



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 047 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 30 novembre 2009**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le lundi 30 novembre 2009

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bienvenue à tous au Comité permanent de la santé. Nous sommes enchantés d'accueillir nos témoins, conformément au paragraphe 108 (2) du Règlement, pour l'étude du chapitre 4, intitulé « Dossiers de santé électroniques », du Rapport de l'automne 2009 de la vérificatrice générale du Canada. Nous accueillons Sheila Fraser, la vérificatrice générale du Canada. Soyez la bienvenue. Tout le monde a vu votre visage et entendu parler de vos rapports.

**Des voix:** Oh, oh!

**La présidente:** Nous accueillons aujourd'hui une célébrité.

Bienvenue également au vérificateur général adjoint, Neil Maxwell, et à la directrice principale, Louise Dubé. Nous accueillons également les représentants d'Inforoute Santé du Canada: le président et chef de la direction, Richard Alvarez; et le chef de l'exploitation, Mike Sheridan. Bienvenue, messieurs.

Commençons donc. Je cède la parole d'abord à Mme Sheila Fraser.

**Mme Sheila Fraser (vérificatrice générale du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada):** Merci, madame la présidente de nous donner l'occasion de présenter les résultats de la vérification que nous avons faite d'Inforoute Santé du Canada Inc., qui font partie de notre rapport de novembre 2009. Comme vous l'avez mentionné, je suis accompagnée du vérificateur général adjoint Neil Maxwell et de la directrice principale Louise Dubé, qui ont été chargés de la conduite de cette vérification.

Inforoute est une société autonome, sans but lucratif, qui a été fondée en 2001. Elle se décrit comme un investisseur stratégique qui collabore avec les provinces et les territoires pour favoriser et accélérer l'établissement et l'adoption des dossiers de santé électroniques dans l'ensemble du Canada.

[Français]

Les dossiers de santé électroniques sont conçus à titre de solutions aux problèmes persistants qui touchent le système de soins de santé au Canada, dont certains peuvent être attribuables à l'utilisation de dossiers papier. Grâce aux dossiers de santé électroniques, les professionnels de la santé devraient être en mesure d'échanger plus facilement les renseignements sur les patients.

On prévoit que les dossiers de santé électroniques pourraient alléger les coûts, améliorer la qualité des soins et sauver des vies. En date du 31 mars 2009, Inforoute avait consacré près de 615 millions de dollars à la mise en service des dossiers de santé électroniques et s'était engagée à y consacrer une somme correspondante, ce qui représente en tout un investissement de 1,2 milliard de dollars.

Cependant, cette initiative en est encore à ses débuts. Certains experts ont estimé que le coût total de l'établissement des dossiers de santé électroniques, à l'échelle nationale, dépasserait 10 milliards de

dollars. Nous avons examiné la façon dont Inforoute gère les fonds du gouvernement fédéral qui lui serviront à atteindre son objectif, soit mettre en place des dossiers de santé électroniques compatibles à l'échelle du Canada.

Pendant que nous procédions à cette vérification, les bureaux de vérification de six provinces ont examiné la mise en oeuvre dans la province de projets relatifs aux dossiers de santé électroniques, financés par Inforoute ou par la province, ou les deux. Chaque bureau de vérification provincial présentera son propre rapport, et nous déposerons, le printemps prochain, un sommaire des vérifications fédérales et provinciales.

[Traduction]

Dans l'ensemble, nous avons constaté qu'Inforoute avait réalisé bien des choses depuis sa création et qu'elle gère adéquatement les fonds de 1,2 milliard de dollars que le gouvernement fédéral lui a accordés pour atteindre son objectif. Inforoute est bien surveillée par son conseil d'administration et Santé Canada, qui est le ministère responsable de cette société. Elle a défini une orientation nationale pour encadrer l'établissement des dossiers de santé électronique en élaborant une démarche, ainsi que des exigences et les éléments clés pour ces dossiers. Inforoute a aussi établi un plan directeur (ou architecture) pour guider la conception des systèmes ainsi que des plans stratégiques et une stratégie de gestion des risques. Elle a collaboré avec ses partenaires et les parties prenantes et elle a obtenu leur appui, ce qui est essentiel pour assurer le succès de cette initiative.

Nous avons aussi constaté qu'Inforoute approuve des projets dont les coûts sont partagés avec les provinces et les territoires et dont la conception respecte les normes établies et le plan directeur. Nous avons noté qu'Inforoute surveille, comme il se doit, la mise en oeuvre des projets par les provinces et les territoires.

Par ailleurs, nous avons indiqué qu'Inforoute avait encore des améliorations à apporter. L'objectif d'Inforoute vise à ce que, d'ici 2010, la moitié des Canadiens aient un dossier de santé électronique accessible aux professionnels de la santé. Nous avons constaté qu'Inforoute doit communiquer plus de renseignements sur les résultats obtenus. Plus particulièrement, elle doit faire rapport sur les progrès accomplis en vue d'atteindre son objectif de 2010. À ce jour, ses rapports ne portent que sur les systèmes achevés. Ils n'indiquent pas si les systèmes sont utilisés par les professionnels de la santé ni si les systèmes mis au point respectent les exigences de compatibilité. Or, l'information sur l'utilisation des systèmes et leur compatibilité aiderait le Parlement et les Canadiens à mieux comprendre les progrès réalisés jusqu'à maintenant.

• (1535)

[Français]

Nous avons constaté que les contrôles mis en place par Inforoute pour la rémunération des dirigeants et leurs frais d'accueil et de voyage étaient fondamentalement efficaces, mais que la société pourrait améliorer sa politique de passation des contrats. Inforoute a contribué de façon importante à l'établissement et à la mise en service des dossiers de santé électroniques, mais il lui reste encore de nombreux défis à relever. En effet, il lui sera très difficile d'atteindre son objectif, soit faire en sorte que 50 p. 100 des Canadiens aient un dossier de santé électronique qui puisse être consulté par les professionnels de la santé, d'ici à 2010. En ce moment, seulement 17 p. 100 de la population possède ce type de dossier.

Il faudra aussi mettre à niveau les systèmes désuets pour assurer la compatibilité et voir à ce que les dossiers de santé électronique soient utilisés par les médecins en soins primaires. Un autre défi consiste à assurer la compatibilité des systèmes conçus pour permettre aux patients d'accéder directement aux renseignements personnels sur leur santé et de contrôler cette information, et de veiller à la confidentialité et à la sécurité des renseignements personnels sur leur santé. Les provinces et les territoires doivent évidemment aussi relever ces défis.

[Traduction]

Madame la présidente, nous sommes heureux de constater qu'Inforoute a accepté nos recommandations et qu'elle élabore présentement un plan d'action. Elle s'est engagée à préciser son objectif, à communiquer des renseignements supplémentaires sur les progrès réalisés et à revoir sa politique de passation des contrats. Étant donné que des fonds considérables sont consacrés à la mise en service de dossiers de santé électroniques dans tout le pays et que les bienfaits éventuels de ces dossiers sont importants pour les Canadiens, le comité souhaitera peut-être accorder une attention soutenue à cette initiative en surveillant les progrès réalisés par rapport à l'objectif visé et au plan d'action d'Inforoute.

Sur ce, madame la présidente, je termine ma déclaration préliminaire. Mes collègues et moi serons heureux de répondre aux questions du comité.

**La présidente:** Merci, madame Fraser.

Passons maintenant à Richard Alvarez, d'Inforoute Santé du Canada.

Allez-y, monsieur.

**M. Richard Alvarez (président et chef de la direction, Inforoute Santé du Canada):** Madame la présidente, merci de votre invitation à la présentation des résultats de la récente vérification d'Inforoute Santé du Canada qu'a menée la vérificatrice générale du Canada. J'ai, à mes côtés, M. Mike Sheridan, notre chef de l'exploitation.

Je commencerai par un éloge à l'endroit de la vérificatrice générale et de son équipe pour une vérification que nous estimons exhaustive, équilibrée et transparente. Cherchant sans cesse à nous améliorer, nous croyons que l'application des recommandations de la vérificatrice générale aidera Inforoute à se renforcer.

Comme l'a souligné la vérificatrice générale dans son communiqué du 3 novembre, Inforoute a accompli beaucoup de réalisations depuis sa création. Naturellement, je m'empresse, en tant que président et chef de la direction de me dire d'accord avec cette déclaration, en ajoutant, tout aussi rapidement, que beaucoup plus de choses restent à faire.

Aujourd'hui, chaque province et chaque territoire ainsi que les populations qu'ils desservent profitent d'une part des investissements fédéraux consacrés, par l'entremise d'Inforoute, aux nouveaux systèmes d'information qui aideront à transformer les soins de santé. Par exemple, nos investissements ont contribué au remplacement des trois quarts des pellicules radiographiques par des images numériques. Ces images coûtent moins cher à produire, elles sont plus faciles à conserver et elles sont accessibles aux professionnels de la santé de divers établissements, mais, ce qui est plus important encore, on peut les utiliser pour diagnostiquer et traiter des patients qui vivent à des milliers de kilomètres, dans les régions éloignées et rurales de notre pays. Aujourd'hui, jusqu'à 40 p. 100 des radiologistes disent fournir des services dans de nouvelles localités ou dans des localités éloignées, ce qui permet d'éviter entre 10 000 et 17 000 transferts de patients chaque année.

Grâce aux investissements d'Inforoute, des systèmes d'information sur les médicaments sont maintenant en place en Colombie-Britannique, en Alberta, dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Aujourd'hui, en Colombie-Britannique, PharmaNet permet la saisie de chacune des ordonnances délivrées en pharmacie et elle émet des alertes aux pharmaciens et à certains médecins. Par exemple, en 2008, plus de 55 millions d'ordonnances ont été traitées au moyen de PharmaNet en Colombie-Britannique. On a pu signaler, sur ce nombre, 2,5 millions d'interactions médicamenteuses importantes. Extrapolées à l'ensemble du Canada, ces données portent à croire que les systèmes d'information sur les médicaments pourraient réduire d'environ 55 millions le nombre d'ordonnances inadéquates et détecter plus de 20 millions d'interactions médicamenteuses importantes chaque année. Que de vies sauvées, que de conséquences fâcheuses évitées!

En Alberta, 20 000 prestataires de soins de santé autorisés utilisent de façon active leur dossier de santé électronique. Grâce à la mise en place de ces dossiers, la province est en mesure de commencer la mise en oeuvre des systèmes de gestion des maladies chroniques telles que le diabète.

Les investissements d'Inforoute dans le domaine de la télémédecine ont des retombées considérables au Canada, particulièrement dans le Nord, où toutes les collectivités au nord du 60<sup>e</sup> parallèle sont desservies par la télésanté ou sont sur le point de l'être. Nous sommes également en voie de rendre la télésanté accessible à 40 p. 100 des collectivités des premières nations, en insistant sur la prestation de services en santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

La vérificatrice générale a très bien cerné certains des défis que représente l'accès de 50 p. 100 des Canadiens aux dossiers de santé électroniques d'ici décembre 2010 et, bien entendu, leur utilisation par les professionnels de la santé. Je veux qu'il soit clairement compris que, sans l'accessibilité de ces systèmes, il ne peut pas y avoir d'utilisation et il n'y en aura pas. C'est vraiment un processus en deux étapes. Nos partenaires les provinces sont en train de créer et d'implanter les solutions logicielles de base pour ces dossiers.

Le développement de ces systèmes d'information ressemble beaucoup à la construction d'un bâtiment. La construction doit être terminée avant que les occupants ne puissent y aménager et l'occuper, conformément à la vocation des lieux. Dans le cadre de ce projet conjoint — et comme l'a judicieusement souligné la vérificatrice générale —, Inforoute ne peut pas aller plus vite que ses partenaires. Les sous-ministres de la Santé des provinces et des territoires m'ont dit qu'ils étaient déterminés à respecter l'objectif de 50 p. 100 de décembre 2010. Encore une fois, je dois être lucide. Je crois qu'ils n'auront pas la tâche facile.

Inforoute a accepté les huit recommandations de la vérificatrice générale. Nous avons également élaboré un plan d'action pour chacune d'elles et soumis le plan au Bureau du vérificateur général, qui a émis à ce sujet des commentaires extrêmement utiles. Nous avons l'intention de déposer le plan d'action devant votre comité et devant celui des comptes publics, au plus tard à la mi-décembre, après examen, cette semaine, de ce plan d'action par notre conseil d'administration. Nous prévoyons mettre en application toutes les recommandations de la vérificatrice générale au cours de la prochaine année.

En terminant, j'ajouterai que, bien que nous demeurions engagés à réaliser notre ambitieux objectif de 50 p. 100, je suis convaincu que de plus grands défis commencent à se faire jour, particulièrement si nous devons commencer à équiper les cliniciens communautaires de dossiers médicaux électroniques pour accroître l'utilisation des investissements jusqu'à ce jour.

• (1540)

Madame la présidente, faute de temps, je ne peux pas expliquer la différence entre dossiers médicaux électroniques et dossiers de santé électroniques. Cependant, dans le chapitre 4 du rapport, au paragraphe 4.4, le Bureau du vérificateur général a très bien réussi à le faire.

Dans une étude récente sur les soins primaires, menée par le Commonwealth auprès de 11 pays, le Canada fait piètre figure. Par exemple, il est bon dernier dans l'utilisation des dossiers médicaux électroniques par les médecins dans les collectivités; avant-dernier pour l'envoi systématique de rappels aux patients concernant les soins préventifs ou les suivis de traitement; encore avant-dernier pour la réception et l'évaluation systématique des résultats des tests cliniques effectués sur les patients.

