

## **LE DÉFI DE L'INESSS : COMMENT ÉVALUER LA « VALEUR RÉELLE » D'UNE INNOVATION TECHNOLOGIQUE**

Léonard Aucoin, M. Ps., M.P.H., chargé de projet  
Projet INESSS  
Québec

### **INTRODUCTION**

Je vous présente, ce matin, le point de vue d'une organisation québécoise en devenir, l'*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS), qui aura le mandat, entre autres, de faire l'évaluation des technologies de la santé.

Le thème de ce colloque pose la question de la pertinence et de la capacité d'estimer la « valeur réelle » des technologies de la santé.

### **LE DILEMME DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

Ce questionnement trouve son origine dans l'évolution des systèmes de santé et de l'environnement global dans lequel ils se situent. Dans tous les pays occidentaux, les systèmes de santé font face au même dilemme : comment trouver un équilibre viable entre accès, qualité et coût des soins, alors qu'il y a des pressions constantes à la hausse tant du côté de la demande que du côté de l'offre de soins, dans un contexte de ressources limitées et, présentement, dans un environnement économique difficile.

Du côté de la demande, pressions à la hausse dues aux maladies chroniques associées au vieillissement et aux exigences accrues des patients, mieux informés et plus conscients de leurs droits. Du côté de l'offre, pressions à la hausse dues à l'arrivée de nouveaux médicaments, de nouvelles technologies et de nouveaux modes d'intervention. Quant au payeur, qu'il soit public ou privé, il cherche des leviers, tant du côté de la demande que de l'offre, lui permettant de mieux maîtriser les coûts.

De plus, les systèmes de santé sont composés de nombreuses parties prenantes qui ont des intérêts différents et parfois conflictuels et dont plusieurs ont un important pouvoir d'influence sur le processus décisionnel.

Compte tenu du contexte que je viens d'exposer, les analystes en arrivent à la conclusion qu'aucun système de santé, même dans le pays le plus riche, ne peut offrir à tous, sans limite, tout ce que la science et la technologie offrent, peu importe les coûts.

Bref, tout système de santé rationne, explicitement ou implicitement. Et cette situation va certainement se maintenir, sinon se détériorer, au cours des prochaines années, compte tenu des ressources limitées.

Les décideurs doivent donc faire des choix, des choix souvent ardu ! Et « choisir, c'est renoncer », comme l'écrivait André Gide.

Dans un système à ressources limitées, si je choisis de dépenser un montant « X » dans l'option « A », ce montant n'est pas disponible pour l'option « B » ou « C ». Je renonce donc aux options « B » et « C ».

Intervient ici la notion économique de coût d'opportunité, essentielle si on veut comparer les coûts et les bénéfices de diverses options. Le coût d'opportunité, c'est la valeur des options « B » ou « C » auxquelles on renonce en choisissant « A ».

Il est nécessaire que les décideurs puissent disposer de la meilleure information possible sur les bénéfices et les coûts de différentes options afin de prendre des décisions éclairées sur les choix à faire.

C'est là qu'interviennent des organismes comme NICE au Royaume-Uni, la Haute Autorité de Santé en France ou le futur INESSS au Québec. Ils ont le mandat d'éclairer les décideurs politiques, gestionnaires et cliniciens, en leur présentant des recommandations et guides basés sur l'évaluation de la valeur clinique et économique des options à l'étude, à partir de données probantes (« *evidence based* »).

## **L'INESSS, SON ORIGINE, SA MISSION, SES FONCTIONS**

Au Québec, c'est l'INESSS qui jouera ce rôle. Le Québec ne part pas de zéro. Existait déjà l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), depuis 1988, et le Conseil du médicament (CdM), depuis 2003.

Deux rapports de groupes de travail mis en place par le gouvernement du Québec, en 2008 et 2009, ont proposé de regrouper l'AETMIS et le Conseil du Médicament au sein d'un institut, d'y ajouter le mandat des guides de pratique clinique et de renforcer l'aspect de l'analyse économique qui, jusqu'à présent, n'était pas toujours pris en considération. J'ai donc été mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec comme chargé de projet pour réaliser les travaux préparatoires à la législation et au regroupement des deux organismes existants.

