

Le 23 février 2008

Monsieur James Rajotte
Président du Comité permanent de
l'industrie, des sciences et de la technologie
Chambre des communes
Ottawa (Ontario) K1A 0A6

Monsieur,

Au nom de l'Association médicale canadienne (AMC), je vous remercie de nous donner l'occasion de fournir l'information suivante au Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie de la Chambre des communes pendant son étude du secteur des services au Canada. Cette étude des forces du secteur et des défis qu'il doit relever, de son pourcentage de l'emploi total, de la moyenne générale des salaires dans le secteur, de son effet sur l'ensemble de l'économie du Canada et du rôle que le gouvernement du Canada joue dans le renforcement du secteur arrive à point nommé.

LE SECTEUR DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

Le secteur des services de santé au Canada fait face à une pénurie critique de médecins et d'autres professionnels de la santé, et l'AMC et ses 67 000 membres médecins sont heureux de pouvoir proposer des solutions pratiques qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral – en collaboration avec les provinces et les territoires et d'autres intervenants du système de santé.

La prestation des soins de santé au Canada est une industrie de 160 milliards de dollars qui représente plus de 10 % du produit intérieur brut (PIB) national¹. Les 30 120 cabinets de médecins du Canada apportent des contributions importantes à l'économie. En 2003, dernière année pour laquelle des données sont disponibles, les cabinets de médecins employaient 142 000 Canadiens et ont injecté 11,6 milliards de dollars dans l'économie du pays², soit presque 11 % du total des effectifs du secteur de la santé et près de 39 % de la contribution de tous les établissements de services de santé. Comme mesure standard de la productivité économique, les cabinets de médecins rapportent les niveaux les plus élevés de PIB par employé dans le secteur de la prestation des services de santé. À cet égard, ils sont presque deux fois plus productifs que les autres composantes du secteur.

.../2

¹ Tendances des dépenses nationales de santé, 1975–2007. Institut canadien d'information sur la santé. 2007.

² Source : Registre des entreprises (STC 2003) et TIM (Informetrica Limited).

LE DÉFI

Il n'y a tout simplement pas suffisamment de médecins pour continuer à fournir les soins de santé de qualité auxquels les Canadiens s'attendent et qu'ils méritent. Voici les faits :

- presque 5 millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille;
- en 2018, il se pourrait que 4,5 millions de Canadiens de plus n'aient pas de médecin;
- le Canada vient au 24^e rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour le ratio médecin:habitants; le Canada aurait besoin de 26 000 médecins de plus dès maintenant pour atteindre la moyenne de l'OCDE;
- le Canada consacre seulement le tiers de la moyenne de l'OCDE aux technologies de l'information (TI) et au matériel de diagnostic dans ses hôpitaux;
- le Canada a le taux d'occupation des hôpitaux le plus élevé de tous les pays de l'OCDE et les périodes d'attente pour avoir accès aux services de soins spécialisés y sont parmi les plus longues.

Le manque de médecins et d'autres prestataires de soins de santé a restreint l'accès aux services de soins de santé et allongé les temps d'attente pour des interventions médicales nécessaires. En janvier 2008, l'AMC a publié les résultats d'une nouvelle recherche effectuée par le Centre for Spatial Economics qui a démontré qu'en plus du coût sur le plan de la santé humaine, l'attente de soins entraîne des coûts spectaculaires et excessifs pour l'économie. Les chercheurs se sont penchés sur quatre seulement des domaines prioritaires visés dans l'Accord sur la santé signé par les premiers ministres en 2004. Ils ont utilisé des données du gouvernement et d'autres sources pour savoir combien de Canadiens attendent plus longtemps que la durée maximale établie par un consensus médical de l'Alliance sur les temps d'attente.

Les chercheurs ont analysé les domaines de l'arthroplastie, de la chirurgie de la cataracte, du pontage aortocoronarien et de l'IRM. Les coûts calculés pour toutes les provinces ont varié de 2900 \$ à plus de 26 000 \$ par patient. En 2007, le coût cumulatif de l'attente de traitement dans ces quatre domaines seulement a atteint 14,8 milliards de dollars.

Cette baisse de l'activité économique a réduit les recettes publiques de 4,4 milliards de dollars en 2007, ce qui équivaut à plus du tiers du budget total de la santé de l'Ontario. La baisse de l'activité économique comprend les répercussions de l'incapacité des patients de travailler pendant l'attente et les pertes directes découlant d'une diminution de la production de biens et de services, du revenu et des dépenses discrétionnaires.