Essentiellement, ces chiffres mènent à une seule conclusion, que la vérificatrice générale a exprimée dans son rapport:

À moins que la proportion de médecins en soins primaires utilisant les dossiers médicaux électroniques n'augmente de beaucoup, les dossiers de santé électroniques ne pourront pas apporter tous les bienfaits prévus.

Le Canada se doit de vraiment franchir la prochaine étape logique et de concentrer ses efforts sur la mise en œuvre, l'adoption et l'utilisation généralisées des dossiers médicaux électroniques.

Madame la présidente, c'est sur cette note que je termine mon exposé.

Monsieur Sheridan et moi-même seront heureux de répondre à vos questions.

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

Avant de passer aux questions, je veux vous présenter une nouvelle analyste, Marie Chia. Elle se joindra à notre comité et nous lui souhaitons la bienvenue, aujourd'hui, en lui disant notre impatience de la voir travailler avec nous.

Nous allons maintenant entamer notre première série d'interventions, d'une durée de sept minutes chacune, en commençant par Mme Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.):** Merci beaucoup.

Pouvez-vous me préciser les dates de la vérification et la période pendant laquelle, à cette fin, vous avez été sur le terrain?

**Mme Sheila Fraser:** Madame la présidente, notre vérification a porté sur les exercices 2006-2007 et 2007-2008. En gros, le travail de vérification était terminé le 30 avril 2009.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Dans son dernier budget, Inforoute a reçu 500 millions de dollars. Dans le paragraphe 4.105 de votre

rapport, il est fait observer que ce montant ne fait l'objet d'aucun accord de financement. Est-ce encore le cas, en ce moment même?

**Mme Sheila Fraser:** Je ne le sais pas, mais M. Alvarez pourra probablement vous répondre.

**M. Richard Alvarez:** Oui, c'est le cas. Actuellement, l'argent n'a pas suivi.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Peut-être la vérificatrice générale trouve-t-elle normal que, 10 ou 11 mois après la confection du budget en janvier, aucun accord de financement n'existe pour quelque chose qui, manifestement, sert à sauver des vies?

• (1545)

**Mme Sheila Fraser:** Je ne connais pas vraiment les motifs pourquoi Inforoute n'a pas reçu l'argent. M. Alvarez les connaît peut-être. Mais, non, de tels délais entre l'annonce du budget et le versement de l'argent ne sont pas inhabituels. Cela s'est déjà vu.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Mais, d'un ministère vers un organisme autonome, c'est sûrement... Cet argent n'avait pas de désignation particulière. C'était un don de 500 millions de dollars à Inforoute. À quel genre d'ennuis pourrait-on s'exposer en négociant ce genre de condition?

**Mme Sheila Fraser:** La seule chose que je vois, c'est qu'il y a eu annonce du budget, mais que, ensuite, bien entendu, il faut franchir tout le processus des demandes de financement, les autorisations du Conseil du Trésor, et cetera. Et cela dépend, évidemment, de la vitesse avec laquelle les ministères traitent ce dossier.

M. Alvarez peut connaître certaines des raisons qui...

**L'hon. Carolyn Bennett:** L'ennui, pour les membres du comité, c'est d'avoir insisté à plusieurs reprises pour que les choses aillent plus vite. C'est certainement l'opinion exprimée dans l'étude du Conference Board, qui montre que nous économiserions 6 milliards de dollars dans le système de santé canadien, l'opinion aussi des personnes qui voulaient témoigner aujourd'hui et qui appartiennent à l'association médicale, aux associations de soins de santé, qui sont pharmaciens, infirmières... Même sur la question du virus H1N1, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a imputé au non-virement des 500 millions de dollars l'immobilisme du système.

Je pense que je crains de savoir quelle pourrait être la cause du retard, connaissant l'importance de la question pour tous nos interlocuteurs.

**La présidente:** Qui veut faire un commentaire?

Monsieur Alvarez.

**M. Richard Alvarez:** Madame la présidente, je dirais que les raisons précises restent nébuleuses. Cela dit, dans le troisième rapport du gouvernement aux Canadiens sur l'économie, les 500 millions de dollars sont marqués d'un astérisque qui renvoie à une note qui, essentiellement, signifie « diligence raisonnable ».

Pour être parfaitement honnête, il est à peine surprenant, vu l'examen minutieux dont Cyber Santé Ontario fait l'objet, qu'un gouvernement veuille faire preuve de diligence un peu plus que raisonnable pour un organisme comme Inforoute, bien que nous n'occupions pas le même créneau que Cyber Santé Ontario. Cela dit, le rapport de la vérificatrice générale est tout ce qu'il y a de plus clair. Il a été publié au début du mois, et j'espère que le gouvernement en tiendra compte dans le cadre de sa diligence raisonnable.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Que signifie l'astérisque, relativement à la diligence raisonnable?

Pour dissiper tous les doutes, est-ce qu'Inforoute a donné de l'argent à Cyber Ontario?

**M. Richard Alvarez:** Permettez que je réponde d'abord à votre dernière question. La réponse est non. Nous n'avons pas donné d'argent à Cyber Ontario. Nous n'avons même pas de contrat avec cet organisme. Nous en avons un avec le ministère.

Le modèle de financement qu'emploie Inforoute consiste fondamentalement à payer les résultats obtenus. Donc, pas de résultats, pas de fonds fédéraux.

Nous avons obtenu des résultats formidables en Ontario, par exemple les systèmes de visualisation pour le diagnostic, dont j'ai parlé, et, bien sûr, les systèmes d'information sur les médicaments mis à la disposition des personnes âgées dans les centres d'urgence ainsi que beaucoup de bons systèmes de télésanté. Nous avons financé ces systèmes, et nous avons obtenu des résultats.

En ce qui concerne l'astérisque, il était dit, dans le rapport, qu'une diligence raisonnable avait été exercée. J'espère que le travail de la vérificatrice générale fait partie de cette diligence raisonnable et que le gouvernement en tiendra compte.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Alors, pour vous faire délivrer un bulletin de santé favorable attestant votre acceptation des recommandations de la vérificatrice générale et la mise en place d'un plan d'action, quelles négociations avez-vous entreprises pour faire enlever l'astérisque et faire arriver l'argent?

**M. Richard Alvarez:** Nous ne sommes pas vraiment en négociations. Le gouvernement a affecté cette enveloppe dans son budget. En raison de certains événements survenus en Ontario, nous pensons que nous avons été placés en observation, pour faire diligence raisonnable. Pendant les 18 derniers mois, la vérificatrice générale a travaillé à un rapport majeur. Comme je l'ai dit auparavant, nous espérons certainement que le gouvernement tiendra compte des conclusions de l'exercice, et le fait que...

• (1550)

**L'hon. Carolyn Bennett:** Peut-être pourriez-vous aller jusqu'à expliquer quel genre de stimulus un investissement dans la cybersanté peut envoyer à l'économie? Vous en auriez donné une idée très impressionnante dans les consultations prébudgétaires, dans un exposé accrédité par le Conference Board. Pouvez-vous expliquer?

**M. Richard Alvarez:** Dans le cadre de notre présentation, nous avons apporté un rapport rédigé par le Conference Board du Canada, dans lequel on lit que, pour chaque tranche de 100 millions de dollars, on crée 1 500 emplois pour les travailleurs du savoir; chaque dollar dépensé augmente le produit intérieur brut de 1,34 \$. Ces emplois sont consacrés à l'économie numérique, ce que le Canada espère devenir. Le rapport renferme beaucoup d'autres chiffres et statistiques économiques qui sont excessivement positifs.

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

Passons maintenant à M. Dufour.

[Français]

**M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier les témoins d'être ici aujourd'hui. Je remercie principalement Mme Fraser, car je sais que son temps est extrêmement important.

Je vous remercie énormément.

Dans votre déclaration, vous nous parliez des objectifs d'Inforoute. Je lirai une citation:

D'ici à 2010, chaque province et territoire, ainsi que les populations qu'ils desservent, bénéficieront de nouveaux systèmes d'information sur la santé qui contribueront à moderniser leur système de santé.

D'ici à 2010, le système de santé électronique de 50 % des Canadiens sera accessible aux professionnels autorisés qui leur fournissent des soins. Cette proportion devrait atteindre 100 % en 2016.

Cela m'amène à vous poser la question qui suit. D'après vous, les provinces ont-elles reçu assez d'argent jusqu'à maintenant pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre d'Inforoute, d'ici à 2010?

**Mme Sheila Fraser:** Madame la présidente, c'est peut-être une question à laquelle M. Alvarez pourrait répondre. Nous ne vérifions pas auprès des provinces. Je ne crois pas que nos collègues vérificateurs des provinces étudient cette question dans leurs vérifications. On peut simplement regarder la gestion des fonds qui ont été octroyés à Inforoute.

[Traduction]

**La présidente:** De nouveau, passons à M. Alvarez.

**M. Richard Alvarez:** Bonjour.

Ma réponse comportera deux volets.

J'ai comparé la chose à la construction d'une maison. Il faut d'abord rendre l'espace habitable avant de pouvoir le vendre à de nouveaux occupants. Donc, si on se demande si les systèmes seront prêts et si on aura accès aux dossiers de 50 p. 100 de la population, la réponse est oui. Les provinces disposent de suffisamment d'argent.

Ont-elles les ressources nécessaires pour les utiliser? La réponse est non. Pour favoriser l'utilisation de ces systèmes, il faudra offrir beaucoup de formation et modifier les pratiques de gestion, et nous aurons besoin de plus d'argent pour y arriver. Et c'est ce à quoi devaient servir les 500 millions de dollars.

Les provinces doivent savoir que le système servira à quelque chose une fois qu'il sera bâti. Un ne va pas sans l'autre.

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Merci beaucoup.

Dans le rapport de la vérificatrice générale, le passage suivant est intéressant. Il va comme suit:

Certains spécialistes estiment à plus de 10 milliards de dollars le coût total de la mise en place d'un système national de dossiers de santé électroniques, opinion qui est aussi celle d'Inforoute.

À ce jour, le gouvernement fédéral a investi 1,2 milliard de dollars dans Inforoute Santé. S'il n'investit pas le montant estimé par les experts d'ici 2016, le projet risque-t-il d'être compromis?

[Traduction]

**La présidente:** Nous vous écoutons, monsieur Alvarez.

**M. Richard Alvarez:** Je vous dirais que non. Selon le modèle d'Inforoute, pour chaque dollar investi par le gouvernement fédéral, la province investit aussi un dollar; si le gouvernement fédéral injecte 1,2 milliard de dollars dans un projet, soyez assurés qu'environ 2,4 milliards de dollars seront dépensés au total, car le financement initial est bonifié par celui des provinces.

Quand on parle de l'utilisation de ces systèmes, il faut penser aux dossiers médicaux électroniques conservés dans les cabinets des médecins de premier recours, et c'est une grosse lacune en ce moment. Il faut aussi penser à donner accès aux Canadiens à leurs propres dossiers et à leurs propres données médicales. C'est essentiellement à cela que serviront les 10 milliards de dollars dont il a été question.

• (1555)

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Selon Inforoute Santé, au 31 mars 2009, seulement 17 p. 100 des Canadiens habitaient une province ou un territoire où un système complet de dossiers de santé électroniques était accessible.

Inforoute Santé prévoit atteindre son objectif consistant à couvrir 50 p. 100 de la population au plus tard le 31 décembre 2010. Or nous avons noté que selon la propre évaluation d'Inforoute Santé, le risque de ne pas y arriver était élevé.

Que comptez-vous faire, à Inforoute Santé, pour atteindre cet objectif?

[Traduction]

**M. Richard Alvarez:** Merci.

Précisons d'abord que les objectifs visent à appeler les provinces à l'action. Ils sont fondés sur les cibles établies par les provinces et les territoires. Comme Mme Fraser l'indiquait, Inforoute ne peut avancer plus vite que les provinces et les territoires. Donc, selon les plans mis de l'avant, nous estimions que nous étions en mesure de couvrir 50 p. 100 de la population d'ici la fin de 2010.

Ce sont des projets complexes. Nous en sommes actuellement à 17 p. 100. Évidemment, plus la province est grande (pensons à l'Ontario, au Québec et à la Colombie-Britannique, notamment), plus elle contribuera à atteindre cet objectif de 50 p. 100. Si on en croit les meilleures données recueillies à ce jour, on a bon espoir d'arriver tout près des 50 p. 100, si on tient pour acquis que les provinces respectent leurs engagements et qu'elles continuent à faire progresser le dossier.

[Français]

**M. Nicolas Dufour:** Croyez-vous avoir à votre disposition les moyens nécessaires pour parvenir à vos fins, autant sur le plan financier qu'administratif?

[Traduction]

**M. Richard Alvarez:** Sur le plan administratif, nous avons certainement tout ce qu'il nous faut, et c'est aussi le cas sur le plan financier pour le moment. Encore là, si les provinces voyaient que nous veillons à favoriser l'utilisation des systèmes en bâtissant des dossiers médicaux électroniques, par exemple, elles seraient susceptibles de progresser plus rapidement, car les cliniciens sur le terrain vont aussi exercer de la pression sur elles. Cela nous donnerait un bon coup de pouce.

J'estime que si les provinces suivent les plans qu'elles ont établis, elles vont arriver très près d'atteindre l'objectif. Si on parle de la cible de 2016, il est plutôt question dans ce cas-ci d'une invitation à l'action. Nous n'avons certainement pas les ressources financières nécessaires pour en arriver là à l'heure actuelle.

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

La parole est maintenant à Mme Wasylcia-Leis.

**Mme Judy Wasylcia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD):** Merci beaucoup.

Merci également à vous tous. C'est une question particulièrement urgente pour notre comité, étant donné que nous nous penchons sur le problème des ressources humaines en santé et le renouvellement de notre système de santé. Les dossiers de santé électroniques semblent être primordiaux pour la modernisation du système. Le gouvernement s'est engagé dans le cadre de son dernier budget à faire avancer le dossier, entre autres pour cette raison. Mais cette

situation remonte à 2001, et tout le monde semble s'entendre pour dire que très peu de progrès ont été réalisés depuis.

