



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 072



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 7 février 2013**



**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 7 février 2013

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bienvenue à tous. J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons parmi nous aujourd'hui M. John Soloninka, président et chef de la direction de Health Technology Exchange. Bienvenue, nous sommes très heureux que vous ayez pu venir.

De MEDEC, Sociétés canadiennes de technologies médicales, nous recevons M. Brian Lewis, président et chef de la direction. Bienvenue.

Mme Ilse Treurnicht, de MaRS Discovery District, se joint à nous par vidéoconférence.

Ai-je bien prononcé votre nom, madame?

**Mme Ilse Treurnicht (chef de la direction, MaRS Discovery District):** Ilse Treurnicht, merci.

**La présidente:** Merci. Vous allez m'aider avec ceci, n'est-ce pas? Bienvenue. Nous sommes ravis que vous soyez ici. Nous sommes très intéressés par ce que vous avez à dire.

Madame Fry, vous avez levé la main.

**L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.):** Oui, madame la présidente. J'aimerais invoquer le Règlement. Juste avant la fin de la dernière réunion, j'ai demandé qu'on discute de la motion que j'ai envoyée au comité il y a quatre ou cinq jours. Nous ne l'avons pas abordée car, à ce moment-là, nous croyions qu'il fallait aller voter. J'aimerais m'assurer que nous allons l'examiner, s'il vous plaît, madame la présidente, parce que ça fait déjà cinq jours que je l'ai déposée.

**La présidente:** Absolument. Nous pouvons siéger à huis clos maintenant.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Voulez-vous poursuivre à huis clos?

**La présidente:** Souhaitez-vous siéger à huis clos maintenant, ou préférez-vous attendre à la fin de la séance, madame Fry?

**L'hon. Hedy Fry:** Si nous nous assurons de prévoir du temps à la fin.

**La présidente:** Oui, certainement.

**L'hon. Hedy Fry:** C'est bon.

**La présidente:** Je crois qu'il y a deux autres motions. J'ignore si elles seront présentées aujourd'hui ou non, mais nous prévoirons du temps pour les étudier. Merci.

Monsieur Morin.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** J'aimerais m'assurer qu'on va garder 15 minutes à la fin pour discuter de la motion, plutôt que de le faire maintenant.

Je vous remercie.

[Traduction]

**La présidente:** Absolument. D'accord, nous allons nous assurer d'avoir assez de temps pour cela.

Nous allons commencer par entendre nos témoins, nous procéderons à la première et deuxième séries de questions, puis nous passerons aux motions.

Nous sommes ravis que vous soyez ici. Nous avons une étude fort intéressante sur l'innovation technologique et nous sommes emballés d'entendre des témoins en la matière. Il semble qu'à chaque réunion, nous apprenons quelque chose de nouveau que nous n'avions pas encore entendu, alors nous sommes vraiment ravis que vous soyez ici avec nous.

Monsieur John Soloninka, président et chef de la direction de Health Technology Exchange, si vous voulez bien commencer, vous avez 10 minutes.

**M. John Soloninka (président et chef de la direction, Health Technology Exchange):** Merci de m'avoir invité à prendre la parole ici aujourd'hui. C'est un privilège et une occasion appréciée.

Pendant ces 10 minutes, j'aimerais discuter de trois thèmes principaux: premièrement, il y a une distinction importante à faire entre innovation et invention; deuxièmement, le Canada est à certains égards bien en retard sur les chefs de file mondiaux dans le domaine de l'innovation technologique médicale; et troisièmement, il existe des solutions, nous avons fait des progrès et le gouvernement fédéral peut jouer un rôle crucial.

En guise d'introduction, mon organisme, Health Technology Exchange, ou HTX, est une société de financement sans but lucratif qui gère un fonds d'investissement pour le démarrage de 21,4 millions de dollars au nom du gouvernement de l'Ontario. Nous avons financé 26 technologies médicales, c'est-à-dire des entreprises qui cherchent à percer sur les marchés mondiaux, ce qui a permis de faciliter l'investissement d'environ 80 millions de dollars dans l'écosystème technologique médical de l'Ontario.

Au cours de ma carrière, j'ai eu la chance de mener trois grands projets de transformation du système de santé, de créer trois nouvelles entreprises oeuvrant dans les domaines de l'oncologie, de la radiologie et des dossiers médicaux électroniques. Depuis deux ans, je suis à la tête de HTX, entreprise qui aide à la transformation de la technologie médicale en Ontario pour qu'elle passe d'une culture d'invention à une culture d'innovation.

L'évaluation et la promotion de l'innovation en matière de technologie médicale, le thème d'aujourd'hui, c'est ce que moi-même et mes collègues ici présents, avec qui je travaille régulièrement, faisons tous les jours.

Je passerai maintenant à mon premier thème, soit celui de l'importance d'établir la distinction entre invention et innovation. L'invention, c'est la création de nouvelles connaissances grâce à la recherche fondamentale ou clinique, et l'innovation, c'est la transformation ou la commercialisation d'une invention qui peut être utilisée en pratique clinique ou vendue comme produit.

Sans l'innovation, l'invention de nouvelles connaissances n'aura pas d'incidence et ne donnera aucun rendement sur l'investissement des fonds publics ou des dons philanthropiques. Nous travaillons au quotidien avec des chercheurs qui sont déterminés à favoriser l'innovation, mais ce ne sont pas tous les membres de la communauté de la recherche et du développement qui partagent ce point de vue sur l'importance de la commercialisation.

L'examen quinquennal externe des IRSC publié en 2011 comprenait une déclaration plutôt renversante, selon laquelle « l'attitude des répondants à l'idée que les fonds de recherche puissent générer des débouchés commerciaux pour l'industrie semblait presque suggérer que cette situation serait inappropriée ». Il semblerait que nos établissements de recherche de pointe n'ont pas été encouragés à promouvoir l'innovation et, dans certains cas malheureusement, vont même jusqu'à la mépriser.

C'est également le cas en ce qui concerne la promotion des chercheurs universitaires. S'il y avait deux candidats pour un poste, le premier est l'auteur de 30 articles prestigieux et le second a rédigé 15 articles semblables et possède 50 millions de dollars de capitalisation boursière pour une entreprise qu'elle a aidé à fonder, ce serait le premier candidat qui obtiendrait probablement le poste.

Au-delà de la recherche dictée par la curiosité, comme exercice purement intellectuel, sans conversion à la pratique, c'est au mieux une perte de ressources rares et au pire, comme je vous le montrerai, une subvention versée à des intérêts commerciaux étrangers. Les systèmes d'approvisionnement des hôpitaux et d'assurance-santé qui paient pour la technologie créent également des obstacles à l'innovation. Je vais vous faire part d'une anecdote que je raconte souvent.

Imaginez un médecin et un ingénieur dans un classique garage d'une entreprise en démarrage. Ils construisent un prototype de ce qu'ils croient être la meilleure technologie pour régler un problème important. C'est fondé sur de la recherche de pointe financée à coup de quelques millions de dollars de subventions des IRSC. Ce sont les Instituts de recherche en santé du Canada, au cas où vous ne seriez pas au courant.

Ils peaufinent leur prototype, obtiennent l'approbation pour effectuer des essais sur des humains et le présentent à l'un des grands hôpitaux universitaires du Canada. Ils disent: « Nous avons une technologie de pointe qui peut résoudre un problème très important. Elle pourrait coûter à votre hôpital plus de 1 000 \$ par procédure, mais elle vous épargnera 10 fois cette somme en réduisant les soins communautaires, les visites de médecins et les suivis, et améliorera les résultats pour les patients de façon draconienne. Voudriez-vous être notre premier client? »

Les gestionnaires de l'hôpital répondent: « Nos chercheurs ne travaillent pas là-dessus. Ce n'est pas vraiment une priorité pour nous. Même si ça fonctionne, notre hôpital n'a pas le budget pour acheter votre innovation. Nous achetons des produits au coût minimum en vertu d'importants contrats-cadres afin de gérer nos

coûts. Nous n'avons rien à gagner en solutionnant des problèmes globaux liés aux systèmes de santé. »

Un peu plus tard, lorsqu'ils sont à court d'argent et qu'il y a peu de sources d'investissements locaux, les entrepreneurs partent pour Boston pour vendre leur idée à un investisseur en capital de risque. Après la présentation, l'investisseur en capital de risque dit: « Ah, vous êtes de Toronto. J'ai fait mes études en médecine à Toronto. Qu'a-t-on dit dans les hôpitaux de Toronto au sujet de votre technologie? » Lorsque l'entreprise révèle qu'elle n'a pas pu vendre sa technologie dans son propre marché, l'investisseur en capital de risque de Boston perd immédiatement tout intérêt.

La technologie est tôt ou tard vendue à une multinationale pour une bouchée de pain, commercialisée, puis vendue à l'échelle mondiale. En fait, elle n'est même pas vendue au Canada car il n'y a pas de modèle d'affaires qui peut profiter de cette technologie ici.

Qu'a-t-on tiré des millions de dollars investis dans les IRSC en matière de recherche et de développement dans ce cas-ci? Des articles universitaires ont été publiés, mais il n'y a eu aucune incidence sur les patients au Canada, aucune croissance économique et aucune économie pour le système de soins de santé.

J'exagère, de toute évidence, et j'aurai un autre exemple à vous donner plus tard.

• (1535)

Je reviendrai en présentant un scénario plus optimiste plus tard, mais je pense que vous avez saisi l'idée.

Mon deuxième thème est que le Canada traîne très loin derrière les chefs de file mondiaux en matière d'innovation en technologie médicale, même si nous semblons obtenir de bons résultats pour de nombreuses mesures d'innovation. Au cours de la dernière décennie, les Canadiens ont été fiers de nombreuses mesures et d'annonces concernant le contexte commercial du Canada. Par exemple, nous jouons dans la cour des grands et nous nous situons entre la troisième et la cinquième place en matière de taux de publications universitaires et de citations, nous sommes sixième en matière de délivrance de brevets américains, troisième en matière de compétitivité économique, deuxième en matière d'incitatifs fiscaux parmi les pays du G7, et ainsi de suite. Cependant, tout cela ne mesure pas l'innovation. Ces résultats décrivent pourquoi nous devrions être en mesure d'innover et non pas quel niveau d'innovation nous atteignons réellement.

Investir uniquement dans la recherche, sans la concrétiser de manière systématique, est très peu intéressante. En ce qui concerne les brevets, les brevets pour les inventions non commerciales sont très peu intéressants, évidemment, et les logiciels connaissent souvent d'énormes succès sur le marché sans aucun brevet. Compter uniquement les brevets est, au mieux, un moyen indirect d'effectuer une évaluation.

Qu'est-ce qui permet d'effectuer des évaluations directes? Qu'en est-il de la production et de la productivité?

Le marché canadien de la technologie médicale se chiffre à environ 6 milliards de dollars. Nous importons 5,1 milliards de dollars et exportons 2,1 milliards de dollars. La production totale de la technologie médicale canadienne se chiffre à environ 3,7 milliards de dollars. Seulement un tiers est vendu au Canada, et deux tiers sont exportés. La production canadienne de technologie médicale par habitant atteint le même niveau que celle du Royaume-Uni et de l'Italie, mais elle est de 20 p. 100 inférieure à celle de la France. Cependant, la productivité des États-Unis et de l'Allemagne est environ trois fois plus élevée que la nôtre, et celle de la Suisse, 11 fois plus élevée. Nous devons évaluer notre innovation en comptant non seulement les intrants comme la qualité de notre recherche universitaire, mais aussi nos extrants, notamment la production et l'exportation mondiale de notre technologie médicale.

Mon troisième thème est qu'il existe des solutions. Nous avons réalisé de grands progrès. Mes collègues dans la salle, qui étaient à Toronto, peuvent confirmer une grande partie de ce que je dis. Le gouvernement fédéral jouera un rôle essentiel. Je vais vous faire part de quelques points saillants. Pendant mes voyages internationaux, j'ai constaté que la propriété intellectuelle et la recherche au Canada sont à la hauteur de celles que l'on retrouve ailleurs dans le monde. Cependant, lorsqu'on examine les sociétés étrangères en démarrage, elles présentent trois caractéristiques qui les distinguent de leurs homologues canadiens. Elles ont facilement accès aux capitaux. Cette masse critique de capitaux leur permet d'attirer des gestionnaires très compétents. Leurs systèmes de santé sont souvent aptes et disposés à participer à l'innovation, en plus d'être encouragés à investir pour mettre à profit les technologies mises au point dans leur propre pays.

Soit dit en passant, nous ne devrions jamais promouvoir des produits mis au point chez nous s'il s'agit de leur unique vertu. Cela récompense la médiocrité, et la scène internationale ne les accueillera pas. Cependant, nos concurrents sérieux cherchent des innovations de classe mondiale sur leur marché et en font la promotion.

Les grappes d'innovation de la Silicon Valley, de Boston, d'Israël et de la Chine n'ont pas été créées de toutes pièces. Ces grappes ont fait l'objet d'énormes investissements du secteur public qui visaient à mettre sur pied une culture de l'innovation. C'est un mythe qu'il suffit d'avoir une attitude positive. Je suis la dernière personne à affirmer qu'il suffit d'investir davantage de fonds publics, mais je suis ici pour féliciter le gouvernement fédéral pour les 400 millions de dollars consacrés à l'aide en matière de capitaux de risque, ainsi qu'à d'autres formes d'aide qui appuient des organisations comme la nôtre, celle d'Ilse et ainsi de suite. L'essentiel consiste à verser l'équivalent des investissements du secteur privé et du financement de suivi. Aider le marché national à s'ouvrir à l'adoption d'innovations mises au point chez nous réduit le risque et encourage le secteur privé à investir.