Il importe de signaler que le chiffre de 14,8 milliards de dollars ne tient compte que des patients dont l'attente dépasse la durée maximale établie dans seulement quatre domaines cliniques. Dans l'exemple de l'arthroplastie de la hanche, les chercheurs ont tenu compte des coûts des attentes de plus de six mois seulement. Parmi les patients qui attendent plus longtemps que le maximum recommandé, l'attente moyenne s'établissait à un an dans le cas de l'arthroplastie de la hanche et du genou, à sept mois dans celui de la chirurgie de la cataracte et à deux fois le maximum dans le cas du pontage aortocoronarien. Ceux qui ont dépassé le temps d'attente visé dans le cas de l'IRM ont attendu en moyenne 12 semaines.

La baisse de l'activité économique comprend les coûts des aidants naturels, générés lorsque ces derniers travaillent moins d'heures pour s'occuper de membres de leur famille en attente de soins ou pour les accompagner à des rendez-vous. Les patients qui languissent sur des listes d'attente doivent aussi engager, pour des médicaments et d'autres traitements, des coûts supplémentaires qui disparaîtraient s'ils avaient accès aux soins en temps opportun.

Les estimations présentées dans cette étude sont extrêmement conservatrices. Elles portent seulement sur le temps d'attente pour le traitement après la consultation d'un spécialiste et sa recommandation. Elles excluent les coûts croissants et importants de l'attente pour voir l'omnipraticien ou le spécialiste. Elles n'incluent pas les personnes qui ne travaillent pas, ni les coûts, à court et à long termes, de la détérioration de la santé qui se produit pendant l'attente.

LES SOLUTIONS

Pour régler le problème de la pénurie de médecins au Canada, l'AMC est d'avis que les gouvernements doivent :

- adopter une politique à long terme d'autosuffisance pour fournir aux Canadiens des professionnels de la santé dont ils ont besoin quand et là où ils en ont besoin;
- établir un fonds réservé exclusivement au renouvellement des ressources humaines du secteur de la santé afin de former des professionnels de la santé, de les garder et d'améliorer leur vie;
- investir dans les technologies de la santé, l'infrastructure et l'innovation pour rendre notre système de santé plus souple et efficace.

AUTOSUFFISANCE

Depuis une décennie, on craint de plus en plus que le Canada ne produise pas suffisamment de fournisseurs de soins de santé pour répondre à la demande croissante de services de santé – aujourd'hui et demain. Médecins, infirmières, pharmaciens, techniciens et bien des groupes qui représentent d'autres fournisseurs, les milieux

institutionnels et les établissements de santé, ont soulevé régulièrement ces préoccupations.

De plus, des rapports marquants ont circonscrit les défis stratégiques liés aux ressources humaines en santé (RHS) – y ceux de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie et du Conseil canadien de la santé³.

Un nombre croissant de fournisseurs de soins de santé envisagent de prendre leur retraite au cours de la prochaine décennie (ou de quitter complètement le système de santé) par rapport au nombre de nouveaux professionnels qui arrivent, et cela à un moment où de plus en plus de Canadiens se tourneront vers le système de santé pour obtenir des services de diagnostic et de traitement. Plus de 6 % des médecins qui ont répondu à l'édition 2007⁴ du Sondage national auprès des médecins ont déclaré qu'ils prévoient prendre leur retraite de la pratique clinique et 1 % qu'ils prévoient cesser de pratiquer pour d'autres raisons au cours des deux prochaines années. Les changements pourraient signifier qu'à mesure que la génération du baby-boom vieillit, plus de 4000 médecins cesseront de pratiquer au cours des deux prochaines années – il sera donc encore plus difficile pour les Canadiens de trouver un médecin de famille.

Par ailleurs, les défis que le système de santé du Canada doit relever au niveau des RHS ne sont pas particuliers au Canada – au cours de la prochaine décennie, tous les pays industrialisés de l'Ouest peuvent s'attendre à voir la concurrence mondiale pour les talents s'intensifier dans le cas des fournisseurs de soins de santé⁵.