Madame la vérificatrice générale, je sais que certains concluent que votre rapport attribue une note parfaite à Inforoute Santé, et c'est pour cette raison qu'ils nous pressent de recommander au gouvernement d'accorder les 500 millions de dollars en question. Je ne suis pas certaine que l'on puisse faire cette recommandation pour l'instant. Malgré ses saines pratiques comptables, le programme n'a pas peut-être respecté son mandat. Je me demandais si vous pourriez nous aider à déterminer les questions à poser et quoi en faire ensuite.

Par exemple, si un investissement de 1,6 milliards de dollars n'a permis que de couvrir 17 p. 100 de la population, peut-on dire que le travail a été fait? Est-ce que cela mérite une note parfaite? Des rapports qui remontent à mai, juin, juillet, août et septembre montrent tous qu'on se pose de sérieuses questions à propos du programme d'Inforoute. Nous avons reçu le Conseil de la santé au mois de mai, qui est lui aussi très préoccupé par la chose.

Des reportages dans les médias laissent croire qu'Inforoute Santé est voué au même destin que Cybersanté Ontario... sans obligation de rendre compte, selon les médias. D'après vous, est-ce vraiment le cas? Est-ce vrai que le gouvernement fédéral n'exerce aucune surveillance sur l'organisme et que ce dernier n'a pas à rendre de comptes en ce qui a trait à l'attribution de marchés? Est-ce qu'Inforoute a le loisir d'engager des consultants externes sans toutefois devoir divulguer proactivement les contrats, qu'ils soient accordés à fournisseur exclusif ou non?

Je pense que nous devons obtenir des réponses à certaines de ces questions. Peut-être que vous ne vous êtes pas penchée sur le sujet dans le cadre de la présente vérification, mais j'aimerais beaucoup entendre vos conseils, madame Fraser, de façon à ce que nous puissions à notre tour conseiller le gouvernement.

• (1600)

**Mme Sheila Fraser:** Je crois qu'il est important de souligner d'emblée qu'Inforoute n'a pas du tout la même vocation que Cybersanté ou d'autres organisations provinciales qui mettent en place des systèmes de dossiers de santé électroniques. Inforoute est un organisme de financement, alors il s'agit de déterminer s'il évalue adéquatement les projets qui lui sont présentés. Est-ce qu'on respecte les stratégies ou le plan directeur qui avait été établi? La mise en oeuvre en tant que telle des dossiers de santé électroniques revient aux provinces et aux territoires. Notre vérification a porté sur la manière dont Inforoute gère ce rôle d'investisseur stratégique.

C'est une erreur de comparer les 17 p. 100 aux 1,2 milliard de dollars qui ont été dépensés, car une bonne partie de cet argent — et M. Alvarez a peut-être les chiffres exacts — a été versée à des provinces qui n'ont pas encore mis en oeuvre de dossiers de santé électroniques. Les 17 p. 100 s'appliquent à deux provinces à ce moment-ci, mais beaucoup de fonds ont été accordés à d'autres provinces pour les aider à mettre en place un système de dossiers de santé électroniques. L'atteinte de cet objectif de 50 p. 100 dépend beaucoup des provinces, qui devront investir les sommes nécessaires et adopter de nouvelles pratiques de gestion pour être en mesure de mettre en place un tel système.

Comme je l'ai indiqué, six vérificateurs généraux envisagent la possibilité de mener des vérifications sur le projet des dossiers de santé électroniques dans leurs provinces ou territoires. J'ai bon espoir qu'à notre prochaine comparution au printemps nous pourrions donner au comité une meilleure idée de l'état actuel des choses. À ce jour, les rapports n'ont pas été particulièrement positifs concernant la gestion au sein des provinces.

Je pense que nous devons séparer les rôles et les responsabilités des différents intervenants. Même si Inforoute a un rôle très important à jouer, le succès de ces projets ne repose pas entièrement sur lui.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** Je comprends. Je me demande simplement si cet organisme, qui ne dépend pas directement du gouvernement fédéral, a fait ce qu'il fallait pour coordonner la gestion et inciter les provinces à faire leur part. Si nous sommes conscients que le dossier stagne, n'y a-t-il pas lieu de se demander si les choses progresseraient plus rapidement et qu'on accorderait une plus grande importance à ces projets si le gouvernement fédéral prenait la chose plus au sérieux?

Même si vous dites vrai — et je ne mets pas en doute votre parole —, cela me paraît un peu invraisemblable de croire que nous aurons atteint l'objectif de 50 p. 100 d'ici la fin de 2010, puisque nous en sommes aujourd'hui à 17 p. 100, comme Inforoute l'affirme. J'ai l'impression qu'on essaie de nous jeter de la poudre aux yeux dans cet important dossier.

**Mme Sheila Fraser:** Je suis mal placée pour vous répondre. Peut-être que M. Alvarez pourrait le faire mieux que moi. Nous ne le savons pas. Nous ignorons où en sont les provinces et nous n'avons pas vérifié l'état actuel des choses au niveau provincial. Nous pouvons certainement noter qu'Inforoute a joué un rôle prépondérant, car il a lancé cette initiative stratégique, élaboré le plan directeur, et a tenté de s'assurer qu'il y avait une certaine compatibilité entre les différents systèmes des provinces et des territoires. Ce sont des systèmes très complexes. Ces étapes à elles seules nécessiteraient...

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** N'y a-t-il pas un problème lorsque le gouvernement fédéral fait des promesses, sur lesquelles les gens fondent de grands espoirs, mais qu'il ne fait rien ensuite pour faire progresser le dossier et concrétiser ses promesses? Cela a d'ailleurs été le cas avec la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. En fait, comment pouvons-nous recommander que le gouvernement injecte encore 500 millions de dollars quand rien ne nous indique vraiment que la question a été traitée en priorité au niveau fédéral?

Juste avant de m'adresser à M. Alvarez, madame Fraser, pourrais-je vous demander...

• (1605)

**La présidente:** Votre temps est presque écoulé, madame Wasylcia-Leis.

**Mme Judy Wasylcia-Leis:** ... s'il est vrai que cet organisme engage des consultants extérieurs, et qu'ils n'a pas à...

**La présidente:** Votre temps est écoulé.

**Mme Sheila Fraser:** Nous avons examiné les pratiques d'attribution de contrats de l'organisme, et nous avons conclu qu'il fallait faire certaines modifications, en particulier en ce qui a trait à des amendements apportés aux politiques contractuelles. Je dirais que nous n'avons rien décelé de particulièrement problématique pour ce qui est de l'attribution de contrats à un nombre indu de

fournisseurs exclusifs, très honnêtement. C'était certainement loin d'être comparable à ce qu'on a découvert sur Cybersanté.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Fraser.

La parole est maintenant à M. Carrie et à Mme McLeod, qui vont partager leur temps, si je ne m'abuse.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Ce sera en fait Mme Davidson. Nous avons fait un échange. Je suis désolé.

**La présidente:** D'accord, pas de problème. Vous me jouez des tours.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Colin Carrie:** Je l'admets.

**La présidente:** Nous entendrons donc M. Carrie et Mme Davidson, en commençant par M. Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier nos témoins au nom de tous les Canadiens pour le bon travail qu'ils font. Je dois dire que je n'envie pas votre position, car je sais que travailler avec différentes provinces comporte son lot de difficultés. J'aime les résultats de la vérification. On peut dire que, globalement, on s'acquitte de nos responsabilités, mais ce n'est pas évident du tout. D'après mon expérience, je peux vous dire que la numérisation des images radiologiques s'avère un merveilleux moyen de communication. Je suis chiropraticien de métier, et je vous assure que c'est fabuleux d'avoir accès à un tel outil.

Monsieur Alvarez, vous avez parlé d'une collaboration avec les provinces et les territoires, et on note dans le rapport de la vérification que la capacité d'Inforoute de produire des résultats clés dans le cadre de ses ententes de financement dépend de sa collaboration avec les provinces et les territoires. Je me demande ce que fait Inforoute, ou ce qu'il pourrait faire, pour favoriser une meilleure collaboration avec les provinces et les territoires.

**M. Richard Alvarez:** Madame la présidente, merci pour cette question.

Je travaille maintenant au niveau national, mais j'ai auparavant travaillé pendant 15 ou 20 ans au niveau provincial. Jamais je n'ai vu une aussi bonne collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces que dans le cadre de ce projet précis. Soyons bien clairs, les provinces et les territoires sont tout à fait disposés à moderniser le système de soins de santé. Il est difficile de soutenir et de financer notre système de santé. De toute évidence, il s'agit d'une initiative qui permettra non seulement de sauver des vies, mais aussi d'économiser de l'argent. Les provinces sont donc tout à fait prêtes à passer à l'action.

Ce n'est toutefois pas une mince affaire. Si cela avait été simple, ce serait réglé depuis un bon moment déjà. Et c'est d'ailleurs un secteur que l'on néglige dans bien des parties du monde.

Nous bénéficions d'une excellente collaboration. Jamais auparavant le pays n'avait convenu d'un plan directeur, ou d'un diagramme architectural, régissant la façon dont ces systèmes devraient fonctionner. Jamais auparavant les provinces n'avaient accepté une série de normes, dirigées par le gouvernement fédéral, de façon à ce qu'aucune d'elles n'adopte ses propres règles. Après tout, la Loi canadienne sur la santé comporte une disposition sur la transférabilité. Les provinces ont donc accepté une série de normes. Il est cependant toujours difficile d'appliquer des normes; il s'agit seulement de commencer au bon endroit.



Jamais auparavant les provinces n'avaient accepté de participer à une initiative pour laquelle le financement n'était pas proportionnel au nombre d'habitants, comme c'est le cas pour Inforoute Santé du Canada. Le financement est déterminé en fonction des résultats, et c'est en tant qu'investisseur stratégique que nous leur accordons des fonds selon le taux de participation. Comme Mme Fraser l'a souligné tout à l'heure, l'utilisation que l'on fait de ces systèmes sera très importante. Nous retenons 50 p. 100 de ces fonds. Les provinces ont accepté de suivre les règles du jeu. Elles comprennent que pour bonifier les fonds du gouvernement fédéral, elles doivent investir de leurs propres poches également. Elles doivent obtenir un engagement du plus haut niveau.

Je dois vous avouer que le niveau de collaboration de la part des provinces est exceptionnel. Je peux vous assurer que depuis trois ou quatre ans, les ministres de la santé ont fait de ce dossier une priorité absolue en matière de soins de santé, et ils l'ont confirmé par écrit au ministre fédéral de la santé et à d'autres intervenants. Nous bénéficions d'un très haut niveau de collaboration dans un milieu où règne généralement la dissension.

**M. Colin Carrie:** Je suis heureux de vous l'entendre dire, car on parle souvent de ce qui ne va pas avec les initiatives gouvernementales, mais je crois qu'il est aussi important de parler de ce qui fonctionne bien.

Suis-je à mi-temps?

**La présidente:** Oui, vous avez écoulé la moitié de votre temps. Peut-être que Mme Davidson devrait prendre la parole.

Merci, monsieur Carrie.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, madame la présidente, et merci beaucoup à chacun d'entre vous d'être venu témoigner cet après-midi.

Je crois que l'initiative d'Inforoute est peut-être un peu mal comprise de la population. J'ai l'impression que le grand public arrive mal à saisir la nuance entre les dossiers de santé électroniques et les dossiers médicaux électroniques. Il n'est pas évident de faire la distinction entre les deux.

Pourriez-vous nous expliquer la différence brièvement, monsieur Alvarez?

•(1610)

**M. Richard Alvarez:** Un dossier médical électronique est généralement un dossier qui est conservé dans les locaux d'un fournisseur de soins. Si on tient pour acquis que nous allons tous consulter notre médecin de famille, on croit qu'il serait utile de bâtir des dossiers médicaux électroniques dans lesquels seraient consignés la majorité de nos antécédents médicaux. Cependant, il arrive que nous devions nous présenter à des unités d'urgence, à des cliniques externes, à des laboratoires privés, et ainsi de suite. Parfois, ces dossiers sont mis sous clé et ne sont jamais transmis au médecin généraliste.

Le dossier de santé électronique suit le patient partout où il va. Peu importe l'endroit où se trouvera le patient, l'ensemble de son dossier, soit ses antécédents pharmaceutiques, ses résultats de laboratoire et ses résultats d'imagerie diagnostique, lui sera accessible. Si le médecin de famille peut télécharger les informations à partir des établissements où les soins ont été prodigués, on peut dès lors véritablement parler d'un dossier de santé électronique.

Donc, un suit le patient partout, c'est-à-dire le dossier de santé, et l'autre est davantage statique.

**Mme Patricia Davidson:** Merci.

Ai-je encore du temps?

**La présidente:** Il vous reste une minute.

**Mme Patricia Davidson:** Monsieur Alvarez, dites-moi, quelles sont les plus grandes réussites à ce jour et quels sont les plus grands obstacles à surmonter?

**M. Richard Alvarez:** J'ai tenté de mettre en lumière certains de nos bons coups. Je vous ai parlé d'un projet en Colombie-Britannique, le projet PharmaNet, qui permet aux pharmaciens d'avoir accès à toutes les ordonnances exécutées au nom d'un patient. Le système permet de déceler quelque 2,5 millions d'effets néfastes potentiels, et les pharmaciens peuvent ainsi modifier l'ordonnance en conséquence, généralement en collaboration avec le médecin prescripteur.

