

Transformer les soins de santé et garantir l'avantage concurrentiel du Canada

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

Le 14 août 2009

Robert Ouellet, MD, FRCPC
Président



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

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'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 70 000 membres et de toute la population canadienne, l'AMC s'acquitte d'un vaste éventail de fonctions dont les principales consistent à favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, préconiser l'accès à des soins de santé de qualité, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif, à adhésion volontaire, qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales ainsi que 45 organisations médicales affiliées.

**ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE**



**CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION**

SOMMAIRE

Au moment où des signes de reprise économique commencent à poindre à l'horizon, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, l'Association médicale canadienne est heureuse de présenter trois recommandations qui amorceront la transformation nécessaire de notre système de santé afin de le rendre véritablement axé sur les patients et viable. Ces mesures créeront en outre 17 000 emplois et consolideront l'avantage concurrentiel que constituent les soins de santé pour le Canada. Même si elles visent le secteur des soins de santé, ces recommandations s'inscrivent un contexte visant à garantir un avenir économique, social et environnemental prospère et viable au Canada à court, à moyen et à long termes. Chacune de ces trois recommandations tient aussi compte des questions du Comité des finances :

1. Quelles sont les mesures fiscales et les dépenses de programmes fédérales qui s'imposent pour garantir un avenir prospère et durable aux Canadiens dans une perspective économique, sociale et environnementale?
2. Quelles sont les mesures fédérales de relance budgétaire qui sont efficaces et comment pourrait-on changer les mesures relativement inefficaces pour qu'elles aient les effets voulus?

La recherche effectuée par l'AMC démontre qu'il est possible de maintenir l'universalité du système de santé sans qu'il y ait de longues périodes d'attente pour les soins. Pour l'année 2007, l'attente pour des soins dans seulement quatre domaines cliniques a coûté 14,8 milliards de dollars à l'économie canadienne. Deux domaines en particulier exigent l'attention du fédéral :

1. AMÉLIORER L'ACCÈS POUR LES PATIENTS DANS TOUT LE CONTINUUM DES SOINS

Il faut agir de toute urgence dans le domaine des soins continus (c.-à-d. les soins de longue durée et les soins à domicile) et de l'assurance-médicaments d'ordonnance. Beaucoup de Canadiens n'ont pas accès au même éventail de soins assurés que les citoyens d'autres pays très industrialisés.

Recommandation 1 : Le gouvernement fédéral devrait étendre le *Plan Chantiers Canada* aux projets de construction d'établissements de santé «prêts à bâtir», y compris les établissements de soins ambulatoires, actifs et continus. Coût : 1,5 milliard de dollars en deux ans.

2. AIDER LES FOURNISSEURS À AIDER LES PATIENTS

- a. **Accélérer l'adoption du DME par les médecins :** Des études nationales et internationales confirment que le Canada a du retard sur les grands pays industrialisés pour ce qui est des investissements dans les technologies de l'information en santé. En accélérant l'adoption du DME par les médecins, on réduira les temps d'attente et on améliorera la qualité et l'imputabilité financière, particulièrement en ce qui concerne les fonds fédéraux. Dans son budget de 2009, le fédéral a proposé 500 millions de dollars en financement supplémentaire affectés à Inforoute Santé du Canada et une déduction temporairement accélérée pour amortissement du matériel informatique. Il est impératif de transférer ces fonds à l'Inforoute. Ensemble, le transfert des fonds à l'Inforoute et une amélioration de la déduction pour amortissement garantiront que ces initiatives auront les effets escomptés, c'est-à-dire accélérer l'adoption du DME et stimuler l'économie.
- b. **Augmentation des ressources humaines de la santé :** Le Canada n'a pas suffisamment de médecins, d'infirmières, de techniciens et d'autres professionnels de la santé pour fournir les soins dont les patients ont besoin. Il est crucial de s'attaquer aux pénuries de RHS pour fournir des soins de santé viables, accessibles, adaptables et de grande qualité.