Il est certain que l'offre future de fournisseurs de soins de santé préoccupe d'autres groupes de fournisseurs, mais un consensus national commence à prendre de l'ampleur, soit qu'en plus du rôle principal que les provinces et territoires jouent pour appuyer la formation de fournisseurs de soins de santé partout au Canada, le gouvernement fédéral a un rôle important, catalyseur et complémentaire solide à jouer dans le domaine des ressources humaines en santé.

Comme beaucoup d'organisations du secteur des soins de santé, l'AMC est d'avis que le gouvernement fédéral a un rôle légitime à jouer pour renforcer sa relation de travail

³ La Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, octobre 2002. Le Conseil canadien de la santé, «Moderniser la gestion des ressources humaines en santé au Canada : Déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement», novembre 2005.

⁴ Projet de recherche continue d'envergure réalisé par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Sondage national auprès des médecins réunit les avis de tous les médecins, des médecins résidents de deuxième année et des étudiants en médecine d'un bout à l'autre du Canada. Il s'agit du sondage de recensement le plus important en son genre et d'un important baromètre de la position des médecins d'aujourd'hui et demain du Canada au sujet d'un vaste éventail d'enjeux critiques.

⁵ The Economist, *The Battle for BrainPower – A Survey of Talent*, 7 octobre 2006.

avec les provinces et les territoires, ainsi que les fournisseurs de soins de santé, en créant un fonds stratégique, spécifique et d'une durée limitée pour accélérer la capacité de formation dans le système de santé.

Les lignes directrices éthiques de l'Association médicale mondiale sur le recrutement international des médecins¹⁶ (2003), que l'AMC appuie sans réserve, précisent que chaque pays «doit faire tout son possible pour former un nombre suffisant de médecins, en tenant compte de ses besoins et de ses ressources. Un pays ne doit pas compter sur l'immigration pour répondre à ses besoins⁷». En réalité, toutefois, le Canada continue de compter énormément sur le recrutement des professionnels de la santé formés à l'étranger. Environ le tiers de l'augmentation annuelle de l'offre des médecins est attribuable aux diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) recrutés directement pour pratiquer ou qui ont suivi une formation médicale postdoctorale importante au Canada. Dans le domaine des soins infirmiers, le nombre d'infirmières formées à l'étranger qui demandent l'autorisation augmente rapidement et a presque triplé de 1999 à 2003.

L'AMC a déjà présenté à la Chambre des communes des recommandations portant notamment sur l'amélioration des modèles de projection de l'offre à moyen et long termes, des possibilités suffisantes pour les Canadiens de suivre une formation en vue de faire carrière dans une profession de la santé au Canada et l'intégration dans la pratique de diplômés étrangers qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada. L'AMC reconnaît que les professionnels travaillent dans un monde de plus en plus global sur les plans de l'échange d'information scientifique, de la reconnaissance mutuelle des titres et qualités entre les pays et de la circulation des ressources humaines.

La capacité de nos facultés de médecine constitue l'obstacle le plus important à l'amélioration de l'autosuffisance du Canada sur le plan des effectifs médicaux. Même si les inscriptions ont augmenté récemment, le Canada continue de refuser environ trois fois plus d'étudiants qualifiés qu'il en accepte dans les programmes de formation médicale prédoctorale. Il s'ensuit que plus de 1500 étudiants canadiens qui en ont les moyens financiers fréquentent maintenant une faculté de médecine étrangère.

DIPLÔMÉS DE FACULTÉS DE MÉDECINE ÉTRANGÈRES

Dans le contexte plus global, le taux de fécondité actuel du Canada ne suffit pas pour supporter l'autosuffisance en général dans aucune profession. Même si l'autosuffisance dans la formation de médecins constitue un objectif souhaitable, il importe aussi de promouvoir l'échange d'enseignement et de recherche avec l'étranger, particulièrement

⁷ Association médicale mondiale. Prise de position de l'Association médicale mondiale sur les directives éthiques pour le recrutement des médecins au niveau international. Genève : Association médicale mondiale; 2003. Disponible : www.who.net/f/policy/e14.htm

dans une société de plus en plus globale. À cet égard, il faudrait considérer les DFME comme un élément de la planification en vue d'assurer au Canada des effectifs médicaux viables. Sur le plan historique, les DFME ont toujours eu accès à l'exercice de la médecine par toutes sortes de moyens qui comprennent le plus souvent une période reconnue de formation médicale postdoctorale au Canada.