Le tout a été mis en place il y a environ sept ans. Si cette initiative n'avait pas été lancée par le gouvernement fédéral et les provinces, je peux vous assurer que ces systèmes ne seraient pas disponibles aujourd'hui en Alberta, en Saskatchewan, à l'Île-du-Prince-Édouard ou certainement en Ontario, dans toutes les unités d'urgence.

On avait mis en place un système qui produisait d'excellents résultats, mais rien ne favorisait son expansion. Mais les choses ont changé. Depuis notre arrivée, on a réduit des trois quarts la prise d'images par rayons X. Partout à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et en Alberta, il n'est plus nécessaire de manipuler des radiographies sur film. Peu importe où vous vous trouvez, il est possible de télécharger les images numérisées de vos résultats. On a fait des pas de géant.

Je dois vous dire que notre objectif de 2010 se compose de deux volets. Pour le premier volet, on vise à ce que chaque province et territoire tire profit de certaines fonctionnalités des systèmes que nous finançons d'ici 2010. Et je peux vous assurer que c'est ce qui se passe en ce moment. Le deuxième volet, l'invitation à passer à l'action, vise à ce que 50 p. 100 de la population ait accès à leurs antécédents pharmaceutiques, à leurs résultats de laboratoire et à leurs résultats d'imagerie diagnostique par l'entremise de leur médecin de famille. Et c'est la partie la plus difficile.

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

Nous entamons maintenant notre deuxième ronde de questions. Nous devons tâcher d'être concis, car ce sera maintenant des interventions de cinq minutes.

Madame Murray.

**Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.):** Merci d'être ici et de nous aider à comprendre de quoi il retourne. Mes questions porteront en fait sur la manière dont cela fonctionne.

Quand vous dites que deux provinces comptent pour une part importante des 17 p. 100, madame Fraser, de quelles provinces s'agit-il?

**Mme Sheila Fraser:** Monsieur le président, il s'agit de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta.

**Mme Joyce Murray:** Cela signifie-t-il que l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta auraient reçu davantage que leur part de financement par habitant, et que c'est ce qui les a aidées à atteindre ce niveau? Ou étaient-elles déjà en avance sur les autres, de sorte qu'elles obtiendraient moins de financement parce qu'elles n'ont pas autant besoin d'un soutien?

**M. Richard Alvarez:** Je ne dirais pas qu'elles ont obtenu beaucoup plus que leur part per capita; elles ont simplement achevé leur projet.

Je prends un petit moment pour vous expliquer ce que nous entendons par là, car il y a une certaine confusion.

Les dossiers de santé électroniques sont composés de six éléments fondamentaux. L'un d'eux vise uniquement à identifier les Canadiens, et nous l'appelons « registre des clients ». Un autre identifie seulement les fournisseurs, et nous l'appelons « registre des prestataires ». Il y a également les antécédents pharmaceutiques, une base de données sur les médicaments, les résultats de laboratoire et l'imagerie diagnostique. Ce sont là les six composantes du système.

Nous disons que l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard ont mis en oeuvre ces six éléments, et ils fonctionnent. Le reste des provinces les activent graduellement, mais elles ne l'ont pas fait pour tous les six.

• (1615)

**Mme Joyce Murray:** Dans quelle mesure une province où les services à large bande ne sont pas acheminés aux collectivités éloignées représente-t-elle un obstacle à l'atteinte de vos objectifs?

**M. Richard Alvarez:** La région du pays qui nous donne du fil à retordre est le Nunavut. Il est vrai qu'on s'est engagé à ce que les services à large bande soient étendus jusqu'au Nunavut d'ici à ce que nous soyons prêts à mettre en oeuvre les systèmes. À Iqaluit, il n'y a pas de problème; on peut y accueillir les systèmes. Mais les instaurer dans les collectivités nécessitera certains efforts de la part d'Industrie Canada, je crois.

Dans le reste du Canada, nous sommes très bien servis. En fait, nous sommes très chanceux d'obtenir ce dont nous avons besoin dans le pays.

**Mme Joyce Murray:** Enfin, dans le cadre de notre récente étude sur les ressources humaines en santé, un certain nombre de personnes nous ont dit que les équipes de collaboration multidisciplinaires étaient le modèle de soins primaires de l'avenir.

Les normes et l'orientation que vous fixez tiennent-elles compte de certains autres membres qui devraient faire partie d'une équipe collaborative, pas nécessairement les médecins uniquement, mais peut-être aussi les médecins naturopathes ou autres fournisseurs de soins primaires en médecine douce? Comment contribuez-vous à l'atteinte de cet objectif qui consiste à ce que les équipes collaboratives puissent travailler avec des dossiers électroniques?

**M. Richard Alvarez:** Comme je l'ai déjà dit, il s'agit de construire les six éléments dont nous avons parlé. Une fois que ce sera fait, c'est une question de pouvoir avoir accès à ces dossiers.

En toute franchise, au bout du compte, nous voulons que les Canadiens aient accès à leurs propres antécédents pharmaceutiques et à leurs résultats de laboratoire, et nous voulons qu'ils permettent à qui le voudront — à un chiropraticien ou n'importe qui d'autre — d'avoir accès à ces dossiers également. Il ne devrait pas y avoir de raison pour qu'ils ne puissent pas y accéder, une fois ces dossiers disponibles.

**La présidente:** Il vous reste un peu de temps, madame Murray, si vous voulez l'utiliser.

**Mme Joyce Murray:** J'ai une autre question.

Les provinces procèdent-elles à un échange des pratiques exemplaires avec les autres provinces, ou sont-elles toutes très attachées à leur propre approche? Je sais que la Colombie-Britannique est passée de 53 à 6 régions sanitaires, dans l'objectif de pouvoir intégrer la technologie de l'information à l'échelle provinciale. Évidemment, il pourrait y avoir des défis semblables dont les autres provinces pourraient tirer un enseignement.

Dans quelle mesure aidez-vous les provinces à échanger entre elles des pratiques exemplaires et à imiter les expériences réussies des autres provinces?

**M. Richard Alvarez:** Je dois vous dire que selon moi, l'une des grandes réussites d'Infoway, qui n'est rien d'autre qu'un instrument national visant la concertation de toutes les provinces, a été les dimensions de la mise en commun. Qu'il s'agisse de l'architecture adoptée par les provinces, qui établit les normes; d'applications complètes comme le système PharmaNet, que nous avons emprunté à la Colombie-Britannique pour l'appliquer et le reproduire en Alberta et dans d'autres provinces; de rallier trois provinces, comme nous l'avons fait, et d'aller en soumission pour l'imagerie diagnostique, en économisant ainsi un montant de l'ordre de 60 millions de dollars parce que nous avons la masse critique nécessaire, pour ensuite réinjecter l'argent dans le système, il y a énormément de collaboration.

Personne ne veut réinventer la roue, ce qui est une bonne chose, et nous servons de point de transmission, si vous voulez, en matière de pratiques exemplaires. Nous créons essentiellement des trousseaux d'outils et nous les rendons disponibles pour le pays, afin qu'on puisse tirer des enseignements des réussites, mais aussi des échecs.

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

Nous allons maintenant entendre Mme McLeod.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** Merci, madame la présidente.

Je suis contente qu'on examine cette question importante, ainsi que de voir l'enthousiasme avec lequel M. Alvarez accomplit son travail.

Cette question m'est chère, et dans notre région, nous avons réalisé des progrès incroyables en passant des rayons X, qui permettent de traiter les cas des gens qui se présentent aux urgences en milieu rural sans qu'il soit nécessaire de les transférer dans de plus grandes collectivités, aux boîtes à outils concernant les maladies chroniques.

Actuellement, à Williams Lake, on a une infirmière. Le chirurgien thoracique de Kelowna procède à un examen... Grâce à la télémédecine, le chirurgien thoracique voit les patients, procède à des consultations. Dans une autre collectivité, qui reçoit elle aussi un financement d'Inforoute Santé, les victimes d'insuffisance cardiaque congestive sont renvoyées chez elles et sont suivies grâce à certains appareils. Cela a un impact énorme sur le nombre d'hospitalisations.

J'ai quelques questions, et ma première est la suivante. D'après ce que je comprends, le système de santé public veut se doter d'un système pancanadien — Panorama, n'est-ce pas? Quel est le rôle d'Inforoute Santé à cet égard? Quelle différence ce système aurait-il fait du point de vue de l'actuelle grille H1N1?

Monsieur Alvarez, pourriez-vous répondre?

• (1620)

**M. Richard Alvarez:** Panorama est un système qui est développé pour le Canada en entier. C'est la Colombie-Britannique qui, au nom du Canada, a assumé un rôle de leadership en ce qui le concerne. C'est le seul système que je connaisse pour lequel chacun des agents et des administrateurs en chef de la santé publique sont venus à la table pendant plusieurs mois, probablement 18 mois, pour présenter une conception et des spécifications communes. Ce système couvrira la gestion des alertes, des éclosions et des cas, de même que l'immunisation, etc. Malheureusement, il n'était pas prêt à temps pour le virus H1N1. Mais il changera grandement les choses lorsque d'autres pandémies — hélas — arriveront jusqu'à nous, du point de vue des alertes, de l'éclosion et du contrôle des stocks de matériel, ne serait-ce que pour vérifier de quelle quantité de vaccins nous disposons, et qui obtient quel vaccin.

Dans notre pays, par exemple, les médecins hygiénistes n'ont jamais eu accès aux résultats de laboratoire; ils le pourront dorénavant. Grâce au système Panorama et au DSE tels que nous les concevons, en y incluant les résultats de laboratoire, ils auront accès à ces données.

On ne trouve nulle part dans le monde un système de cette nature, qui est mis en oeuvre ainsi, même aux États-Unis. Malheureusement, nous n'avons pas eu le temps de le lancer avant l'éclosion de la grippe H1N1, mais cela fera une différence importante. Le programme est mis en oeuvre en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, à ce stade-ci.

**Mme Cathy McLeod:** On est donc en train de le mettre au point. Est-il cofinancé? Y avez-vous affecté des fonds à même le budget de 1,6 milliard de dollars?

**M. Richard Alvarez:** Nous avons reçu 100 millions de dollars du gouvernement fédéral. Lorsque nous nous sommes informés des spécifications sur le marché, la facture tournait autour de 300 millions de dollars. Nous n'en avons évidemment pas les moyens; nous avons dû appeler le pays au calme et dire qu'il nous fallait faire des concessions sur certaines spécifications. Ainsi, nous avons réduit ce montant à 130 ou 150 millions de dollars, je crois. Tous ces coûts sont en fait reliés à la mise en oeuvre du système, alors nous en avons dépensé une partie, mais à mesure que nous le déploierons, nous consacrerons du temps à la formation et à la mise à l'essai de ces systèmes partout au pays.

**Mme Cathy McLeod:** Vous avez parlé de la différence entre un dossier de santé électronique et un dossier médical électronique, et je vais encore utiliser l'exemple de la Colombie-Britannique, où je sais qu'on a finalement franchi toutes les étapes du processus de création de cinq éléments qui répondent aux normes d'un dossier médical électronique. Nous avons maintenant de vastes groupes de médecins qui les intègrent à leur pratique.

D'après ce que je comprends, cela fait partie de vos futures phases de mise en oeuvre. Le travail qui est réalisé en Colombie-Britannique à l'égard du dossier médical électronique a-t-il été pris en charge seulement par les provinces, ou encore une fois, y a-t-il un soutien d'Inforoute santé?

**M. Richard Alvarez:** Madame la présidente, cela faisait partie du budget de 500 millions de dollars, alors que nous avons dû accélérer la création de dossiers médicaux au niveau des collectivités. Jusqu'ici, les provinces ont fait le plus gros du boulot, mais cela avance trop lentement. Nous sommes vraiment à la traîne par rapport au reste du monde. Nous accusons un retard, et nous nous en satisfaisions probablement parce que nos voisins du Sud, les États-Unis, étaient au même niveau que nous. Tout cela est en train de

changer avec les 20 millions de dollars investis par le gouvernement Obama pour accélérer l'établissement des dossiers médicaux électroniques. Je peux vous dire qu'on réalisera d'énormes avancées au cours des deux prochaines années aux États-Unis, et nous collaborons très étroitement avec Washington dans ce dossier.

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

Nous allons maintenant entendre M. Malo.

[Français]

**M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Bonjour à tous et à toutes.

Madame Fraser, je ne peux pas m'empêcher de vous poser une question, étant donné que vous êtes devant nous. Si vous n'êtes pas en mesure d'y répondre, je comprendrai. Sentez-vous bien à l'aise. Ce n'est pas un piège; je veux simplement savoir ce qu'il en est.

Santé Canada a eu de la difficulté à planifier les ressources humaines et financières de même que le temps requis pour l'homologation des produits de santé naturels.

Je me demandais simplement si votre bureau s'était saisi de cette question pour voir plus en détail pourquoi tout cela était arrivé. Sinon, vous serait-il possible de le faire?

• (1625)

**Mme Sheila Fraser:** À ce jour, nous n'avons pas examiné cette question, et je ne crois pas que ce soit prévu pour les deux ou trois prochaines années.

Mme Dubé pourrait peut-être nous donner plus de détails à ce sujet. Je pense que les médicaments sont le prochain dossier que nous allons tenter de traiter.

**Mme Louise Dubé (directrice principale, Bureau du vérificateur général du Canada):** On fait un suivi sur les instruments médicaux. C'est prévu pour le printemps 2011. On élabore présentement un plan à long terme des vérifications à venir. On devrait le finaliser au cours des prochains mois.

**Mme Sheila Fraser:** Ce serait à considérer.

**M. Luc Malo:** Très bien. Merci beaucoup.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

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

Je tiens à remercier tout spécialement nos invités d'aujourd'hui. Je sais qu'il reste environ trois minutes. Quelqu'un d'autre souhaiterait-il poser des questions?