De plus, nous appuyons fortement la conversion de l'enveloppe de financement consacrée à la RS et au DE pour créer un programme comme le SBIR aux États-Unis, ainsi que le réexamen des critères appliqués à la solde des fonds pour la RS et le DE. Les sociétés canadiennes sont fortement désavantagées par rapport aux sociétés américaines et européennes, où il existe le SBIR et les programmes-cadres qui favorisent la compétitivité d'entreprises en démarrage en leur fournissant des millions de dollars.

Par ailleurs, le programme EXCITE en Ontario, qui est relativement nouveau, est unique au monde et suscite beaucoup d'enthousiasme au sein de la communauté de la technologie médicale.

Pardonnez-moi, Ilse, si je vous dame le pion, en quelque sorte; ce n'est pas mon intention. Ce programme aide les entreprises à accéder plus rapidement au marché et crée des preuves qui accélèrent l'adoption de technologies en Ontario. Le ministère de la Santé, l'industrie, le milieu universitaire et le gouvernement appuient EXCITE, ce qui ouvre la voie à l'Ontario d'agir en tant que premier client dans le domaine des technologies locales qui atteint l'objectif de EXCITE, un processus d'analyse respecté à l'échelle mondiale effectué par un tiers.

HTX étend la portée du programme EXCITE au moyen de notre projet, connu sous le nom de Harmony. Harmony permettra aux petites entreprises canadiennes de prévoir les exigences réglementaires et commerciales pour exporter vers de multiples marchés simultanément. Cela réduit le risque de ces entreprises, attire des capitaux, accélère l'exportation des produits vers les marchés et augmente les revenus.

EXCITE et HTX sont dignes d'une expansion à l'échelle nationale et d'un appui permanent, en plus d'établir davantage de liens officiels avec des programmes fédéraux comme le PARI, la RS et le DE, la FCIRDI et ainsi de suite, et nous tissons ces liens.

● (1540)

Permettez-moi de revenir à ma petite entreprise, mais dans un contexte différent et bien meilleur.

Grâce à la qualité de la recherche, ce même médecin et ce même ingénieur qui mettent au point dans un garage leur prototype avec l'aide de plusieurs millions de dollars de financement pour la recherche reçoivent deux millions de dollars par l'entremise d'une subvention du programme SBIR et embauchent un PDG qui est expert dans le domaine de la technologie médicale. Ensuite, ils sont admis au programme concurrentiel EXCITE, qui réussit à montrer qu'il s'agit de la meilleure technologie de ce genre au monde. Sur la foi de ces preuves, le ministère de la Santé ontarien finance la mise en oeuvre de la technologie dans un hôpital d'enseignement et crée un plan pour adopter cette technologie partout en Ontario. En se fondant sur les preuves du programme EXCITE et Harmony, trois autres pays approuvent la technologie rapidement et des clients dans trois pays différents expriment leur intérêt quant à la mise en oeuvre de cette technologie.

Cette petite entreprise, accompagnée d'une société de capital de risque de Toronto, se rend à Boston pour obtenir du financement supplémentaire d'une autre société de capital de risque qui lui demande ce que Toronto pense de la technologie. On lui répond que Toronto a pu montrer qu'il s'agit de la meilleure technologie au monde et est en train de la mettre en oeuvre partout dans une province de 13 millions d'habitants. La société note également qu'elle se conforme aux normes et a obtenu des demandes de trois autres marchés mondiaux importants.

On voit que le parcours est extrêmement différent. La société prend de l'expansion, se dote de plus de 100 employés, devient un succès sur le plan international et vend une technologie financée par les IRSC sur le marché international, améliorant ainsi le système de santé de l'Ontario et créant de la richesse économique en Ontario et au Canada.

Soit dit en passant, je viens de lire dans le journal d'aujourd'hui que la société Epicel a été vendue pour 245 millions de dollars à une société qui se situe tout près d'ici, et le parcours ressemble à celui-ci.

Le scénario est optimiste, mais avec votre soutien ainsi que celui de tous les pays, je crois qu'il est très réaliste.

Merci beaucoup. Je serai heureux de répondre à vos questions.

• (1545)

**La présidente:** Je vous remercie de votre exposé, qui nous a été très utile.

La parole est maintenant à M. Brian Lewis.

**M. Brian Lewis (président et chef de la direction, MEDEC - Sociétés canadiennes de technologies médicales):** J'aimerais remercier le comité et le gouvernement fédéral d'avoir invité MEDEC à comparaître aujourd'hui. Tous nos membres l'apprécient énormément.

J'aimerais vous parler un peu de MEDEC et du secteur de la technologie médicale au Canada. John a déjà abordé certains points, mais je vais vous donner quelques faits de plus, puis je parlerai de votre comité et de la perspective du secteur de la technologie médicale sur certains éléments.

Parlons maintenant de MEDEC. MEDEC est l'association nationale qui représente le secteur de la technologie médicale au Canada. Notre financement provient des cotisations de nos membres. Bien que nous soyons une association nationale, nous comptons trois bureaux régionaux où nous avons pignon sur rue au Québec, en Ontario et dans l'Ouest. Nous avons également un bureau national.

Je crois que vous savez déjà que le secteur de la technologie et des appareils médicaux au Canada est composé d'entreprises multinationales et de petites et moyennes entreprises très importantes, qui sont souvent des compagnies canadiennes locales ainsi que de petites organisations.

La technologie médicale couvre tout un éventail de produits de soins de santé; c'est un secteur très diversifié. On s'en sert pour diagnostiquer, suivre l'évolution ou traiter des maladies ou des affections médicales touchant les êtres humains. Le secteur de la technologie médicale regorge de produits variés tels que des stimulateurs cardiaques, des scalpels et de la peau synthétique. Il existe aussi des systèmes d'information et de communication qui permettent d'utiliser les appareils médicaux pour communiquer avec les centres hôtes. Ces outils offrent réellement la possibilité de venir en aide à la communauté médicale.

On estime qu'il existe bien plus de 1 000 compagnies d'appareils de technologie médicale au Canada; la grande majorité d'entre elles — on estime que c'est environ 60 p. 100 — sont de petites compagnies de propriété canadienne comptant moins de 25 employés. Il est donc très réaliste pour ces compagnies de se retrouver dans diverses communautés. Le secteur emploie plus de 35 000 personnes au Canada, compte plus de 1 500 installations et, comme John vous l'a dit un peu plus tôt, représente des ventes de 6 à 7 milliards de dollars.

Les priorités de MEDEC sont les innovations, l'amélioration des soins aux patients, un meilleur accès à la technologie médicale pour les patients et la stimulation de la croissance économique dans le domaine médical. MEDEC et nos membres sont déterminés à être un partenaire à part entière dans la prestation de soins de santé viables de grande qualité au Canada. Les Canadiens, les patients et le secteur en tirent profit en termes de création d'emplois.

Nous voulons à tout prix nous assurer que le secteur permet d'offrir des soins de santé viables au Canada et qu'il contribue fortement à l'économie canadienne, l'objectif ultime étant de permettre aux patients d'avoir accès à des technologies médicales sécuritaires et éprouvées. C'est ce qui nous pousse à faire notre travail.

MEDEC comprend aussi une direction de petites et moyennes entreprises, la Canadian MedTech Manufacturers' Alliance. En plus

d'avoir des ports d'attache locaux, nous sommes aussi dotés d'une direction qui se concentre sur les besoins uniques des petites organisations. Par ailleurs, nous coopérons régulièrement avec d'autres organisations comme HTX et MaRS, puisque c'est la seule façon de vraiment répondre aux besoins.

La Canadian MedTech Manufacturers' Alliance, ou la CMMA, est le partenaire au sein de MEDEC dont les membres comprennent les petites et moyennes entreprises ayant des recettes de 30 millions de dollars ou moins. La CMMA a pour objectif de promouvoir les possibilités en soins de santé pour les compagnies de la technologie médicale au Canada, et ce, tant à l'échelon national qu'international.

Les membres de la CMMA stimulent l'innovation médicale, la croissance économique et la création d'emplois. Nous, tous les membres de MEDEC, de pair avec les entreprises multinationales, sommes résolus à faire en sorte que leur perspective soit toujours connue des décideurs sur le marché.

Parlons de quelques-unes des contributions de la technologie médicale au Canada. Le secteur de la technologie médicale ne fait pas que contribuer à la création d'emplois; il crée aussi de bons emplois bien rémunérés et hautement spécialisés au Canada. En outre, nous mettons au point des produits qui améliorent la vie des patients et peuvent sauver des vies grâce à de meilleurs résultats au chapitre de la qualité des soins de santé.

Les technologies médicales ont aussi contribué fortement à la viabilité du système de soins de santé. De meilleurs résultats ou diagnostics pour les patients entraînent souvent des économies pour le système de santé puisque, grâce à ces avancées, les médicaments, les longs séjours à l'hôpital et les soins d'après traitement sont nécessaires dans une moindre mesure.

Voilà qui explique en quoi consiste MEDEC et où s'inscrit la perspective du secteur.

• (1550)

Nous croyons comprendre que votre comité étudie surtout l'évaluation des technologies de la santé au Canada, que nous appelons l'ETS, ainsi que la question d'ordre général des obstacles à la commercialisation et à la recherche au Canada.

J'aimerais consacrer le temps qu'il me reste pour souligner certaines observations, du point de vue de l'industrie.

**La présidente:** Monsieur Lewis, il vous reste un peu moins de cinq minutes. Je veux m'assurer que vous aurez le temps de dire tout ce que vous aviez prévu.

**M. Brian Lewis:** Cela me suffira, madame la présidente.

Nous savons que les patients auront besoin d'un meilleur accès aux soins de santé les plus efficaces que peut offrir le système. Nous sommes confrontés à de grands problèmes au Canada. Nous devons trouver des façons de limiter les dépenses du gouvernement tout en produisant des résultats de haute qualité en matière de santé. Il est clair que la technologie médicale peut permettre de réaliser ces objectifs. Un grand nombre de nos compagnies membres ont de l'expérience dans la mise au point de technologies novatrices partout dans le monde. C'est ce que nous faisons dans d'autres pays. Les ressources non exploitées au Canada sont énormes.

Un des problèmes, c'est que la technologie est perçue comme une réalité qui fait augmenter les coûts, mais ce mythe est en train de changer partout dans le monde au fur et à mesure où les systèmes de santé reconnaissent que l'innovation en technologie de la santé permet d'offrir des soins de grande qualité, comme John l'a mentionné, d'améliorer l'accès aux soins de santé et de rendre le système de santé viable. Les technologies peuvent réellement améliorer l'efficacité de notre système et contribuer à la santé des Canadiens. Nous croyons qu'il est important de se servir de ce secteur comme d'un outil de recherche et de développement.

En ce qui concerne l'évaluation des technologies de la santé plus particulièrement, je dirai que les processus d'évaluation des technologies de la santé conçus pour évaluer la recherche, le développement et l'efficacité unique des appareils médicaux sont essentiels pour évaluer ces produits. Nous avons tous un rôle à jouer pour nous assurer que le travail est bien fait. Le secteur veut et doit faire partie du débat sur l'élaboration et l'évaluation de ces solutions.

J'ai quelques exemples. John vous en a déjà donné quelques-uns, et je vais en ajouter d'autres.

Au cours des dernières années, MEDEC a maintenu le dialogue, puisque nous avons directement participé aux discussions entourant l'évaluation, avec le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé dans le cadre de son rôle pour formuler des recommandations quant à l'adoption, la diffusion ou le retrait des innovations en santé en Ontario. Les recommandations du CCOTS s'appuient sur l'examen des résultats en fonction du cadre décision-déterminant. Il s'agit vraiment d'un processus exemplaire dans le monde. Nous l'avons ici même au Canada.

L'Alberta, par l'entremise de l'Alberta Advisory Committee on Health Technologies et de l'Institute of Health Economics, aborde également le secteur de la technologie médicale dans les discussions, et nous sommes un des partenaires. Nous participons aux discussions et nous aidons à trouver des solutions. Le processus EXCITE, qu'Ilse expliquera plus en détail et dont John a déjà parlé, s'inscrit aussi dans la même veine.

Il s'agit là d'étapes extrêmement importantes, mais qui n'existent que dans deux provinces: l'Ontario et l'Alberta. Il nous reste beaucoup de travail à faire pour atteindre un niveau de cohérence dans l'ETS, l'évaluation des technologies de la santé, au Canada. Il faut faire preuve d'une meilleure coordination au niveau national pour l'ETS.

Il faut tenir compte d'autres exemples quand on fait l'ETS. Il est crucial de comprendre les différences entre les appareils et les médicaments quant à la façon dont le système de l'évaluation des technologies de la santé fonctionne. Quand l'ETS n'est pas bien effectuée, l'échec devient trop souvent une excuse pour rejeter les nouvelles technologies dans le but de réduire les courts séjours à l'hôpital et les dépenses en santé. Même dans le cas des ETS positives — et c'est très important dans une province comme l'Ontario où un processus d'évaluation des modèles est en place —, des problèmes surviennent quand même en raison des budgets d'hôpitaux qui sont séparés et de la mentalité selon laquelle on veut minimiser les coûts; ces obstacles nuisent à l'adoption d'un produit qui pourrait faire augmenter les coûts d'une direction au sein d'un hôpital, mais qui représenterait des économies pour l'hôpital ou pour tout le système de santé. À l'heure actuelle, le processus a tendance à séparer les budgets plutôt qu'à tenir compte de la situation d'ensemble, des économies et des meilleurs résultats en matière de santé.

