

**Améliorer l'accès à des soins de santé de calibre
mondial en accélérant les investissements dans
les technologies de l'information en santé**
– un pilier stratégique d'appui pour Avantage Canada

**Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne
au Comité permanent des finances dans le contexte
de ses consultations prébudgétaires de 2009**

Le 15 août 2008

Brian Day, MD
Président



A healthy population...a vibrant medical profession
Une population en santé...une profession médicale dynamique

«La première richesse, c'est la santé.»
—Emerson

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, L'AMC a pour mission de servir et unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Au nom de ses 67 000 membres et plus et de la population canadienne, l'AMC se livre à un vaste éventail d'activités, notamment en préconisant des politiques et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, en favorisant l'accès à des soins de santé de qualité et en facilitant le changement au sein de la profession médicale. Elle joue aussi un rôle de chef de file qui guide les médecins afin de les aider à orienter les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle à participation volontaire qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales et 45 organisations médicales nationales.

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Sommaire – Améliorer l'accès par les technologies de l'information en santé

Selon de nombreux paramètres, le système de santé du Canada n'est pas à la hauteur. Les temps d'attente excessivement longs, qui ont un effet sur les soins et coûtent de l'argent aux patients, au système, ainsi qu'au gouvernement¹, constituent un symptôme de cette faiblesse. Il y a de nombreuses façons de réagir à ce rendement médiocre : on pourrait notamment augmenter l'offre de ressources humaines en santé². On pourrait aussi maximiser les ressources disponibles aux premières lignes et travailler plus intelligemment grâce aux technologies de l'information. Cette stratégie axée sur la productivité est harmonisée avec les hypothèses établies dans la stratégie Avantage Canada du gouvernement fédéral, qui prévoit principalement un «avantage du savoir» et un «avantage infrastructurel». C'est pourquoi l'Association médicale canadienne (AMC) recommande que le gouvernement fédéral effectue, en créant un Fonds d'aide à l'adaptation du système d'information en santé et en offrant des incitatifs fiscaux accélérés d'une durée limitée pour les TI, un investissement stratégique «conditionnel» de **570 millions de dollars afin de créer un réseau interconnecté de technologies de l'information en santé**³.

« Les renseignements électroniques sur les soins de santé sont un outil essentiel de transformation. La télématique (technologie de l'information) – avec des systèmes comme la télésanté, les télé dossiers de santé, la prescription électronique et les systèmes informatisés de gestion des listes d'attente – offre des occasions considérables d'améliorer la qualité des soins, de bien des manières. »

Conseil canadien de la santé – juin 2008

Cet investissement vise à intégrer tous les dossiers de santé des patients du Canada, ce qui prendra du temps. Il existe toutefois des bases sur lesquelles bâtir grâce aux investissements du gouvernement fédéral – qui a récemment fourni 400 millions de dollars pour des systèmes d'information en santé reliés aux temps d'attente. Pour que ces investissements portent fruit, il est toutefois vital de pousser plus loin la connectivité et l'intégration. Autrement dit, notre système actuel, c'est comme avoir une carte de guichet automatique qui fonctionne seulement au siège social de la banque. Des investissements supplémentaires doivent viser avant tout à connecter aux hôpitaux et aux laboratoires médicaux les dossiers des patients qui se trouvent dans les cabinets de médecins. Les médecins croient aussi dans la responsabilisation et ils sont d'avis qu'il ne faudrait pas effectuer ces investissements à moins que les milieux cliniques ne confirment une grande intégration des systèmes.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral investisse 570 millions de dollars en cinq ans dans un système pancanadien interconnecté d'information en santé qui inclut les éléments suivants :

- ⇒ 225 millions de dollars en cinq ans dans un Fonds d'aide à l'adaptation du système d'information en santé qui vise la formation en gestion du changement et le soutien nécessaires pour convertir en dossiers électroniques interexploitables d'un bout à l'autre du Canada 26 millions de dossiers de patients qui se trouvent dans 36 000 cabinets de médecins et établissements de soins communautaires.
- ⇒ 305 millions pour une déduction pour amortissement accélérée et d'une durée limitée à trois ans pour les coûts de logiciels et de matériel reliés aux technologies de l'information en santé qui connectent les dossiers de patients des cabinets de médecins aux laboratoires et aux hôpitaux.
- ⇒ 10 millions pour parrainer une campagne d'éducation pancanadienne afin d'informer les Canadiens des avantages qu'offre la connectivité en cybersanté pour la santé et pour le système¹.
- ⇒ 2 millions par année pour des chaires de recherche du Canada afin de promouvoir et de démontrer la valeur, dans l'information en santé, de l'interconnectivité entre les facultés de médecine, de gestion et de génie.