Vous avez complètement terminé, monsieur Malo? C'est bien?

La parole est maintenant au Parti conservateur. Quelqu'un veut-il poser une question?

Madame McLeod, je sais que vous étiez en plein milieu d'un sujet lorsque j'ai dû accorder la parole à M. Malo.

**Mme Cathy McLeod:** Je n'ai rien à ajouter, si ce n'est des félicitations. Je sais que ma collègue du NPD était préoccupée, mais on a indiqué qu'il s'agissait d'une tâche colossale et d'une gestion du changement énorme. Je pense que nous réalisons des progrès valables à l'égard d'un travail réellement important. Encore une fois, j'apprécie l'enthousiasme et la passion dont vous faites preuve. Et je me réjouis vraiment de ce rapport de vérification qui fait état d'une saine gestion.

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

Madame Wasylycia-Leis, avez-vous une courte question?

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Pour en revenir à la comparaison entre Cybersanté Ontario et Inforoute — et je sais que la différence est grande — Cybersanté Ontario a été lancée alors que les gens n'exerçaient pas de surveillance adéquate et que les contrats étaient attribués sans appel d'offre, ou à un fournisseur unique. Vous avez dit que dans le cas d'Inforoute, il y avait certains contrats de ce genre. N'avons-nous pas à être informés des résultats que cela peut donner, et de la manière de nous y prendre pour garder un œil sur la situation et nous assurer que nous n'emprunions pas cette même voie, qui mènerait à un scandale similaire au niveau fédéral?

**Mme Sheila Fraser:** À mon avis, madame la présidente, les organismes doivent toujours être vigilants et exiger en tout temps une bonne gouvernance et une surveillance. Et nous avons vu que dans le cas d'Inforoute, le conseil d'administration assurait cette gouvernance et cette surveillance, et se montrait rigoureux quant aux divers types de renseignements.

Dans ces questions que nous avons soulevées au sujet de la passation de contrats, on indique que, sur les 500 contrats au moins que nous avons vus, seulement cinq avaient été attribués à un fournisseur unique. Ce qui nous posait problème sur le plan de la passation de contrats tenait à la politique d'Inforoute quant à la manière dont elle faisait état des modifications à un contrat, et c'est un élément que l'organisme avait précisé. Donc, nous n'avons certainement rien vu de comparable à la situation qui existait à Cybersanté.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Fraser, et merci à tous nos témoins d'aujourd'hui. Votre comparution a été fort éclairante et utile. Nous vous sommes reconnaissants du temps que vous nous avez consacré.

Je vais maintenant interrompre la séance pour deux minutes, et nous allons demander à nos autres témoins de prendre place.

• (1625) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

• (1630)

**La présidente:** Bonjour.

Bienvenue au comité. Nous sommes ravis de vous recevoir aujourd'hui.

Conformément aux articles 110 et 111 du Règlement, nous sommes saisis de la nomination par décret de Bernard Michel Prigent au poste de membre du conseil d'administration d'Instituts de recherche en santé du Canada renvoyée au comité le 21 octobre 2009.

Bienvenue, monsieur Prigent.

Nous avons également ici aujourd'hui M. Alain Beaudet, des Instituts de recherche en santé du Canada. C'est un grand plaisir de vous avoir parmi nous.

Nous vous demanderions de faire vos déclarations; mais avant cela, Mme Wasylycia-Leis a demandé qu'on traite d'un recours au Règlement.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Merci, madame la présidente. Je serai pas très longue.

C'est moi qui, à l'origine, ai présenté cette motion au comité, alors je me préoccupe de veiller à ce qu'on lui donne suite adéquatement.

Je tiens à vous aviser, madame la présidente, que j'ai parlé à M. Beaudet pour lui indiquer que sa comparution ici, aujourd'hui, ne me posait aucun problème. Je me suis dit qu'elle allait de soi. Toutefois, je ne me doutais certainement pas que cela signifierait

qu'aucun autre témoin ne serait admis, alors j'aimerais prendre immédiatement certaines mesures.

D'abord, j'aimerais déposer la lettre que je vous ai envoyée, madame la présidente, en date de vendredi dernier, où j'ai indiqué ma préoccupation quant à votre refus de considérer la possibilité d'une présence d'autres témoins, qui étaient disposés à venir et en mesure de le faire. Ces témoins étaient Mmes Patricia Baird et Noralou Roos, M. Joel Lexchin, Mme Abby Lippman, M. Steve Morgan, et enfin, M. Trudo Lemmens.

Dans la lettre que je dépose, madame la présidente, j'ai indiqué que je ne m'attendais évidemment pas à ce que la totalité de ces témoins comparaissent. Je savais que nous disposions d'un temps limité. J'ai fait valoir qu'une seule personne susceptible de fournir un autre point de vue dans ce débat aurait été très utile. Je suis déçue que vous n'ayez pas tenu compte de ma recommandation et que vous n'en n'ayez pas fait part au comité de direction ou au comité plénier avant de prendre cette décision. Je vais déposer cette lettre et demander l'avis des autres membres du comité quant à ce qu'il convient de faire.

Permettez-moi également de déposer une pétition qui contient quelque 2 085 noms de citoyens préoccupés par la nomination de M. Prigent aux IRSC.

Enfin, permettez-moi de mentionner l'importante correspondance que nous avons tous reçue de nombreux scientifiques, chercheurs et spécialistes de la santé de partout au pays. Si cela convient, je déposerai également tous ces documents avec plaisir.

Je ne veux pas abuser du temps du comité. Nous disposons de deux options. La première consisterait à planifier une autre séance pour entendre d'autres témoins, et c'est l'option que je préconiserais. Toutefois, il faudrait que cela se fasse, et qu'un rapport soit renvoyé au Parlement, avant le 9 décembre. Cela voudrait dire qu'il nous faudrait prendre cette décision assez rapidement et agir avant la semaine prochaine au plus tard.

L'autre option serait de nous contenter d'avaliser la pilule quant à ce qui s'est passé, de faire contre mauvaise fortune bon cœur et de présenter une motion ultérieurement pour déterminer comment notre comité composera avec ce genre de situation dans l'avenir. Je suis certainement prête à le faire.

• (1635)

**La présidente:** Je vais en parler un petit moment, et je vous remercie de votre exposé.

Votre motion est présentée, et la date limite est le 9 décembre. Nous sommes le 30 novembre.

Beaucoup de témoins ont comparu. La décision a été prise dans le meilleur intérêt du comité, car lorsque nous avons calculé le temps qu'il faudrait, madame Wasylycia-Leis, nous nous sommes aperçus que cela nous faisait 48 minutes, plus une autre question. Nous aurions manqué de temps. Je croyais que le comité avait exprimé très clairement qu'il souhaitait pouvoir entendre M. Prigent et M. Beaudet, et M. Beaudet faisait partie des témoins dont vous aviez demandé la comparution; nous l'avons donc invité. Cette requête émanait de votre bureau; on a donc accédé à votre demande pour ce témoin.

Allez-y, madame Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Madame la présidente, je ferais respectueusement remarquer que les personnes qui s'objectent à cette nomination se connaissent très bien, et je suis certaine qu'elles auraient pu trouver quelqu'un pour témoigner en leur nom et faire valoir leur point de vue. Les courriels que j'ai reçus, parfois d'éminents éthiciens, professeurs et enseignants en droit du secteur de la santé, contenaient une véritable déferlante d'objections. Je m'en remets à mes collègues pour voir si nous déposerons ou non les courriels reçus jusqu'à maintenant, ainsi que les pétitions, qui contiennent des arguments très éloquents et convaincants.

Comme nous le savons malheureusement, le comité ne peut que faire part de ses inquiétudes à la Chambre, et je crois que vous constaterez qu'il existent bel et bien des préoccupations à cet égard. Comme il nous reste peu de temps avant la relâche parlementaire, je demanderais à mes collègues si nous devons entendre ces témoins en personne ou si nous pourrions prendre une décision d'ici la fin de la présente séance en fonction de ce qu'ils nous ont déjà écrit.

**La présidente:** Madame Wasylycia-Leis.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Tout d'abord, il est vrai que nous avons proposé le nom de M. Beaudet. Je tenais certainement à qu'il comparaisse devant le comité, mais je n'aurais jamais pensé que nos témoignages se limiteraient à cela. En fait, nous avons vérifié auprès des personnes figurant sur la liste que je vous ai remise, et au moins une, sinon deux, d'entre elles aurait pu témoigner aujourd'hui. Mme Noralou Roos, qui est à Ottawa pour recevoir un prix prestigieux, était disposée à comparaître, tout comme M. Trudo Lemmens, de Toronto. Nous aurions pu en finir aujourd'hui et régler la question. À défaut d'avoir pu entendre l'opinion de l'autre partie, je crois que nous devrions nous réunir lundi, le 7 décembre, pour poursuivre la discussion pendant une heure et déposer notre rapport avant la date butoir du 9 décembre.

Je propose donc aussi de se réunir lundi.

• (1640)

**La présidente:** Il faut que le comité accepte. C'est certainement faisable, car votre motion indique que nous avons jusqu'au 9 décembre. Nous entendons également le groupe des Ressources humaines en santé le 9; nous pourrions aussi le faire ce jour-là.

On m'informe que le rapport peut être prêt en une heure. Nous pourrions donc entendre les témoins pendant la première heure et terminer le rapport pendant la deuxième.

**L'hon. Carolyn Bennett:** La greffière dit avant le 9.

**La présidente:** Désolée, madame Bennett.

Madame Wasylycia-Leis, vous avez la parole.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** S'il est question du 9 dans ma motion, c'est que le Règlement stipule que notre comité doit déposer son rapport avant cette date. Il faut donc se réunir le 7.

**La présidente:** C'est parfait. Vous nous demandez donc d'entendre...qui d'autre est là?

M. Carrie.

**M. Colin Carrie:** J'allais dire, madame la présidente, qu'après aujourd'hui, s'ils veulent faire comparaître d'autres témoins, nous sommes tout à fait d'accord.

**La présidente:** Oui, il n'y a pas de problème.

**M. Colin Carrie:** Mais comme j'ai des questions importantes à poser aux témoins, j'aimerais que nous poursuivions nos travaux. Si nous ne disposons que de 45 minutes, il serait préférable que nous—

**La présidente:** Tout d'abord, sommes-nous d'accord pour nous réunir le 7 afin d'entendre pendant une heure des témoins qui traiteront du sujet qui nous occupe présentement?

**Des voix:** Oui.

**La présidente:** Merci.

Nous poursuivons.

J'aimerais tout d'abord laisser la parole à M. Bernard Prigent, du conseil d'administration des Instituts de recherche en santé.

Vous disposez de 10 minutes pour nous parler de ce qui vous plaira.

**Dr Bernard Prigent (membre, Conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada, à titre personnel):** Merci, madame la présidente.

Je tiens à vous remercier, vous et vos collègues, de me donner l'occasion de parler de mon rôle et ma contribution en qualité de membre du conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada.

Permettez-moi de commencer en vous faisant part de mon expérience et de mes références, qui cadrent avec les objectifs et le mandat globaux des IRSC.

[Français]

J'ai reçu ma formation en médecine générale en France. Au début de ma carrière, j'ai eu à faire face aux problèmes cliniques et de santé publique majeurs vécus par les immigrants qui s'installaient dans les banlieues de Paris.

Mon intérêt pour les enjeux de santé mondiaux vient de ma participation à une mission médicale au Cambodge, dans une zone de guerre où, entre autres menaces, les civils subissaient les ravages d'une malaria multirésistante. Cette expérience m'a incité à rédiger ma thèse en médecine tropicale et en santé publique.

J'ai ainsi travaillé durant cinq ans dans divers milieux cliniques et hospitaliers exigeants en France, en Asie et en Australasie. La diversité de ces expériences cliniques m'a fait découvrir la médecine d'urgence, l'obstétrique, mais surtout, durant près de deux ans, le rôle de médecin de district. C'était dans un milieu tropical, au Samoa. Je devais dispenser seul des soins et promouvoir la santé publique auprès d'une population rurale de 20 000 habitants.

Toutes ces expériences m'ont forgé et ont fait en sorte que j'ai toujours su garder à l'esprit le point de vue et l'intérêt du patient, même lorsque ma carrière s'est éloignée de la médecine clinique au profit de la médecine en milieu pharmaceutique.

[Traduction]

C'est en 1984 que j'ai fait mes premiers pas dans l'industrie des produits pharmaceutiques en travaillant dans les installations de recherches médicales et pharmaceutiques internationales de trois grandes sociétés pharmaceutiques européennes, avant d'entrer au service de Pfizer Canada en 1995. Je me suis occupé du développement clinique et de la commercialisation de nouveaux médicaments dans divers domaines thérapeutiques, notamment la cardiologie, la médecine respiratoire, les maladies infectieuses, la rhumatologie, l'urologie, la neurologie et l'oncologie. Il y a plus de 20 ans, j'ai pu ouvrir de nouvelles voies en réalisant des études cruciales dans les pays comme la Pologne, la Hongrie et la Russie, et développer des capacités médicales et cliniques en Afrique et au Moyen-Orient.

M'intéressant à la gestion de la recherche-développement, j'ai fait une maîtrise en administration au Henley Management College, au Royaume-Uni, où ma recherche a principalement porté sur la gestion des organisations de recherche-développement internationales.

Au Canada, je contribue activement au renforcement des capacités de recherche-développement qui favorisent la collaboration entre les secteurs public et privé. Ces activités m'ont permis de devenir président du comité scientifique de la fondation de recherche des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada; membre du comité consultatif stratégique du Centre d'excellence en médecine personnalisée; membre du conseil d'administration du Centre d'excellence en Prévention de la propagation de l'insuffisance fonctionnelle des organes; président du comité d'orientation stratégique du Consortium québécois sur la découverte du médicament; membre du comité consultatif national du Réseau d'application de la recherche sur les démences; et coprésident du Chantier recherche de Montréal InVivo.