Le 10 juin dernier, l'Assemblée nationale du Québec adoptait, à l'unanimité, la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

L'INESSS succédera au Conseil du médicament (CdM) et à l'AETMIS, dont les ressources seront regroupées au sein de l'INESSS. Le champ d'action de l'INESSS a été élargi pour y inclure le secteur des services sociaux.

L'INESSS a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les principales grandes fonctions de l'INESSS sont les suivantes :

- évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux;
- élaborer des recommandations et des guides visant l'usage optimal de ces technologies, médicaments et interventions;
- élaborer des guides de pratique clinique;
- déterminer, dans ses recommandations et guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et les modalités de mise en oeuvre et de suivi;
- faire les consultations appropriées préalablement à l'élaboration de ses recommandations et guides, afin que soient prises en compte les opinions des groupes intéressés et de la population;

Pour l'élaboration de ses recommandations et guides, l'INESSS prendra en compte les facteurs suivants:

- le niveau de besoin des personnes visées par ses recommandations et guides;
- le rapport entre les avantages pour ces personnes et les coûts pour le système de santé et de services sociaux;
- les conséquences prévisibles de ses recommandations et guides sur les ressources du système de santé et de services sociaux.

L'INESSS s'appuiera sur une revue systématique des données de la recherche, sur des évaluations économiques, sur des données cliniques ainsi que sur l'analyse des données québécoises disponibles sur les besoins, les ressources et les services.

L'INESSS rendra publics ses recommandations et guides ainsi que les méthodologies utilisées pour les élaborer.

Les recommandations et guides de l'INESSS seront élaborés par des comités permanents composés de scientifiques, de cliniciens, d'éthiciens, de gestionnaires et de citoyens.

L'INESSS sera une organisation en réseau, travaillant en collaboration étroite avec des groupes de chercheurs et des groupes de cliniciens du réseau de la santé et du réseau universitaire.

La loi sur l'INESSS prévoit qu'il pourra conclure des ententes avec tout groupe, organisme ou gouvernement, sur le plan national ou international, en vue de réaliser sa mission. L'INESSS ne réinventera pas la roue. Dans le domaine des technologies de la santé, il s'inspirera des méthodologies développées par l'AÉTMIS et par les organisations comparables dans les autres provinces canadiennes et ailleurs dans le monde. L'INESSS sera attentif aux méthodologies d'évaluation qui, tout en étant rigoureuses, sont plus rapides et plus flexibles. L'INESSS n'a pas l'intention de reprendre les analyses scientifiques

probantes faites ailleurs. Il en tiendra compte en les évaluant par rapport au contexte spécifique du Québec.

L'INESSS établira et rendra public un cadre éthique exposant les principes qui guident son appréciation des résultats de l'évaluation scientifique et fondent les jugements qui le conduisent à ses recommandations et à ses guides.

L'INESSS devrait être en fonction à la fin de 2010 ou au début de 2011.

### **LE MARCHÉ DE LA SANTÉ : UN MARCHÉ PAS COMME LES AUTRES**

Avant d'aborder le rôle de l'INESSS dans le processus d'estimation de la valeur réelle de l'innovation, j'aimerais prendre quelques instants pour vous présenter les particularités du marché de la santé tel que les perçois.

C'est un marché où il y a un tiers payeur : le prix n'entre à peu près pas en considération dans la relation patient – médecin, ni pour l'un ni pour l'autre.

C'est un marché où, dans nos pays, le gouvernement joue un rôle important comme tiers payeur, comme producteur de soins via ses établissements publics et comme législateur et régulateur du marché.

C'est un marché où il y a asymétrie de l'information (même avec l'internet) entre le patient consommateur et le professionnel de la santé producteur.

C'est un marché à fortes externalités. Pour les économistes, il y a externalité lorsque l'activité de production ou de consommation d'un agent affecte le bien-être d'un autre sans qu'aucun des deux reçoive ou paye une compensation pour cet effet. On n'a qu'à penser aux effets secondaires d'une technologie ou d'un médicament.

C'est enfin un marché où le niveau d'incertitude des décisions à prendre est élevé, tant sur le plan clinique que managérial.

