ou quelque chose comme ça. Si vous pouvez associer cette résilience à la littéracie, cette compétence survivra à la technologie.

La présidente: Y a-t-il d'autres observations?

Docteur Chang.

Dr Feng Chang: Je souhaite revenir sur ce point et faire le lien avec ce que Ken a dit en matière de prise de décision commune.

Nous disons aux fournisseurs de soins de santé qu'ils ont la responsabilité d'agir en tant que personnes-ressources et de guides dans de nombreux cas, mais en réalité, bon nombre de professionnels de la santé ressentent un malaise par rapport à la technologie. Ils sont à l'étape d'apprentissage, selon l'étape qu'ils ont déjà atteinte. Par exemple, en Europe, on publie tous les ans, je crois, un répertoire européen d'applications dans le domaine de la santé. Ils résumant quelles applications existent pour certaines maladies. Selon votre profession, si vous êtes pharmacien ou médecin, si vous travaillez à l'hôpital ou au sein de la collectivité, le répertoire vous indique

quelles applications pourraient vous être utiles. Je pense que ce genre de soutien deviendra important aussi.

M. Wladyslaw Lizon: Monsieur Friesen, votre exposé sur les outils interactifs en matière de santé est très impressionnant et intéressant, mais que faites-vous pour convaincre quelqu'un d'agir comme il ou elle doit le faire? Vous effectuez toutes les évaluations et la personne vous dit: « J'ai un surpoids, donc que dois-je faire? » Vous lui dites qu'elle doit suivre un régime et faire de l'exercice. Vous l'informez de la cause fondamentale de sa maladie. Comment l'inverser afin que la maladie ne devienne pas irréversible et donc chronique?

M. Dale Friesen: Malheureusement, dans bien des cas, cela dépend de la personne. Vous pouvez offrir certains incitatifs. D'autres personnes, les employeurs, les conjoints et les conjointes, les amis fournissent tous des incitatifs. Les incitatifs aident les gens à se motiver au début, mais encore une fois, c'est la littéracie qui compte. Vous devez apprendre ce que vous devez faire. Un changement de comportement découle de la découverte des raisons expliquant pourquoi vous vivez une telle situation. Vous devez absolument découvrir pourquoi vous en êtes là. Voilà pourquoi les régimes se soldent habituellement par un échec: vous ne vous attaquez pas au fond du problème; vous abordez uniquement les aspects superficiels.

De plus, un spécialiste peut offrir un certain degré de responsabilisation et de conseils personnalisés, peu importe s'il s'agit d'un consultant en matière de santé, d'un médecin ou d'un nutritionniste. Cela dépend de votre personnalité. Certains peuvent bien s'y retrouver eux-mêmes. D'autres ont besoin d'un encadrement personnalisé. D'autres encore ont besoin d'un partenaire auquel ils doivent rendre des comptes, d'un médecin ou d'un consultant pour les aider.

Des incitatifs dans le secteur privé ont aidé les gens à suivre cette voie. Après quoi, il leur faut une motivation appropriée et un sens de responsabilité afin de poursuivre le cheminement.

• (1630)

M. Wladyslaw Lizon: Docteur Milne, compte tenu de toute la technologie et les applications disponibles, comment voyez-vous votre rôle de médecin? Est-il en train de changer? Vous voyez-vous plus comme un éducateur, une personne qui prévient les maladies plutôt que de traiter des patients?

Comment la technologie en évolution constante permettrait-elle aux gens de continuer à décider d'eux-mêmes plutôt que de dépendre de ce que leur indique une application? L'application pourrait leur indiquer d'acheter un produit en particulier. Quand je vais à l'épicerie, je ne pense pas connaître 10 p. 100 des produits offerts. Si les gens utilisent des applications, que devraient-ils choisir? Comment décider? Devraient-ils se fier à leur appareil? En tant qu'êtres humains, nous devrions être encore en mesure de faire nos propres choix.

La présidente: Votre temps est écoulé, monsieur Lizon.

Quelqu'un peut-il répondre brièvement à cette question?

Docteur Milne.

Dr Ken Milne: Ça devrait être une prise de décisions commune et le médecin devrait aider le patient, mais le processus est axé sur le patient. La technologie nous permet de personnaliser le processus pour convenir à chaque patient. La réponse ne sera pas la même. Elle sera différente pour chaque patient.

La présidente: Merci.

Vous avez obtenu votre réponse, monsieur Lizon, et c'était une bonne réponse.

Je donne la parole à la Dre Fry.

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

Je voudrais dire aux témoins que leurs interventions sont très intéressantes. J'aime bien ce que vous dites, mais permettez-moi d'être un peu sceptique.

Je comprends la question. Mary a été une de nos grandes ministres de la santé — Mary, je dois dire cela —, mais il y a un élément dont nous devons discuter. Je comprends la validation des applications, l'aspect évaluation, entre autres, et j'appuie ce qu'a dit Mary concernant le rôle du gouvernement fédéral. Il doit agir comme un centre d'information — comme Feng l'a dit, l'Europe fait de même — et faire la vérification des applications, s'assurer qu'elles sont valides et rendre disponibles les informations appropriées. Vous recherchez les résultats. Je comprends bien ce que vous dites.

Je crois que c'est Libby qui a soulevé la question de l'accès. C'est une question qui me préoccupe. Les jeunes ont un bon accès aux téléphones intelligents et savent comment les utiliser. Les aînés représentent le groupe qui utilise de plus en plus ce genre de technologie. Cependant, il y a beaucoup de personnes qui n'y ont pas accès: les groupes à faible revenu, les travailleurs pauvres, ceux qui vivent dans la rue, et ceux atteints de maladies chroniques qui sont isolés et peu motivés. Pour moi, la question est de savoir comment faire en sorte que ces personnes aient accès à la technologie.

Avant même de discuter de cette question, il faut savoir, et je crois que c'est ce que Libby essayait de dire, qui fournit l'accès à la technologie? Est-ce à la province de distribuer des téléphones cellulaires intelligents à tout le monde pour qu'on y ait accès? Qui fait ce travail?

Avant même de fournir l'accès à la technologie, il faut qu'il y ait une motivation. Nous savons tous qu'il a fallu très longtemps, malgré les photos affreuses sur les cartons de cigarettes, pour convaincre les gens d'arrêter de fumer. Nous savons tous qu'il est très difficile d'amener les gens à porter attention au fait que, quand ils grossissent, leurs risques, comme tout le monde le sait — il faudrait vivre sur une autre planète pour ne pas le savoir — de développer le diabète du type 2 augmentent, et que l'embonpoint est un problème.

Les gens dont vous parlez, qui vont utiliser ces applications, sont ceux qui sont motivés. Ce sont des personnes qui veulent prendre leur santé en main, qui veulent trouver des solutions à leurs problèmes chroniques ou les prévenir.

Ma question, en fin de compte, est qui va entreprendre la tâche difficile? Comment motiver les gens qui continuent à contracter des maladies chroniques telles que le diabète de type 2, l'obésité, etc., parce qu'ils s'engorgent de sel?

Si je comprends bien ce qu'a dit Ken, les médecins peuvent présenter les applications aux patients qui ont déjà une maladie chronique et les encourager à utiliser la technologie pour se surveiller. Je comprends cela, mais que faire au niveau de la prévention? C'est ce qui me préoccupe. Comment motiver les gens? Je ne parle pas de nous tous, des 25 ou 30 p. 100 ou quel que soit le pourcentage, qui sont motivés et qui utilisent leur téléphone intelligent pour surveiller leur santé.

Comment faire en sorte que les employeurs fassent leur part? On ne peut pas exiger que les employeurs du secteur privé fournissent la technologie à tous leurs employés et les obligent à se prendre en main.