Comme John l'a mentionné un peu plus tôt, nous aimerions remercier le gouvernement fédéral de l'appui qu'il a offert par l'entremise des programmes comme la RS et le DE, le PARI et le PPATN, et le féliciter de ce qu'il a fait pour appuyer le secteur.

Dans de nombreux pays, y compris le Canada, les exigences réglementaires liées aux appareils médicaux sont considérables, lourdes, coûteuses et surtout difficiles à gérer pour les petites entreprises. Bien que nous soyons conscients de la nécessité d'avoir des exigences réglementaires rigoureuses, nous aimerions qu'il y ait une forme d'entente réciproque entre pays ou des processus simplifiés pour des appareils qui ont été approuvés sur le plan réglementaire dans d'autres pays. Si l'on passait à un système de reconnaissance mutuelle entre le Canada et ses pays partenaires, on parviendrait à réduire le fardeau réglementaire.

En dernier lieu, j'aimerais parler des achats gouvernementaux. La présence accrue d'organisations de groupement d'achats et de services partagés, qui constituent d'importants groupes d'achat de produits de soins de santé au Canada, a créé des obstacles considérables à l'entrée de produits dans le système de santé canadien.

● (1555)

On observe que le système actuel d'achats gouvernementaux ne favorise pas l'adoption de technologies novatrices inusitées qui comportent le potentiel de changer l'interaction entre les patients et le système de santé. Le système a tendance à favoriser les grandes entreprises multinationales qui peuvent approvisionner les hôpitaux partout au Canada. Ce processus d'achats gouvernementaux est problématique pour les petites et moyennes entreprises canadiennes qui sont incapables d'être concurrentielles à une si grande échelle. Le processus est inutilement bureaucratique et lourd. Il limite l'accès aux utilisateurs finaux et ne comprend pas de but stratégique pour l'achat. Pour être plus précis, les entreprises canadiennes n'ont aucun avantage.

Pour reprendre ce que John a dit, dans le cadre de mes fonctions, j'ai voyagé partout au pays au cours des 14 derniers mois et j'ai rencontré de nombreuses entreprises dont le chiffre d'affaires se situe entre 5 et 15 millions de dollars. Un grand nombre de ces compagnies ne vendent aucun produit au Canada; entre 90 et 100 p. 100 de leurs produits sont vendus à l'étranger. Il faut prendre conscience de cette réalité. Comme John le disait, il serait très avantageux pour ces entreprises de pouvoir mettre au point et commercialiser leurs produits au Canada.

**La présidente:** Nous avons largement dépassé le temps alloué.

**M. Brian Lewis:** D'accord, j'aimerais simplement ajouter une chose.

**La présidente:** Du temps est prévu pour la période de questions et vous avez des renseignements très importants à fournir, alors vous pourriez peut-être profiter des questions qui sont posées...

**M. Brian Lewis:** En fait, j'ai dit tout ce que j'avais à dire.

**La présidente:** C'est ce que je croyais. Nous allons donc en rester là et céder la parole à notre prochain témoin, si cela vous convient, monsieur Lewis. Nous vous redonnerons la parole à la période de questions. Vous aurez amplement l'occasion d'intervenir.

La parole est maintenant à notre prochain témoin.

Madame, veuillez commencer. Vous êtes avec nous par vidéo-conférence. Entendez-vous tout ce que nous disons?

**Mme Ilse Treurnicht:** Je vous entends très bien. J'espère que vous m'entendez aussi.

**La présidente:** Merveilleux. Vous allez devoir me regarder: en temps normal, je fais un geste quand le temps est écoulé. J'alloue plus de temps que prévu aujourd'hui parce que nous pouvons nous le permettre, mais nous avons largement dépassé le temps alloué, et je veux m'assurer que les membres du comité auront assez de temps pour poser leurs questions et écouter vos réponses.

Vous pouvez commencer; vous disposez de 10 minutes.

**Mme Ilse Treurnicht:** Merci de me donner l'occasion de comparaître devant vous. Je suis désolée de ne pas pouvoir être avec vous en personne, mais je viens de sortir d'une réunion du conseil d'administration.

Je suis très heureuse d'avoir l'occasion, surtout dans le cadre d'une réunion de votre comité, de vous donner un aperçu des efforts que nous déployons pour créer un système novateur cohérent dans le secteur de la santé. Bien que notre travail soit axé sur les premières étapes du processus d'innovation, qui consistent à attirer les talents du milieu universitaire et à mettre sur pied de jeunes compagnies, nous nous concentrons de plus en plus sur le renforcement et la diffusion de ces possibilités tant au Canada qu'à l'étranger.

J'aimerais aborder brièvement cinq domaines. Je crois qu'ils reflètent certains des défis et des débouchés partout au pays.

Tout d'abord, parlons d'une meilleure commercialisation de la recherche universitaire. Comme nous le savons, nous accordons beaucoup de financement à la recherche dans les sciences de la santé.

Nous avons à Toronto une filiale, MaRS Innovation, qui est financée grâce aux centres fédéraux de l'excellence pour la commercialisation et la recherche et qui représente un guichet unique pour 15 établissements d'enseignement, dont quatre universités, neuf hôpitaux universitaires et deux instituts de recherche. Elle crée vraiment un réseau qui a sa place sur la scène internationale. Le nombre de découvertes qui découlent de ce réseau est le même que pour le MIT et l'Université Stanford.

Je crois que nous avons créé un vecteur pour faire d'importantes découvertes, et cela nous permet de les regrouper et de les mettre au point de façon à établir de meilleurs partenariats avec le secteur. Ce processus est en cours. À mon avis, il s'agit là d'un exemple important de collaboration unique pour faire les choses différemment en mettant à profit la recherche universitaire.

Le deuxième élément est le moteur central de notre travail chez MaRS: le travail avec les jeunes entreprises en démarrage. Nous travaillons avec environ 250 compagnies de la sorte dans le milieu de la santé. Nous les appuyons en matière d'entrepreneuriat et d'éducation, en fournissant notamment des compétences, des outils, des renseignements relatifs au marché et un modèle de mentorat très concret que nous offrons avec l'aide d'experts du milieu ainsi que de nombreux bénévoles. Nous les aidons également à attirer des gens de talent, à développer le talent et à s'associer à des partenaires d'affaires.

D'autre part, au nom de notre province, nous gérons un fonds initial qui permet d'investir jusqu'à un demi-million de dollars dans ces jeunes compagnies. C'est un autre volet de notre moteur central. Ce système crée d'importantes technologies, dont nous espérons tirer profit sur le plan de la santé, mais il peut aussi de toute évidence créer des emplois bien rémunérés pour l'avenir de notre compagnie.

Le troisième volet, dont on vous a déjà parlé, porte sur la façon de mieux adopter nos propres innovations. C'est un objectif commun crucial pour obtenir des résultats sur les plans culturel, économique et de la santé. En partenariat avec les deux autres témoins, nous avons élaboré le projet EXCITE, qui tente de faire cheminer les

technologies dans le système plus rapidement et plus tôt dans le cycle de développement. C'est très pertinent à l'heure actuelle: offrez d'importantes technologies aux patients de façon plus efficace et rapide, mais permettez aussi aux compagnies canadiennes qui élaborent ces technologies d'utiliser l'expérience qu'elles acquièrent au niveau local et de l'appliquer à l'échelon international.

Ce processus est intéressant puisque nous misons sur les connaissances qu'ont les Canadiens sur le fonctionnement des systèmes de santé à payeur unique. La même tendance commence à s'appliquer pour les données sur la santé, ce qui représente un atout de plus en plus important pour nous afin de prendre de meilleures décisions fondées sur des données probantes dans notre propre système de santé, mais aussi afin de discuter de la valeur de nos atouts et de notre innovation avec nos partenaires internationaux.

Le quatrième élément porte sur la transformation complète du processus d'innovation. Si on veut faire participer au marché ou au système des jeunes compagnies et des chercheurs ayant des idées et faisant des découvertes, il faut bien appliquer les innovations pour régler les graves problèmes de notre système de santé: par exemple, la façon dont on s'occupera d'une population vieillissante qui restera de plus en plus chez elle.

Si on discute ouvertement de ces gros problèmes complexes, le nouveau défi qui se pose pour nous — et je crois que cela constitue également une belle possibilité pour le Canada — consiste à créer des partenariats réunissant de nombreux intervenants comme des fournisseurs d'outils technologiques, des décideurs, des bailleurs de fonds, des cliniciens, etc., afin de déterminer quelles solutions novatrices régleront ce problème. Bien entendu, ces solutions s'appliqueront non seulement au Canada, mais aussi partout dans le monde. Nous pourrions ensuite faire passer ces solutions à l'échelon international.

● (1600)

Nous travaillons actuellement sur une innovation très intéressante du secteur public dans le domaine de la gestion des maladies chroniques.

Le dernier exemple que j'aimerais vous présenter comprend deux volets. Je pense que vous avez entendu parler des défis en matière de capital de risque, qui sont très importants pour la commercialisation de la recherche et pour la mise sur pied de nos entreprises. Nous examinons de nouvelles possibilités de partenariats de financement entre les secteurs public et privé dans le secteur des finances sociales et des sous-secteurs comme la philanthropie de risque et les obligations à impact social, de sorte que nous avons établi un partenariat avec quelques fondations importantes qui luttent contre certaines maladies pour examiner d'autres modèles de rémunération au rendement dans la prestation des soins de service. C'est une expérience très intéressante qui en est à ses débuts. Je pense que c'est une nouvelle façon d'amener l'innovation dans le système et d'établir de nouveaux partenariats public-privé axés sur les résultats.

Pour ce qui est du deuxième exemple, nous avons récemment mis en marché, en partenariat avec l'Ontario Institute for Cancer Research et notre organisation soeur, MaRS Innovation, un nouvel accélérateur pour la mise au point de nouveaux médicaments pour le cancer appelé Triphase, qui a attiré d'importants investissements étrangers. Ce qui est intéressant, c'est que nous perfectionnons les talents canadiens, mais nous créons également un contexte propice pour attirer les meilleurs éléments de partout dans le monde afin qu'ils investissent dans notre plate-forme de développement très novatrice. C'est une façon d'utiliser les compétences locales afin d'attirer également les investissements.



S'il existe deux grands obstacles, de notre point de vue, le capital de risque demeure un défi tout à fait paralysant. Nous n'avons tout simplement pas suffisamment de capitaux de lancement pour les projets très spécialisés dans les sciences de la vie au Canada, de sorte qu'il est très difficile d'attirer des investissements internationaux. Ces investisseurs cherchent des partenaires locaux ainsi que des personnes de talent afin de rendre ces technologies accessibles partout dans le monde.

La commercialisation de la santé est difficile. Il faut avoir recours à des sciences spécialisées. On ne peut pas en fait travailler à partir de son garage; je ne suis pas d'accord avec John. Il faut un savoir-faire commercial très pointu pour établir des partenariats avec de grandes entreprises et traiter des questions de propriété intellectuelle. Il faut aussi beaucoup de capital.

D'autre part, même si c'est difficile, lorsque j'examine tout le secteur de l'innovation, je crois toujours fermement qu'il s'agit d'un des rares secteurs où nos forces en recherche et en sciences, jumelées à notre population diversifiée et très talentueuse, à notre système de soins de santé qui a le potentiel d'adopter la technologie et aux possibilités offertes sur le marché mondial, font en sorte que le Canada a la possibilité de jouer dans la cour des grands. Voilà le travail que nous devons faire.

Il n'y a pas de raccourcis, mais je suis très encouragée par les progrès qui ont été réalisés au cours des dernières années.

•(1605)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la période de questions. Madame Davies, vous avez sept minutes.

**Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente, et merci également à nos témoins d'être venus aujourd'hui.

Je dois avouer que j'ai l'impression de me retrouver quelque peu dans un labyrinthe. C'est un labyrinthe que vous connaissez très bien. J'essaie d'avoir une vue d'ensemble de ce qui se passe, et j'ai l'impression d'être en territoire inconnu. Ce que vous essayez de nous faire part en 10 minutes, que vous connaissez grâce à votre travail quotidien, nous devons l'assimiler très rapidement. Je vais donc essayer de vous poser quelques questions.

J'ai de la difficulté à déterminer quels sont les problèmes. Est-ce le manque d'infrastructure qui est le plus problématique? Nos notes de recherche nous indiquent que certaines fondations fédérales, ministères et autres organismes existent déjà, si bien qu'on a l'impression que l'infrastructure est en place. S'agit-il de lacunes dans cette infrastructure ou s'agit-il tout simplement d'une question d'argent pour permettre la commercialisation dont vous avez parlé et de la difficulté d'obtenir des investissements public-privé surtout lorsque le projet est jugé à risque élevé?

J'ai l'impression que vous vous en tirez tous bien dans votre sphère d'activité. Deux d'entre vous font des affaires en Ontario. Existe-t-il des problèmes à l'échelle nationale, tandis que les choses vont bien dans certains endroits? Ça je ne le comprends pas.

Ma deuxième question porte sur les achats locaux.

Monsieur Lewis, vous avez dit que la plupart des découvertes et autres innovations sont en fait exportées à l'étranger, et qu'elles sont mises au point à l'étranger. Proposez-vous que l'on examine une politique d'achat au Canada pour ces entreprises afin qu'elles utilisent ces technologies dans notre système de soins de santé?

Une question est très vaste et générale tandis que l'autre, est plus précise. J'aimerais entendre vos réponses, si vous le voulez bien.