Dans d'autres marchés que la santé, l'introduction de nouvelles technologies réduit généralement les coûts de main-d'œuvre, les coûts de production et augmente la productivité. Dans le marché de la santé, ce n'est pas toujours le cas. Souvent, les nouvelles technologies s'ajoutent aux anciennes et elles augmentent les coûts de main-d'œuvre et les coûts d'investissement.

Le marché de la santé est aussi plus complexe et plus multi-dimensionnel que la plupart des autres marchés à cause de l'importance de ses parties prenantes. Il y a au moins six (6) parties prenantes qui ont, chacune, leurs besoins, attentes et intérêts tous légitimes.

1. **Première partie prenante - Les médecins et autres professionnels de la santé** : ils veulent les meilleurs résultats cliniques pour leurs patients et ils exigent, pour ce faire, les meilleurs outils diagnostiques et thérapeutiques. Pour eux, l'utilisation optimale des ressources et l'impact des coûts sur le système de santé sont secondaires, d'autant plus que, dans la plupart des cas, ils n'ont pas à se préoccuper du prix. Il y a soit un tiers payeur qui paye pour les patients soit un établissement de soins qui achète les produits.
2. **Deuxième partie prenante - Les patients et les groupes de patients** : ils veulent avoir accès, le plus rapidement possible, aux meilleurs soins, avec le moins d'effets secondaires et la meilleure qualité de vie possible. Pour eux aussi, l'utilisation optimale des ressources et l'impact des coûts sur le système de santé sont secondaires, d'autant plus que dans la plupart des cas, il y a un tiers payeur.
3. **Troisième partie prenante - Les entreprises en technologies de la santé** : elles veulent avoir accès, le plus rapidement possible et de façon la plus profitable possible, au marché de la santé qui comprend des patients, des médecins et des établissements de soins. En plus de la qualité du produit, le prix et le volume de ventes sont les variables stratégiques. Pour les entreprises, l'utilisation optimale des ressources du système de santé et l'impact des coûts sur ce système ne sont pas vraiment pertinents, à moins que ces variables ne limitent leur accès au marché.
4. **Quatrième partie prenante - Le Ministère de la Santé et les établissements de soins** : leur mission est d'offrir le meilleur accès possible à la meilleure qualité et sécurité de soins possibles aux meilleurs coûts possibles, compte tenu des ressources limitées dont ils disposent. On retrouve ici la triple équation presque insoluble, dans un système à ressources limitées, d'accès, de qualité et de coûts. Pour eux, l'utilisation optimale des ressources et l'impact des coûts sur le système de santé sont fondamentaux.
5. Pour rendre le portrait plus complexe, il y a une **cinquième partie prenante** au sein du même gouvernement, à tout le moins au Québec et au Canada : c'est le **Ministère du développement économique** ou son équivalent. Les mots-clés sont économie du savoir, développement scientifique, innovation, prospérité économique, exportation, création d'emplois dans des secteurs privilégiés comme l'industrie biopharmaceutique et l'industrie des technologies de la santé. Pour eux aussi, l'utilisation optimale des ressources du système de santé et l'impact du coût des innovations technologiques sur ce système est secondaire, parce que ça ne fait pas partie de leur mission et qu'il y a un autre ministère qui s'en préoccupe.
6. De plus en plus, on voit apparaître une **sixième partie prenante**, dont la mission est de tenter d'apporter des éléments de réponse au dilemme accès – qualité – coûts des technologies. Cette sixième partie prenante, ce sont les **organisations d'évaluation des technologies de la santé**. Leur mandat est de fournir aux décideurs des recommandations et guides quant à l'utilisation de ces technologies dans le domaine

de la santé, à partir d'analyses cliniques et économiques, basées sur les données probantes disponibles.

Chacune de ces six parties prenantes a des objectifs et des intérêts légitimes. Chacune utilise des stratégies et des tactiques en fonction de ses intérêts, ce qui est tout aussi légitime. Plusieurs parties prenantes peuvent s'associer pour atteindre leurs objectifs. Par exemple, certaines spécialités médicales et certains groupes de patients vont s'associer avec une ou plusieurs entreprises pour favoriser l'accès à un nouveau médicament ou à une nouvelle technologie. On assiste alors à la combinaison efficace, en termes de marketing, d'une stratégie « PULL » de la part du groupe de patients et de la spécialité médicale, par rapport à leur demande, et d'une stratégie « PUSH » de la part de l'entreprise, par rapport au médicament ou à la technologie qu'elle veut vendre.