Voilà la question essentielle. Comment instaurer cette motivation pour la prévention? Comment fournir un accès à la technologie à ceux qui ne peuvent pas se le permettre? Ils n'y songent même pas parce qu'ils sont trop occupés à essayer de joindre les deux bouts, ou ils sont dans la rue, ou ils couchent chez des connaissances, comme on voit souvent chez les itinérants. Comment susciter l'intérêt d'un grand nombre de ces personnes dans la technologie et les motiver à l'utiliser? Il en va de même pour les jeunes qui pensent qu'elle ne sert qu'à suivre Bieber et à télécharger la musique du jour.

Si on pouvait atteindre cet objectif, ça serait magnifique, mais comment devrait-on s'y prendre?

• (1635)

La présidente: Vous avez trois minutes pour trouver une solution à ce problème.

Commençons par vous, docteur Norman.

Dr Cameron Norman: C'est une question complexe. Les questions complexes méritent des réponses complexes, mais comme nous n'avons que trois minutes, je vous donnerai une réponse simplifiée.

L'hon. Hedy Fry: Je pense que Mary veut aussi répondre à ma question, donc vous avez moins de trois minutes.

Dr Cameron Norman: Bon, une minute.

Je dirais qu'un des éléments clés serait d'encourager la créativité dans l'ensemble du système de santé pour trouver de nouvelles façons d'utiliser ces outils. On a tendance en Amérique du Nord à penser que chaque téléphone n'a qu'un utilisateur. Ce n'est pas le cas dans bien d'autres régions du monde, où plusieurs personnes se servent du même appareil.

Il y a des moyens d'habiliter les gens — les enseignants, les médecins, les éducateurs et ceux qui décident des politiques. On peut même mener des activités dans les centres d'achat en utilisant différents types de médias. On peut le faire par la sensibilisation et toutes sortes d'activités pour lesquelles on dispose de la technologie.

On reste coincé par cette idée que si les gens n'ont pas de téléphone, ils n'ont pas accès à la technologie. Cela ne veut pas dire qu'un médecin, qu'un enseignant ou quelqu'un d'autre ne peut pas utiliser le téléphone pour faire une démonstration. Le téléphone est un outil de sensibilisation fantastique.

La présidente: Madame Collins, voulez-vous prendre la parole?

L'hon. Mary Collins: Je vais peut-être aller un peu à contre-courant, mais je ne crois vraiment pas que l'accès à la technologie soit la solution à tous les problèmes. Nous devons nous doter de toute une gamme de stratégies. En effet, la BC Healthy Living Alliance a effectué toutes sortes de programmes axés sur les groupes à faible revenu et a beaucoup d'expérience dans le domaine de la motivation, surtout sur le plan de la nutrition et de l'activité physique. Il s'agit d'un travail ardu.

Il faut en grande partie tisser des liens entre les gens pour qu'ils aient un sentiment d'appartenance et qu'ils veuillent faire partie d'un groupe qui est peut-être... Pour les groupes à faible revenu, nous avons axé nos efforts sur les connaissances en nutrition. On les accompagne à l'épicerie. On les aide à choisir des aliments sains. Il faut traiter de plusieurs éléments. Honnêtement, je ne compterai pas uniquement sur les applications.

Pour aider les gens, certainement au cours des 10 prochaines années, il faudrait miser sur l'aspect personnel, les groupes et les organismes communautaires.

La présidente: Encore une minute.

Oui, monsieur Friesen.

M. Dale Friesen: Pour les jeunes, c'est la ludification.

L'hon. Hedy Fry: Eh bien, c'est intéressant.

La présidente: Pourriez-vous expliquer? Avez-vous dit « ludification »?

M. Dale Friesen: Les outils en ligne.

L'hon. Hedy Fry: Ah, merci, parce que Ken a hâte de prendre la parole.

M. Dale Friesen: Non, mais ils aiment bien être compétitifs. Ils utilisent leurs téléphones pour s'amuser, alors il est possible de les instruire pendant qu'ils s'amuse et de les aider à gagner des points.

La présidente: Docteur Milne.

Dr Ken Milne: Si je vous comprends bien, madame Fry, vous voulez savoir comment communiquer avec des gens qui sont difficilement joignables ou qui ne sont pas motivés, ce qui est la raison pour laquelle nous ne communiquons pas avec eux. La réponse consiste à les joindre et ce sont les 10 p. 100 d'utilisateurs les plus fréquents des services d'urgence, les gens les plus défavorisés sur le plan socioéconomique, de l'alphabétisation et de la santé, et ce sont eux qu'on cible. Il faut canaliser l'argent vers ceux et celles qui sont les utilisateurs les plus fréquents. C'est ainsi que l'on communique avec eux.

L'hon. Hedy Fry: Merci pour la minute supplémentaire, madame la présidente.

La présidente: Je vous en prie.

Maintenant, c'est au tour de M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente. Nous avons entendu des commentaires bien intéressants jusqu'à présent.

Je veux revenir au thème de la santé dans les régions rurales.

Je viens de la ville de Barrie dans le comté de Simcoe. Cela fait partie de ROMP, le Programme médical en milieu rural de l'Ontario, qui cherche à combler la pénurie de médecins en région rurale. Vos paroles m'ont fait penser à quelques-uns des défis auxquels nous faisons face et des solutions qu'on pourrait trouver pour améliorer les soins de santé dans les petites municipalités et les collectivités rurales.

Un projet qui m'a semblé particulièrement efficace est un projet pilote lancé par l'Université de Toronto pour former quelques-uns de leurs médecins de famille, 12 par année, en milieu rural dans le cadre d'un hôpital. La moitié des médecins qui ont fait cette formation sont restés à Barrie. Je me souviens que lors du déplacement du comité au Nunavut, nous avons examiné la télésanté et sa contribution à la portée des services de soins de santé qui n'auraient pas été disponibles autrement.

Connaissez-vous d'autres projets pilotes ou d'autres initiatives comme celle-là qui seraient particulièrement utiles afin d'améliorer les soins de santé dans ces milieux où il y a d'importantes pénuries de médecins? Je sais que dans ma ville, 30 000 personnes n'ont pas de médecin de famille. Il s'agit d'un problème réel et concret.

• (1640)

La présidente: Docteur Milne.

Dr Ken Milne: J'ai participé à un programme de l'Université de Western Ontario qui s'appelait SWARM. Ensuite, le nom est devenu SWOMEN, le Réseau d'éducation médicale du sud-ouest de

l'Ontario, qui a été créé par le Dr James Rourke. Il y a environ 20 ans, nous avons publié un article sur la formation locale des médecins, et nous avons conclu que de telles formations augmentaient la probabilité que les médecins restent là où ils sont formés.

Gateway s'en est inspiré en offrant un camp aux étudiants du secondaire intéressés par la médecine. Ces étudiants sont jumelés avec moi, d'autres étudiants universitaires et des étudiants en médecine qui servent de mentors, afin de leur montrer qu'il est possible de faire une carrière stimulante, motivante et dynamique sur le plan intellectuel en région rurale, et qu'il est donc envisageable d'y être domicile. Il y en a qui pensent que s'ils vont étudier en ville et qu'ils retournent ensuite en milieu rural, ils n'auront plus accès à la formation, et que cela sera fini pour eux.

Ils savent déjà ce qu'il en est de vivre dans des petites villes parce qu'ils y ont grandi. Si nous pouvons nous assurer que la formation leur est accessible de l'école secondaire à la recherche, en passant par l'université et la résidence, il est plus probable qu'ils restent dans ces petites villes. Depuis une douzaine d'années, nous avons connu beaucoup de succès.

M. Patrick Brown: Si je me fais l'avocat du diable, je dirais que tout le monde nous dit qu'il nous faut plus de médecins de famille, et évidemment c'est le genre de solution que nous accueillons favorablement. Mais que peut-on faire au niveau fédéral? Voilà le défi. On songe à l'éducation. Mais c'est un aspect qui ne relève pas de nos responsabilités. Vous avez parlé d'un camp. Je conviens que quelqu'un qui passe du temps en région rurale va vraisemblablement vouloir y rester. J'y crois sincèrement.

Que peut-on faire au niveau fédéral pour encourager ou rendre possible une telle chose?