Le gouvernement fédéral doit aussi encourager les provinces à la fois à appuyer davantage ces initiatives et à chercher à abaisser les obstacles à l'établissement d'interfaces entre les systèmes d'information en santé, en veillant à ce que les systèmes de dossiers de patients utilisent des codes semblables dans les laboratoires, les hôpitaux et les cabinets de médecins. L'orientation, l'encouragement et la coopération entre le fédéral et les provinces sont essentiels si l'on veut que ces investissements dans la connectivité portent fruit. Il est temps que le gouvernement fédéral aide à finir le travail que constitue la connectivité du système d'information en santé. Un réseau d'information en santé améliorera les résultats pour les patients et l'efficacité du système, accroîtra la responsabilisation et évitera des milliards de dollars de dépenses.

¹ On a estimé à 14,8 milliards de dollars le coût économique cumulatif des temps d'attente pour des traitements dans quatre domaines prioritaires seulement en 2007. Cette réduction de l'activité économique a diminué les recettes des gouvernements fédéral et provinciaux d'un total combiné de 4,4 milliards en 2007. Voir www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/advocacy/Waittimes/EconomicCostofWaitTimes_f.pdf

² Presque 5 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. Le Canada aurait besoin de 26 000 médecins de plus pour atteindre la moyenne de médecins par habitants de l'OCDE. Les médecins consacrent plus de temps à la paperasse et moins de temps à leurs patients qu'il y a 20 ans. Voir «Plus de médecins pour plus de soins» : www.plusdemedecins.ca/agir

³ Prière de voir le Tableau 1 de l'Annexe 1 qui contient des détails complets sur l'horizon d'investissement.

1. Pourquoi promouvoir l'interconnectivité en cybersanté maintenant? La performance électronique du système de santé est médiocre

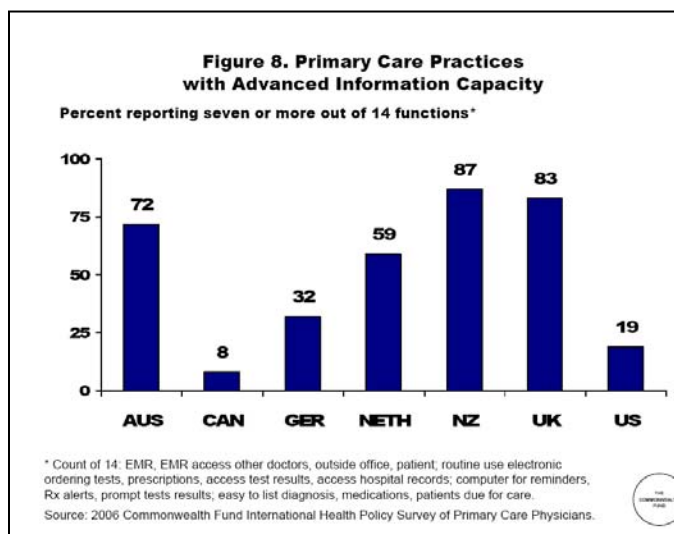
Des études nationales et internationales confirment que le Canada tire de l'arrière sur tous les principaux pays industrialisés dans le domaine des technologies de l'information en santé (Figure 8). Cet investissement insuffisant a l'effet suivant : temps d'attente plus longs, qualité plus médiocre et sérieux manque de responsabilisation financière, en particulier à l'égard de l'argent fédéral. Il faut investir maintenant dans la connectivité parce que le système de santé du Canada ne résiste pas à la comparaison avec d'autres pays sur le plan de la valeur et de l'efficacité. Le Conference Board du Canadaⁱⁱ, l'OCDEⁱⁱⁱ, l'Organisation mondiale de la Santé^{iv}, le Fonds du Commonwealth^v et le Frontier Centre for Public Policy attribuent tous au système de santé du Canada une mauvaise note pour «l'optimisation des ressources» et l'efficacité.