Même si les organisations d'évaluation des technologies de la santé sont indépendantes, sur le plan de la rigueur scientifique de leur méthodologie et de leurs groupes d'experts, il n'en demeure pas moins qu'elles sont créées par les gouvernements pour aider les décideurs à mieux estimer la valeur clinique et économique des technologies. Il y a donc une association entre le ministère de la santé, les établissements de santé et les organisations d'évaluation des technologies de la santé.

#### **L'ENGAGEMENT DE L'INESSS : TRAVAILLER EN COLLABORATION AVEC LES AUTRES PARTIES PRENANTES**

Les six parties prenantes peuvent-elles en arriver à collaborer sur un sujet complexe comme l'évaluation de la valeur réelle des innovations technologiques ? À mon avis, elles n'ont pas le choix. Il y a deux conditions préalables à ce travail de collaboration :

1. Que les parties prenantes reconnaissent explicitement qu'elles ont des besoins et des intérêts différents, qui sont légitimes même s'ils peuvent être parfois conflictuels
2. Que les parties prenantes acceptent de partager leurs objectifs et leurs préoccupations, de mettre en commun les données, critères et méthodologies, et ce de façon la plus transparente possible, afin de trouver un terrain d'entente.

L'INESSS fait siennes ces deux conditions et est prêt à travailler en collaboration avec les parties prenantes dans le processus d'estimation de la valeur réelle des innovations en technologies de la santé.

Il y a, à mon avis, trois sujets que l'INESSS devra aborder avec les parties prenantes:

1. L'approche méthodologique pour évaluer la valeur réelle, clinique et économique, des innovations en technologies de la santé;
2. Les critères de définition d'une innovation en technologies de la santé;
3. La nature et la disponibilité des données probantes.

## **1.- L'approche méthodologique pour évaluer la valeur réelle, clinique et économique, des innovations en technologies de la santé**

L'INESSS, comme l'AETMIS, reconnaît que le modèle d'évaluation des médicaments n'est pas approprié à l'évaluation des technologies de la santé qui regroupent des équipements et des dispositifs médicaux. Comparées aux médicaments, les technologies de la santé couvrent un champ très étendu et sont très variées tant par leur taille que par leur complexité et par leurs modalités d'utilisation. Leur durée de vie varie énormément allant de quelques minutes pour des dispositifs jetables, à des dizaines d'années pour des dispositifs implantables et des équipements médicaux. Elles ont, en moyenne, un court cycle de vie du produit et une courte période de recouvrement des investissements. Le processus d'innovation est souvent incrémental et continu, en fonction des progrès de la science et des technologies. Par rapport à la régulation et à l'accès aux données, le domaine des technologies médicales n'a pas le processus des essais cliniques obligatoires que l'on retrouve dans le médicament.

De plus, contrairement aux médicaments, le processus d'évaluation des technologies n'a pas à être appliqué systématiquement à toutes les technologies et dispositifs médicaux.

Les essais cliniques randomisés, l'étalon-or en recherche, sont très difficiles à organiser, durent longtemps et coûtent très cher. Et c'est peu approprié dans un secteur où beaucoup de produits sont soumis à des améliorations continues et ont un court cycle de vie. De plus, l'industrie des technologies de la santé, du moins au Québec et au Canada, est formée majoritairement de petites et moyennes entreprises qui n'ont ni l'argent ni l'expertise pour générer les données probantes requises.

L'INESSS reconnaît qu'il y a un travail à faire pour mieux adapter la méthodologie d'évaluation des innovations en technologies médicales aux particularités de ces technologies. Plusieurs organisations d'évaluation des technologies ont déjà commencé à réfléchir à cet enjeu. L'INESSS contribuera à cet effort de réflexion et de proposition, en collaboration avec l'industrie des technologies de la santé et les autres parties prenantes.

Ceci étant dit, il demeure que l'analyse de coût-efficacité et de coûts-bénéfices est fondamentale dans le mandat de l'INESSS. Et, sans entrer dans les détails, l'INESSS va certainement utiliser des mesures de QALY (années-personnes sans invalidité) et de ICER (ratio coût-efficacité différentiel). Une question va alors se poser : quels types de bénéfices devraient être considérés dans l'analyse ?