**M. Brian Lewis:** Voulez-vous que je commence avec la question plus précise...

**Mme Libby Davies:** Bien sûr.

**M. Brian Lewis:** ... ou préférez-vous que je réponde à la plus générale d'abord?

Il s'avère qu'il y a toute une pléthore de compagnies qui mettent au point des produits, mais la capacité d'amener le milieu hospitalier à les utiliser, les hôpitaux ne font que... En fait, j'ai assisté à une conférence il y a quelque temps où j'ai rencontré un médecin d'hôpital qui était gestionnaire de service. Nous avons parlé de l'adoption de technologies innovatrices et nous en avons beaucoup discuté. Il a levé la main et a dit: « C'est bien beau. Il y a beaucoup de technologies novatrices, mais que vais-je devoir couper dans mon budget? Mon service hospitalier dispose de tel ou tel budget et je dois sabrer quelque part pour faire de nouvelles acquisitions. »

Il n'y a aucune disposition visant l'adoption de technologies novatrices. Tout porte sur les crises en milieu hospitalier, de sorte qu'on ne songe qu'à réduire les coûts. Bien sûr, il y a aussi le rapport qualité-prix, mais les gens ne songent qu'à réduire les coûts. Ça restreint les gens. Ils veulent se procurer de nouvelles technologies, mais ils n'en n'ont pas vraiment les moyens. Le système ne leur permet pas de le faire. Par conséquent, il faudrait établir du financement ou leur donner la possibilité de tirer profit d'une occasion intéressante lorsqu'elle se présente.

**Mme Libby Davies:** Et les achats locaux?

**M. Brian Lewis:** Ce qui se passe pour bien des entreprises, c'est qu'il est plus facile pour elles de se tourner vers le marché international que vers le marché canadien.

**Mme Libby Davies:** Que devons-nous faire au Canada pour favoriser les achats locaux?

•(1610)

**M. Brian Lewis:** Ce que nous devons faire, c'est de simplifier le processus. Nous devons inclure des dispositions dans le processus pour permettre l'adoption de nouvelles technologies.

**Mme Libby Davies:** Dites-vous qu'il est plus facile d'adopter quelque chose provenant de l'extérieur du Canada que des produits canadiens?

**M. Brian Lewis:** Tout à fait.

**Mme Libby Davies:** Pouvez-vous nous donner des exemples, s'il vous plaît?

**M. Brian Lewis:** Bien sûr.

J'ai visité une entreprise que je ne nommerai pas, qui a conçu un produit tout à fait novateur qui permet de faire des tests auditifs chez les enfants. On peut en fait déterminer l'acuité auditive de l'enfant. La FDA... L'entreprise fait des ventes partout dans le monde. Étant donné que le système canadien fait en sorte qu'il faut payer pour le service, payer le médecin pour faire l'examen, payer le professionnel de la santé, l'ensemble du système ne nous permet pas d'adopter ce produit. Il s'agit d'une entreprise d'une valeur de 10 millions de dollars. Elle a vendu deux unités au Canada et le reste de sa production est vendu aux États-Unis et en Europe.

**Mme Libby Davies:** Soyons clairs. Le problème, ce n'est pas la mise sur pied du projet. C'est plutôt qui va devoir payer pour s'en servir.

**M. Brian Lewis:** C'est exact.

**Mme Libby Davies:** Par conséquent, dans le cadre de notre soignant système de santé public, il n'était pas permis de facturer pour ce genre de test. Est-ce que j'ai bien compris?

**M. Brian Lewis:** Oui.

**Mme Libby Davies:** Très bien. C'est un autre genre de problème alors. Existe-t-il d'autres types d'obstacles concernant les achats locaux?

**M. Brian Lewis:** Lorsque vous parlez d'achats locaux, voulez-vous dire dans les hôpitaux?

**Mme Libby Davies:** C'est vous qui avez soulevé la question. Vous avez dit qu'il est plus facile de se tourner vers le marché international que de faire adopter quelque chose au Canada. J'essaie de déterminer s'il faut quelque chose qui mette l'accent sur l'achat au Canada et, dans l'affirmative, quoi.

**M. Brian Lewis:** Comme disait John, il faut une thérapie inusitée. Il faut qu'il y ait une valeur ajoutée, quelque chose de concret.

Il faudrait établir un processus, dans les hôpitaux, pour que leurs systèmes financiers leur permettent de décider de dépenser des fonds là-dessus, ou il faudrait injecter de l'argent dans le système en vue de cette adoption, créer un fonds à cette fin.

**Mme Libby Davies:** Est-ce qu'il me reste du temps?

**La présidente:** Oui, une minute et demie.

**Mme Libby Davies:** Très bien.

Est-ce que l'un de vous voudrait répondre à mes questions?

**M. John Soloninka:** Oui, volontiers.

Je peux vous donner un exemple. Ilse et moi-même avons parlé du manque de financement pour le démarrage des compagnies, pour leur permettre de se rendre au point où elles peuvent retenir l'attention de clients étrangers, de compagnies étrangères qui pourraient être des partenaires stratégiques ou qui pourraient les acheter. Le capital de démarrage est donc le principal problème. Quand on a du capital, on peut attirer des gens de talent. Ces deux facteurs vont de pair.

Si je peux démystifier nos propos au sujet des achats locaux, il y a une certaine logique à ce que les systèmes de santé provinciaux commandent aux hôpitaux de minimiser les coûts dont ils ont le contrôle.

Toutefois, la gestion des maladies chroniques recoupe tous les domaines. Actuellement, il n'existe pas au Canada, dans aucun système de santé provincial, de modèles qui paieraient un médecin pour faire installer dans la maison d'un patient un système de suivi à distance, ou qui paieraient une infirmière pour se rendre au domicile d'un patient qui souffre d'insuffisance cardiaque congestive à son congé de l'hôpital afin de faire le suivi de son état. Ces mesures pourraient réduire de 80 à 90 p. 100 le taux de réadmission à l'hôpital attribuable aux problèmes d'insuffisance cardiaque congestive.

Il n'existe aucun modèle opérationnel pour financer ce genre de mesure. La technologie existe; des compagnies, au Canada, l'ont créée et la vendent en Europe et aux États-Unis, mais ici, nous n'avons pas ce genre de modèle.

Michael Julius, vice-président du Sunnybrook Research Institute, a dit à la blague que...

Oh, veuillez m'excuser.

**La présidente:** Nous avons largement dépassé le temps prévu.

**M. John Soloninka:** Veuillez m'en excuser.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous laissons maintenant la parole à M. Carrie.

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

Je tiens à remercier les témoins de leur présence ici, aujourd'hui. L'innovation technologique est un sujet fascinant. Je m'intéresse déjà depuis longtemps notamment à la commercialisation et aux défis.

Je tiens à vous féliciter, pour MaRS. Je trouve que c'est un excellent exemple de partenariat où le gouvernement, le milieu universitaire et l'industrie travaillent main dans la main. Je vous félicite pour les progrès que vous avez réalisés.

Peut-être pourriez-vous nous dire dans quelle mesure il est essentiel de favoriser la collaboration entre les universités et le secteur des affaires pour catalyser la commercialisation du savoir. On le constate dans divers incubateurs, et c'est ce qui se passe avec MaRS. Quelles mesures le gouvernement fédéral pourrait-il prendre pour contribuer à une consolidation plus solide et plus rapide de ce genre de projet?

**Mme Ilse Treurnicht:** Le rôle du gouvernement dans ces processus est un rôle de catalyseur, à mon avis. Les universitaires sont la source de ces découvertes et de ces idées importantes et, de toute évidence, le gouvernement a un rôle à jouer dans leur financement. L'industrie et d'autres sources de financement plus établies assurent la progression de ces produits.

Le défi, c'est d'établir entre ces mondes très différents des modèles de collaboration, mais je pense que le rôle du gouvernement est de former les gens qui ont les compétences nécessaires pour faire la jonction entre les milieux universitaire, financier et des affaires. Le gouvernement doit également fournir les modèles de financement éprouvés essentiels qui permettent d'éliminer les risques associés à la technologie.

L'une des choses qui distinguent notre système de financement, c'est que les technologies émergent de notre secteur universitaire plus tôt qu'elles ne le feraient aux États-Unis. John a parlé du programme SBIR des États-Unis, qui prend cette technologie embryonnaire et la finance jusqu'au point où on peut être assez sûr qu'elle produira les résultats voulus. Elle devient alors plus attrayante, que ce soit à l'industrie déjà établie ou aux bailleurs de fonds, qui peuvent en assurer la progression au moyen de financement de démarrage.

C'est un domaine où le marché n'est pas vraiment efficace. Il n'y a qu'à regarder dans le reste du monde pour voir que c'est généralement à ce moment-là que le gouvernement intervient. Je pense que l'astuce du gouvernement, c'est de créer des entreprises commercialement viables qui peuvent se tenir debout toutes seules afin de ne pas avoir à financer tout un tas de petits projets fragiles et codépendants. Je pense que c'est là qu'il faut sérieusement structurer le partenariat.

Il existe des modèles éprouvés. Les fonds de démarrage que nous administrons, par exemple, peuvent être versés très tôt. Ils sont sous forme de débentures convertibles, de sorte qu'il n'y ait pas de distorsion du coût du capital. Le gouvernement fait le travail ingrat pour réduire les risques associés à la technologie et créer un produit qui est prêt à être présenté aux investisseurs. Tous les principaux investisseurs assistent à la réunion du comité d'investissement. Ils voient la technologie alors qu'elle émerge à cette étape précoce, et ils peuvent décider de l'adopter. Cette méthode a déjà remporté beaucoup de succès, même si la technologie est encore embryonnaire. Elle a permis de quintupler le capital privé.

Il existe d'excellents exemples d'occasions où le gouvernement a joué ce rôle de catalyseur, soit en fournissant de la formation ou en éliminant les risques associés à d'importantes possibilités, mais en s'assurant aussi que le responsable des décisions se fonde sur le marché pour que les projets deviennent viables et autonomes.

• (1615)

**M. Colin Carrie:** Très bien.

Vous avez dit tout à l'heure...

Pardonnez-moi, vous vouliez ajouter quelque chose?

**La présidente:** Ce n'est pas fini.

**M. John Soloninka:** Très rapidement, je tiens à signaler que je suis tout à fait d'accord avec Ilse.

Le gouvernement peut aussi faire deux autres choses. J'ai mentionné la citation des IRSC, et nous savons que les IRSC interviennent rapidement pour régler le problème de la jonction, dont j'ai parlé, relativement à ce qu'ils font, mais il est important de les encourager en ce sens.

Un autre programme est celui du PARI. Selon les critères du PARI, il ne finance pas l'accréditation des technologies. Des idées fausses circulent sur la nature des essais cliniques et du développement clinique des technologies. Pour les technologies médicales, 75 p. 100 des capitaux de démarrage servent à réaliser des essais cliniques pour créer des preuves qui montrent que les technologies fonctionnent, etc.

C'est perçu à tort comme étant une homologation, une certification pour attester qu'on satisfait à une norme en matière de télécommunications ou quelque chose du genre. Le problème, c'est qu'il faut changer ces critères ou élargir la définition pour qu'on puisse être pleinement financé par le PARI. C'est un excellent programme, même s'il ne va pas jusqu'à fournir les 75 p. 100 des capitaux que les jeunes entreprises de technologie médicale doivent dépenser. Voilà une mesure que peut prendre le gouvernement, et la situation serait complètement différente si le PARI pouvait comprendre cette nuance.

**M. Colin Carrie:** Merci.

Vous avez parlé de cinq thèmes dans votre exposé. Vous avez parlé un peu des obligations à impact social et des partenariats public-privé, ce genre de choses. J'ai lu que la Grande-Bretagne prend des mesures en ce sens. Pourriez-vous nous en parler?

**Mme Ilse Treurnicht:** Absolument. En effet, la Grande-Bretagne, sous la direction de sir Ronald Cohen, l'un des ancêtres du capital de risque, a été la pionnière de ce qu'on appelle le secteur des finances sociales. Depuis 12 ou 15 ans, sir Cohen expérimente divers modèles de partenariat entre les secteurs public et privé. Tout a commencé avec un groupe de travail mis sur pied au Royaume-Uni.

Au Canada, en 2010, un groupe semblable a publié une série de recommandations. On proposait notamment que le secteur des

fondations — qui comprend ici les grandes fondations consacrées à des maladies, qu'il s'agisse des maladies du cœur et de l'AVC, de l'arthrite ou autres — établisse des partenariats de façon plus directe avec le secteur public et des investisseurs privés afin de concevoir des modèles axés sur le rendement en matière d'investissement dans les technologies de la santé. Ainsi, la Fondation des maladies du cœur peut, plutôt que de tout simplement accorder des contributions aux chercheurs dans ce domaine, établir des partenariats avec d'autres intervenants afin de mieux gérer les maladies cardiovasculaires chroniques, ou investir dans la technologie de diagnostic. Il existe divers instruments, notamment les obligations à impact social, qui permettent essentiellement de communiquer les avantages. C'est véritablement un partenariat qui rapporte lorsque les résultats escomptés sont atteints.

C'est difficile à faire dans le secteur des soins de santé parce qu'il faut des données longitudinales pour savoir ce qui change sur une assez longue période, en général, mais nous sommes en train d'en faire l'expérience, et j'ai hâte de voir ce qui en ressortira. Les secteurs public et privé s'y sont beaucoup intéressés.

• (1620)

**La présidente:** Merci, madame Treurnicht et monsieur Carrie.

Passons maintenant à Mme Fry.

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

Vous nous avez présenté d'excellents exposés.

Mes questions sont plutôt pointues, alors je ne sais pas si vous pourrez y répondre.

Je me souviens de certaines mesures prises par le gouvernement fédéral en 1998. Il avait notamment mis sur pied la Fondation canadienne pour l'innovation, qui a permis de financer l'innovation dans l'infrastructure des hôpitaux et des laboratoires. C'était l'une des mesures prises. Ensuite, on a également créé Partenariat technologique Canada, qui offrait du capital de risque pour commercialiser les découvertes faites en laboratoire. Une autre fondation a été mise sur pied, par l'entremise de laquelle le gouvernement offrait du capital de risque uniquement aux technologies biomédicales. Il était toujours question d'établir des liens entre les laboratoires et les entreprises privées. Le gouvernement fournissait des fonds de contrepartie pour assurer la commercialisation.