Analyse comparative de la connectivité en information en santé – la situation actuelle et l'objectif à viser

Selon l'édition 2007 du Sondage national auprès des médecins, à peine 30 % des médecins ont une interface électronique avec un laboratoire médical ou un service d'imagerie diagnostique, tandis que moins de 5 % ont une telle interface avec une pharmacie ou un pharmacien^{vi}. Imaginons ce qui se passerait si 30 % à peine des banques canadiennes avaient un guichet automatique accessible partout au pays. Il s'agit là d'une différence non seulement sur le plan commodité, mais aussi sur ceux de la qualité et de la réduction des coûts. En guise de comparaison, l'utilisation du dossier médical électronique (DME) en soins ambulatoires atteint presque 100 % au Danemark et en Nouvelle-Zélande. Selon le D^r Allan Brookstone^{vii}, expert du DME, «Si la plupart des médecins d'une région sanitaire ou d'une région géographique implantaient un système de DME, un hôpital local ou une région aurait beaucoup plus intérêt à se brancher aux médecins en question». En cas d'urgence au Canada, il est maintenant plus facile d'avoir accès à des renseignements financiers critiques qu'à de l'information critique sur la santé. Cette réalité n'est pas une question de technologie : elle émane plutôt du manque de volonté pour la mettre en place.

2. Pourquoi le gouvernement fédéral devrait s'intéresser à l'interconnectivité en cybersanté? – L'interconnectivité en technologies de l'information en santé produit un rendement de l'investissement de 8:1

Booz Allen Hamilton, société-conseil internationale en stratégie et technologie, a constaté que^{viii} les avantages qu'offrirait un dossier de santé électronique (DSE) interconnecté au Canada pourraient permettre à tout le système d'éviter des dépenses de 6,1 milliards de dollars par année grâce à la réduction des examens en double, à des économies réalisées au niveau de la transcription, à la diminution du nombre de dossiers à extraire et du temps de classement, aux réductions des fournitures de bureau et des dépenses attribuables à une diminution du nombre des effets indésirables. On ajoute dans l'étude que les retombées pour les résultats des soins de santé atteindraient ou surpasseraient ces économies annuelles, ce qui produirait des économies annuelles possibles de 12,2 milliards de dollars. Une recherche documentaire détaillée^{ix} au cours de laquelle on a comparé les gains de productivité réalisés par les TI en santé à ceux qu'ont réalisés des industries semblables aux États-Unis conclut en outre que la mise en œuvre et l'établissement en réseau du dossier médical électronique (DME) pourraient un jour permettre d'éviter plus de 81 milliards de dollars de dépenses par année en améliorant l'efficacité et la sécurité des soins de santé. De même, la prévention et la gestion des maladies chroniques permises par les technologies de l'information en santé pourraient doubler un jour les dépenses évitées tout en augmentant les services de santé et les autres services sociaux. Si l'on suppose que notre système de santé représente le dixième de celui des États-Unis, les économies réalisées par le nôtre varieraient de 8 à 16 milliards de dollars par année.



Les technologies de l'information en santé connectées – accroissement du rendement et de la responsabilisation

Le Comité permanent des finances peut poser la question fondamentale suivante : où les 22 milliards de dollars (total qui augmente de 6 % par année) en transferts fédéraux versés aux provinces pour les soins de santé vont-ils et que produit cet argent? Actuellement, nous ne le savons pas exactement. Les soins de santé au Canada représentent 10 % de l'économie nationale (160 milliards de dollars par année, total qui augmente de 6 % par année) et le secteur est plus gros que celui de l'agriculture au complet.

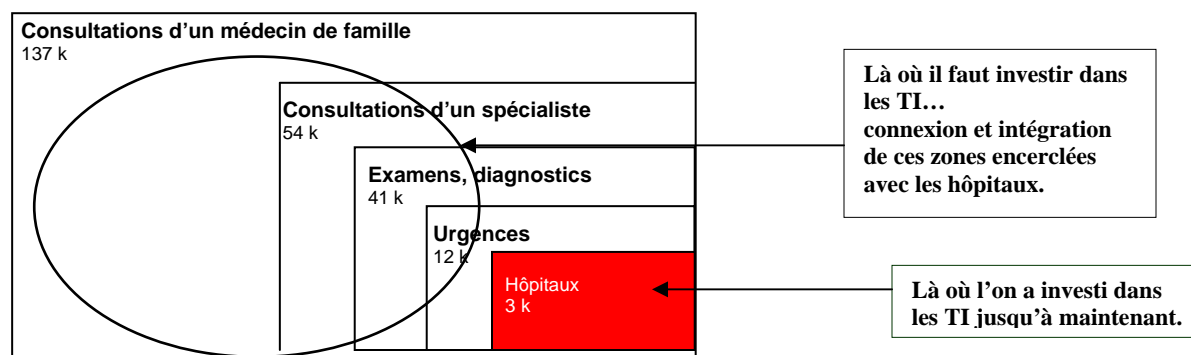
Tous les gouvernements et diverses organisations ont fait de nombreux rapports sur le système de santé au Canada... Pourtant, ces efforts n'ont pas mené à « une imputabilité accrue » ni aux « meilleurs rapports de rendement » promis dans l'accord.
— La vérificatrice générale du Canada.