Il y a cinq types de bénéfices potentiels : les bénéfices pour le patient, les bénéfices pour la population, les bénéfices pour les professionnels de la santé, les bénéfices pour les organisations et le système de santé et les bénéfices pour la société.

Il est clair que l'INESSS tiendra compte des quatre premiers types de bénéfices.

Par rapport au patient, il y a la sécurité, l'efficacité clinique, la diminution des effets secondaires, le temps d'attente, l'impact sur l'autonomie et sur la qualité de vie.

Par rapport à la population, il y a les impacts sur la mortalité et sur la morbidité.

Par rapport aux professionnels de la santé, il y a l'amélioration de la pratique clinique, l'accès à de l'information clinique, la réduction du temps d'intervention.

Par rapport aux organisations et au système de santé, il y a l'amélioration de la productivité, la réduction de la non-qualité, la capacité de traiter plus de patients, la réduction des coûts de fonctionnement et d'immobilisation.

Il y a du travail à faire pour mieux définir les bénéfices de ces quatre catégories, identifier ceux qui sont pertinents à l'analyse et sur lesquels on peut générer des données, ainsi qu'en déterminer les indicateurs et le poids relatif.

Quant à la cinquième catégorie, les bénéfices pour la société, je reconnais qu'ils sont importants et qu'ils devraient être considérés. On parle surtout de bénéfices comme l'impact du retour au travail des patients sur l'économie, l'impact des innovations technologiques sur la richesse nationale, sur l'économie du savoir, sur la profitabilité des entreprises.

À mon avis, les bénéfices sociétaux ne devraient pas être pris en considération dans la méthodologie d'évaluation de l'INESSS, ni pour les technologies de la santé ni pour les médicaments. D'abord, sur le plan méthodologique, il n'est pas facile de calculer ce genre de bénéfices sociétaux. Mais, plus fondamentalement, accorder une valeur importante à des bénéfices sociétaux comme l'amélioration de l'emploi ou le développement de l'économie du savoir, dans la méthodologie de l'INESSS, créerait un risque trop grand de biais. Par exemple, une telle approche pourrait favoriser l'accès à des technologies qui avantagent les personnes qui retournent rapidement au travail au détriment des personnes âgées avec des maladies chroniques. En d'autres termes, dans un système à ressources limitées où « Choisir c'est renoncer », si l'on donne accès, à une personne, à une technologie dont le calcul de la valeur a été basé en partie sur les bénéfices sociétaux, il y a un risque majeur qu'une autre personne ne puisse pas avoir accès à une technologie qui lui procurerait des bénéfices comme patient.

Je réaffirme quand même que les bénéfices sociétaux des innovations technologiques sont importants et que la société devrait en tenir compte. Mais il me semble que ce devrait être au ministère du Développement économique, de l'innovation et de l'exportation (MDEIE), ou à d'autres entités gouvernementales et économiques, à en tenir compte dans leurs politiques et stratégies touchant l'innovation, son développement, son financement et sa dissémination.

L'INESSS pourrait, éventuellement, avec d'autres organismes du même genre et des partenaires, participer à une recherche méthodologique afin de déterminer si certains

bénéfices sociétaux peuvent être intégrés dans sa méthodologie d'évaluation des technologies de la santé sans désavantage pour le patient et, si oui, de quelle façon.

## **2.- Les critères de définition d'une innovation en technologies de la santé**

Dans la littérature scientifique et managériale, il n'y a pas de définition commune de l'innovation. On distingue cependant l'innovation de l'invention : l'innovation est le passage à l'application d'une invention ou d'une découverte. On identifie trois sortes d'innovation : l'innovation de produit, l'innovation de processus et l'innovation organisationnelle. On différencie l'innovation incrémentale ou graduelle de l'innovation radicale ou disruptive.

J'ai dit plus tôt que le domaine des technologies de la santé était caractérisé par un processus d'innovation surtout incrémental. On sait aussi que l'introduction d'une nouvelle technologie de la santé dans un établissement de santé peut modifier les processus de soins et avoir un impact organisationnel majeur.