Dr Ken Milne: Le gouvernement fédéral pourrait aider les familles agricoles en leur donnant du soutien permettant à leurs enfants de poursuivre des études secondaires.

L'endettement des médecins, au moment où ils terminent les études, se situe actuellement entre 100 000 et 150 000 \$, et ce, en raison des augmentations considérables des frais de scolarité depuis les derniers... Lorsque j'ai étudié la médecine, les frais de scolarité étaient de 3 000 \$; maintenant c'est 15 000 \$, 16 000 \$, 17 000 \$ par an. Les médecins, au moment de l'obtention du diplôme, sont très endettés. Si on pouvait se débarrasser de ce fardeau financier, si on pouvait avoir un programme quelconque qui pourrait aider les gens des régions rurales qui aimeraient bien y retourner pour y travailler, ce serait utile.

M. Patrick Brown: Je crois que le budget d'il y a deux ans prévoyait un programme de radiation de la dette...

La présidente: Monsieur Brown, je crois que nous avons un autre...

Dr Cameron Norman: Si cela est possible au niveau fédéral, j'ai moi aussi une proposition relative à cette idée de soutenir la recherche dans ce domaine. Les IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, n'ont pas de groupe responsable de l'informatique de la santé ou de la médecine, ou quelque chose de ce genre. Il n'y a aucun groupe responsable du processus décisionnel dans les domaines de la technologie et de l'éducation. Les études font l'objet d'une évaluation par des gens qui, tout en ayant certaines compétences, n'ont pas nécessairement les meilleures compétences pour faire ce genre de choses.

En outre, il faut tenir compte des cycles scientifiques, qui exigent souvent qu'on soumette une demande de subvention au mois de mars, par exemple, ou qu'on commence à former l'équipe au cours de l'été — parce qu'on exige toujours que les gens travaillent l'été. Par conséquent, vous soumettez votre proposition en septembre, vous obtenez la réponse au mois de mars et vous êtes censé avoir créé cette innovation d'avant-garde, prête à être lancée l'été suivant. S'il y avait un moyen de fournir un genre de financement permettant une réponse plus rapide ainsi que... Si la priorité a été accordée à l'informatique de la santé, on pourrait vraiment faire avancer ce travail de façon considérable, ce qui ferait dire aux unités de services de santé régionales et provinciales qu'elles ont peut-être des preuves justifiant l'investissement dans ce genre de ressources.

M. Patrick Brown: J'ai posé au groupe précédent une question portant sur la réglementation des matériels médicaux, qui relève uniquement des compétences fédérales.

On se plaint que c'est un processus difficile. Nous avons également entendu un médecin dire que c'était beaucoup plus facile de faire cela au Canada par rapport aux États-Unis.

Ma question s'adresse à tous les témoins, que pensez-vous de la réglementation des matériels médicaux, étant donné qu'il s'agit d'outils d'innovation? Sommes-nous en train d'établir un système qui soutient ce genre d'innovation?

La présidente: Qui aimerait répondre?

Madame Collins ou docteur Norman?

Dr Cameron Norman: Du point de vue de choix normal, je ne connais pas grand-chose. Encore une fois, selon mon expérience dans le secteur privé, public et universitaire, je dirais que nous n'avons pas vraiment de financement pour développer des outils extrêmement innovateurs. Certains développent de très bons produits. Il y a des cas, mais ce genre de travail est effectué par des gens très audacieux qui prennent de gros risques. Ce genre de travail n'est pas soutenu au niveau systémique. Si c'était le cas, je pense que vous auriez beaucoup plus d'innovations et on pourrait par la suite trouver les meilleures, et ne pas simplement récompenser les personnes les plus audacieuses, parce qu'elles vont faire cela de toute manière.

Si on avait la capacité systémique à soutenir ce genre de travail au niveau de la recherche, que ce soit dans le secteur industriel, universitaire ou autre, nous pourrions faire avancer les choses beaucoup plus rapidement pour avoir une variété d'innovations beaucoup plus intéressantes que les organismes de réglementation pourraient examiner. À l'heure actuelle, ils évaluent très peu de choses et je ne suis pas convaincu que cette situation soit très saine pour tout le monde.

• (1645)

La présidente: Très bien, merci beaucoup.

Nous allons entamer notre deuxième série de questions de cinq minutes. Il va falloir respecter les limites de temps. Je vous demanderai de faire attention à mes signaux, ce qui m'évitera de vous interrompre. Merci beaucoup.

Nous allons commencer par la Dre Sellah.

[Français]

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

Merci à tous les invités ici présents.

Ma première question s'adresse aux représentants du Gateway Rural Health Research Institute.

Docteur Chang, vous avez dit que de 10 à 30 % de la population rurale souffrait de maladies chroniques et que l'espérance de vie était moins élevée qu'auparavant. Comment expliquez-vous cela? Est-ce que la population rurale devient de plus en plus pauvre et n'a donc pas accès à une nourriture saine, probablement?

Ma deuxième question s'adresse à Mme Collins.

Vous avez mentionné, à titre d'exemple, que la FDA réglementait et vérifiait certaines technologies mobiles. Santé Canada n'est-il pas l'équivalent de la FDA? Si ce n'est pas le cas, pourriez-vous donner plus de précisions sur le cadre fédéral?

[Traduction]

La présidente: Docteur Chang.

Dr Feng Chang: Vous vous demandez essentiellement quelles sont les raisons ou les facteurs qui expliquent pourquoi l'état de santé des gens en région rurale est moins bon que celui des gens en milieu urbain. Il faut tenir compte d'un grand nombre de facteurs. Je crois qu'un bon nombre de ces facteurs sont interreliés.

De plus, je dirai très brièvement qu'il existe une disparité régionale. En comparant l'état de santé des habitants du Nord de la Colombie-Britannique et celui des gens habitant le Sud-ouest de l'Ontario, on voit que les difficultés ne sont pas les mêmes. Il y a des facteurs géographiques en jeu. Par exemple, certaines maladies pulmonaires sont liées au travail agricole. On a pu montrer que c'est un facteur étiologique direct.

Il existe également des facteurs de nature économique, tels que la perte d'une industrie dans un bon nombre de ces régions. Plus tôt, nous avons entendu dire que l'état socioéconomique moins bon mène à un état de santé moins bon également.

En outre, les populations rurales sont plus vieilles que les populations des centres urbains. Il existe un plus grand pourcentage d'âinés vivant en milieu rural en raison du vieillissement de la population du pays et de l'exode des jeunes qui quittent la région rurale à la recherche des possibilités liées à l'économie, au travail ou à l'éducation.

Je crois que toute une gamme de facteurs entrent en jeu.

La présidente: Madame Collins.

L'hon. Mary Collins: J'aimerais faire une observation au sujet de la FDA.

Si j'ai bien compris, la participation de l'agence FDA à la réglementation de la technologie mobile et médicale est relativement nouvelle. Je crois qu'il y a seulement un an que l'agence a entamé le processus consultatif pour ensuite envoyer les ébauches de rapport pour tout. L'agence se demandait quels appareils devraient faire l'objet de leur réglementation et de quelle façon.

Je ne sais pas vraiment si Santé Canada a entamé un processus semblable ou si le ministère a tiré les mêmes conclusions quant au genre d'applications — là où il y a une interaction avec le corps humain — qui devraient être réglementées. Je n'ai rien trouvé sur le site Web qui traitait de cette question.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Il vous reste une minute, madame Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Ah, très bien.

Docteur Milne, je vous ai entendu dire qu'on était maintenant plus axé que par le passé sur l'approche centrée sur le patient. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Cependant, j'ai une préoccupation. Toutes ces technologies ne sont pas abordables. Je crains donc qu'elles ne soient accessibles qu'à certaines couches de la population.

Pensez-vous que le fait de généraliser les innovations qui sont vraiment utiles au suivi des maladies chroniques va beaucoup aider?

• (1650)

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait répondre?

Allez-y, docteur Milne.

Dr Ken Milne: Je vous remercie de la question.