• (1645)

[Français]

Je pense que mes expériences cliniques internationales et mon apport à la mise au point de nouveaux médicaments ainsi qu'à leur accessibilité aux patients seront utiles au conseil d'administration des IRSC. Les IRSC ont lancé récemment leur plan stratégique quinquennal. Ce plan souligne notamment l'importance de la collaboration entre l'industrie et le milieu de la recherche afin que les travaux débouchent sur l'amélioration des produits, des technologies, des outils et des services de santé.

Plus précisément, le plan formule l'engagement de lancer, en matière de recherche axée sur le patient, une nouvelle initiative phare qui permettra au système de santé du Canada de mieux transposer les résultats de recherche afin d'améliorer les soins et la santé.

[Traduction]

Ces dernières années, nous avons vu quelques percées dans la recherche axée sur le patient, particulièrement au chapitre du traitement des maladies cardiovasculaires, des soins intensifs, des accidents vasculaires cérébraux et du VIH. Cependant, le Canada se laisse rapidement distancer par d'autres pays industrialisés lorsqu'il s'agit de réaliser des recherches de pointe axées sur le patient. Le Canada compte parmi les meilleurs chercheurs au monde dans le domaine de la santé. Mais le tableau n'est pas aussi reluisant quand vient le temps de transmettre les résultats de la recherche en laboratoire aux hôpitaux et aux cliniques afin d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé.

Je crois que mon expérience substantielle en recherche clinique et ma collaboration multilatérale avec l'industrie et les centres

universitaires de recherche de divers pays peuvent aider les IRSC à trouver des solutions pour combler les lacunes.

[Français]

À titre de membre du conseil d'administration des IRSC, je m'engage à observer strictement la Loi sur les conflits d'intérêts, les lignes directrices en matière d'éthique à l'intention des titulaires de charges publiques, les lignes directrices régissant les activités politiques des titulaires de charges publiques et la politique des IRSC sur les conflits d'intérêts et la confidentialité dans le contexte de l'examen du mérite et de la pertinence de l'examen par les pairs. En tant que nouveau membre du conseil d'administration, j'ai reçu une orientation du personnel de direction des IRSC et lu attentivement tous les documents.

En terminant, je réitère au comité mon dévouement et mon engagement à respecter les normes déontologiques les plus strictes dans cette fonction, comme dans toutes celles que j'ai exercées par le passé.

[Traduction]

C'est avec plaisir que je répondrai aux questions que vous pourriez avoir. Merci.

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Beaudet.

[Français]

**Dr Alain Beaudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada):** Merci, madame la présidente. Je suis heureux de me présenter devant vous dans le cadre de l'examen de la nomination récente du Dr Prigent au conseil d'administration des IRSC.

[Traduction]

Sachez tout d'abord à quel point le conseil d'administration des IRSC et moi-même approuvons et appuyons l'arrivée de cet homme éminent parmi nous. M. Prigent a été nommé par le gouverneur en conseil en raison de son vaste savoir, de son expérience inestimable et de ses excellentes connaissances du milieu canadien de la recherche en santé internationale. À l'instar des autres membres du conseil, c'est à titre personnel et non comme représentant de son employeur qu'il a été nommé.

[Français]

Le conseil d'administration des IRSC a pour mandat de surveiller l'orientation et la gestion de l'organisme. Il en définit les orientations stratégiques, les objectifs et les politiques, et en évalue le rendement global. Il est important de souligner qu'il n'est pas du ressort du conseil d'examiner ou d'approuver les demandes de financement. Il ne fait aucun doute dans mon esprit que la nomination du Dr Prigent satisfait aux critères de nomination des membres du conseil d'administration ainsi qu'énoncé dans la Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada.

En effet, la loi stipule que les membres du conseil doivent répondre aux plus hautes normes d'excellence scientifique et représenter une gamme de disciplines et de milieux pertinents. Nul ne mettra en doute les compétences et l'expérience exceptionnelles du Dr Prigent à cet égard.

[Traduction]

M. Prigent, un chercheur international renommé, est vice-président de la Pfizer Canada Inc. Il fait partie de la Société canadienne de pharmacologie clinique et du Réseau canadien de l'arthrite. Il est également membre et président du conseil d'administration du comité consultatif scientifique de la Fondation pour la recherche en santé de Rx&D et coprésident du comité de recherche de Montréal InVivo, une association sans but lucratif regroupant plus de 600 organisations publiques et privées de Montréal qui favorise les partenariats et l'innovation scientifiques.

M. Prigent fera bénéficier le conseil de ses immenses connaissances dans des domaines allant de la santé internationale à la gestion de la recherche; il possède notamment une vaste expérience en innovation et en commercialisation, qui lui permet de combler une lacune notable que nous avons notée dans les compétences de notre conseil d'administration. Ses connaissances appréciables dans ce domaine nous permettront de mieux exercer nos responsabilités afin d'atteindre les objectifs des IRSC, qui figurent à l'article 4 de la Loi sur les IRSC:

exceller, selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada, et ce par:

i) l'encouragement à l'innovation et le soutien à la mise en marché de la recherche canadienne dans le domaine de la santé et la promotion du développement économique au Canada au moyen de celle-ci;

• (1650)

[Français]

L'innovation et la commercialisation sont des éléments clés du mandat des IRSC en ce qui concerne l'amélioration de la santé des Canadiens et de l'efficacité de notre système de santé.

Comme vous le savez, le Canada fait piètre figure au niveau des investissements en recherche et développement consentis par le secteur privé. En fait, dans son dernier bulletin sur l'innovation, le Conference Board du Canada attribue la note D au pays pour son rendement en matière d'innovation au cours des trois dernières décennies.

Ce besoin à combler a été souligné dans la Stratégie nationale des sciences et de la technologie du gouvernement du Canada. À cet égard, la stratégie recommande spécifiquement:

À mesure que le gouvernement comblera des postes vacants dans les conseils d'administration, il cherchera à obtenir une plus forte représentation des entreprises et de la collectivité, afin que la composition des conseils d'administration traduise les intérêts économiques et nationaux généraux du Canada.

[Traduction]

Jusqu'à maintenant, pratiquement tous les organismes de recherche fédéraux ont entendu cet appel sauf les IRSC. De fait, des membres du secteur biopharmaceutique font partie du conseil d'administration de Génome Canada, du Conseil national de recherche du Canada, du Conseil national de recherche en sciences naturelles et en génie et de la Fondation canadienne pour l'innovation.

Les conseils d'administration de plusieurs organisations provinciales de recherche en santé, notamment le Conseil manitobain de recherche en matière de santé et le Fonds de la recherche en santé du Québec, comptent également des intervenants de l'industrie biopharmaceutique parmi leurs membres. De même, certains organismes équivalents dans d'autres pays — comme le Medical Research Council du Royaume-Uni — ont des personnes issues de ce secteur au sein de leur conseil d'administration.

Dans tous les cas, ces membres ont été nommés non comme représentants de leur employeur, mais comme personnes dotées de compétences uniques prêtes à communiquer leur savoir et capables d'ériger des ponts entre les secteurs privé et publics pour le bien commun.

En terminant, j'aimerais vous rappeler que tous les membres des conseils d'administration sont tenus de respecter la Loi sur les conflits d'intérêts, les lignes directrices en matière d'éthique à l'intention des titulaires de charge publique et les lignes directrices en matière d'éthique et d'activités politiques à l'intention des titulaires de charge publique. C'est d'ailleurs une condition de leur nomination.

En outre, la divulgation de conflit d'intérêt est un point permanent à l'ordre du jour des réunions du conseil d'administration.

[Français]

Je suis profondément convaincu que la nomination du Dr Prigent n'aura aucune incidence négative sur l'intégrité des IRSC. Bien au contraire, sa présence nous aidera grandement à remplir notre mission. Le Dr Prigent partage la vision des IRSC et apporte une expertise unique à la concrétisation de cette vision.

Merci.

[Traduction]

**La présidente:** Merci.

Nous passons maintenant à notre tour de questions et de réponses de sept minutes, en commençant par Mme Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Madame la présidente, si vous préférez faire des tours de cinq minutes pour permettre à un plus grand nombre de membres de participer, je n'y vois aucun inconvénient.

**La présidente:** Plaît-il au comité de faire un tour de cinq minutes?

**Des voix:** Oui.

**La présidente:** D'accord, nous effectuerons des tours de cinq minutes.

Merci, madame Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je dois admettre, madame la présidente, que j'ai été très étonnée par toutes les objections que j'ai reçues au sujet de cette nomination. Je crois que nous savons tous que la commercialisation fait partie du mandat des IRSC. Il me semble que le secteur s'est en grande partie clairement prononcé en faveur de l'ajout, au sein du conseil d'administration, d'un membre possédant une certaine expérience de la mise en application et de la commercialisation de la recherche.

Monsieur Beaudet, vous avez parlé de la déclaration en matière d'éthique et des conflits d'intérêts. Sachez qu'il est également indiqué qu'un employé actuel d'une société dont la responsabilité première consiste à défendre les intérêts des actionnaires... La déclaration de conflit d'intérêt est le point qui suscite l'inquiétude. Nombreux sont ceux qui craignent le désistement de plusieurs décideurs au sein du conseil d'administration, situation qui créerait un vide important si d'autres nominations ont lieu, par exemple celle d'une personne du secteur de l'incubation, un employé de MaRS ou un professeur émérite à la retraite à qui cet aspect échapperait. Je crois que personne ici ne veut que les IRSC perdent l'estime de la population parce que certaines décisions stratégiques pourraient être perçues comme étant douteuses parce que l'intérêt de l'industrie pharmaceutique entre en jeu.

J'aimerais savoir ce que vous feriez au sujet de cette perception, mais aussi de la déclaration réelle d'un conflit d'intérêts relatif aux nombreuses questions qui seraient soumises au conseil d'administration et de la fréquence à laquelle ces situations seraient considérées comme inappropriées. Je crois que vous devez composer avec le fait que le conseiller a malheureusement commis de nombreuses transgressions au chapitre de l'intégrité scientifique et a payé des amendes substantielles depuis 2002—

• (1655)

**La présidente:** Madame, Bennett, vous vous éloignez du sujet. Vous savez que nous sommes ici pour voir la personne qui a été nommée. Vous êtes complètement à côté de la question et je ne veux pas devoir vous interrompre.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je crains que la société qui l'emploie a payé 2,3 milliards de dollars d'amende pour emploi non conforme de médicament—

**La présidente:** Madame Bennett, je veux rappeler aux membres que le décret de nomination autorise les comités à convoquer une personne après sa nomination. Je lirai le libellé exact du décret pour m'assurer que vous sachiez comment poser vos questions. Le décret stipule ce qui suit:

Parmi les domaines habituellement considérés comme débordant de la portée de celui-ci figurent : l'affiliation politique de la personne nommée ou qu'on propose de nommer, ses contributions à des partis politiques, et la nature du processus de nomination. Toute question peut être admise s'il peut être démontré qu'elle a un rapport direct avec l'aptitude de la personne à remplir le poste auquel elle a été nommée ou auquel on propose de la nommer.

Vous connaissez le topo. Je vous demanderais donc de faire attention.

Vous pouvez poursuivre, madame Bennett. Nous avons arrêté le chronomètre.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Si vous n'y voyez pas d'objection, je crois que ce qu'il faut régler, c'est la question de la capacité et de la perception de pouvoir faire la déclaration en matière d'éthique et la déclaration de conflit d'intérêt.

**Dr Bernard Prigent:** Comme je l'ai indiqué dans mon exposé, un cadre très solide a été mis en place pour gérer les conflits d'intérêts. Avant de parler des outils, toutefois, je veux faire remarquer que l'on n'abandonne pas son intégrité et les normes qui s'y rattachent quand on passe d'un secteur à l'autre. Les membres du conseil d'administration sont avant tout tenus de respecter des normes d'intégrité, et je crois avoir fait preuve d'une intégrité irréprochable dans tout ce que j'ai accompli au cours de ma carrière.

Maintenant, pour ce qui est des outils de gestion des conflits d'intérêts, il y a évidemment la Loi sur les conflits d'intérêts, ainsi que les lignes directrices en matière d'éthique à l'intention des titulaires de charge publique et les lignes directrices en matière d'éthique et d'activités politiques. En outre, la déclaration de conflit d'intérêt doit figurer dans le préambule de tous les ordres du jour du conseil d'administration. Tous les membres du conseil peuvent se retrouver en position de conflit d'intérêts. Ce n'est pas une question circonscrite à un seul secteur. Chacun d'entre nous représente personnellement une institution différente et pourrait être confronté à un conflit d'intérêts. La meilleure façon de gérer ces conflits est donc de mettre en place un cadre solide, défini par la loi, ainsi que des procédures. C'est d'ailleurs de que les IRSC ont fait.

Toutes les activités que j'ai mentionnées suivent exactement les mêmes lignes directrices. Ainsi, on retrouve souvent autour de la table des personnes représentant des intérêts privés, publics et

gouvernementaux, et tous doivent déclarer les conflits d'intérêts qu'ils pourraient avoir avant la prise de décision.

Sachez en outre que le conseil d'administration ne prend aucune décision d'investissement concernant des institutions ou des projets. L'examen du financement ne relève donc pas de son mandat. Je crois qu'il est très important que vous le compreniez.

• (1700)

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

Nous laissons maintenant la parole à monsieur Malo.