Compte tenu de ces spécificités, quels critères devraient être utilisés pour définir une innovation en technologies de la santé ?

À mon avis, une innovation devrait répondre aux quatre critères suivants pour être recevable dans un processus d'évaluation :

1. Est-ce que l'innovation technologique proposée répond à un besoin jugé important par le système de santé ?
2. Est-ce qu'il y a réellement un élément de nouveauté ? Quel est-il ?
3. Est-ce que cet élément de nouveauté constitue une amélioration significative par rapport aux technologies existantes ?
4. Est-ce que cet élément de nouveauté offre un changement important en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient, en termes d'amélioration de la pratique diagnostique et thérapeutique, en termes d'amélioration des processus de soins ou en termes d'une utilisation optimale des ressources dans le système de santé ?

L'INESSS est prêt à s'asseoir avec des représentants des professionnels de la santé, des représentants des patients et des représentants de l'industrie pour discuter des critères de recevabilité d'une innovation pour évaluation de sa valeur.

## **3.- La nature et la disponibilité des données probantes**

L'évaluation de la valeur clinique et économique des technologies de la santé repose normalement sur la capacité de générer des données probantes. Dans le domaine du médicament, le dossier de demande de remboursement est l'outil principal, avec les résultats des essais cliniques obligatoires, qui permet de générer les données probantes

pour l'évaluation de la valeur. L'industrie des technologies de la santé ne dispose pas du même outil.

À défaut d'avoir accès aux données d'essais cliniques randomisés, il faut alors utiliser les données probantes les plus solides et pertinentes tirées d'études cliniques aléatoires, quasi expérimentales ou observationnelles, ainsi que des consensus d'experts, pour prendre des décisions éclairées. Mais même ces données ne sont pas faciles à générer pour des PME.

Qui donc devrait générer ces données ? Pour quel genre de technologies ? Qui devrait payer pour ce travail ? Au Québec, je pense que les unités d'évaluation des technologies en santé des CHU ont un rôle à jouer en ce domaine, en collaboration avec des chercheurs universitaires de l'École Polytechnique et de l'École de technologie supérieure, ainsi que des partenaires industriels, avec l'appui de l'INESSS. Je vois aussi un rôle au Ministère québécois du Développement économique, innovation et exportation (MDEIE) ainsi qu'au Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) pour soutenir financièrement de telles études. Sur le plan fédéral, le Conseil national de recherches du Canada (CNRC) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont certainement des partenaires potentiels

Il faut aussi se tenir au courant de ce qui se fait ailleurs au Canada et dans le monde en ce domaine.

Enfin, j'invite l'industrie des technologies de la santé, via son regroupement, à se donner les moyens de jouer son rôle de partenaire dans la génération de données probantes permettant une estimation la plus juste possible de la valeur clinique et économique de ses produits.

Et j'ai deux souhaits pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :

1. qu'il mette en place des incitatifs favorisant l'adoption et la dissémination rapide de technologies dont la valeur clinique et économique aura été démontrée ; et
2. qu'il mette en place des incitatifs favorisant la mise au rancart de technologies dépassées sur le plan de la valeur.

## **CONCLUSION**

En conclusion, je m'engage, comme chargé de projet en fin de mandat, à faire quatre recommandations au prochain conseil d'administration et PDG de l'INESSS :

1. Que l'INESSS ait des rencontres régulières avec les représentants de l'industrie des technologies de la santé pour mieux comprendre leurs besoins et intérêts et faire mieux comprendre à l'industrie le mandat, les besoins et intérêts de l'INESSS.

2. Que l'INESSS développe, en collaboration avec l'industrie des technologies de la santé, une fonction de veille permettant de « voir venir » les principales innovations avec leurs bénéfices et leurs coûts.
3. Que l'industrie des technologies de la santé soit consultée, avec les autres parties prenantes, au sein d'un comité de travail, sur la méthodologie d'évaluation et sur le niveau requis de données probantes des innovations en technologies de la santé.
4. Qu'un ou des représentants de l'industrie des technologies de la santé fassent partie de la table de concertation de l'INESSS qui fera des recommandations au conseil d'administration sur les priorités de l'INESSS.

Merci beaucoup.

Lyon, le 22 novembre 2010