En répondant à votre question, il vaudrait mieux dire oui, il existe des obstacles quant à l'emploi de cette technologie. Il faut s'assurer que les soins de santé primaires soient accessibles à tout le monde. Et lorsque je parle des soins de santé primaires, je ne parle pas des services fournis par quelqu'un comme moi, à titre de médecin, je parle des soins de santé primaires. La prestation de ces services peut se faire par l'entremise de divers fournisseurs. Au niveau du fournisseur, il peut avoir accès à la technologie pour aider le patient et participer à la prise de décision commune.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

M. Carrie et moi-même allons prendre la parole.

Si la greffière peut surveiller l'heure, je prendrai la moitié de votre temps. Merci, monsieur Carrie.

Monsieur Friesen, vous avez parlé de toutes ces applications intéressantes. J'étais vraiment ravie d'imaginer qu'une application pourrait montrer aux gens comment planifier leurs repas, comment mettre de côté du temps pour l'exercice, et qui pourrait nous évaluer. Vous les évaluez de façon individuelle. Disons que quelqu'un voulait le faire. Combien cela coûte-t-il par personne?

M. Dale Friesen: Cela dépend de la façon dont c'est mis en oeuvre. Si c'est fait de la façon dont notre entreprise le fait, pour les entreprises qui l'utilisent le coût peut être aussi bas que 50 ¢ par employé par mois.

La présidente: Donc vous vous adressez aux entreprises ou à la population en général et vous dites que vous avez ce programme très intéressant, que vous pouvez les suivre et les aider avec leur santé et qu'il y a un coût. Lorsque vous étiez en train de parler, je me disais que c'est très intéressant mais un coût y est associé et cela ne fait pas partie de programmes de soins de la santé à ce que je sache. Vous avez dit aussi que vous faites ça plutôt aux États-Unis, au sud de la frontière. Pourquoi?

M. Dale Friesen: C'est parce qu'il y a une crise de santé au nord et au sud de la frontière, mais la leur est beaucoup plus coûteuse que la nôtre. Ils cherchent plus proactivement des mesures préventives, parce qu'il y a une corrélation avec des économies du côté des soins de la santé.

La présidente: Beaucoup de gens dépensent tant d'argent pour s'abonner à un club de culture physique. Il me semble que si notre

appareil portatif affichait certains exercices ou régimes d'alimentation, ce serait plus rentable en termes de temps de déplacement... Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez?

M. Dale Friesen: Absolument, et d'être vraiment en train de participer à des activités qui sont bonnes pour la santé...

Par exemple, vous avez mentionné les clubs de culture physique. Je ne veux pas dire qu'il ne faut pas les fréquenter, étant donné l'équipement, des entraîneurs, qui sont des outils importants pour la motivation et la responsabilité personnelle, mais si vous vous servez de votre poids corporel pour faire de l'exercice pendant 30 minutes, trois fois par semaine...

La présidente: Est-ce que je peux vous poser une question? Il me reste seulement 30 secondes.

Disons que quelqu'un le fait et se sert de ces applications. Est-ce que vous avez une façon de comparer leur état avant ce régime et après...? Vous avez dit que vous les évaluez. Est-ce que vous êtes capables de voir les résultats et de voir s'ils ont vraiment suivi le régime? Et si oui, comment le faites-vous?

M. Dale Friesen: Le système offre des choix différents après l'évaluation. Il vous fournit des conseils ou un entraînement différent en fonction de votre journal personnel.

La présidente: Ma question est de savoir comment faites-vous l'évaluation? Vous commencez au point A et vous terminez au point Z, donc comment faites-vous pour évaluer l'amélioration ou la détérioration de la santé d'un individu?

M. Dale Friesen: On peut se servir de plusieurs scores de santé dans ces évaluations. Par exemple, on peut se servir de renseignements biométriques, donc des prises sanguines.

La présidente: Cela fait partie de l'application?

M. Dale Friesen: Oui. Pour faire les tests sanguins vous devez vous rendre à un laboratoire.

La présidente: Bien. Vous devez vous rendre à un laboratoire pour les tests sanguins. Ce n'est pas l'individu qui fait la prise de sang, C'est réconfortant.

Merci.

D'accord, docteur Carrie.

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

Monsieur Friesen, j'aimerais d'abord vous dire que je crois que vous faites un travail fantastique. Avant d'être député, j'étais chiropraticien et j'avais deux cliniques de mieux-être. Lorsque j'ai commencé il y a environ 25 ans personne ne connaissait l'expression « mieux-être » ni la prévention. Personne se penchait sur la prévention. Ce n'était qu'après avoir eu une maladie qu'on commençait à intervenir.

Vous avez parlé du mieux-être et de la prévention au sein des entreprises mais vous avez aussi parlé de l'importance de modifier les comportements et de communiquer ces renseignements aux gens. Pourriez-vous nous dire quels sont les obstacles qui empêchent la mise en oeuvre de ces nouveaux systèmes et technologies?

J'aimerais poser ma deuxième question au Dr Milne. Vous avez dit que ce qui importe c'est le patient, tout est centré sur le patient. Je me demandais comment on pourrait se servir de la technologie pour encourager davantage de responsabilité personnelle, et comme mon collègue l'a dit, plus de prise en charge de la part du patient.

•(1655)

M. Dale Friesen: Je crois que l'obstacle le plus important, et nous en avons déjà parlé un peu aujourd'hui, c'est l'accessibilité. Comment la rendons-nous accessible aux gens? Si votre employeur vous l'offre, ou une école vous l'offre, vous pouvez l'avoir, mais si ce n'est pas le cas, vous devez être suffisamment motivé pour aller la chercher vous-mêmes. C'est ce qui manque en ce moment. La technologie peut être construite à l'échelle, donc elle peut être utilisée par des millions d'utilisateurs. Il faut trouver le moyen de la rendre accessible et quelle est la meilleure façon de la rendre accessible pour tout le monde.

Dr Ken Milne: Il y a un lien direct entre le niveau de littératie en matière de santé et l'état de santé des individus. Nous ne savons pas quel est le niveau de littératie en matière de santé de chaque individu et c'est un facteur important dans la relation. C'est pour cette raison que l'année dernière nous avons commencé le REALM, une estimation rapide du niveau des connaissances des individus en médecine, sous une forme abrégée. Il y a un test de 10 secondes pour évaluer votre niveau de littératie en matière de santé, en vous servant de la forme abrégée du REALM. Cela nous permet de vous mettre dans une catégorie parmi quatre selon votre niveau de littératie et ensuite nous pouvons cibler cette catégorie. Cependant c'est frustrant même en se servant de modèle-papier pendant 10 secondes. Mon fils de 14 ans était assis à côté de moi, il a vu que j'étais très frustré et il m'a dit, « Papa, pourquoi je ne fais pas plutôt une application pour ce test? »

La présidente: Merci, docteur Milne. Nous allons maintenant passer à M. Morin.

[Français]

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

Je vais poursuivre sur la lancée de mon collègue le Dr Carrie à propos de la prise en main personnelle. Cela me préoccupe beaucoup aussi. D'abord, je suis député d'une région rurale au Québec, alors je suis content de constater aujourd'hui qu'il y a beaucoup d'amour envers les régions rurales. Aussi, en tant qu'omnipraticien, la prévention est très importante pour moi.

Plus particulièrement, je me demande quel rôle le gouvernement fédéral peut jouer pour essayer d'améliorer la prévention au moyen des innovations et des technologies. On a abordé la question un peu plus tôt. Je cite cela en exemple puisque, fait curieux, le vérificateur général a publié aujourd'hui son rapport dans lequel il déplore qu'un montant de 100 millions de dollars ait été accordé à l'Agence de la santé publique du Canada, à Santé Canada et aux Instituts de recherche en santé du Canada pour mettre en place des stratégies de prévention du diabète et de lutte contre cette maladie. En tant que tel, le gouvernement fédéral a ce dossier à coeur et a un rôle à jouer pour aider à prévenir les différentes maladies chroniques au sein de la population autant urbaine que rurale. En même temps, le vérificateur général déplore qu'il n'y ait pas eu de coordination.