[Français]

**M. Luc Malo:** Merci beaucoup, madame la présidente. Docteur Beaudet et docteur Prigent, je vous remercie d'être parmi nous cet après-midi.

On comprend très bien que le gouvernement veuille investir davantage dans la recherche liée aux affaires. Cependant, de notre point de vue, il ne faut pas que cela se fasse au détriment de la recherche fondamentale. Selon nous, il ne faut pas sacrifier la recherche à court terme en santé publique au profit de la recherche à long terme.

Que pensez-vous de ce point de vue?

**Dr Bernard Prigent:** Vous avez absolument raison. On a affaire actuellement à la complexité des enjeux de recherche et de développement, qui sont les défis auxquels fait face la communauté scientifique, qu'elle soit privée ou publique, et qui demandent une collaboration plus étroite. En fait, cela demande le renforcement de la qualité de la recherche dans les institutions publiques non pas au service des objectifs du privé, mais simplement au service de l'innovation.

On a besoin d'augmenter le taux d'investissements mis au service de la recherche publique. C'est un mandat très clair des instituts. Je vous donne une perspective: les investissements que le Canada fait auprès des instituts représentent 700 millions de dollars canadiens. Les budget globaux au service de l'industrie pharmaceutique et biotechnologique sont de 100 milliards de dollars pour les 20 plus grandes compagnies. Il est beaucoup plus important pour les instituts de trouver des partenariats qui lui permettent de s'arrimer au secteur privé sur des objectifs bien définis où l'on parle de complémentarité. On ne parle pas du tout d'une prise de pouvoir du secteur privé, bien au contraire.

Le Québec est la meilleure illustration du pouvoir de ces collaborations. Le lancement du Consortium québécois sur la découverte du médicament est un exemple flagrant de ce que les trois secteurs — si l'on compte le gouvernement — peuvent faire ensemble. C'est une initiative qui permet de bâtir sur les forces de tous les partenaires. Ce genre d'initiative fait l'envie des autres provinces canadiennes et prend une visibilité extraordinaire à l'extérieur du Canada. Cela n'a pu se faire que parce que les acteurs se sont réunis autour de la table, ont défini une politique de recherche et ont arrimé les compétences des deux milieux.

**M. Luc Malo:** Docteur Beaudet, j'aimerais vous poser ma prochaine question, dans la foulée de la réponse du Dr Prigent à ma collègue du Parti libéral.

Le Dr Prigent disait que tous les gens autour de la table du conseil d'administration ont un certain intérêt puisqu'ils font partie de différentes organisations. Vous avez dit dans votre présentation que les membres du conseil d'administration n'approuvent pas les demandes de subvention.



Est-il arrivé que certains membres de conseils d'administration antérieurs se soient récusés à certains moments lorsque le conseil siègeait? Si oui, dans quel contexte? Pouvez-vous élaborer un peu à ce sujet?

**Dr Alain Beaudet:** Je peux certainement le faire.

Tout d'abord, j'aimerais revenir à la question de votre collègue Mme Bennett.

En fait, potentiellement, tous sont en conflit d'intérêts. Il y a un vice-président à la recherche. Parle-t-il pour son université? Devrait-on avoir des vice-présidents de recherche émérites? Il y a aussi un doyen de faculté de médecine. Parle-t-il pour sa faculté de médecine? Devrait-on avoir des doyens de faculté de médecine émérites?

On veut des gens qui sont dans le vif du sujet, car la recherche en santé change extrêmement rapidement. On veut les leaders au pays, des gens qui connaissent absolument et parfaitement tous les aspects de la recherche, aussi bien les aspects de recherche fondamentale, dont vous parlez, que les aspects de recherche plus appliquée, les aspects de commercialisation comme les aspects de recherche sur les services de santé.

L'important est de pouvoir avoir l'expertise autour de la table. Il est clair que l'on recherche une expertise variée qui nous permette de répondre au mieux à l'ensemble de notre mission.

De façon plus précise, il est assez rare que des membres du conseil d'administration aient à se récuser parce qu'on ne prend pas de décision financière. Tout de même, des chercheurs actifs siègent au conseil d'administration et il arrive qu'ils puissent se sentir mal à l'aise dans le cadre de certaines discussions.

Par exemple, un membre du conseil est un chercheur actif dans le domaine des cellules souches. Lorsqu'on a discuté des problèmes éthiques liés aux cellules souches, ce membre s'est récusé. C'est une question, non seulement de conflit d'intérêts mais d'apparence de conflit d'intérêts aussi, à laquelle on est très sensible. On ne veut pas donner l'impression qu'on favorise un joueur plutôt qu'un autre. On est très sensible à cela.

● (1705)

[Traduction]

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

Nous passons maintenant à madame Wasylycia-Leis.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Merci, madame la présidente.

Je remercie également MM. Prigent et Beaudet de comparaître.

Tout d'abord, je tiens à vous dire, monsieur Prigent, que je ne doute pas de votre expertise professionnelle, de votre intégrité ou de votre vaste expérience. Il s'agit ici de juger s'il convient que le vice-président ou tout autre employé d'une grande société pharmaceutique fasse partie du conseil d'administration des IRSC. Je sais que nous avez dit que le conseil ne prend pas de décision d'investissement. Il chapeaute les IRSC, dont le mandat consiste à décider où affecter les fonds, quels secteurs devraient être prioritaires, et comment renforcer la capacité de recherche au pays et appuyer une nouvelle génération de chercheurs dans le domaine de la santé. C'est donc assez important.

Je vous demanderais donc, à vous et à M. Beaudet, qui est celui qui a initialement proposé votre nom, je crois—

**Dr Alain Beaudet:** En effet.

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** —comment nous pourrions expliquer votre nomination aux nombreux scientifiques — dont vous avez entendu le nom — qui se sont dits très préoccupés par le fait

que vous risquez de devoir vous désister la plupart du temps et d'influencer l'orientation d'un organisme qui est supposé être entièrement indépendant sur le plan de la recherche en santé?

**Dr Bernard Prigent:** La nomination d'une personne représentant un secteur donné ne modifie pas le mandat d'indépendance. L'indépendance est un acquis. Il m'est difficile de croire que la présence d'une personne provenant d'un secteur donné pourrait altérer le mandat du conseil d'administration.

Je le répète, on m'a demandé de siéger au conseil d'administration à titre de particulier qui possède une certaine expérience pouvant être mise à contribution dans l'intérêt de la population.

Je me tiens au fait de ce qui se passe sur la scène internationale. Dans le cas du Conseil de recherches médicales, je vous l'ai indiqué, l'organisme équivalent au Royaume-Uni s'intéresse beaucoup aux mêmes questions que notre conseil. C'est une pratique courante. L'Australie est dotée d'un organisme analogue, qui fait de même, tout comme celui de la France.

Par conséquent, le principe, pour ainsi dire... Et je partage entièrement vos préoccupations. Cependant, lorsqu'il s'agit d'établir la stratégie pancanadienne en matière de santé, nous ne pouvons pas créer une forme d'apartheid intellectuel en excluant certains intervenants.

Cela m'apparaît extrêmement surprenant. La question des conflits d'intérêts m'interpelle. J'estime que c'est important.

Il n'y a aucune différence entre un institut de recherche privé et un institut de recherche public. Les membres de ces instituts possèdent les mêmes antécédents. Ils visent les mêmes objectifs. Ils veulent bien s'acquitter de leur travail et innover dans la prestation des services aux patients. Il est essentiel d'en tenir compte dans l'examen d'une nomination.

Je comprends que ce soit une question délicate, mais le Canada et les IRSC doivent être proactifs et s'attaquer...

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** Ce qu'on veut dire, je pense, c'est qu'il existe d'autres moyens permettant aux IRSC de tirer profit des compétences dans le secteur privé et qu'il n'y a des organismes consultatifs qui pourraient tabler autrement sur un spécialiste comme vous. Cependant, j'estime que votre nomination au conseil d'administration révèle à tous que nous sommes prêts à fragiliser son indépendance et donnera éventuellement naissance à une tendance favorisant ce genre de nomination au sein d'organismes qui seraient censés être indépendants, particulièrement vis-à-vis des sociétés pharmaceutiques...

● (1710)

**La présidente:** Madame Wasylycia-Leis, je dois vous préciser que vous êtes sur la corde raide. J'essaie de ne pas vous interrompre, mais vous devez vous rappeler ce que je viens de dire à l'ensemble des membres. Vous abordez à peine le processus de nomination. Vous devriez vous en tenir à la capacité de M. Prigent de s'acquitter de son mandat, et non à des activités qui n'ont rien à voir avec le poste...

**Mme Judy Wasylycia-Leis:** D'après l'ordre de renvoi sur notre examen de la nomination, nous devons également nous pencher sur la capacité du candidat de s'acquitter des exigences du poste, ce sur quoi porte mon intervention. En fait, je voudrais aborder la question des conflits d'intérêts et je voudrais savoir quelle est la position de l'organisme et des autres instituts analogues à ce sujet, compte tenu particulièrement que le candidat a travaillé chez Pfizer. Que toutes les erreurs de cette société pharmaceutique aient été commises ou non pendant que vous y travailliez, il n'en demeure pas moins que votre nom est associé à certaines de ces erreurs les plus graves. En fait, je pense qu'on peut probablement affirmer à juste titre que votre nom figure dans les articles de journaux sur une affaire importante de transgression de l'intégrité scientifique. J'estime que nous devons en tenir compte dans notre examen de cette nomination.

**La présidente:** Votre temps de parole est écoulé depuis longtemps, madame Wasylycia-Leis. Je suis désolée.

Vous souhaitez peut-être formuler un commentaire à ce sujet.

**Dr Alain Beaudet:** Premièrement, je voudrais réitérer que le Dr Prigent ne représente pas Pfizer. Si tel était le cas, la levée de boucliers ne proviendrait pas de notre milieu, mais bien des sociétés pharmaceutiques, qui voudraient toutes avoir un représentant au sein de notre conseil d'administration.

Le Dr Prigent ne représente que lui-même. Le conseil d'administration profitera de ses compétences exceptionnelles. Franchement, les IRSC n'ont jamais pu, je pense, compter sur de telles compétences auparavant. Il s'agit d'un secteur qui est le troisième investisseur dans la recherche-développement au Canada. C'est un des principaux protagonistes dans la recherche en santé, et nous ne voulons pas établir de dialogue avec lui. Ne voulons-nous pas modifier notre vision?

Il faut, je pense, commencer à envisager les choses différemment. Premièrement, nous devons être à l'écoute l'un de l'autre et chercher à savoir comment le Canada pourrait mieux livrer concurrence aux autres pays dans le domaine de la recherche en santé. C'est cela qui est en cause. Si nous voulons modifier nos plans d'action pour que le Canada soit concurrentiel, nous devons chercher des moyens de collaborer avec le secteur privé. J'estime que c'est ce qu'il faut apprendre. Y a-t-il quelqu'un de plus compétent que le Dr Prigent pour nous aider à ce chapitre?

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

Nous entendrons maintenant M. Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci, madame la présidente.

Je voudrais poursuivre dans la foulée des propos du Dr Beaudet sur les compétences. Comme vous le savez, avant d'être secrétaire parlementaire de la ministre de la Santé, j'ai occupé les mêmes fonctions pour le ministre de l'Industrie, et l'une des principales plaintes que j'entendais, c'était le manque d'expérience des réalités du secteur privé. Le gouvernement élabore des programmes et des règlements sans tenir suffisamment compte de l'opinion du secteur privé. Vous avez indiqué que le secteur privé occupe une place prépondérante au Canada. Même s'il est bien intentionné, le Canada ne prend pas parfois les mesures nécessaires afin de promouvoir l'innovation, la commercialisation et la recherche appliquée.

C'est l'objectif que souhaite atteindre notre pays. Nous voulons créer des emplois solides et nous voulons stimuler l'économie. Vous avez signalé que nous avons obtenu un D. Il y a donc des aspects que nous devons améliorer. Ce genre de nomination n'est pas sans précédent dans les autres pays et au Canada. Il a été question du conseil de recherches en santé de l'Irlande et des mesures qu'il a prises. Si nous

comparons la recherche-développement qui a été effectuée en Irlande au cours des 20 dernières années... Dr Prigent, vous avez indiqué que, en Australie, aux États-Unis et au Royaume-Uni, les conseils d'administration des instituts de recherche comptent tous des membres provenant du secteur privé. C'est le cas également dans quatre provinces canadiennes.

Ma question s'adresse à vous, Dr Beaudet. Est-ce bien là ce qui se passe dans ces pays? Y est-on sous la dictature du secteur privé? Où les conseils d'administration de ces instituts recrutent-ils les candidats ayant ce genre de compétences?

**Dr Alain Beaudet:** Tout d'abord, je m'en tiendrai à ce que je sais, notamment que bien des membres siégeant au CA du Conseil de recherches médicales du Royaume-Uni proviennent du secteur pharmaceutique, et je dois reconnaître qu'on y a passablement bien réussi à inverser la tendance et à envisager différemment l'innovation et le partenariat public-privé, ce qui s'est révélé un atout de taille, je pense, pour ce pays.

Je sais aussi qu'en France des représentants du secteur biopharmaceutique siègent également au conseil d'administration du CNRS. Une fois de plus, je ne relève que des aspects positifs. De toute évidence, je n'aurais pas recommandé le Dr Prigent à la ministre Aglukkaq si je n'avais pas estimé que c'était un domaine où il fallait s'améliorer.

Vous savez parfaitement que nous sommes en plein coeur d'un ralentissement économique. Je crois que nous nous en sortirons définitivement en tablant sur la recherche et l'innovation. Le secteur public ne suffira pas à la tâche. Le secteur privé et le secteur public doivent collaborer. Nous devons comprendre quels sont les besoins du secteur privé. Celui-ci doit connaître l'orientation du secteur public. Il faut conjuguer nos efforts. Comme le Dr Prigent l'a indiqué, nous avons mis en oeuvre diverses initiatives lorsque je dirigeais la FRSQ au Québec.