Les Canadiens demandent non pas s'il faudrait consacrer de l'argent du Trésor aux soins de santé, mais plutôt si les services reçus valent cet argent^x. Dans le domaine des soins de santé, il y a de plus des questions légitimes qui se posent : les améliorations jusqu'à maintenant ont-elles justifié les coûts connexes? Les établissements publics et les organisations qui dispensent des soins de santé au Canada pourraient produire plus de valeur qu'ils ne le font actuellement. Avec un système national (de gestion) de l'information en santé, les intervenants pourraient réduire les variations de la qualité des services et de l'utilisation des services dans le système. Il n'y a toutefois pas de système comptable^{xi} national permettant de mesurer uniformément la qualité d'un bout à l'autre du Canada.

3. Qui : Les Canadiens – nos patients – souhaitent l'interconnectivité en cybersanté et la veulent. Les technologies de l'information en santé jouent un rôle « crucial » dans la gestion des temps d'attente.

La qualité des soins importe pour les Canadiens, mais ils doivent d'abord pouvoir obtenir les soins dont ils ont besoin. Les *temps d'attente* pour les soins de santé constituent toutefois la grande préoccupation des Canadiens^{xii}. Les temps d'attente excessifs causent de l'anxiété mentale aux patients et à leur famille et coûtent aussi à l'économie canadienne des milliards de dollars par année. En 2007, dans le cadre d'une étude commandée par l'AMC^{xiii}, on a calculé de façon conservatrice que les temps d'attente excessifs dans quatre domaines seulement (arthroplastie, chirurgie de la cataracte, pontage aortocoronarien et IRM) coûtaient plus de 14 milliards de dollars à l'économie en perte de productivité et de recettes pour l'État. Il importe de signaler qu'en plus de ces interventions à l'hôpital, les technologies de l'information permettraient de réduire les temps d'attente et les coûts dans les cabinets de médecins. Voilà pourquoi nous avons suggéré d'accélérer la déduction pour amortissement dans le cas des achats de logiciels et de matériel reliés aux DME qui sont affectés aux soins communautaires et aux cabinets de médecins où se produisent la plupart des visites de patients tous les jours. La Figure 1 ci-dessous montre qu'en Ontario, par exemple, à peine 3000 visites par jour sur une moyenne de 247 000 patients, ou 1,2 % du total, sont effectuées à l'hôpital. Voilà pourquoi ce mémoire vise à accroître (la zone dans le tableau) la connectivité et à lier des investissements aux 99 % des endroits que les patients visitent le plus.

Figure 1 Visites de patients par jour en Ontario, Source : Inforoute Santé du Canada



L'importance accordée à la connectivité dans les soins de santé au Canada jusqu'à maintenant n'est pas concentrée sur le point de soin – même si le nombre de visites aux cabinets de médecins^{xiv} dépasse de loin celui des contacts que les patients ont avec les hôpitaux. Il y a donc 18 fois plus de contacts entre le patient et le cabinet du médecin qu'entre le patient et l'hôpital. Il importe aussi que les patients comprennent la valeur des dossiers de santé électroniques et c'est pourquoi nous recommandons une campagne d'éducation pancanadienne de 10 millions de dollars qui visera le côté de la demande de cette équation critique sur la santé et l'industrie.

4. Pourquoi les médecins s'intéressent à l'interconnectivité en cybersanté

Les milieux médicaux peuvent jouer un rôle charnière en aidant le gouvernement fédéral à faire d'un système de santé connecté un objectif atteignable au cours des années à venir. Dans le contexte d'un exercice multilatéral englobant toute l'équipe de soins de santé, l'AMC cherchera à instaurer la coopération et l'adoption. Il faudra à cette fin un véritable partenariat entre les associations médicales provinciales, les gouvernements provinciaux et territoriaux et l'Inforoute Santé du Canada (ISC).