On a donc investi là-dedans beaucoup d'argent des contribuables sans que cela donne de résultats. Il y a eu une redondance. Je me pose encore la question: la solution est-elle d'engager plus d'argent qui sera mal administré par certains gouvernements ou est-ce de coordonner nos efforts pour que les gens se prennent en main?

Je vais tenter de terminer de poser ma question. Je me dis que la progression des technologies a aussi un effet un peu pervers. Les gens qui souffrent de diabète ou d'hypertension se disent que ce n'est pas grave, que les progrès de la médecine leur permettent de régler leurs problèmes en prenant un médicament. Ils pensent donc qu'ils

n'ont pas besoin de se prendre en main, de faire plus d'exercice ou de manger mieux. Ils se contentent de prendre leur pilule. Bientôt, ça devient une boîte de pilules à ingérer chaque jour. J'ai l'impression que la population canadienne, de façon globale, ne prend pas sa santé à coeur ou du moins ne veut pas s'améliorer.

[Traduction]

La présidente: Allez-y, docteur Norman.

Dr Cameron Norman: Il y a plusieurs rôles possibles. Cependant il faut garder à l'esprit qu'il faut avoir les bons renseignements afin de faire des bons choix. L'idée de prise en charge est importante aussi. Le gouvernement fédéral pourrait fournir un soutien à l'éducation et au déploiement de technologies qui permettent aux gens de prendre des décisions éclairées et de s'organiser, que ce soit par le biais d'une mesure pour la société civile, de création de nouvelles occasions d'affaires, ou par d'autres moyens.

Par exemple, les maladies chroniques sont souvent reliées à l'alimentation. Si vous vous trouvez dans un endroit que nous appelons un désert alimentaire — un endroit où les aliments ne sont pas accessibles; vous êtes en situation de précarité alimentaire — ça ne sert à rien de vous dire comment manger. Vous devez pouvoir agir, alors peut-être il faut aider à créer cette possibilité, quelque chose comme cela. Je crois qu'on a la capacité de créer des mesures qui peuvent vraiment aider les gens à s'organiser et à s'adapter, de concert avec les fournisseurs de soins de santé et leurs collectivités, car les situations seront différentes selon l'endroit où on se trouve.

C'est une chose que de prendre de bonnes décisions, mais il faut tenir compte des effets systémiques et de pouvoir agir à ce niveau-là aussi, en même temps. Je ne crois pas qu'il faut choisir une ou l'autre situation; je ne crois pas que ça marche comme ça. Il y a beaucoup trop de diversité au Canada pour qu'un système unique puisse fonctionner.

•(1700)

M. Dany Morin: Monsieur Milne, lorsque vous parlez de la population rurale...

La présidente: Monsieur Morin, pardonnez-moi, mais Mme Collins aimerait faire un commentaire. Est-ce que cela vous va?

M. Dany Morin: Bien sûr.

La présidente: Madame Collins.

L'hon. Mary Collins: Je tiens à ajouter une remarque. Il y a beaucoup d'innovation qui se produit dans les provinces et territoires, avec le soutien des gouvernements provinciaux et des ONG. L'une des façons dont le gouvernement fédéral peut être très utile, c'est en prenant ces pratiques exemplaires, en les bonifiant et en les diffusant d'un bout à l'autre du pays.

L'Agence de la santé publique du Canada vient de mettre au point une nouvelle stratégie en matière de partenariats pour la prévention des maladies chroniques. Nous sommes ravis de voir ce genre de stratégie. Nous espérons qu'elle donnera de très bons résultats. Ce n'est pas toujours nécessaire de réinventer la roue. Il se passe beaucoup de bonnes choses.

M. Dany Morin: Docteur Milne, à mon avis, la population rurale dépend plutôt de l'automobile que de la marche à pied; la marche comme la population urbaine la pratique. Qu'en pensez-vous? Que pouvons-nous faire pour que la population rurale marche davantage?

Dr Ken Milne: Normalement, les gens utilisent la voiture pour aller partout puisque les distances à parcourir sont énormes, et qu'ils passent la journée debout à des tâches agricoles. Je ne sais pas s'il s'agit de les encourager à faire plus d'exercice ou à être plus en forme de cette manière; je pense qu'il est plutôt question d'alimentation. Voilà mon impression. Je pense qu'ils sont debout et occupés.

La présidente: Merci beaucoup. Je suis désolée, mais je dois passer au Dr Wilks. Je viens de vous donner une promotion. Vous êtes député, maire, et maintenant vous êtes médecin. Très bien, monsieur Wilks, vous avez la parole.

M. Dany Morin: C'est un député extraordinaire.

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

Une voix: Dr Smith.

M. David Wilks: En effet, Dr Smith.

Je remercie les témoins de leur présence.

Je vais poser mes questions rapidement, et vous pourrez ensuite y répondre. De cette façon, je ne dépasserai pas mes cinq minutes.

Madame Collins, vous avez parlé de l'importance d'encourager l'innovation qui est scientifiquement validée. Pourriez-vous nous en dire un peu plus et nous expliquer comment le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle là-dedans?

Docteur Milne, vous avez parlé de JOG, Just out of the gate, ou l'adoption rapide, pourriez-vous élaborer un peu?

Monsieur Friesen, moi, je perçois les téléphones intelligents différemment. Je crois qu'il s'agit d'une application formidable qui a vu le jour ces dernières années, mais au détriment de nos enfants. Ils s'en sont servi à des fins qui peuvent être bonnes dans un sens, mais je pense que nous sommes engagés sur la voie de l'obésité et d'enfants en mauvaise santé en conséquence.

En commençant par Mme Collins, qu'avez-vous à dire?

L'hon. Mary Collins: Tout d'abord, nous aimerions qu'il y ait un fondement scientifique. Si on décide de promouvoir des applications ou des technologies, il devrait y avoir des données qui démontrent qu'elles fonctionneront bien et seront efficaces.

Nous devons faire plus dans ce domaine. Je pense que le gouvernement fédéral, que ce soit par le biais des IRSC ou un autre organisme, pourrait investir davantage dans ce domaine, à l'instar de l'étude dont j'ai déjà parlé à San Francisco, qui était très intéressante. Je n'en ai pas vu de semblable ici. C'est certainement un domaine à considérer.

L'autre domaine, c'est ce dont nous avons déjà parlé: à savoir un mécanisme quelconque qui permettrait d'avoir une évaluation permanente de beaucoup de ces nouvelles technologies et applications qui seraient utiles, tant à la communauté médicale qu'au consommateur individuel.

M. David Wilks: Et le JOG, ou l'adoption rapide?

Dr Ken Milne: D'accord. Dans le cas du JOG, ou l'adoption rapide, nous allons présenter l'information pertinente, après examen critique, aux praticiens des régions rurales qui pourront décider si cette information est applicable ou non à leur région. À l'heure actuelle, le problème que pose l'application du savoir médical, c'est qu'il faut généralement 10 ans pour qu'une information de grande qualité cliniquement pertinente percole jusqu'au patient. Dix ans, c'est trop long lorsqu'on parle de technologie informatique, et c'est pourquoi nous parlons de diffusion.

Il est très peu coûteux de se brancher sur iTunes, de publier l'information en format balado et de lier l'information à Twitter, YouTube et Facebook. Nous avons réussi à le faire l'an dernier pour la médecine d'urgence dans le cadre d'un projet intitulé Skeptics Guide to Emergency Medicine. Nous procéderons de la même façon, alors si vous voulez avoir un aperçu de Adoption rapide, vous pouvez consulter le Skeptics Guide.

• (1705)

M. Dale Friesen: Les téléphones intelligents ne vont pas disparaître, malheureusement. Je suis d'accord avec vous quant aux effets négatifs qu'ils peuvent avoir pour les enfants. Je vois mes neveux — mes enfants sont encore trop petits — collés à ces téléphones. Ma proposition serait de les utiliser contre eux.

Des voix: Oh, oh!