Je peux vous dire que ce n'est pas la protection de la propriété intellectuelle qui est en cause ici. Il est plutôt question de recherche préconcurrentielle, qui profiterait à tous, tant au secteur public qu'aux Canadiens et, bien sûr, au secteur privé. C'est ce que nous souhaitons, n'est-ce pas? Nous voulons que le secteur privé investisse davantage. Nous ne voulons pas qu'il le fasse dans d'autres pays. Nous voulons qu'il investisse dans la recherche-développement au Canada pour que nous puissions en tirer des avantages pécuniaires.

Nous pensons que nous devons jouer un rôle afin de faciliter la tâche au secteur privé et au secteur public. C'est dans notre mandat. C'est prescrit dans la loi.

• (1715)

**M. Colin Carrie:** Dr Prigent, votre CV est très éloquent, et je ne pense pas que l'un d'entre nous pourrait contester votre vaste expérience. Nous voulons encourager d'autres membres du secteur privé à collaborer avec le secteur public. Nous voulons que la communication entre les deux s'améliore. Nous le répétons, ce que nous visons en fin de compte, c'est une commercialisation accrue, c'est l'innovation et ce sont des emplois dans le domaine de la recherche, ce qui rejaille sur notre économie.

Comment votre expérience vous confère-t-elle les compétences requises pour ce poste et comment les IRSC peuvent-ils aider le Canada à se placer dans une position favorable sur la scène internationale, compte tenu des propos du Dr Beaudet?

**Dr Bernard Prigent:** Je pense que je ferai profiter les IRSC notamment de l'expérience que j'ai acquise dans plusieurs provinces où la collaboration entre le secteur public et le secteur privé a été mise en oeuvre.

Au Québec, en Colombie-Britannique et en Ontario, diverses initiatives provinciales ont permis d'encourager et de favoriser les partenariats. Il a été question de la création d'un consortium pour la recherche préconcurrentielle. La Colombie-Britannique a établi le CDRD, le Centre for Drug Research and Development, mais le gouvernement fédéral a également créé les Centres d'excellence en commercialisation et en recherche. De nombreuses entreprises ont emboîté le pas à ces initiatives. Je pense que nous pouvons en tirer des leçons et que ce n'est qu'un début. Ayant participé à certaines de ces initiatives, j'estime posséder une certaine expérience dont je peux faire profiter les IRSC, qui essaient d'instaurer la collaboration avec le secteur privé.

De toute évidence, je pourrai également mettre à contribution mes compétences pour favoriser la recherche clinique ou, mieux encore, comme il en a été question, la mise en oeuvre d'une initiative pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, ce qui englobe beaucoup plus que le développement clinique de médicaments, si je peux m'exprimer ainsi. Mes compétences peuvent être utiles à bien des égards pour stimuler la réflexion auprès des membres du CA et des responsables de cette initiative.

Ce n'est là que quelques exemples. Il y a également un autre aspect qui n'est pas lié à mon poste. Il s'agit en l'occurrence de mes antécédents dans le domaine de la santé mondiale. Je sais que les IRSC cherchent stratégiquement à établir des partenariats partout dans le monde avec des organismes caritatifs internationaux et d'autres gouvernements. Je suis convaincu qu'une collaboration plus étroite avec le secteur privé pourra déboucher sur des solutions aux nombreux problèmes de santé au Canada et dans d'autres pays.

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

Madame Murray.

**Mme Joyce Murray:** Je vous remercie de votre présence devant notre comité. À l'instar des autres intervenants, je ne saurais remettre en cause ni l'intégrité du Dr Prigent, ni sa compréhension des conflits d'intérêts. Je reconnais que les produits pharmaceutiques et la commercialisation jouent un rôle important dans le domaine des soins de santé. Ce qui me préoccupe cependant, ce sont les difficultés éprouvées par le système de soins de santé dans l'ensemble du Canada. Davantage de pressions démographiques s'exercent sur le système, et nous savons qu'il faut un nouveau modèle. Nous savons également que les produits pharmaceutiques sont la cause d'une consultation sur neuf au service des urgences du General Hospital de Vancouver, et que ces consultations sont plus susceptibles de déboucher sur un plus long séjour à l'hôpital. Par conséquent, le nouveau modèle...

• (1720)

**La présidente:** Madame, puis-je me permettre de vous interrompre?

**Mme Joyce Murray:** Non, j'en arrive au fait, madame la présidente.

**La présidente:** Non, vos propos n'ont pas rapport avec la question qui nous intéresse. Vous devez en tenir au sujet de notre réunion.

**Mme Joyce Murray:** Nous cherchons à cerner la personnalité du candidat, à comprendre les facteurs sociaux et à examiner les méthodes de prévention des maladies axées sur la collaboration.

À la lecture du CV du docteur, je constate qu'il a terminé sa formation d'omnipraticien en 1981; qu'il a travaillé dans une petite île des Samoa et en Nouvelle-Zélande de 1981 à 1983; enfin, qu'il a été au service de sociétés pharmaceutiques au cours des 25 années suivantes. Je pense qu'on peut dire que vous envisagez les problèmes uniquement en fonction de la solution que vous proposez. Le Dr Prigent manifesterait un fort parti pris en faveur de l'industrie pharmaceutique dans ce qui devrait être l'orientation stratégique du conseil d'administration.

**La présidente:** Très bien, je dois mettre fin à ce genre de questions.

Qui est le prochain à prendre la parole?

**Mme Joyce Murray:** Je voudrais que le Dr Prigent puisse répondre à ma question sur son parti pris.

**La présidente:** D'accord. Poursuivez, mais faites attention.

**Mme Joyce Murray:** Je pense qu'il va de soi de poser cette question, étant donné que sa carrière a été consacrée presque exclusivement au secteur pharmaceutique.

**Dr Bernard Prigent:** Dans le domaine pharmaceutique, on s'intéresse aux enjeux de santé mondiale. J'ai travaillé dans ce domaine en Afrique subsaharienne, et je collabore toujours avec mes anciens collègues de Pfizer à des programmes de lutte contre la malaria. Mon travail au sein de l'industrie ne m'a pas fait perdre de vue les principes que j'avais adoptés au début de ma carrière relativement à la santé mondiale. J'ai participé à la mise en oeuvre d'un programme de gestion des maladies respiratoires chroniques en Afrique. J'ai collaboré avec des médecins Royaume-Uni et de l'Afrique. J'estime ne pas avoir renié mes principes, que j'ai plutôt raffermis par l'expérience méthodologique que j'ai acquise au fil des ans. La méthodologie est essentielle à l'émergence de nouvelles technologies. Elle y est un préalable, car elle circonscrit ce que nous voulons établir de concert avec les universités.

Je vois ce que vous voulez dire, mais j'estime avoir été en mesure de toujours avoir à coeur la santé en exerçant mes diverses activités thérapeutiques.

**Mme Joyce Murray:** Cependant, vous avez toujours oeuvré dans un certain contexte. Vous étiez au service de multinationales pharmaceutiques, et les solutions que vous proposiez faisaient appel aux moyens de cette industrie.

**Dr Bernard Prigent:** Effectivement, mais vous avez évoqué la prévention, aspect que l'industrie pharmaceutique est loin de négliger. J'ai participé à des études sur les mesures préventives dans divers endroits. Je faisais alors valoir le point de vue de cette industrie. Une telle position ne nous empêche pas d'examiner les questions d'une façon holistique et de tirer des leçons susceptibles d'être profitables aux IRSC.

**La présidente:** Il vous reste encore un peu de temps, madame Murray.

**Mme Joyce Murray:** Je pose la même question à M. Beaudet. Le conseil d'administration examine les questions de stratégie et d'orientation. Nous avons reçu une lettre appuyant cette candidature et plusieurs s'y opposant. Toute une carrière au sein de l'industrie pharmaceutique n'ouvre-t-elle pas la brèche à un parti pris en faveur de l'industrie pharmaceutique alors que le poste brigüé exige la neutralité?

**Dr Alain Beaudet:** La lettre d'appui que vous avez reçue émanait du conseil d'administration et a été signée par tous ses membres.

**Mme Joyce Murray:** Elle provenait des sociétés de recherche pharmaceutique.

**Dr Alain Beaudet:** L'autre lettre ne vous a peut-être pas été distribuée. Je pense qu'il s'agit de celle qu'on vous a fait parvenir au nom de tous les membres du conseil d'administration.

**La présidente:** Les membres du comité devraient en avoir reçu une copie, sinon nous ferons le nécessaire.

**Dr Alain Beaudet:** Merci.

Dans cette lettre, on fait ressortir qu'une analyse rigoureuse a permis de déterminer une lacune flagrante au sein du conseil d'administration, qui peut compter sur des experts dans divers domaines — notamment la santé publique, la santé mondiale, la recherche fondamentale, la recherche appliquée et les politiques en matière de santé —, mais aucun de ses membres n'est versé en commercialisation, en innovation et en pharmacologie. J'estime donc que nous comblons la lacune cernée par les membres du conseil d'administration, qui, je dois l'ajouter, ont approuvé à l'unanimité cette nomination et remercié le gouvernement d'avoir prêté une oreille attentive à leur demande de remédier à ce problème.

• (1725)

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

Je cède la parole à M. Carrie... Veuillez m'excuser, c'est plutôt à Mme Davidson.

**Mme Patricia Davidson:** Merci, madame la présidente.

Je remercie infiniment nos deux témoins de leur présence parmi nous aujourd'hui.

Nous entendons des versions différentes et contradictoires. Il a été question entre autres de toutes ces lettres d'opposition. J'ai reçu quatre lettres d'opposition et une d'appui. Vous me dites qu'il y en a une autre qu'on ne nous a pas distribuée. Il y a donc un élément important dont on n'a pas vraiment tenu compte.

Vous avez également ajouté, Dr Beaudet, que la décision du conseil d'administration était unanime.

**Dr Alain Beaudet:** Si je puis me permettre, je préciserai que le conseil d'administration a approuvé à l'unanimité la nomination de M. Prigent, signalant qu'elle permettait de répondre à un besoin.

**Mme Patricia Davidson:** Merci infiniment. Je suis heureuse que vous ayez apporté cette précision. On avait laissé entendre que ce n'était peut-être pas à l'unanimité. Je suis donc contente que vous ayez clarifié le tout.

Depuis de nombreuses années, on souligne ponctuellement qu'il devrait y avoir une meilleure collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Nous savons tous que la recherche dans le domaine de la santé est extrêmement importante, non seulement pour le secteur privé, mais également pour le secteur public. Cette collaboration est essentielle à mon avis.

Pouvez-vous nous indiquer quelles sont les priorités des IRSC et dans quelle mesure la nomination du Dr Prigent les aideront à s'attaquer à ces priorités?

**Dr Alain Beaudet:** Certainement. Je peux même vous recommander une excellente suggestion de lecture, en l'occurrence le plan stratégique des IRSC qui a été publié il y a quelques semaines et qui décrit très clairement nos priorités.

Sans vous exposer exhaustivement notre plan stratégique, je voudrais simplement faire ressortir notre impartialité lorsque nous finançons des projets misant sur l'excellence et la compétitivité internationale, dans le cadre de nos priorités restreintes mais néanmoins essentielles dans le domaine de la recherche en santé. Les voici: soutenir davantage la recherche axée sur les patients ainsi que la recherche clinique; la recherche sur notre système de soins de santé afin d'améliorer sa viabilité; la recherche sur la santé des Autochtones et des autres populations vulnérables; la recherche sur les maladies chroniques et la santé mentale qui, comme vous le savez, posent un grave problème à notre société, problème qui risque de s'aggraver en raison du vieillissement de la population; la recherche sur les nouvelles menaces. Vous le savez, ces nouvelles menaces comprennent les infections, notamment celle avec laquelle nous sommes aux prises actuellement. Cependant, nous pouvons prédire que les changements climatiques en entraîneront d'autres.

Telles sont nos cinq priorités pour les cinq prochaines années. Il m'apparaît évident que les compétences du Dr Prigent en recherche clinique seront essentielles pour nous aider à mettre en oeuvre les soins axés sur le patient, et que son expertise en gestion de la recherche contribuera à améliorer notre système de soins de santé et, partant, la qualité des soins et la santé des Canadiens. Je peux voir comment ses compétences en santé mondiale nous seront utiles face à notre priorité sur la santé des Autochtones et des autres populations vulnérables, une situation qui, comme vous le savez, présente beaucoup d'analogies avec celle des pays en voie de développement. Nous mettrons également à contribution ses compétences sur les nouvelles menaces, en particulier les infections. Enfin, je vous soulignerai, comme vous l'aurez peut-être remarqué, les compétences nombreuses du Dr Prigent sur les maladies chroniques, la dernière priorité de notre plan stratégique.

J'estime par conséquent qu'il possède toutes les compétences nécessaires pour nous aider à nous attaquer à ces différentes priorités au cours des cinq prochaines années.

• (1730)

**Mme Patricia Davidson:** Merci.

**La présidente:** Notre séance tire à sa fin. J'en suis désolée, madame Davidson.

Je veux vous remercier infiniment tous les deux, monsieur Prigent et monsieur Beaudet. Vous avez fait preuve de beaucoup de bonne volonté, et vos propos nous ont été très utiles. De toute évidence, vous possédez des compétences que nous apprécions énormément au Canada. Nous saluons la contribution que vous apporterez, monsieur Prigent, dans les fonctions essentielles dont vous vous acquitterez. Je vous remercie d'avoir comparu.

La séance est levée.







**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

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

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

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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