Accélérer l'Avantage Canada par les technologies de l'information en santé

Le mémoire prébudgétaire de l'AMC, qui porte sur la connectivité dans le système de santé, inclut les cinq principes d'Avantage Canada^{xv}. Il porte principalement sur l'avantage infrastructurel et l'avantage du savoir qui jouent un rôle dans l'investissement dans un réseau interconnecté qui est inutile si l'on ne met pas en place l'avantage «du savoir», qui consiste à gérer le dossier de santé électronique par l'intermédiaire de nos médecins. Voilà pourquoi nous recommandons que le gouvernement fédéral aide à appuyer la recherche, la mise au point et l'application des connaissances dans les technologies de l'information en santé dans les grandes universités en appuyant 10 chaires de recherche du Canada dans les facultés de médecine, de gestion et de génie. En outre, un réseau pancanadien de technologies de l'information en santé offrira le genre d'infrastructure qui appuie la mobilité de la main-d'œuvre dans les cas où, par exemple, un travailleur migrant de la région de l'Atlantique peut avoir accès à ses dossiers de santé à Fort McMurray, en Alberta.

5. Comment accélérer la connectivité des technologies de l'information – une stratégie d'incitations fiscales écologiques

Jusqu'à maintenant, la stratégie appliquée à la connectivité en information en santé au Canada a porté avant tout sur une approche descendante qui a produit des succès limités. C'est pourquoi l'AMC suggère que le gouvernement fédéral accélère la déduction pour amortissement (DA) sur les logiciels et le matériel qui ont trait au DME au cours des trois prochaines années – spécial ou incitatif qui s'adresserait aux premiers inscrits. L'AMC ne se prétend pas spécialiste des politiques fiscales, mais nous apprécions l'augmentation récente des taux de DA pour les logiciels et le matériel annoncée par le gouvernement fédéral. Notre recommandation signifierait qu'il faudrait modifier la DA actuelle pour les logiciels (Catégorie 12^{xvi}) de 100 % en deux ans à 100 % au cours de la première année spécifiquement pour les investissements reliés aux DME. Dans le cas du matériel de DME (Catégorie 50^{xvii}), il faudrait accélérer la DA pour la porter à 100 % au cours de la première année par rapport au taux actuel de 55 % pendant une période limitée de trois ans seulement. Les propositions portant sur l'accélération du taux de DA concordent aussi avec l'initiative des gouvernements sur les DA écologiques, car les DME éviteraient d'utiliser des tonnes de papier pendant des années.

Des changements se produisent, mais trop lentement. Mais nous sommes encore loin du but promis d'un système national de télé dossiers de santé. De toute évidence, le Canada ne fait pas preuve de suffisamment de dynamisme pour réaliser le potentiel de la technologie de l'information. Certes, les investissements sont considérables, mais les avantages le sont aussi.

Conseil canadien de la santé – Juin 2008

Résultats mitigés pour l'Inforoute Santé du Canada => Fonds d'aide à l'adaptation du système d'information en santé

L'AMC félicite le gouvernement fédéral d'avoir investi, dans son budget de 2008, 400 millions de dollars dans l'Inforoute Santé du Canada (ISC) afin d'appuyer un virage rapide vers des garanties de temps d'attente pour les patients par la mise au point de systèmes d'information en santé et de dossiers de santé électroniques. Les milieux médicaux croient par ailleurs que l'ISC a obtenu des résultats mitigés, particulièrement lorsqu'il est question de numériser et d'intégrer les dossiers de patients dans les endroits où la plupart des patients entrent en contact avec le système de santé : cabinets de médecins, laboratoires et salles d'urgence. Nous croyons toutefois que si l'on applique des politiques conditionnelles ciblées, l'ISC peut être un moyen efficace d'accélérer le virage des pratiques courantes sur papier des centres de santé vers l'informatisation grâce à un Fonds d'aide à l'adaptation du système d'information en santé d'une durée limitée de cinq ans. Nous croyons aussi que les provinces devraient investir autant que le fédéral en fonds d'aide à l'adaptation. Même si cela pourrait ne pas être facile, il y a d'autres leviers stratégiques non monétaires (p. ex., réglementaires) que le gouvernement peut et doit utiliser pour persuader les provinces de la valeur d'investir dans l'intégration d'un système de dossiers de santé électroniques.

C'est particulièrement vrai puisque ce sont les provinces qui tireront la majeure partie du rendement de l'investissement. Il est impératif de refermer l'écart actuel au niveau des technologies de l'information en santé et de le fixer à des niveaux établis pour des industries semblables à forte teneur en services (voir la Figure 2 de l'Annexe 1). C'est pourquoi en plus des chiffres présentés dans ce mémoire, l'AMC recommande que le fédéral maintienne son appui aux technologies de l'information en santé pendant les 10 prochaines années.