Selon la meilleure estimation de l'AMC, quelque 400 DFME nouvellement autorisés à pratiquer au Canada chaque année n'ont pas terminé leur formation postdoctorale au Canada. On en compte en outre 300 autres ou plus qui terminent les programmes de formation postdoctorale du Canada pour se diriger vers la pratique. Depuis quelques années en fait, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario accorde un permis à plus de DFME qu'à de nouveaux diplômés en médecine de l'Ontario.

Il y a depuis quelques années de plus en plus de possibilités pour les DFME vivant déjà au Canada d'acquérir les titres nécessaires pour obtenir leur permis d'exercice. Le nombre de DFME résidents en formation médicale postdoctorale financés par les ministères a plus que triplé depuis sept ans pour passer de 294 à 1065. En 2007, près de 1500 DFME étaient qualifiés pour se présenter au jumelage du Service canadien de jumelage des résidents (SCJR). À la fin du deuxième tour, presque 300 avaient obtenu un jumelage et environ 60 avaient été placés dans le cadre d'autres programmes provinciaux.

Recommandation

Le gouvernement fédéral devrait s'engager clairement sur le plan stratégique à accroître l'autosuffisance au niveau de l'éducation et de la formation des professionnels de la santé au Canada. Cet engagement comporterait les éléments suivants.

- **Court terme** — Augmenter le nombre de précepteurs communautaires pour former des diplômés canadiens et évaluer les professionnels de la santé formés à l'étranger qui vivent déjà au Canada. Il faut reconnaître la valeur de l'enseignement communautaire et le temps qui y est consacré.
- **Moyen terme** — Appuyer une augmentation de la capacité des centres universitaires des sciences de la santé et autres établissements qui forment des professionnels de la santé.
- **Long terme** — création de nouveaux centres universitaires des sciences de la santé afin d'accroître la capacité d'autosuffisance.

RAPATRIEMENT DES MÉDECINS CANADIENS QUI TRAVAILLENT À L'ÉTRANGER

On sait que des milliers de professionnels de la santé formés au Canada pratiquent aux États-Unis et à l'étranger. Entre 1991 et 2004, presque 8000 médecins ont quitté le Canada (même si quelque 4000 y sont revenus, ce qui donne une perte nette de 4000)⁸. Sur ce total, environ 80 % sont partis pour les États-Unis⁹. Au cours des années 1990, environ 27 000 infirmières ont émigré du Canada aux États-Unis¹⁰. En 2006, 943 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées formées au Canada se sont présentées pour la première fois à l'examen des conseils d'autorisation des États-Unis, ce qui constitue un indicateur plus récent de l'émigration d'effectifs infirmiers¹¹. Les données pour les autres disciplines des professions de la santé ne sont pas facilement disponibles.

En 2007, avec l'aide de l'American Medical Association, l'Association médicale canadienne (AMC) a sondé tous (n = 5156) les médecins formés au Canada qui pratiquaient aux États-Unis et avaient 55 ans ou moins au sujet de la probabilité pour eux de revenir au Canada et de l'importance de divers facteurs qui pourraient les inciter à y revenir. On a obtenu un taux de réponse de 32 % avec un seul envoi et aucun suivi – ce qui est considéré comme exceptionnellement élevé.

Même si 13 % seulement des répondants ont indiqué qu'il était probable ou très probable qu'ils reviendraient au Canada, 25 % de plus étaient neutres. Ce qui est encore plus révélateur, c'est que plus de la moitié des répondants ont indiqué qu'ils accepteraient que l'AMC communique avec eux pour explorer des possibilités de pratique et ont fourni les renseignements nécessaires à cette fin. Lorsqu'on les a interrogés au sujet d'un éventail de mesures qui pourraient les inciter à revenir au Canada, 57 % ont reconnu qu'une allocation de relocalisation serait un peu ou très importante¹². Il faut toutefois insister sur le fait que les résultats démontrent clairement qu'il y a de nombreux facteurs dont il faudrait tenir compte, comme les possibilités de pratique. Cela vaudrait aussi pour d'autres disciplines. Dans le cas des soins infirmiers, les infirmières ne reviendront que pour occuper un emploi à temps plein dans un milieu de travail sain¹³.

⁸ Institut canadien d'information sur la santé.