M. Dale Friesen: Utilisons-les pour communiquer de l'information intelligente. En fait, nous devons éduquer ces enfants, alors fournissons-leur l'information par le truchement de leurs téléphones intelligents. On pourrait en faire un jeu sur la santé. Là encore, il s'agit de ludification; si la partie s'arrête pendant 30 minutes, le joueur doit sortir courir.

Polar a un système qui permet de suivre l'activité des enfants. Bon nombre des parents qui ont participé à notre projet pilote ne laissent pas leurs enfants regarder la télévision tant qu'ils n'ont pas enregistré 60 minutes d'activités à leur montre. On peut utiliser différentes façons de suivre leur activité physique et de les récompenser ensuite, en les laissant écouter la télévision ou jouer à leurs jeux. C'est aussi une possibilité.

M. David Wilks: Revenons au Dr Milne.

J'habite à Sparwood, en Colombie-Britannique. C'est une ville de 4 000 âmes. En 2001, on a fermé l'hôpital local. Par conséquent, nous avons adopté notre modèle de soins de santé primaires. Au début, j'étais très sceptique — j'étais le maire de la ville à cette époque — mais cela a bien fonctionné avec le temps. Cela a obligé les gens à s'instruire et à se rendre compte qu'il y a des choses qu'ils peuvent faire eux-mêmes, sans médecin, à moins d'avoir vraiment besoin d'en consulter un.

Madame la présidente, je sais que le gouvernement fédéral n'a pas autant d'influence qu'il le voudrait en matière de soins de santé, puisqu'il s'agit d'un champ de compétence provinciale, mais j'aimerais savoir comment on peut mieux informer les gens et faire savoir que les soins de santé primaires ne sont pas un monstre auquel nous ne pouvons pas nous attaquer nous-mêmes. À certains endroits en Colombie-Britannique, on demande ce qu'il faut faire plutôt que d'essayer de comprendre qu'en fait ce n'est pas une mauvaise idée.

Dr Ken Milne: Si le gouvernement fédéral fournissait un accès à Internet haute vitesse dans tous ces endroits, on pourrait avoir recours à la télémédecine par le truchement de FaceTime, par exemple, pour obtenir au besoin des services dans des domaines de spécialités ou de sous-spécialités. Autrement, il faudra compter sur les soins primaires dispensés localement, mais les gens en ont besoin.

Il faudrait que le gouvernement fédéral établisse l'autoroute, l'infrastructure, qui pourrait être le pipeline des données fondées sur les preuves afin que tous les habitants du Canada puissent bénéficier de cette information, sans égard à l'endroit où ils vivent.

M. David Wilks: Merci de votre réponse.

La présidente: Passons à M. Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, madame la présidente, et merci à tous nos témoins d'être venus aujourd'hui nous faire bénéficier de leurs idées et de leur expérience.

Madame Collins, vous avez dit au début de votre témoignage que l'application de la technologie à la gestion semble avoir une longueur d'avance sur son application pour la prévention. Vous avez exprimé un certain scepticisme quant à son utilité, ou vous avez dit du moins que ce n'est pas une panacée.

Du côté de la prévention, dans quelle mesure l'application de la technologie permettrait-elle de résoudre le problème?

L'hon. Mary Collins: Je ne suis pas certaine de pouvoir vous fournir un pourcentage, mais il faut se rappeler que l'homme est un animal social et que nous devons encore interagir avec d'autres gens. Ce que j'ai vu de plus efficace, dans le domaine de la santé au travail, ce sont les gens qui décident de faire une marche à midi et qui incitent d'autres personnes à marcher avec elles, car les gens ne prendraient pas nécessairement cette initiative.

Nous avons besoin que les gens collaborent pour régler certains de ces problèmes. Les téléphones intelligents ne seront pas la seule solution à tous nos problèmes éventuels.

M. Matthew Kellway: C'est vrai, car j'ai l'impression — et j'espère que cela n'offensera personne — qu'en ce qui a trait à la technologie aux fins de la prévention, nous en sommes encore à l'époque où les foyers se dotaient d'ordinateurs et quand on demandait à quoi ils pourraient bien nous servir, on nous répondait d'y verser nos recettes de cuisine. Ce n'était pas très logique de saisir des recettes de cuisine dans les ordinateurs. J'ai l'impression que c'est un peu la même situation en ce qui concerne la prévention, mais ça ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas là de grandes possibilités pour l'avenir, même s'il semble que nous ne les ayons pas encore découvertes.

Vous avez parlé des gens qui font une marche, et cela me semble une activité intelligente qui ne nécessite pas un téléphone.

L'hon. Mary Collins: Je pense que de nombreuses possibilités n'ont pas encore été explorées.

Il y a bien sûr l'exemple dont on nous a parlé aujourd'hui, et j'ai entendu parler d'autres choses également dans le contexte de la santé en milieu de travail. Il y a de grandes possibilités pour ce qui est d'informer les gens et de les amener à participer par de nouveaux moyens, surtout auprès des générations plus jeunes, mais je ne crois pas que la technologie sera la solution à tous les problèmes.

Il est à espérer que les familles se réunissent encore pour manger ensemble, discuter d'une bonne alimentation et d'activités saines. Tout cela ne viendra pas d'une application.

• (1710)

M. Matthew Kellway: Ma question s'adresse à M. Friesen. Je m'inquiète un peu de la diffusion de cette information dans les milieux de travail, et ce, pour deux raisons. Si on examine le marché du travail de nos jours — et d'autres ont fait des observations sur le sujet — la vaste majorité des emplois en milieu urbain est de nature précaire. Les gens ont des emplois à temps partiel, sont travailleurs autonomes, etc. Ce sont des emplois qui sont exercés à un bureau, et on vous amène le travail.

Dans le cas de ces emplois, de tels programmes semblent convenir, mais ce qui m'inquiète, c'est l'augmentation du stress au travail. Vous avez parlé de régime alimentaire, mais la grande question est de savoir si vous aurez le temps de retourner chez vous le soir pour dîner, si vous aurez le temps d'aller magasiner pour acheter des légumes frais.

Des employeurs construisent un nouveau gymnase pour leurs employés, mais ils les obligent tous à faire du temps supplémentaire, de sorte que personne... Les employés sont stressés parce qu'ils savent qu'ils devraient être sur la bicyclette d'exercice, mais ils ne peuvent pas quitter leur bureau.

La solution c'est peut-être ce que proposent les Américains dans leur mesure législative sur les soins abordables. Il serait utile que vous puissiez nous dire quelques mots sur ce sujet, mais pouvez-vous également répondre à mes préoccupations relativement à l'application de ces mesures aux travailleurs, dans leur milieu de travail.

M. Dale Friesen: Pour revenir à ce qui a été dit précédemment, il n'y a pas de panacée. Ce qu'on a constaté dans bon nombre des exemples de mesures en milieu de travail, c'est que cet outil a habilité les gens et les a encouragés à marcher. Ils utilisent l'outil pour se fixer des rendez-vous pour aller marcher ensemble à l'heure du déjeuner, parce que cela leur permet de gagner des points pour le défi. Le fait que ce soit en ligne rend plus facile ce qu'ils devraient faire autrement.

Les preuves que nous avons recueillies dans toutes les entreprises et les universités, et auprès des étudiants qui ont participé, montrent que cette activité réduit le stress. Les analyses montrent que l'exercice et une attitude saine permettent de réduire le stress en milieu de travail.

Malheureusement, les travailleurs doivent faire beaucoup de temps supplémentaire partout de nos jours, et je ne sais pas très bien comment on pourrait empêcher cela. Peut-être que le gouvernement peut faire quelque chose à ce sujet, mais à titre d'employeur, je ne le souhaite probablement pas.

La présidente: Aussi intéressantes que soient vos questions, votre temps est écoulé.

Merci beaucoup.

Monsieur Lobb.

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

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

Ma première question s'adresse à la Dre Chang.

Pourriez-vous nous dire si vous avez des projets et des études qui sont en voie d'achèvement? Dans un avenir relativement rapproché, comment pensez-vous qu'on pourrait utiliser la technologie pour obtenir de meilleurs résultats en santé?