Je ne sais pas ce qui est arrivé à cette dernière fondation. Je crois qu'elle avait un mandat de 10 ans, qui est arrivé à échéance en 2008. Je ne sais pas si elle existe encore. J'ai essayé de la retracer, au sein d'Industrie Canada ou ailleurs, mais c'est comme si elle avait disparu.

Comment la Fondation canadienne pour l'innovation fonctionne-t-elle? Elle devrait permettre aux hôpitaux d'utiliser la technologie dont vous parlez pour en faire profiter les Canadiens et de rendre cette technologie abordable pour les hôpitaux et les laboratoires. C'était là la raison d'être de la fondation.

N'est-ce pas ce qu'elle fait? Voilà donc ma première question.

Ensuite, j'aimerais savoir ce qui est arrivé à cette fondation qui, lorsque son mandat a expiré, était dotée d'un budget de 10 milliards de dollars. Qu'en est-il advenu? Ces fonds devaient servir à réaliser certains des objectifs dont vous parlez. Pouvez-vous me dire ce qui est arrivé? Quelqu'un le sait-il?

**M. John Soloninka:** Ilse est peut-être au courant de ce fonds, mais je vais simplement faire une observation au sujet de la FCI à laquelle je participe.

Il y a cette croyance, non seulement ici au Canada mais partout au monde, qu'un investissement dans la recherche, soit dans le secteur philanthropique ou dans le secteur public, découle d'un désir d'aider les patients au bout de la ligne. Il y a cette croyance qu'un tel investissement en recherche vous donne ces résultats.

La Fondation canadienne pour l'innovation fonctionne plus ou moins de cette manière. Elle est dotée notamment de très bons chercheurs et d'une infrastructure importante, mais l'argent qu'on y consacre ne finance pas le parcours entre l'invention et la mise en marché. On ne peut pas se servir de ce financement pour permettre, par exemple, aux hôpitaux d'acheter des scanners TEP à des fins nouvelles. Le but du financement est tout autre. Mais partout dans le monde et au Canada, on a reconnu que cela ne suffit pas et qu'il faut élargir la portée des investissements non seulement ici, mais aussi dans d'autres domaines. Ilse a fait mention d'un grand nombre de ces domaines, tout comme moi. Je crois que la situation évolue et, à l'avenir, nous allons investir, qu'il s'agisse du secteur public ou privé, d'une façon plus équilibrée entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée, pour ensuite nous occuper de la mise en marché.

Quant au fonds que vous avez mentionné, je n'en sais pas grand-chose. Si je connaissais le nom d'un tel fonds, ça me dirait peut-être quelque chose, mais tout seul, non, je n'en sais rien. Je suis désolé.

**La présidente:** Madame Treurnicht, aimeriez-vous répondre à cette question?

•(1625)

**Mme Ilse Treurnicht:** Vous parlez peut-être de Génome Canada. On a créé de grosses masses de capitaux depuis sa création. Je dirais que cet organisme se consacre surtout à la recherche translationnelle et à la recherche fondamentale. Génome Canada finance davantage des gens, alors que la FCI finance surtout l'achat d'équipement.

**L'hon. Hedy Fry:** Je ne parlais pas de...

**Mme Ilse Treurnicht:** Le Fonds de découvertes médicales canadiennes était un fonds privé qui a pris fin vers 2008. Je ne sais pas si ce pourrait être un moyen. C'était...

**L'hon. Hedy Fry:** Je pensais que l'un de vous pouvait être assez âgé pour se souvenir de ce fonds qui avait 10 milliards de dollars quand il a été dissout en 2008, puis il a été refinancé pour un an. Maintenant, il a complètement disparu. Je trouve dommage qu'on ne puisse rien trouver à son sujet sur le site. Il a disparu. Un fonds de 10 milliards de dollars ne peut pas se volatiliser ainsi. Il a permis de faire certaines des choses dont vous avez parlé. Puisqu'aucun de vous ne le connaît, passons.

La grande question que je me pose, c'est si la FCI peut modifier son mode de fonctionnement ou peut endosser d'autres fonctions pour pouvoir combler ces petites lacunes, de sorte que les hôpitaux et laboratoires reçoivent les innovations des universitaires au bout du compte. Toutefois, il y aurait aussi le parcours inverse, c'est-à-dire que toute innovation créée au Canada ou ailleurs pourrait être intégrée à l'infrastructure qu'un hôpital peut maintenant avoir.

Pensez-vous que la FCI profiterait d'une telle fonction élargie?

**M. John Soloninka:** Absolument, peu importe si on crée un nouveau fonds ou si on intègre cette fonction au Fonds canadien.

Tout ce que mes collègues et moi disons, c'est qu'il n'est pas vraiment nécessaire de changer du tout au tout le système très rigoureux de gestion des coûts des hôpitaux, mais plutôt de leur donner une autre possibilité si une technologie présente une possibilité intéressante de réduire les coûts de la santé; il ne faudrait

pas les pénaliser si cette technologie coûte plus cher, mais permet de réaliser de vastes économies dans l'ensemble du système de santé.

Si la FCI pouvait dire: « Proposons cette technologie, obtenons une subvention et procédons ainsi », ce pourrait être une façon de permettre aux hôpitaux d'acheter des systèmes novateurs.

**L'hon. Hedy Fry:** Je suis très déçagée de ne pas pouvoir savoir ce qui est arrivé à ce fonds particulier et de voir que personne ne semble être au courant et qu'il n'y a rien dans aucun site Web à ce sujet.

J'étais au cabinet quand la FCI a été créée, et nous avons aussi créé Partenariat technologique Canada, qui faisait partie d'Industrie Canada. C'est en 1997-1998 que nous avons créé ce fonds et annoncé son lancement. C'était vraiment efficace. Ce fonds a permis de recueillir 10 milliards de dollars grâce au partenariat public-privé. Il est curieux qu'il ait pu disparaître de l'histoire du gouvernement du Canada. Il existait pourtant, je le sais. J'ai participé à sa création et maintenant, il a disparu.

La FCI est censée faire bon nombre des choses dont nous avons parlé, et plus encore. Son fonctionnement ne devait pas être aussi rigide que ce que nous avons actuellement. Il devait faire plus, permettre...

**La présidente:** Votre temps est écoulé. Vous pouvez peut-être donner une brève réponse.

**M. John Soloninka:** Je vais m'informer pour déterminer où se trouve cet argent.

**L'hon. Hedy Fry:** C'est parti, je ne sais où.

**La présidente:** Madame Block.

**Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC):** Madame la présidente, je ne suis pas sûre d'avoir besoin de sept minutes, alors si quelqu'un veut utiliser le temps qui me restera, je le laisserais volontiers.

Je tiens à vous remercier de votre présence et je remercie aussi le témoin qui s'est joint à nous par vidéoconférence. Vos témoignages sont assez semblables à ceux que nous avons entendus lors de notre dernière réunion. Nous avons reçu des représentants de l'Association des facultés de médecine du Canada. J'aimerais revenir, très brièvement, sur quelque chose qu'ils ont dit et donc, je crois, vous avez aussi parlé.

Lors de la dernière réunion, on nous a dit qu'il faut créer un cadre, au sein des hôpitaux, pour qu'ils participent à l'approvisionnement. On nous a dit qu'il y a constamment des obstacles législatifs à cela. Vous avez parlé de la lourdeur des exigences réglementaires et de l'appareil bureaucratique.

Je me demande si vous pouvez parler des obstacles législatifs que vous voudriez qu'on élimine, histoire de commencer à vous faciliter un peu la tâche. Je lance la question à tous.

•(1630)

**M. John Soloninka:** Vous savez que les instruments doivent recevoir l'approbation fédérale par l'intermédiaire de Santé Canada, mais ils doivent aussi passer par le mécanisme provincial d'approbation puisque la prestation des soins de santé relève de la compétence provinciale. Nous ne pouvons rien y changer.

J'ai eu l'immense privilège de diriger un processus analogue, que l'on a fini par appeler pCODR, un processus pancanadien d'examen des médicaments en oncologie. C'est le même concept. Chaque province détermine quel médicament contre le cancer elle va financer, mais c'est Santé Canada qui approuve la mise en marché du médicament. Dans le passé, chacune des compagnies pharmaceutiques devait présenter ses arguments à chacune des provinces pour faire approuver leurs médicaments. Maintenant, avec le pCODR, toutes les provinces examinent un même dossier de preuve et se fondent sur lui. On pourrait adopter une approche semblable, sans forcément bouleverser le monde. En matière d'évaluation des technologies de soins de santé, si un examen EXCITE révèle que c'est la plus grande découverte depuis celle du fil à couper le beurre, il est inutile que d'autres provinces refassent tout le processus. Faisons-le une fois, en Colombie-Britannique, au Québec ou ailleurs, et déployons la technologie dans les autres provinces. Ce n'est qu'une recommandation.

**M. Brian Lewis:** J'ajouterais qu'il y a deux volets à la réglementation dont je parlais. L'un d'eux est celui de l'approbation par Santé Canada. Le travail que fait Santé Canada jouit d'une renommée internationale, mais ce travail est lié à Santé Canada et finit par prendre plus de temps, et le délai d'approbation est plutôt incertain. Il y a aussi le recouvrement des coûts, qui fait beaucoup de tort aux petites organisations. Elles investissent, elles paient leurs droits, mais elles ne savent jamais quand leur produit va sortir du collimateur. Si nous pouvions aider Santé Canada à cet égard, ce serait très avantageux pour les petites organisations.

L'autre volet, c'est l'évaluation de technologies de la santé. Il semble que la plupart des provinces en font. Même à l'échelle nationale, il y a l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, ou l'ACMTS, en plus de divers hôpitaux qui effectuent leurs propres évaluations de technologies de la santé. Tout le monde qui s'y entend le moins dans l'évaluation de technologies de la santé comprend d'emblée le processus pour les produits pharmaceutiques. C'est beaucoup plus facile. Le système d'utilisation est d'une importance capitale pour les instruments médicaux. Il y a des nuances. Le plus triste, c'est que nous avons MaRS EXCITE, et nous avons aussi OTACH, qui sont des processus modèles dans le monde entier. Alors qu'ils ne sont pas adoptés partout au Canada, ils le sont ailleurs. C'est un peu comme si on se dit: « ce n'est pas inventé ici ». C'est en quelque sorte un changement de paradigme. Nous avons 14 systèmes de santé distincts, alors ce qu'il faut, c'est amener tout le monde à réfléchir ensemble, à se demander comment peuvent être mises en commun les pratiques exemplaires, et qu'est-ce qui fonctionne.

**Mme Kelly Block:** Madame Treurnicht.

**Mme Ilse Treurnicht:** Pour revenir à la question sur le rôle que peut jouer le gouvernement fédéral, il peut faire beaucoup s'il finançait des activités catalytiques, pour favoriser ce genre de collaboration. Il suffit parfois de pousser les gens à ne pas réinventer la roue, mais plutôt à s'informer d'un processus qui a fait ses preuves ailleurs et à contribuer à cette démarche, avec la possibilité de l'appliquer ensuite pour le compte du pays.

**Mme Kelly Block:** D'accord, je vous remercie.

J'aimerais revenir au fonds de capital-risque dont vous avez parlé, c'est-à-dire celui de 400 millions de dollars qui a été annoncé le 14 janvier dernier. Pouvez-vous nous dire en quoi ce plan d'action en matière de capital-risque peut aider à régler les problèmes que connaît l'industrie, problèmes dont vous nous avez parlé aujourd'hui?

**M. John Soloninka:** Madame la présidente, mes autres collègues et moi avons eu le privilège d'apporter notre contribution avant l'annonce de la création de ce fonds. Sam Duboc qui s'occupe du fonds a participé à des forums publics pour expliquer la façon dont le fonds sera déployé. Sans donner trop de détails, tous ceux à qui j'en ai parlé m'ont dit que la façon dont le fonds sera mis en oeuvre semble plutôt satisfaisante. Si tout se déroule comme prévu, le fonds va aboutir à la création de partenariats entre les secteurs public et privé, ce qui va favoriser, dans l'ensemble, la disponibilité de capitaux. Le fonds permettra le démarrage d'entreprises. Il donnera de l'élan à d'autres fournisseurs de capital de risque. Il fournira un rayonnement international car d'autres pays, constatant que le Canada a un fonds de capital de risque, trouveront attrayant de venir ici pour démarrer leurs entreprises. Tout est positif là-dedans.

• (1635)

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

Soyons maintenant conscients du temps car nous passons à des tours de cinq minutes. Nous allons suspendre la séance juste un peu avant 17 h 15 pour nous pencher sur certaines motions. Nous ferons cela à huis clos.

Commençons par Mme Sellah.

[Français]

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

J'aimerais remercier nos invités ici présents ainsi que Dr Treurnicht, qui se joint à nous par vidéoconférence.

Au Canada, il y aurait six pôles de technologies médicales: Vancouver, Winnipeg, Alberta, Halifax, Ontario et Montréal. Je sais que, dans chaque région, il y a des universités très solides et des hôpitaux qui sont en mesure de collaborer avec des partenaires de l'industrie à des projets de recherche ou de développement et même à des études cliniques de validation de principes.

Quel est le rôle réel d'organismes comme Health Technology Exchange et MaRS Discovery District dans ces pôles de technologies médicales? Pourriez-vous me donner un exemple de votre participation à un des pôles, par exemple en Ontario?