⁹ Institut canadien d'information sur la santé.

¹⁰ Zaho J, Drew D, Murray T. Brain drain and brain gain: the migration of knowledge workers from and to Canada. *Revue trimestrielle de l'éducation* 2000;6(3):8-35.

¹¹ Little L, Association des infirmières et infirmiers du Canada, communication personnelle, 8 janvier 2008.

¹² Buske L. Analysis of the survey of Canadian graduates practicing in the United States. Octobre 2007. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Policy_Advocacy/Policy_Research/US_survey_v_e_r_4.pdf. Consulté le 02/04/08.

¹³ Little L, Association des infirmières et infirmiers du Canada, communication personnelle, 28 janvier 2008.

Les diplômés en médecine canadiens expatriés devraient néanmoins constituer de bons candidats au recrutement parce qu'il est plus probable qu'ils répondront aux normes canadiennes régissant l'obtention du permis complet d'exercer la médecine. On s'attend à ce que le principe s'applique aussi aux soins infirmiers et à d'autres disciplines.

On a en outre réalisé des progrès importants dans le rétablissement et l'augmentation de la capacité de nos facultés de médecine, mais il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour parvenir à l'autosuffisance. Par exemple, nous devons essayer de rapatrier des étudiants en médecine du Canada et des médecins qui étudient et travaillent à l'étranger. Il y a actuellement quelque 1500 étudiants en médecine et médecins résidents canadiens qui suivent une formation à l'étranger. Nous devons agir maintenant, avant que la situation empire.

On a essayé au cours des dernières années d'améliorer la coordination nationale dans le domaine des ressources humaines en santé. L'intégration des diplômés de facultés de médecine étrangères a constitué un point de convergence des efforts nationaux, qu'on a étendus depuis aux soins infirmiers et à d'autres disciplines. On a lancé aussi plusieurs initiatives dans ce domaine comme la création du Centre canadien d'information pour les diplômés de facultés de médecine étrangères¹⁴, qui offre des liens avec les administrations provinciales et territoriales.

On pourrait offrir des subventions de relocalisation de 10 000 \$ à 20 000 \$ aux médecins formés au Canada qui pratiquent aux États-Unis. On suggère de concentrer la publicité dans les villes américaines où le Canada a un consulat ou un bureau (dans les États qui ont une concentration importante de candidats au recrutement), ainsi que dans les principaux journaux des professions de la santé nationaux et de certains États. Un secrétariat du rapatriement coûterait 162 500 \$ par année. Si l'on suppose que l'on réussit à rapatrier 1500 professionnels de la santé au cours de la période de trois ans, le coût total de l'exercice serait de 21,5 à 36,5 millions de dollars.

Il en découlerait un coût par recrue de 14 325 \$ à 24 325 \$. Même à l'extrémité supérieure de cette plage, ce serait rentable comparativement à ce qu'il en coûte pour former un diplômé au niveau débutant dans toute discipline professionnelle de la santé régie par un permis au Canada.

Recommandation

Compte tenu de ce qui précède, l'AMC a recommandé que le gouvernement fédéral établisse un Programme de rapatriement des professionnels de la santé doté de 30 millions de dollars en trois ans et qui comporterait les éléments suivants :

¹⁴ www.img-canada.ca

- un secrétariat à Santé Canada qui inclurait un centre d'information sur les questions associées au retour au Canada, comme le permis d'exercice, la citoyenneté et la fiscalité;
- une campagne de publicité aux États-Unis afin d'encourager les professionnels de la santé qui pratiquent au sud de la frontière à revenir au Canada;
- un programme de subvention de relocalisation ponctuelle à l'intention des professionnels de la santé qui reviennent pratiquer activement au Canada.

FONDS NATIONAL POUR L'INFRASTRUCTURE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

L'instauration de l'assurance-maladie au cours des années 1960 a exigé un investissement majeur dans la capacité de former davantage de professionnels de la santé. La Loi de 1966 sur la caisse d'aide à la santé a joué un rôle clé en permettant une expansion importante, dans les provinces, de la capacité de formation de tout un éventail de professionnels de la santé. Quarante ans plus tard, le Canada fait face à des pénuries croissantes dans la plupart des disciplines de la santé. Il est clair qu'il y a un autre pas de géant à faire sur le plan de l'infrastructure humaine et matérielle nécessaire pour former les professionnels de la santé si l'on veut que les Canadiens aient accès aux soins en temps opportun.