Dr Feng Chang: Je vais vous donner rapidement quelques exemples.

Gateway a participé à une étude intitulée Artemis. L'autre nom de ce projet était en fait *10 000 pas par jour*. Ce projet propose d'utiliser le BlackBerry comme l'appareil portable en vue de créer une plateforme qui réunirait les données sur votre poids, la surveillance de votre pression artérielle, la surveillance de votre glucose sanguin et un podomètre. Cette application permet de saisir toute cette information dans l'appareil portable de l'utilisateur pour voir si cela peut le motiver. On a parlé de mobilisation des patients un peu plus tôt. C'est très important.

Ce projet a obtenu des résultats assez positifs pour ce qui est d'augmenter le nombre de pas au quotidien et ultérieurement. On a suivi les données sur une période d'un an et on a pu démontré qu'il avait permis de diminuer les taux de sucre sanguin et la pression artérielle. L'analyse contient des données positives.

On a discuté des moyens de mobiliser les gens. Il est démontré que les habitants des régions rurales sont plus influencés par la culture en ce qu'ils sont généralement plus indépendants d'esprit et moins susceptibles d'aller chercher par eux-mêmes des services de prévention en matière de santé. Nous avons essayé de savoir à qui ces gens faisaient confiance et qui ils allaient généralement consulter. Nous avons constaté qu'il s'agit généralement des pharmaciens des communautés, car on en trouve dans à peu près toutes les petites collectivités, ils se connaissent les uns les autres et ils connaissent très bien les patients. Ils sont souvent au même endroit pendant des décennies et ils voient régulièrement les patients, bien que ce soit souvent pour des questions sans rapport avec la santé.

Nous essayons de voir, par exemple, si on pourrait intégrer un test de dépistage de déficit cognitif, un test bref de trois à cinq minutes, dans des visites de ce genre, afin de détecter des signes qui pourraient annoncer des problèmes plus tard. Nous savons que la détection précoce permet de rendre plus tôt un diagnostic et d'obtenir de meilleurs résultats dans la gestion du problème.

Ce sont là quelques exemples.

• (1715)

M. Ben Lobb: Docteur Milne, la technologie permet, comme le disait Dale, de saisir de l'information sur ce que l'on mange durant la journée dans un appareil portable, un ordinateur portable ou tout autre appareil, et ces données sont versées quelque part dans une base de données.

Par exemple, supposons que je sois votre patient et que je sois plus ou moins diabétique. Je souffre également d'une pression artérielle élevée et j'ai du poids en trop. J'ai un problème et je décide de vous consulter. Vous me dites de saisir sur mon iPhone tout ce que je mange durant la journée et tout ce que je fais et de revenir vous consulter dans un mois. Ensuite, vous pouvez aider le patient.

Est-il possible maintenant pour le patient d'entrer les données sur son appareil portable et que ces données soient transférées à vos dossiers?

Dr Ken Milne: C'est possible dans le cas de certains dossiers médicaux.

Si vous étiez mon patient, je devrais vous dire que je ne suis pas toujours la meilleure personne pour gérer un tel problème. Je vous enverrais consulter un éducateur en matière de diabète qui prendrait le temps de vous informer pendant une heure. Je vous enverrais consulter une infirmière spécialisée en diabète. Dans le cadre d'un travail d'équipe, nous vous demanderions de tenir un journal électronique que nous pourrions brancher à notre registre médical électronique pour partager les données avec tous vos fournisseurs de soins de santé.

M. Ben Lobb: Mais en tant que médecin vous-même, lorsque vous décidez d'avoir recours à la technologie, quelle décision devez-vous prendre?

Comment pouvez-vous vérifier l'élément de technologie avant de l'utiliser à votre bureau?

Dr Ken Milne: Ça dépend s'il s'agit ou non d'un élément de technologie diagnostique. Si nous utilisons des applications de diagnostic ou de traitement, il existe des méthodes fondées sur des preuves à cette fin. Je peux examiner quelles sont les preuves quant à l'application de ces techniques. Si cela améliore les soins dispensés aux patients, c'est très bien. Si cela n'améliore pas ces soins, je ne vais pas utiliser cette technologie.

C'est un simple outil. Il faut évaluer chacun des outils indépendamment.

La présidente: Il vous reste environ 20 secondes.

M. Ben Lobb: Seulement? Alors je me contenterai de remercier nos témoins d'être venus nous rencontrer.

La présidente: C'était très intéressant, docteur Chang et docteur Milne. Vous nous avez fourni une information formidable.

Passons maintenant à Mme Block.

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

Je me joins à mes collègues pour vous souhaiter la bienvenue parmi nous aujourd'hui.

Vous êtes un groupe de témoins formidables. En fait, toute cette étude est formidable parce qu'elle nous oblige à trouver diverses façons de comprendre la technologie. Et bien sûr, il y a de la concurrence pour le financement. Il y a de la concurrence pour le financement de mesures qui sauvent des vies ou prolongent des vies, qui permettent de gérer les problèmes de santé, de prévenir la maladie ou de faire la promotion de la santé.

Comme je l'ai déjà dit, je viens de la Saskatchewan. La population de cette province est relativement petite, juste un peu plus d'un million d'âmes dans une très vaste aire géographique. Cela nous oblige à nous montrer innovateurs et à agir bien avant qu'il ne soit nécessaire de le faire.

J'ai été présidente du troisième plus petit district de santé en Saskatchewan, alors je sais très bien quelles sont les difficultés dans les communautés rurales en ce qui concerne les soins de santé.

Je crois comprendre que vous défendez tous l'idée que les gens prennent leur santé en main, que l'on fasse la promotion de la santé et qu'on prévienne la maladie, et vous semblez être des chefs de file pour ce qui est d'adopter l'innovation et la technologie.

Ma question pour vous est la suivante: pourriez-vous nous dire quels sont les obstacles qui ralentissent l'adoption de l'innovation et de la technologie et auxquels vous êtes confrontés dans vos différents domaines?

On a parlé d'incitatifs et de la valeur des incitatifs, mais quelles sont les désincitations qui freinent les progrès?

Vous pouvez tous répondre.

L'hon. Mary Collins: Bien sûr, je réponds en premier.

Nous avons dit un peu plus tôt que l'un des défis vient du fait qu'il existe toutes sortes de choses et nous ne savons pas lesquelles en valent la peine. Je connais des gens qui ont utilisé certaines applications pour le conditionnement physique. Ils s'en servent pendant quelques semaines et ensuite ça les ennuie. Cela ne fonctionne pas vraiment.

Comment trouver ce qui fonctionne et que nous faut-il pour convaincre les gens? Nous avons entendu plusieurs bonnes suggestions à cet égard aussi.

Ce matin, nous avons aussi entendu parler d'obstacles. Il est souvent très difficile d'aller chercher les connaissances, l'appui et la technologie qu'il faut pour les personnes les plus susceptibles de contracter une maladie chronique du fait qu'elles vivent dans la pauvreté ou pour d'autres raisons. Il s'agit là d'un autre grand défi, comment partager plus équitablement ces connaissances et cette capacité entre tous les Canadiens?

• (1720)

Dr Ken Milne: Du point de vue du fournisseur, dans le document que vous recevrez plus tard lorsqu'il est traduit, il y a une illustration intéressante qui montre le modèle du tuyau percé. Il s'agit de différentes fuites dans le système à cause desquelles les médecins ne s'adaptent pas aux nouvelles informations, technologie de l'information ou autres... mais portant sur des nouvelles informations.

Nous essayons de régler le problème en nous servant des médias sociaux pour renverser la situation afin d'éviter l'effet de ruissellement. Nous donnons les renseignements de qualité aux fournisseurs de première ligne qui se servent de médias sociaux, particulièrement lorsqu'il s'agit d'apprentissage distributif.

Dr Cameron Norman: Comme nous l'avons déjà entendu, je dirais que l'un des obstacles est lié à l'absence de données probantes pour plusieurs choses. C'est en partie dû au fait que les modèles de recherche sont inadéquats.