Conclusion – Les investissements sont considérables, mais les avantages le sont aussi

Comme le Conseil canadien de la santé l'affirmait dans son rapport annuel 2008^{xviii}, «Des changements se produisent, mais trop lentement». Des recherches effectuées par l'OCDE, l'OMS, le Fonds du Commonwealth et le Conference Board du Canada indiquent fortement que le Canada tire de l'arrière sur le reste du monde industrialisé sur le plan des investissements dans les technologies de l'information et de l'intégration des systèmes. Les investissements effectués jusqu'à maintenant semblent importants, mais ils auront été effectués en vain si l'on ne fait pas maintenant un deuxième effort pour connecter le système au complet. Il est temps que le gouvernement finisse le travail que constitue la connectivité du système d'information au point de soin.

Cet investissement dans les technologies d'information en santé devrait comporter les conditions suivantes :

1. Qu'il y ait **partage des coûts à parts égales** entre le fédéral et les provinces,
2. que les **milieux cliniques participent** à l'établissement et à la surveillance du programme,
3. que **l'interconnectivité soit critique** pour l'approbation des projets.

Un réseau pancanadien d'information sur la santé améliorera les résultats pour les patients et l'efficacité du système de santé et en accroîtra la responsabilisation de façon spectaculaire. Le Conseil canadien de la santé a aussi déclaré que «Les investissements [dans les technologies de l'information en santé] sont considérables, mais les avantages le sont aussi». C'est pourquoi nous recommandons qu'au cours des cinq prochaines années, les investissements suivants améliorent la gestion de l'assurance-maladie et l'économie canadienne.

L'AMC recommande que le gouvernement fédéral investisse 570 millions de dollars en cinq ans dans un système pancanadien interconnecté d'information en santé qui inclut les éléments suivants :

- ⇒ 225 millions de dollars en cinq ans dans un Fonds d'aide à l'adaptation du système d'information en santé qui vise la formation en gestion du changement et le soutien nécessaires pour convertir en dossiers électroniques interexploitables d'un bout à l'autre du Canada 26 millions de dossiers de patients qui se trouvent dans 36 000 cabinets de médecins et établissements de soins communautaires.
- ⇒ 305 millions pour une déduction pour amortissement accélérée et d'une durée limitée à trois ans pour les coûts de logiciels et de matériel reliés aux technologies de l'information en santé qui connectent les dossiers de patients des cabinets de médecins aux laboratoires et aux hôpitaux.
- ⇒ 10 millions pour parrainer une campagne d'éducation pancanadienne afin d'informer les Canadiens des avantages qu'offre la connectivité en cybersanté pour la santé et pour le système^{xix}.
- ⇒ 2 millions par année pour des chaires de recherche du Canada afin de promouvoir et de démontrer la valeur dans l'information en santé, de l'interconnectivité entre les facultés de médecine, de gestion et de génie.

Références

ⁱ Patient perspective on electronic medical record.

Meldgaard M; Société internationale d'évaluation des technologies de la santé. Réunion (19^e : 2003 L Canmore (Alb.)). Réunion annuelle de la Société internationale d'évaluation des technologies de la santé. 2003; 19 : abrégé n^o 148.
CONCLUSIONS : Un personnel prospectif aussi bien informé que celui qu'il est possible de trouver dans les contextes où la mise en œuvre du DPE a été couronnée de succès a un effet sur la confiance des patients et la qualité perçue des soins. La satisfaction des patients et le niveau fonctionnel de la mise en œuvre du DPE sont interdépendants.

ⁱⁱ A Report Card on Canada. Voir : <http://sso.conferenceboard.ca/HCP/overview/health-overview.aspx>

ⁱⁱⁱ Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] (2007). Éco-Santé OCDE 2007. Version 07/18/2007. CD-ROM. Paris : OCDE.

^{iv} Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2007). Statistiques sanitaires mondiales 2007. Voir : <http://www.who>.