Au cours de la famine budgétaire des années 1990, on a réduit (p. ex., de 10 % dans le cas de la médecine) ou maintenu le nombre des inscriptions en formation des professionnels de la santé. Même s'il y a eu des augmentations depuis 2000, nous nous apprêtons à faire face au double impact d'une population vieillissante (les premiers baby-boomers auront 65 ans d'ici 2011) et du vieillissement des professionnels de la santé. Plus d'un médecin sur trois (35 %) a 55 ans ou plus et les effectifs médicaux ont en moyenne 51 ans. On s'attend à ce que près de 4000 médecins prennent leur retraite au cours des deux prochaines années.

Si nous voulons avoir suffisamment de fournisseurs de soins de santé pour répondre aux besoins des prochaines décennies, il est impératif d'accroître la capacité de l'infrastructure humaine et médicale de notre système d'éducation et de formation de professionnels de la santé. Les investissements fédéraux dans les ressources humaines du secteur de la santé, qui ont atteint quelque 200 millions de dollars au cours de la période de 2003 à 2005, ont été les bienvenus, mais ils sont loin de répondre aux besoins.

On propose que le gouvernement fédéral crée un Fonds national pour l'infrastructure des ressources humaines en santé doté d'un milliard de dollars en cinq ans qui sera mis à la disposition des provinces et des territoires en fonction du nombre d'habitants. Les fonds seraient versés selon un mécanisme de concurrence faisant appel à la participation de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux et en consultation avec les organisations professionnelles du secteur de la santé. Le fonds viserait les éléments suivants :

1. Coûts directs de la formation des prestataires de soins et du perfectionnement des chefs de file (p. ex., les coûts du recrutement et de soutien d'un plus grand nombre d'enseignants ou de précepteurs en milieu communautaire).
2. Coûts indirects ou d'infrastructure associés à l'activité d'éducation (p. ex., infrastructure matérielle [ménage, entretien]; soutien pour les services [systèmes d'information, ressources bibliothécaires, santé au travail, etc.] , administration scolaires et matériel et équipement nécessaires à la pratique clinique et à la formation pratique.
3. Amélioration de la capacité nationale globale de gestion des données en ressources humaines du secteur de la santé et plus particulièrement facilitation de la capacité à modéliser et à prévoir les besoins en ressources humaines de la santé face à l'évolution de la demande de services.

Il est clair qu'il faudrait mettre en place des lignes directrices sur les types de dépenses admissibles, comme on l'a fait dans le cas de la Caisse d'aide à la santé en 1966 et, récemment, dans celui du Fonds pour l'équipement médical II.

Recommandation

Le gouvernement fédéral devrait établir un Fonds national pour l'infrastructure des ressources humaines en santé de 1 milliard de dollars en cinq ans afin d'augmenter la capacité d'éducation et de formation des professionnels de la santé en fournissant du financement pour appuyer :

- les coûts directs de la formation des fournisseurs;
- les coûts indirects ou infrastructurels associés à l'activité d'éducation;
- des ressources qui améliorent la capacité de collecte et de gestion de données du Canada dans le domaine des ressources humaines en santé.

L'INNOVATION EN SANTÉ

Au Canada, plus de 85 % des soins de santé sont fournis dans la communauté. Or, il s'agit du segment du système de santé où l'on a le moins investi dans les technologies de l'information. Dans le rapport sur les temps d'attente qu'il a présenté au gouvernement fédéral en juin 2006, le D^r Brian Postl a signalé que les technologies de l'information sur la santé sont essentielles pour améliorer les temps d'attente. Il a calculé que l'investissement nécessaire s'élevait à 2,4 milliards de dollars, la plus grande partie de cette somme (1,9 milliard) devant être consacrée à l'informatisation des cabinets de médecins, qui sont aux premières lignes des soins communautaires et constituent l'élément clé de la solution du problème des temps d'attente au Canada.

Pourquoi investir dans l'informatisation des cabinets de médecins? Parce que l'utilisation plus efficace des ressources et la coordination améliorée de la prestation des soins amélioreront la productivité des fournisseurs. Cet investissement facilitera la mobilité des

travailleurs de la santé grâce à la transférabilité des dossiers. Il appuiera le programme de lutte contre les temps d'attente en améliorant la circulation de l'information en temps opportun. Il permettra de bâtir une infrastructure électronique afin d'améliorer le soin des patients et la recherche en santé et constituera un moyen de financement direct qui permettra au gouvernement fédéral d'influencer et d'orienter le secteur des soins de santé.