Également, j'aimerais savoir si on pourrait avoir d'autres pôles dans tout le Canada. Dans ce cas, quel rôle le gouvernement jouerait-il afin de favoriser la création de pôles de technologies médicales?

Merci.

[Traduction]

**La présidente:** Qui aimerait se lancer?

**M. John Soloninka:** Indéniablement, il existe des gens compétents à l'échelle du pays. S'agissant des grappes de technologies médicales qui sont des réussites à l'échelle mondiale, à Boston, à Minneapolis, à Zurich, à Palo Alto, etc., on constate que le nombre d'entreprises qui y sont installées, et les universités qui s'y trouvent, sont très concentrées géographiquement, contrairement à notre situation au Canada.

Vous le savez, au Canada, nous sommes très éparpillés le long de la frontière, très dispersés. Il se trouve que, par un concours de circonstances, l'Ontario, le Québec, l'Alberta, etc. ont tendance à offrir une grande concentration d'entreprises de technologies médicales. Un certain nombre d'entreprises sont nécessaires, comme vous le dites, pour constituer la dynamique d'une grappe, c'est-à-dire un solide jeu de réciprocité et beaucoup de synergie. C'est ce qu'on trouve en Ontario et au Québec ainsi que dans d'autres zones, mais les petites régions n'ont pas assez de volume pour constituer une véritable grappe.

Toutefois, nous disposons maintenant de très bonnes capacités, si bien que la proximité physique n'est pas essentielle. Nous jouissons d'une très bonne collaboration par voie électronique. Ilse Treurnicht est avec nous par vidéoconférence, par exemple. Nous avons d'excellentes technologies. Songeons à l'Université Dalhousie qui a créé NeuroTouch, une technologie de neurochirurgie de renommée mondiale. Je travaille avec un neurochirurgien à Toronto, James Rutka, qui a participé à l'élaboration de cette technologie.

Nous avons financé 26 entreprises. Nous travaillons avec la grappe qui existe en Ontario. Nous travaillons également au Québec. Nous avons travaillé très fort non seulement pour réunir des capitaux, mais aussi pour faire du réseautage, c'est-à-dire mettre en liaison des gens qui ne savaient pas que leurs activités étaient complémentaires et organiser des événements afin de les rassembler. Nous sommes une organisation du secteur privé, mais nous bénéficions d'un financement du gouvernement. Il y a donc beaucoup de choses que nous pouvons faire.

Quant aux petites régions, nous les jumelons à des projets communs, et c'est ce que je fais actuellement en neuroscience. Nous établissons des liens entre elles pour veiller à ce que ces zones de compétence puissent intervenir.

Quant aux essais cliniques, il est possible de les mener à bien presque partout. Le point d'origine peut être situé à Montréal ou à Toronto, mais il devrait être possible de faire intervenir des zones de compétence où que ce soit pour les faire participer à l'élaboration et aux essais de cette technologie.

Ensuite, il y a l'usage que l'on fait de la technologie. Il y a des hôpitaux remarquables à l'échelle du pays qui pourraient adopter la technologie. Le gouvernement fédéral pourrait reconnaître que la technologie a été élaborée à Montréal, mais qu'on fera les essais en Alberta, en Colombie-Britannique, à Halifax ou ailleurs.

• (1640)

**La présidente:** Je sais que cinq minutes, c'est court, mais nous en sommes là. Je suis désolée.

Monsieur Wilks.

**M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC):** Je remercie nos témoins de leur présence.

Mes questions s'adressent sans doute à John ou à Ilse, mais Brian, vous pouvez intervenir au besoin.

Il existe au Canada un certain nombre d'organisations qui évaluent les technologies de la santé, notamment des établissements d'enseignement, des services gouvernementaux ou hospitaliers, ainsi que l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Selon vous, quelles mesures l'ACMTS devrait-elle prendre pour coordonner les efforts en matière d'évaluation des technologies de la santé afin d'éviter le double emploi et les pratiques qui se révèlent inefficaces?

**M. John Soloninka:** C'est une excellente question.

Il y a un très grand nombre d'évaluations de technologies en matière de santé. Selon le cas, il peut s'agir d'exercices théoriques qu'il faut mettre dans le contexte particulier d'un hôpital et étant donné leur nature théorique, on ne peut peut-être pas les utiliser immédiatement à l'échelle du pays.

Cela dit, cependant, il y a des évaluations de technologies de la santé qui sont propres à un contexte. Ce que l'on fait à l'Université de Toronto peut-il s'appliquer à l'Université McGill? Sans doute. Si cela se fait dans un hôpital de Toronto, est-ce adapté à l'hôpital d'une petite localité? Non, ça ne l'est pas. Si on fait des évaluations pour un hôpital d'une petite collectivité ontarienne, y a-t-il un potentiel pour l'Alberta? Oui.

Je pense qu'il faut se soucier du contexte des évaluations de technologies de la santé et procéder de telle sorte que ces évaluations puissent être facilement transférées. Ce n'est pas ce qui s'est fait par le passé et c'est pourquoi les résultats de l'ACMTS n'ont pas eu un grand rayonnement.

En outre, le syndrome du produit inventé ailleurs est très aigu. L'ACMTS est considérée comme un organisme national, mais en fait, toutes les provinces s'approprient les soins de santé et elles répugnent à recevoir des ordres externes dans ce qu'elles considèrent être leur sphère d'activité. Il y a un défi, mais une collaboration interprovinciale, comme l'examen pancanadien des médicaments, serait une mesure très positive permettant une utilisation générale.

**M. Brian Lewis:** C'est ce que l'IHE essaie de faire. Nous avons rencontré les représentants de l'ACMTS et nous maintenons des rencontres régulières. L'agence a des compétences en matière de produits pharmaceutiques, car elle a fait beaucoup de travail à cet égard, à la différence de ce que font l'OHTAC et l'AACHT.

À l'IHE, basé en Alberta, on essaie de rallier le reste du pays, car on s'intéresse à la méthodologie utilisée par l'OHTAC et l'AACHT. C'est la meilleure méthodologie. Toutefois, comme John l'a dit, il faudrait cesser de revendiquer l'invention, pour s'occuper plutôt d'un changement dans la gestion. Il s'agit un peu d'un changement de paradigme pour les gens.

C'est quelque chose qui s'impose, et le plus tôt sera le mieux.

**M. David Wilks:** Ilse, avez-vous quelque chose à ajouter?

**Mme Ilse Treurnicht:** Je porte un jugement très ferme à cet égard, et cela reprend la question précédente. Je pense que nous allons rater le coche en matière d'innovation mondiale, à moins de repenser notre approche.

Il faut que la collaboration soit le pivot de notre avantage concurrentiel. Grâce au processus EXCITE, on a constaté des résultats encourageants, car on pouvait faire intervenir huit centres différents à l'échelle de l'Ontario, ayant tous des compétences complémentaires, et on pouvait présenter un produit global aux industriels, qui pouvaient dès lors présenter des évaluations à l'échelle mondiale. Je pense que nous pouvons créer ces modèles de densité quasi virtuels...

Encore une fois, je pense que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer à titre de catalyseur pour favoriser ces collaborations. Nous devons établir clairement qu'il ne s'agit pas d'opposer la Nouvelle-Écosse à une autre province, mais plutôt le Canada — c'est-à-dire nous, collectivement — face au reste du monde. C'est la donne. Nous devons être beaucoup plus proactifs dans la création de ces collaborations pour leur donner un profil mondial.

**M. David Wilks:** Merci.

Est-ce qu'il me reste encore du temps?

**La présidente:** Vous avez 30 secondes.

**M. David Wilks:** Rapidement, John, vous avez parlé du programme PARI. Selon vous — et que les autres se sentent libres d'intervenir s'ils le veulent —, comment le PARI pourrait-il être adapté afin de mieux répondre aux besoins des petites et moyennes entreprises qui cherchent à mettre au point des appareils médicaux au Canada?

**M. John Soloninka:** Je crois avoir parlé d'un des défis pour les entreprises qui mettent au point des appareils médicaux. Elles consacrent 75 p. 100 de leur capital aux essais cliniques associés à leurs produits, à l'établissement de la preuve, en vue de se faire rembourser les dépenses liées à l'évaluation de technologies de la santé, etc.

Il ne s'agit pas d'exercices d'homologation. Mais, à l'heure actuelle, selon l'interprétation du PARI, les choses semblent être perçues ainsi.

•(1645)

**La présidente:** Je cède maintenant la parole à M. Morin.

**M. Dany Morin:** Monsieur Lewis, j'ai une question à vous poser. Vous avez dit plus tôt que les fonds devraient être alloués aux nouvelles technologies.

Cela m'a rappelé que comme députés, nous disposons d'un bon budget. Pendant plusieurs années, nous n'avons pas investi dans l'achat de nouveaux meubles, comme des canapés ou de nouveaux ordinateurs, car nous préférons consacrer l'argent disponible à la main-d'oeuvre ou aux différents moyens de communiquer avec nos électeurs. Pendant plusieurs années, nous n'avons pas investi dans le remplacement de nos meubles et de nos ordinateurs jusqu'à ce que le gouvernement dise: « Vous pouvez consacrer 5 000 \$ par année uniquement pour remplacer vos outils technologiques et votre mobilier. »

Je crois que vous avez raison de dire que les fonds spécial pourrait être une bonne chose, mais quelles seraient les sources pour ce fonds? S'agirait-il du gouvernement fédéral, des provinces, du secteur privé, des hôpitaux, de la collectivité locale? D'après moi, le gouvernement fédéral ne doit pas être le seul à investir dans ce fonds.

**M. Brian Lewis:** Cela doit se faire surtout à l'échelle provinciale car le système de soins de santé relève des provinces.

Il faut se doter d'un processus comme MaRS EXCITE, qui permet de cerner les appareils qui sont sources de perturbations et ceux qui ajoutent réellement de la valeur. Lorsque vous vous livrez à ce processus, au choix des produits... Il y a plus de 1 000 agents de classe III et de classe IV approuvés par Santé Canada chaque année; il faut donc choisir les produits. De plus, il faut avoir des attentes réalistes.

Il faut consacrer les fonds nécessaires aux thérapies novatrices qui vont réellement améliorer les résultats sur le plan de la santé des patients et qui vont réduire le coût pour le système ou rendre les choses plus efficaces. Je crois que cela relève du mandat provincial.

**M. John Soloninka:** Cependant, le gouvernement fédéral pourrait aider à alléger le fardeau. S'il travaillait en partenariat avec une province côté technologie, cela encouragerait une collaboration accrue entre les autres provinces, car il ne s'agirait pas d'une seule province qui assume tous les coûts pour en faire bénéficier les autres.

**M. Dany Morin:** Je suis renversé. Nous pouvons nous tourner vers le secteur privé. Par exemple, une entreprise de ma circonscription investira dans une nouvelle technologie, car elle

sera plus efficace, plus productive et plus efficace sur le plan des coûts, mais lorsque nous regardons les systèmes de santé provinciaux, ils n'appliquent pas ces mêmes principes.

Je ne préconise pas un modèle privé de santé au Canada, bien sûr. D'après vous, est-il possible de prendre les meilleurs éléments du secteur privé et de les appliquer à notre système de soins de santé public, universel et gratuit au Canada?

**M. John Soloninka:** Tout à fait. Le modèle de financement des soins de santé axé sur les valeurs a fait ses preuves financières partout dans le monde. Cela n'a rien à voir avec les soins publics par rapport aux soins privés. Cela a tout à voir avec un financement qui donne des incitatifs pour que les gens, les patients et les fournisseurs de soins de santé fonctionnent de concert et fassent ce qui s'impose.

Oui, c'est tout à fait envisageable, mais cela exige une grande volonté politique et une compréhension de la part du grand public et des autres intervenants qui participent au système de soins de santé.

**M. Dany Morin:** Merci.

Monsieur Soloninka, vous avez dit plus tôt que lorsqu'on investit des fonds dans le système de soins de santé, c'est pour des soins de courte durée plutôt que des soins aux malades chroniques, ou quelque chose de semblable.

Je suis du même avis. Lorsqu'on offre des soins actifs, on peut présenter de bonnes statistiques indiquant qu'on a soigné un certain nombre de maladies ou bien, on peut mettre un x dans telle ou telle case. La prévention et la gestion des maladies chroniques sont des investissements qu'il faut faire, mais ils ne produisent des résultats qu'à long terme.

**M. John Soloninka:** Avec des investissements adéquats, vous seriez surpris de voir combien d'avantages vous pourriez obtenir à très court terme. Mais vous avez raison, les avantages les plus importants sont à long terme.

Jeffrey Simpson et d'autres ont écrit d'excellents livres sur la façon dont cet autre modèle qui met l'accent sur d'autres objectifs peut se réaliser. Nous n'avons pas le temps d'en parler ici, mais il y a de bons ouvrages de référence à ce sujet qui décrivent comment pourrait fonctionner le système de santé.

•(1650)

**M. Dany Morin:** Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup. C'étaient de très bonnes questions.

Monsieur Lizon.

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC):** Je voudrais me joindre à mes collègues et vous remercier de comparaître devant le comité.

Je vais commencer avec les observations faites par Mme Isle Treurnicht.

Madame Treurnicht, vous seriez étonnée de voir ce que les gens peuvent faire dans un garage. Peut-être que cela ne s'applique pas à des appareils médicaux compliqués, mais de grandes choses ont été inventées dans un garage.

De façon plus générale, monsieur Soloninka, ce que vous décrivez dans votre exposé est un problème auquel font face les inventeurs depuis des siècles. Ils inventent quelque chose et par la suite, ils doivent déterminer comment le vendre? Comment le fabriquer? Il y a des récits, des anecdotes, où l'on raconte comment Fulton a convaincu quelqu'un d'utiliser un moteur à vapeur sur un navire, et il y en a des milliers dans le même genre.