Il y a des tonnes d'applications créées par des gens bien intentionnés mais il y a très peu de données probantes. Certaines d'entre elles fonctionnent assez bien, mais la situation est plutôt rare.

Je dirais aussi qu'il y a un problème d'appui organisationnel. Nous avons entendu d'excellents exemples sur la façon dont cet appui est utilisé. Dans la majorité des organisations avec lesquelles j'ai affaire, les gens s'intéressent à ces nouvelles technologies mais n'ont pas l'appui nécessaire pour la mettre en oeuvre au niveau individuel et de gestion. Ils croient encore qu'ils doivent être sur les médias sociaux mais ne savent pas s'y prendre sur le plan tactique. Je crois que la capacité de créer une culture axée sur ce qui est possible est une bonne chose.

Il y a un autre élément dissuasif. Les professionnels de la santé parmi nous sont souvent étonnés lorsque les gens ne sont pas toujours obsédés par la santé. Ils ne s'y intéressent pas. La plupart des gens veulent simplement rentrer à la maison et s'amuser avec leurs enfants. Ils veulent s'amuser avec leurs petits-enfants. Ils veulent courir parce que c'est amusant, pas parce que c'est bon pour la santé. Nous tenons absolument à créer des interventions pour faire en sorte que les gens deviennent actifs plutôt que d'essayer de maximiser le plaisir qu'ils retirent de ces activités.

Il y a eu une discussion utile sur le temps que les gens ont à consacrer à la création d'un repas santé. Souvent les gens aiment s'asseoir et prendre le temps de manger. C'est une belle occasion. Alors comment s'amuser? La ludification est une idée possible. Il faut transformer ces moments pour les rendre plaisants plutôt que de parler de la composition des assiettes. C'est un des obstacles les plus importants car peu de gens se tournent les pouces. Si nous pouvons transformer cette période de préparation de repas en jeu amusant, nous réussirons à faire beaucoup de bien.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons à la Dre Fry.

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

Je voulais reprendre l'idée du jeu qu'on peut offrir aux gens, ensuite Norman — ou est-ce Cameron?

Dr Cameron Norman: C'est Cameron.

L'hon. Hedy Fry: Cameron, vous avez dit que cet élément ludique pourrait rendre les choses plus amusantes. Il pourrait s'agir d'un outil d'apprentissage pour toute la famille de jouer à ce genre de jeu qui porte sur l'alimentation saine et le mode de vie sain. Je pense que c'est une idée attrayante.

J'aimerais que vous me donniez un exemple d'un jeu qui piquerait la curiosité de jeunes hommes, par exemple. Un peu plus tôt, Mary a parlé d'un endroit en Californie où ils se servent des médias sociaux pour communiquer avec des enfants obèses issus de familles à faible revenu. Ces gens sont souvent exclus. Si je comprends bien, vous croyez que le jeu pourrait faire partie d'une solution éventuelle.

Donc j'aimerais que vous nous parliez d'un jeu. C'est la première partie de ma question.

L'autre partie s'adresse au Dr Milne. Vous avez répété à plusieurs reprises qu'il serait souhaitable d'avoir un système qui vous permette de dire à un patient qui vous pose une question: « Vous n'avez pas besoin de me consulter. Vous pouvez consulter le ou la nutritionniste. » Cela serait en effet très utile si nous avions les systèmes de santé communautaires complets et intégrés qu'il nous faut pour être rentables et obtenir des résultats concrets.

J'aimerais savoir ce qui, selon vous, nous empêcherait de réaliser ces objectifs. Il s'agissait d'un des objectifs majeurs de l'Accord sur la santé de 2004. Les choses se sont bien passées dans certains domaines mais ont vraiment atteint l'impasse dans d'autres domaines. J'aimerais avoir votre avis sur les obstacles.

• (1725)

M. Dale Friesen: J'ai quelques exemples de jeux... En fait, Dre Chang en a abordé un.

Le simple fait de faire un suivi du nombre de pas marchés dans une journée incite les gens à marcher davantage. Les gens sont sensibilisés s'ils ont un jeu ou un défi visant à faire le suivi du nombre de pas dans une journée. Disons qu'ils se fixent un objectif de 10 000 pas pour une journée. Lorsqu'ils atteignent 9 500, plutôt que de rentrer directement à la maison, ils font le tour du pâté de maisons une dernière fois afin d'attendre les 10 000 pas. J'ai entendu des histoires de gens qui, à leur arrivée, montaient et descendaient leurs escaliers jusqu'à ce qu'ils atteignent le nombre de pas prévu pour la journée. Du point de vue masculin, puisque les hommes aiment bien la compétition, il est utile d'inclure un adversaire dans le jeu. Il peut s'agir simplement d'obtenir des points pour la nutrition en général, d'obtenir des points pour chaque activité accomplie, d'obtenir des points pour avoir répondu à une question sur la santé. Nous leur donnons des connaissances mais ce sont les points qui les motivent et qui les encouragent à garder une bonne avance par rapport à leur adversaire.

L'hon. Hedy Fry: Il s'agit d'un jeu qui permet à une personne de vaincre l'autre. Oui.

M. Dale Friesen: Tout à fait.

L'hon. Mary Collins: J'aimerais citer un autre exemple. Un jeu a été créé par Annonceurs Responsables en Publicité pour Enfants et Gogoyou. Un jeu qui intéresse les adolescentes dans certaines communautés autochtones de l'Ontario. Il semble assez bien fonctionner. L'idée du jeu est semblable, et pour continuer de jouer, il faut aller dehors faire de l'exercice pour avoir le droit de réintégrer le jeu.

Ce genre de choses semble être utile.

Dr Ken Milne: L'égo des médecins en est un autre.

L'hon. Hedy Fry: Vous croyez que c'est la seule raison?

Dr Ken Milne: Quand je parle de l'égo des médecins, il s'agit d'une question générationnelle. Nous avons été élevés, formés, et habitués à être le capitaine de l'équipe. Ensuite, on s'attend à ce que tous les capitaines d'équipe soient des joueurs à part égale. Cela crée une certaine rupture. Au niveau de l'égo, le médecin se dit: « Un instant, je croyais être le chef. Je croyais que je devais mener cette barque. »

Les nouveaux médecins qui sortent des bancs d'école n'ont pas la même attitude. Ils sont très heureux de faire partie de l'équipe soignante.

L'hon. Hedy Fry: J'aimerais que nous en parlions un peu plus longuement. Chaque fois que nous entendons parler de ces modèles de santé communautaire complets et intégrés, il s'agit des fournisseurs de soins de santé, des nutritionnistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des médecins de famille, des infirmières praticiennes et tous les autres auxquels nous pouvons penser. Je crois que nous pourrions inclure des intervenants communautaires dans ce modèle, et Mary nous parlait de communauté un peu plus tôt. Qu'en est-il du travailleur social, de l'intervenant en logement, de l'enseignant à l'école, ou d'autres qui ont de l'information comme les ONG et qui pourraient constituer un membre de l'équipe? Ils apportent un point de vue complètement différent sur les soins que nous offrons aux gens.

Croyez-vous que cela s'intégrerait dans un bon modèle?

Dr Ken Milne: Mon hôpital fait partie d'un centre de santé communautaire auquel participent les gens que vous avez mentionnés, des membres de la communauté aux travailleurs sociaux, et c'est comme ça que nous fonctionnons. Nous créons des communautés en bonne santé.

L'hon. Hedy Fry: C'est le patient qui en est au centre.

Dr Ken Milne: Le patient est toujours au centre, et il est la personne la plus importante.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Fry.

Nous avons eu un excellent dialogue dans la séance d'aujourd'hui. En tant que comité, nous tenons à vous remercier. J'ai écouté M. Friesen, le Dr Milne, la Dre Chang, et tous les autres. Le dialogue a été fantastique aujourd'hui. Notre étude porte sur l'innovation et elle est extrêmement novatrice. Merci d'avoir été là et merci de vos réflexions.

Merci au comité.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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