Le gouvernement fédéral a déjà effectué des investissements semblables dans les infrastructures. Le programme de la FCI a pour mandat de financer l'infrastructure de la recherche, ce qui consiste en matériel à la fine pointe de la technologie, bâtiments, laboratoires et bases de données nécessaires pour effectuer des recherches. L'investissement dans l'infrastructure du DME aidera à créer des environnements cliniques à la fine pointe de la technologie d'un bout à l'autre du Canada, à bâtir une base de données électronique d'information sur la santé et à mettre en place l'assise d'un réseau d'information sur la santé qui contribuera à améliorer la santé des populations et la recherche en santé.

Dans ce scénario, premièrement, la contribution fédérale constituerait un avantage direct pour les médecins sans que les provinces et les territoires aient à intervenir. Deuxièmement, le gouvernement fédéral pourrait utiliser l'appareil gouvernemental actuel pour gérer le programme. Troisièmement, le médecin ne toucherait la contribution fédérale à l'infrastructure qu'après avoir implanté le DME dans son cabinet, ce qui garantirait que le financement est relié directement à l'établissement de la plateforme infrastructurelle nécessaire aux DME.

Le récent Sondage national auprès des médecins (SNM) signale que l'informatisation des cliniques communautaires progresse un peu au pays. Sans incitation, la tendance à l'adoption sera toutefois graduelle et l'implantation prendra encore 20 ans. Les incitations financières peuvent raccourcir les calendriers puisqu'elles s'attaquent à l'un des principaux obstacles à l'adoption définis par les médecins¹⁵

La théorie de la diffusion¹⁶ des nouvelles technologies dans tout secteur de l'économie démontre que sans incitations appropriées, il faut environ 25 ans pour qu'une technologie atteigne le point de saturation et d'intégration. On estime qu'une incitation financière peut raccourcir ce délai de 15 ans.

¹⁵ Association médicale canadienne et Inforoute Santé du Canada. Sondage sur les attitudes des médecins face à l'usage de la technologie. Ottawa : AMC et Inforoute Canada; 2005. Disponible : www.cma.ca/index.cfm/ci_id/49044/la_id/1.htm (consulté le 8 janvier 2008).

¹⁶ Bower, Anthony. *The Diffusion and Value of Healthcare Information Technology*. Santa Monica (CA) : RAND Corporation; 2005

Recommandation

Le gouvernement fédéral devrait, sur un échéancier de cinq ans, fournir un crédit d'impôt complet à tout médecin qui prend les mesures nécessaires pour automatiser son bureau clinique. Le crédit d'impôt s'appliquerait seulement au coût ponctuel engagé pour créer un environnement clinique à la fine pointe de la technologie. On estime que ces coûts ponctuels atteindraient 22 000 \$ en moyenne. Si le programme est entièrement utilisé, on calcule qu'il en coûtera 880 millions de dollars.

CONCLUSION

Le secteur des services de santé apporte des contributions importantes à l'économie canadienne, à la fois sous forme de stimulation directe et en gardant les Canadiens en bonne santé et productifs. Le secteur des services de santé du Canada fait toutefois face à une pénurie critique de médecins et d'autres professionnels de la santé. En :

- adoptant une politique à long terme d'autosuffisance afin de fournir aux Canadiens les professionnels de la santé dont ils ont besoin quand et là où ils en ont besoin,
- établissant un fond réservé de renouvellement des ressources humaines du secteur de la santé afin de former les professionnels de la santé, de les garder et d'améliorer leur vie,
- investissant dans la technologie de la santé, l'infrastructure et l'innovation pour rendre notre système de santé plus à l'écoute et efficient,

le gouvernement fédéral peut renforcer ce secteur en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants du système de santé. Grâce à un solide secteur des services de santé, les Canadiens seraient en meilleure santé et l'économie canadienne serait plus dynamique.

Au nom de l'Association médicale canadienne, les médecins du Canada vous remercient de nouveau de leur avoir offert la possibilité de fournir de l'information au Comité.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président de l'Association médicale canadienne,

Brian Day, MD