En répondant aux questions, vous avez toujours dit que l'aspect financier est très important, mais il n'y a pas que les finances qui comptent. Les gens doivent aussi avoir des connaissances pour l'acquisition de nouveaux équipements, en plus du budget pour les payer. Certaines choses doivent durer pendant x nombre d'années. Vous pouvez inventer quelque chose de merveilleux, mais les gens vous diront: « Je viens d'acheter des appareils et je n'aurai pas d'autre budget avant une dizaine d'années. » Du point de vue de la technologie, les choses changent très rapidement et deviennent désuètes. Qu'en pensez-vous? Quel conseil donneriez-vous aux entreprises, aux inventeurs et aux innovateurs?

**M. John Soloninka:** On a constaté un changement au cours des trois à quatre dernières années dans le monde de la technologie médicale. Autrefois, c'est-à-dire il y a 5 ou 15 ans, le système de santé aux États-Unis pouvait dépenser sans compter, de sorte que l'on pouvait prendre un produit, l'améliorer quelque peu et le vendre au système de soins de santé américain, et les coûts supplémentaires seraient transmis notamment aux compagnies d'assurances ainsi qu'aux cotisants et aux patients. Dans notre système, nous ne sommes pas vraiment en mesure d'agir ainsi.

Ce merveilleux modèle pour générer de l'argent a maintenant disparu, et c'est bien ainsi. De nos jours, toute nouvelle technologie doit présenter des avantages cliniques. Il faut aussi être en mesure de réduire le coût du cycle de vie général pour les clients. C'est ce qui a changé. Maintenant, nous obtenons de meilleures technologies à des prix inférieurs.

Toutefois, vous avez aussi raison de dire que les nouvelles technologies remplacent les anciennes. Mais comme les gens ont déjà investi dans la vieille technologie, ils doivent trouver une raison pour s'en débarrasser en contrepartie de la nouvelle. Il y a aussi le volet important de la pratique. Les médecins sont formés et ils utilisent leurs outils; ils ne peuvent tout simplement pas changer leur façon de faire à mi-parcours.

Il n'y a pas de réponse facile à cela. Le principal défi des hôpitaux canadiens, c'est qu'ils ne disposent pas du budget pour faire ce qu'un autre témoin a dit. Ils n'ont pas le loisir de budgéter pour plusieurs années à l'avance et d'investir aujourd'hui en espérant tirer profit d'avantages à venir. On leur demande de gérer leurs budgets en fonction d'une année à la fois, de sorte que c'est très difficile.

Je ne vous demande pas d'apporter des changements à ce mode de financement. Je dis tout simplement que quelqu'un avec une vision plus vaste du système de santé devrait aider à recenser les technologies les plus avantageuses, les mettre à l'essai, démontrer les avantages, puis permettre au système de soins de santé de les adopter tout en gérant les changements nécessaires. C'est essentiellement ce que je veux faire valoir.

**M. Wladyslaw Lizon:** Est-ce qu'il me reste du temps?

**La présidente:** Environ 35 secondes.

**M. Wladyslaw Lizon:** J'ai une question, très rapidement. Est-ce que les entreprises qui participent à la recherche médicale et à l'innovation collaborent avec des entreprises d'autres secteurs? Certains instruments viennent d'autres secteurs. Comment collaborerez-vous?

•(1655)

**M. John Soloninka:** Nous le faisons plus souvent maintenant, surtout avec la technologie mobile qui est de plus en plus... Il y a beaucoup plus de collaboration que, disons, il y a 5 ou 10 ans. Elle était quasi inexistante il y a 10 à 15 ans. Maintenant, les gens s'intéressent beaucoup plus à l'aérospatiale, aux appareils électro-

nes grand public, à l'utilisation qui peut en être faite dans d'autres secteurs.

**M. Brian Lewis:** Si on songe aux grandes entreprises, on constate qu'elles ont tendance à se regrouper avec des entreprises d'autres domaines de spécialités. Même les sociétés comme GE et Philips se sont largement imposées dans le domaine de l'électronique.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Kellway.

**M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD):** Je remercie les témoins d'être des nôtres aujourd'hui.

J'ai trouvé cette discussion très intéressante. Des gens sont venus témoigner devant nous, dans le cadre de cette étude, et ont parlé de ce que vous appelez, monsieur Soloninka, le volet invention du processus et de la frustration des chercheurs et des inventeurs. Il était intéressant d'entendre parler de l'étape suivante, c'est-à-dire le volet innovation, qui, si je comprends bien, est synonyme de commercialisation.

**M. John Soloninka:** En grande partie, sauf qu'il peut y avoir certaines choses, comme des techniques chirurgicales, qui ne sont pas des produits et qu'il peut aussi falloir innover et mettre en pratique, sans nécessairement générer des revenus ou quoi que ce soit d'autre. C'est encore une innovation.

**M. Matthew Kellway:** Est-ce quelque chose que votre organisation...

**M. John Soloninka:** Pas nous. C'est le rôle des hôpitaux, des médecins.

**M. Matthew Kellway:** D'accord.

J'aurais voulu connaître le cheminement du processus d'innovation avant que le produit arrive au consommateur. Je comprends très bien le problème dont vous avez parlé, le deuxième en importance du point de vue des consommateurs, à savoir le conflit entre la réduction des coûts et le rapport qualité-prix.

Il y a aussi, dans tout cela, le problème du financement, parce que ce sont là des entreprises risquées. Quand on a parlé de la participation du gouvernement à ce processus, c'était surtout dans un rôle de catalyseur.

Madame Treurnicht, je crois que c'est vous qui avez parlé du rôle du gouvernement qui serait plutôt un rôle catalyseur. Il y a aussi celui du financement, je le comprends, dans une large mesure.

Pouvez-vous me dire en quoi ce genre de processus de commercialisation dépend du financement public?

**M. John Soloninka:** Vous voulez une idée des montants?

**M. Matthew Kellway:** Oui. Quelle proportion de ce processus est ainsi financée? Je suppose que cela fait partie de l'ensemble, qu'il faut établir une preuve...

**M. John Soloninka:** Exactement.

**M. Matthew Kellway:** ... donc quelle proportion de ce processus de validation de la plupart des technologies est véritablement financée par les fonds publics.

**M. John Soloninka:** Je vois.

Je ne vais pas donner de nom, mais je vais vous donner l'exemple d'une entreprise. Ce n'est pas comme les médicaments, qui peuvent coûter 1 milliard de dollars avant même d'être mis en marché. Pour nos technologies médicales, c'est plutôt de l'ordre de 10, 20 ou 30 millions de dollars avant la commercialisation. Ce n'est pas tout à fait la même chose.



Une entreprise avec laquelle je travaille en ce moment a probablement reçu entre 500 000 \$ et 1 million de dollars en subventions de recherche. Elle a reçu environ 1 million de dollars en subventions du gouvernement. À cela s'est ajoutée la participation du secteur privé, qui varie actuellement de 3 à 4 millions de dollars, et elle va encore essayer de recueillir auprès de lui environ 5 millions de dollars. Quand un produit arrive sur le marché, qu'un chirurgien achète le premier produit, son financement aura été d'environ 15 à 20 millions de dollars, dont, en toute probabilité, 3 millions de sources gouvernementales.

Ce sont des chiffres ronds. Rien d'exact, mais...

**M. Matthew Kellway:** C'est bon, j'essayais seulement de me faire une idée.

Madame Treurnicht, êtes-vous du même avis, quant à ces proportions?

**Mme Ilse Treurnicht:** Oui. Ce sont des entreprises qui font beaucoup de recherche.

Il existe une autre principale source de financement de la R-D au Canada, c'est-à-dire les crédits d'impôt pour les activités de recherche scientifique et de développement expérimental. Quand elles sont en phase de recherche, de façon générale, ces entreprises ont droit à des crédits d'impôt. Dans d'autres pays, les gouvernements vont être plus proactifs et financer directement certaines entreprises, mais dans notre cas, notre financement indirect, par l'intermédiaire de ces crédits d'impôt, est assez important.

**M. Matthew Kellway:** Au sujet du financement public au moyen de ces crédits d'impôt, est-ce que le gouvernement joue un peu un rôle de société de capital-risque? Est-ce que ça lui rapporte quoi que ce soit?

• (1700)

**M. John Soloninka:** Cela dépend. Nous consentons des prêts. Ça nous rapporte des recettes, mais ça n'est pas ce que nous recherchons. À MaRS, nous avons une espèce de fonds de capital-risque, mais là encore, le capital social... En Ontario, par exemple, il existe le Fonds de développement des technologies émergentes et l'OVCF, un fonds de capital-risque de l'Ontario. Ils constituent une espèce de source régulière de financement. Ces programmes financent d'autres sociétés de capital de risque. Ils co-investissent aussi. FedDev co-investit aussi avec des investisseurs providentiels.

La solution n'est pas tant que le gouvernement tente de faire une percée dans le monde du capital-risque en déplaçant le capital-risque du secteur privé. La clé, c'est que le gouvernement intervienne pour réduire le risque des possibilités qui sont offertes. Comme le disait Ilse, il peut y avoir des éléments qui ne sont pas viables en soi, mais le gouvernement peut intervenir et éliminer les risques. Il peut rendre l'équation beaucoup plus attrayante et attirer plus de financement du secteur privé vers des initiatives particulières.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Merci, monsieur Kellway.

C'est maintenant au tour de M. Lobb.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Non pas que je veuille trop simplifier la chose, mais est-ce qu'il y a un problème dans le secteur?

J'ai travaillé pendant quelques temps dans le secteur automobile. Avec GM, Ford et Chrysler, une réduction des prix de 3 p. 100, il n'y a rien de plus normal, alors chaque année, elles essaient de réduire les coûts grâce à l'innovation.

Est-ce que le problème, dans le secteur, ne tient pas en partie au fait qu'il n'y a pas assez d'idées ou d'innovations pour stimuler l'efficacité?

Je ne doute pas qu'il y ait beaucoup de gens qui essaient d'améliorer les résultats pour les patients, mais je suis sûr que la technologie, ou de nouvelles idées, peuvent permettre de réaliser des gains d'efficacité et des économies d'échelle pour réduire les coûts des hôpitaux. Est-ce que c'est déjà intégré à l'équation, actuellement?

**M. Brian Lewis:** Je vais vous donner une réponse très simpliste, pour ce qui est des hôpitaux. Comme je le disais tout à l'heure, quand on regarde le budget d'un département comparativement au budget de tout l'hôpital ou de tout un réseau, ce n'est pas vraiment sous la perspective des avantages globaux que présentent les résultats. On regarde le budget d'un département.

Il faut vraiment un changement de mentalité. J'ai connu des médecins et d'autres qui, en voyant un produit, y sont très intéressés, même s'ils ne peuvent pas l'obtenir. C'est à cause de la mentalité, qui est axée sur le budget. C'est très simpliste. Peut-être qu'en abordant la question sous un autre angle, on pourrait avoir quelque chose de positif.

**M. Ben Lobb:** Je suis de l'Ontario. Est-ce que vous dites que les hôpitaux de l'Ontario sont tellement rétrogrades que leurs budgets ne leur permettent pas cette perspective? S'il y a un moyen pour un département d'investir en vue de faire des économies sur cinq ou dix ans, est-ce qu'il en a la possibilité?

**M. Brian Lewis:** Souvent, oui.

**M. John Soloninka:** Une autre façon d'aborder la chose serait de se dire que des technologies existent. Il faut être vigilant car, en ce qui concerne les technologies médicales, étant donné l'environnement financier dans lequel nous nous trouvons, en faire davantage n'est pas toujours une bonne chose, n'est-ce pas? On pourrait ainsi par exemple trouver une nouvelle technologie qui améliore nettement les pontages aorto-coronariens, et, tout d'un coup, on finit par faire deux fois plus de pontages, mais la moitié d'entre eux ne représentent pas des solutions adéquates. Il faut être très vigilant en ce qui concerne les technologies dans le domaine des soins de santé. Il faut qu'elles soient utilisées afin d'atteindre de bons résultats et non tout simplement dans le but d'être utilisées. En effet, chaque fois qu'on les utilise, cela coûtera plus d'argent.

**M. Brian Lewis:** Par ailleurs, si vous trouvez une solution qui permet de réduire le séjour à l'hôpital, les gens vont se dire que ce séjour sera tout simplement remplacé par le séjour d'un nouveau patient, alors cela ne permettra pas véritablement d'économiser de l'argent. Il faut avoir une vue d'ensemble du système. Si l'on dispose d'une quantité suffisante de produits pour réduire la durée du séjour, alors ça réduirait véritablement les séjours. Mais il existe un tel arriéré en ce qui concerne les délais d'attente dans notre système que, si un produit nous permet de réduire la durée de séjour de trois ou quatre jours à l'hôpital, alors si vous demandez l'avis de l'hôpital, ils refuseront en vous expliquant que tout cela ne servira qu'à remplacer un patient par un autre patient.

C'est aussi simple que cela. C'est une question très pragmatique.

**M. Ben Lobb:** Je ne pense pas que cela motive quiconque autour de la table.

**M. John Soloninka:** Mais il existe des solutions.

**M. Ben Lobb:** Oui, je le conçois.

**M. John Soloninka:** Nous n'avons tout simplement pas encore eu l'occasion d'en parler. Il existe des solutions à ce problème.

**M. Ben Lobb:** J'aimerais également aborder un autre sujet qui porte sur la recherche fondamentale et la recherche appliquée. Corrigez-moi si je me trompe, mais il me semble que l'essentiel de notre recherche en soins de santé est de la recherche fondamentale.