^v Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care 15 mai 2007 (mis à jour le 16 mai 2007) | Volume 59

Auteurs : Karen Davis, Ph.D., Cathy Schoen, M.S., Stephen C. Schoenbaum, M.D., M.P.H., Michelle M. Doty, Ph.D., M.P.H., Alyssa L. Holmgren, M. P.A., Jennifer L. Kriss et Katherine K. Shea

Dir. : Deborah Lorber. Voir : www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=482678

^{vi} Voir tableaux Q39 et Q40a du Sondage national des médecins de 2007 à www.sondagenationaldesmedecins.ca/nps/

^{vii} Le Dr Alan Brookstone est médecin de famille à Richmond (C.-B.) et fondateur de CanadianEMR. La citation est tirée de : Online resource enables MDs to rate EMRs. Voir :

www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Future_Practice/francais/2007/November/Online-f.pdf

Le CanadianEMR Physician Resource Directory donne accès à une liste consultable par province de fournisseurs de produits et services à l'appui de la pratique basée sur le DME. <http://www.canadianemr.ca/>

^{viii} Booz, Allan, Hamilton Étude, Dossier de santé électronique pancanadien, Évaluation des coûts d'une stratégie d'investissement décennale, mars 2005-09-06.

^{ix} Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs
Richard Hillestad, James Bigelow, Anthony Bower, Federico Girosi, Robin Meili, Richard Scoville et Roger Taylor, Health Affairs, 24, no. 5 (2005): 1103-1117.

^x En novembre 2008, la vérificatrice générale du Canada présentera au Parlement son évaluation du rendement portant sur « Le rapport sur les indicateurs de santé – Santé Canada ». Voir : www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/oag-bvg_f_29401.html

^{xi} On a insisté énormément sur la « responsabilité » et la « mesure du rendement » comme l'ont approuvé la Commission Romanow (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada 2002), le Comité Kirby (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie 2002) et l'Accord des premiers ministres (premiers ministres, 2004). Voir Raisa Deber Why Did the World Health Organization Rate Canada's Health System as 30th? Some Thoughts on League Tables. Some Thoughts on League Tables

^{xii} Les résultats d'un sondage Ipsos Reid (janvier 2008) révèlent que huit Canadiens sur 10 (78 %) croient que les temps d'attente dans les hôpitaux pour des soins de santé coûtent de l'argent au Canada parce que les gens qui attendent des traitements sont moins productifs et s'absentent du travail. On compare ce total à deux sur 10 (19 %) seulement qui pensent que les temps d'attente épargnent de l'argent au Canada parce que les gouvernements n'ont pas investi autant de ressources dans les soins de santé.

^{xiii} Le coût économique des temps d'attente au Canada, janvier 2008. Cette étude commandée par l'Association médicale canadienne (AMC) visait à analyser le coût économique des temps d'attente dans le système médical du Canada. L'AMC regroupe plus de 67 000 médecins, médecins résidents et étudiants en médecine. Elle joue un rôle clé en défendant les intérêts de ses membres et de leurs patients sur la scène nationale. Située à Ottawa, l'AMC a des racines d'un bout à l'autre du Canada par ses liens étroits avec ses 12 divisions provinciales et territoriales.

Voir :

www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Waaitimes/EconomicCostsofWaaitimes_f.pdf

^{xiv} Sources : Total des médecins – ICIS – Les médecins au Canada : Utilisation des services rémunérés à l'acte, 2005-2006. Tableau 1 à 21. Contacts avec les hôpitaux – ICIS – Tendances relatives aux hospitalisations en soins de courte durée et aux chirurgies d'un jour 1995-1996 à 2005-2006 et ICIS – Système national d'information sur les soins ambulatoires – Visit Disposition by Triage Level for All Emergency Visits - 2005-2006.

^{xv} **Avantage Canada** s'appuie sur les forces du Canada et vise à réaliser un avantage concurrentiel global dans cinq domaines :

1. Avantage fiscal – réduire les taxes et les impôts pour tous les Canadiens et établir le taux d'imposition le plus bas sur les nouveaux investissements des entreprises au sein des pays du G7.
2. Avantage financier – éliminer la dette nette de l'ensemble des administrations publiques en moins d'une génération.

-
3. Avantage entrepreneurial – réduire la réglementation inutile et les tracasseries administratives et accroître la concurrence sur le marché canadien.
 4. **Avantage du savoir** – former la main-d'œuvre la plus scolarisée, la plus qualifiée et la plus souple au monde.
 5. **Avantage infrastructurel** – bâtir l'infrastructure moderne dont nous avons besoin.

^{xvi} **Logiciel :**

CATÉGORIE 12 , (100 pour cent)

Les biens non compris dans aucune autre catégorie constitués par

(o) un logiciel acquis après le 25 mai 1976, mais non un logiciel de base ou un bien acquis après le 8 août 1989 et avant 1993 figurant à l'alinéa s).

^{xvii} **Matériel :**

CATÉGORIE 45, (45 pour cent)

Les biens acquis après le 22 mars 2004 (sauf ceux acquis avant 2005 qui font l'objet du choix prévu au paragraphe 1101(5q)) qui sont constitués par du matériel électronique universel de traitement de l'information et des logiciels de systèmes connexes, y compris le matériel auxiliaire de traitement de l'information, mais l'exclusion des biens qui se composent principalement ou servent principalement :

Projet de Règlement

- a) d'équipement de contrôle ou de surveillance du processus électronique;
- b) d'équipement de contrôle des communications électroniques;
- c) de logiciel de systèmes pour un bien visé aux alinéas a) ou b);
- d) de matériel de traitement de l'information, à moins qu'il ne s'ajoute au matériel électronique universel de traitement de l'information.

Catégorie 50 (55 pour cent)

Les biens acquis après le 18 mars 2007 qui sont constitués par du matériel électronique universel de traitement de l'information et des logiciels de systèmes connexes, y compris le matériel auxiliaire de traitement de l'information, mais à l'exclusion des biens qui se composent principalement ou servent principalement :

- a) d'équipement de contrôle ou de surveillance du processus électronique;
- b) d'équipement de contrôle des communications électroniques;
- c) de logiciel de systèmes pour un bien visé aux alinéas a) ou b);
- d) de matériel de traitement de l'information, à moins qu'il ne s'ajoute au matériel électronique universel de traitement de l'information.

^{xviii} Conseil canadien de la santé, Relancer la réforme : Renouvellement des soins de santé au Canada, 2003 – 2008, juin 2008 (page 23).

Voir : [www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/HCC%_FiveYearPlan_FR_FA\(WEB\).pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/HCC%_FiveYearPlan_FR_FA(WEB).pdf)

Annexe 1

Tableau 1 – Investissements dans l'interconnectivité en santé en cinq ans.

Programme (millions de \$)	Investissements dans l'interconnectivité en santé					2009-2014
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	
Fonds d'aide à l'adaptation du dossier médical électronique dans les bureaux communautaires*						
Formation sur la mise en oeuvre et le virage vers la connectivité du DME	\$ 90	\$ 120	\$ 80	\$ 10	\$ 10	
Investissement dans les services de conversion de dossiers médicaux sur papier en dossiers électroniques	\$ 40	\$ 50	\$ 30	\$ 10	\$ 10	
Total partiel des sommes FPT	\$ 130	\$ 170	\$ 110	\$ 20	\$ 20	\$ 450
Part fédérale basée sur le partage des coûts 50/50	\$ 65	\$ 85	\$ 55	\$ 10	\$ 10	\$ 225
Mesures fiscales à l'appui des dossiers de santé électroniques des patients**						
Déductions pour amortissement accélérée pour logiciels reliés aux DME	\$ 65	\$ 80	\$ 40			
Réductions pour amortissement accélérée pour matériel relié aux DME	\$ 40	\$ 60	\$ 20			
Total partiel	\$ 105	\$ 140	\$ 60			\$ 305
Aide à l'éducation pour accélérer l'implantation des technologies de l'information en santé						
Chaire de recherche du Canada en technologies de l'information en santé***	\$ 2	\$ 2	\$ 2	\$ 2	\$ 2	
Campagne pancanadienne d'éducation pour promouvoir la connectivité en cybersanté	\$ 10	\$ 10	\$ 10			
Total partiel	\$ 12	\$ 12	\$ 12	\$ 2	\$ 2	\$ 40
Total des dépenses consacrées à la connectivité	\$ 222	\$ 292	\$ 132	\$ 12	\$ 12	\$ 570

*On utiliserait l'Inforoute Santé du Canada pour déboursier cet argent « conditionnel » consacré à la connectivité.

Si l'on suppose qu'il y a 36 000 cabinets à intégrer dans le système à raison de 12,5 k\$ par cabinet, cela représente 450 millions de dollars.

**La DA accélérée suppose que le gouvernement a tenu compte du fait que la moitié de ces crédits doivent déjà être demandés en vertu de la loi actuelle sur l'ARC.

***On suppose qu'il y a 10 chaires à 200 000 \$ par chaire par année.

Figure 2 – Les principaux centres de santé du Canada sont très en-deçà de la norme de l'industrie pour les investissements en TI.

ESTIMATES

Annual IT spend*

Percent of total budgets/revenues