Est-ce que cela pose un problème à l'heure actuelle? Est-ce que cela fait partie du problème? Avons-nous ciblé un bon nombre d'enjeux et de problèmes dans notre système de soins de santé, sans toutefois injecter assez de fonds dans la recherche appliquée afin de pouvoir régler ces problèmes, de commercialiser les produits et d'obtenir de meilleurs résultats? Est-ce un problème à l'heure actuelle?

**M. John Soloninka:** Je ne pense pas avoir assez d'information pour pouvoir faire des observations au sujet de la recherche fondamentale par rapport à la recherche appliquée. Je ne peux pas me prononcer sur la question de savoir si les niveaux de financement sont adéquats ou non. Peut-être qu'Ilse voudrait répondre à la question. Tout ce que je peux vous dire, c'est qu'on ne consacre pas assez d'argent à la phase de commercialisation et d'innovation.

Ilse, pouvez-vous nous dire si l'on investit adéquatement dans le domaine de l'innovation?

**Mme Ilse Treurnicht:** Je pense que cela reste à voir.

À mon avis, une véritable expertise et la recherche fondamentale sont les principaux enjeux dont il faut tenir compte dans l'économie de l'innovation à l'échelle mondiale. C'est précisément ce en quoi le monde est en train d'investir. Ce n'est pas tout simplement parce que la recherche fondamentale est amusante. C'est parce que cela nous permet d'être à la fine pointe des connaissances et que celles-ci s'appliquent à long terme.

Il est important de percevoir le processus de l'innovation dans toute sa continuité. Cela commence par la recherche fondamentale et se poursuit jusqu'à la commercialisation. Il faut examiner comment l'on applique ou comment on développe les ressources au cours de ce parcours. Si cette continuité est enfreinte, une partie importante des investissements que vous avez fournis au départ seront inutiles, car le continuum n'est pas assez robuste. Il faut avoir une approche systémique.

• (1705)

**M. Ben Lobb:** C'est assez juste. Il faut prendre en compte tout cela, et personne ne dit qu'il faut pencher pleinement d'un côté ou de l'autre. Lorsque je songe à l'Allemagne, notamment aux instituts Fraunhofer, on peut voir que la plupart des percées technologiques les plus avancées proviennent d'habitude de l'Allemagne. Ce n'est pas toujours le cas, mais ça l'est en règle générale. C'est du moins ce que nous avons observé au cours des 50 dernières années. Ils mettent notamment l'accent en grande partie sur la recherche appliquée.

Je vous le dis car nous mettons l'accent sur la recherche fondamentale, et cela a tout à fait lieu d'être, mais il faut savoir que dans d'autres entreprises et secteurs industrialisés, c'est dans la recherche appliquée que l'on...

Ai-je encore le temps de poser une brève question?

**La présidente:** En fait, non, il ne vous reste plus de temps. Je suis désolée, monsieur Lobb, mais j'aimerais entendre votre question un peu plus tard.

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

**La présidente:** Se trouve ici présente l'honorable Laurie Hawn. Bienvenue à notre comité. Vous êtes la suivante.

**L'hon. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC):** Merci, madame la présidente.

J'avais prévu de parler d'autre chose, mais ce que vous avez répondu à M. Lobb a suscité mon intérêt.

Monsieur Loloninka, vous disposez de quatre minutes et 30 secondes. Quelles solutions s'offrent à nous pour la situation décrite par M. Lobb?

**M. John Soloninka:** Les problèmes décrits découlent de la nature divisée du système de santé et de son financement. Même notre financement de soins de santé s'appuie sur un modèle de financement axé sur les hôpitaux et les médecins plutôt que de s'inspirer d'un modèle de soins de santé intégré. Je vous recommande de lire les nombreux livres à ce sujet qui expliquent bien le phénomène.

Par exemple, si un patient se présente à l'hôpital en raison d'une insuffisance cardiaque congestive et obtient son congé d'hôpital trop tôt et revient à cet établissement pour obtenir d'autres soins, l'hôpital et les médecins en question seront remboursés pour les soins prodigués à plus d'une reprise. Ce n'est pas la voie à suivre. Il faut plutôt inciter le personnel à bien faire le travail et fournir les ressources nécessaires pour mener le travail à bien. Le patient peut se faire soigner à l'hôpital, dans un centre communautaire, au cabinet privé d'un médecin, à la maison, etc. Il faudrait encourager la prestation de soins dans tous ces milieux, et non pas dans un centre à la fois.

Qu'il s'agisse de soi-disant financement des soins de santé axé sur la valeur ou d'un réseau intégré de prestation de soins, ces modèles peuvent se concrétiser. Ils fonctionnent très bien et donnent de bien meilleurs résultats que ce que nous obtenons dans notre contexte.

**L'hon. Laurie Hawn:** Qu'est-ce qui nous empêche d'appliquer ces solutions?

**M. John Soloninka:** Assez curieusement, je crois que c'est à cause de l'ignorance du grand public. Avec tout le respect que je dois aux politiciens, la réforme du système de santé est souvent perçue comme un suicide politique. Ça ne s'explique pas par le fait que les politiciens ne feraient pas la chose qui s'impose s'ils croyaient à ce changement, mais les Canadiens — et le livre de Jeffrey Simpson est excellent à cet égard — comprennent mal en quoi consistent le système de santé, son fonctionnement, ses bons côtés, ses défauts, ce qu'il couvre, etc. Ils en ont une drôle d'idée. Ils doivent changer leur point de vue pour que les politiciens puissent se dire: « Très bien. Maintenant que la population est renseignée, je peux appliquer une solution efficace », plutôt que de...

**L'hon. Laurie Hawn:** Je suis tout à fait d'accord avec vous jusqu'à présent. Qu'est-ce qui pourra changer le point de vue de la population?

**M. John Soloninka:** À mon avis, seule l'éducation permettra à la population de changer de point de vue. Je participe au Forum des politiques publiques, au Conférence Board du Canada et à d'autres groupes qui essaient d'organiser des forums pour permettre aux gens de comprendre que les systèmes de santé ne sont en fait que des régimes d'assurance. Ils ne font pas partie de notre ADN canadien. Ils ne sont que des régimes d'assurance, et on peut les améliorer. Il se trouve, dans le monde, de meilleurs éléments liés au système de santé, et nous devons les adopter.

**L'hon. Laurie Hawn:** Selon vous, il s'agit d'idées préconçues voulant que les systèmes de santé publics soient bons et que les systèmes de santé privés soient néfastes?

**M. John Soloninka:** Tout à fait; nous devons composer avec ce genre d'ignorance.

**L'hon. Laurie Hawn:** Eh bien, c'est l'élément le plus important à retenir.

Il me reste quelques questions. Il existe à Edmonton un bon réseau qui s'appelle TEC Edmonton. Je ne sais pas si vous le connaissez, mais il s'agit d'une belle collaboration à l'Université de l'Alberta où une centaine d'entreprises sont en incubation. Le réseau ne se limite pas à la technologie médicale, mais comprend aussi la technologie en général. J'y vais souvent pour faire des annonces de financement parce que nous investissons dans ce genre de projets.

Les partenaires ont entre autres constaté que ce n'est pas la technologie qui représente nécessairement le plus grand problème, mais plutôt, comme nous l'avons dit, l'accès au marché.

Ces quelque 100 entreprises discutent énormément non seulement de leurs propres technologies — elles travaillent toutes dans un grand domaine et ont leur propre bureau, ce qui ne les empêche pas d'avoir de nombreux points en commun —, mais aussi de collaboration sur les meilleures pratiques dans le monde des affaires.

Je vais vous poser une question évidente. Dans quelle mesure est-il important de ne pas se limiter au domaine de la technologie médicale, mais d'élargir ses horizons vers la technologie en général et d'adopter des pratiques d'affaires qui profiteront à tous?

• (1710)

**M. John Soloninka:** Je décrirais les choses différemment. Ce dont ces entreprises ont besoin ou ce qu'il leur manque, ce sont des gens d'expérience qui ont déjà fait cheminer ce genre d'entreprises dans ce processus. Au Massachusetts, il est facile de trouver 20 experts dotés d'une grande expérience et, si on démarre une nouvelle entreprise, on peut choisir une de ces 20 personnes. Au Canada, il n'existe peut-être qu'une ou deux personnes dotées du genre d'expertise nécessaire en oncologie pour une compagnie de diagnostic.

Nous devons attirer ces experts au Canada en lançant des projets comme MaRs et en créant ce que HTX fait et ce qui se fait en Alberta; ainsi, ces experts auront du travail et sauront que, si une entreprise fait faillite, d'autres entreprises pourront les embaucher. Nous essayons de concrétiser cette infrastructure pour attirer ces spécialistes et avoir plus d'experts en gestion.

D'autre part, si les entreprises ont plus d'argent, elles peuvent s'entourer de plus d'experts en gestion.

**L'hon. Laurie Hawn:** Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Merci beaucoup M. Hawn.

La parole est maintenant à Mme Fry.

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

On devrait consacrer six heures à cette discussion parce qu'on passe constamment d'un sujet à l'autre.

J'aimerais revenir à la question de... Le Canada est très novateur en matière de recherches biomédicales. Nous sommes très novateurs, mais nous ne pouvons pas tirer profit de nos propres innovations en raison du fossé qui existe entre les tests en éprouvette ou en laboratoire et les hôpitaux et les bureaux; il faut se pencher sur de nouvelles façons de prodiguer des soins de santé... et je ne parle pas simplement de gadgets, de nouveaux médicaments ou de nouveaux outils technologiques: je pense aux façons novatrices de fournir des soins de santé.

Il existe tant de façons de faire. Vous avez abordé un sujet. C'est un champ de compétence strictement provinciale, mais la façon dont les provinces décident de gérer leurs hôpitaux et leurs budgets force les établissements à se soumettre à un système très linéaire. Comme vous l'avez dit, si on donne un congé d'hôpital à un patient plus

rapidement, il faut combler le lit avec un autre patient; alors, les hôpitaux n'ont aucun incitatif à réserver des budgets voués à l'innovation. Je crois que si nous pouvions aller de l'avant...

Bien qu'il s'agisse d'un champ de compétence provinciale, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en tant que leader dans les discussions. Lors de ces discussions avec les ministres provinciaux de la Santé, le gouvernement fédéral devrait leur expliquer que le paiement de transfert récompense les provinces prêtes à innover pour améliorer l'efficacité, le rapport coût-efficacité et les résultats.

Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer et qu'on ne devrait pas l'écarter. Bien que les provinces soient responsables des hôpitaux, nous savons tous que nous pouvons changer le fonctionnement du système pour qu'il soit autosuffisant. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Madame la présidente, je sais qu'un témoin comparaitra pour nous parler de la façon de transformer le financement global des hôpitaux et de la façon dont les budgets d'hôpitaux peuvent être établis différemment, etc.

Avez-vous quelque chose à dire sur cette réalité et sur ce que le gouvernement peut faire pour créer des incitatifs? Savez-vous comment ces incitatifs pourraient fonctionner?

**M. John Soloninka:** Pas au sens large, mais de façon plus précise sans essayer de changer le monde, FedDev, l'Agence de financement du gouvernement fédéral en Ontario, et d'autres organismes de financement fédéraux fournissent des incitatifs, et ce type de programmes pourrait servir de source de financement de rechange permettant aux entreprises et à d'autres d'implanter certaines technologies dans les hôpitaux.

Il ne faut pas nécessairement s'ingérer dans le système de soins de santé provincial, mais l'on peut grandement influencer sur leur capacité de mettre de nouvelles technologies à l'essai. Si on le fait dans un endroit et que d'autres parties du pays en prennent connaissance et entendent parler de cette technologie ou prennent part à un projet pilote — en d'autres mots, si l'on encourage les intervenants des diverses provinces à participer à un projet pilote —, alors je crois que cela pourrait avoir un effet considérable.

• (1715)

**L'hon. Hedy Fry:** Auriez-vous des observations, madame Treurnicht?

**Mme Ilse Treurnicht:** Je suis d'accord. Je crois que la solution serait de créer un groupe qui s'intéresse tout particulièrement à ce type d'activité.

À l'heure actuelle, le défi tient en partie au fait que notre financement commercial relève des conseils subventionnaires; il est donc habituellement accordé aux universitaires qui font un peu la même chose, peut-être un peu plus à l'étape de la mise en marché. Toutefois, à l'autre extrême, Partenariat technologique Canada accordait des fonds aux grandes entreprises, qui n'étaient souvent pas si novatrices que ça.

Si nous mettions sur pied un organisme qui avait une vision à long terme, nous pourrions ainsi financer davantage d'innovations sociales au sein du système de soins de santé et davantage d'innovations dans le domaine de la prévention. Cet organisme viserait tout particulièrement à récompenser l'innovation. À mon avis, il jouerait un rôle très intéressant de catalyseur national qui encouragerait ce type de comportements.

**L'hon. Hedy Fry:** Je voulais en profiter pour passer à une autre question.

**La présidente:** Désolée, mais je vous ai promis que nous allions réserver du temps à la fin de la réunion, et c'est ce que nous allons faire.

Nous tenons à remercier les témoins. C'était fort intéressant. Je suis d'accord avec Mme Fry pour dire qu'il nous faudrait à peu près six heures pour un sujet de cette nature.

Votre témoignage était fantastique, et je vous en remercie. Le comité dans son ensemble veut vous remercier de votre comparution aujourd'hui.

Cela étant dit, nous allons suspendre la séance pendant deux minutes, le temps de laisser les gens quitter la salle puisque nous nous apprêtons à siéger à huis clos.

*[La séance se poursuit à huis clos.]*

---







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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