Recommandation 2 : Le gouvernement devrait étendre à cinq ans la déduction accélérée temporaire de deux ans pour amortissement des coûts du matériel lié aux technologies de l'information en santé, supprimer la règle des 50 % et d'une demi-année appliquée aux logiciels connexes et inclure les outils électroniques qui servent à connecter les dossiers des patients des bureaux de médecins aux laboratoires et aux hôpitaux. Coût : 50 millions de dollars en quatre ans

Recommandation 3 : Le gouvernement fédéral devrait tenir sa promesse électorale de 2008, soit commencer dès 2010 à consacrer 65 millions de dollars sur quatre ans aux ressources humaines du secteur de la santé afin de financer 50 nouveaux postes de résidence par année, de rapatrier les médecins du Canada qui vivent à l'étranger et de lancer des projets pilotes avec des organisations de soins infirmiers pour promouvoir le recrutement et la fidélisation.

1. INTRODUCTION : UNE ÉCONOMIE EN SANTÉ : L'ASSISE DE LA PROSPÉRITÉ FUTURE

L'AMC croit que le Canada peut maintenir un système de santé universel financé par le secteur public en ayant recours à l'innovation. Ce système offre en fait à l'industrie canadienne un avantage concurrentiel important sur le marché mondial. Même si le Canada a un des programmes de soins de santé les plus riches du monde industrialisé (huitième sur 28 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]), des analyses comparatives internationales signalent régulièrement que le programme canadien ne donne pas d'aussi bons résultats qu'il le devrait. Selon l'Indice de consommation de services de santé Euro-Canada, le Canada vient au dernier rang sur 30 pays pour l'optimisation des ressources consacrées aux soins de santé en 2008 et en 2009. L'étude que l'AMC a faite récemment de plusieurs systèmes de santé européens démontre qu'une approche viable et axée sur les patients des soins de santé est possible à l'échelle du système sans compromettre des principes fondamentaux comme l'universalité et sans causer de difficultés financières au pays ou à sa population. Pour y parvenir, il faudra toutefois passer par une transformation afin de recentrer notre système.

Dans son mémoire prébudgétaire de 2010, l'Association médicale canadienne présente trois recommandations portant sur l'infrastructure des soins de santé, les ressources humaines en santé (RHS) et le dossier médical électronique (DME)¹. Ces trois initiatives stratégiques abordables relèvent de la compétence du gouvernement fédéral et tiennent compte à la fois de la relance économique en cours et prometteuse et de la capacité budgétaire actuelle du gouvernement fédéral. Les recommandations de l'AMC aident à fixer un cap vers un avenir économique, social et environnemental prospère et viable pour le Canada à court, à moyen et à long termes. Ces propositions donneront le coup de départ d'une transformation du système de santé et créeront plus de 17 000 emplois qui garantiront une assise économique concurrentielle pour l'avenir.

Il ressort des recherches effectuées par l'AMC qu'une transformation du système de santé du Canada visant à mieux répondre aux besoins des Canadiens doit emprunter cinq voies de réorientation :

1. Créer une culture de soins axés sur les patients.
2. Offrir des incitations pour améliorer l'accès et la qualité des soins.
3. Améliorer l'accès pour les patients dans tout le continuum des soins.
4. Aider les fournisseurs à aider les patients.
5. Bâtir l'imputabilité et la responsabilité à tous les niveaux.

Même si chacune des cinq voies est importante pour réorienter le système, les points 3 et 4 sont directement pertinents aux délibérations du Comité des finances.

2. AMÉLIORER L'ACCÈS POUR LES PATIENTS DANS TOUT LE CONTINUUM DES SOINS

Tous les éléments du continuum des soins sont importants, mais l'AMC est d'avis qu'il y en a deux sur lesquels il faut se pencher de toute urgence, soit l'assurance-médicaments d'ordonnance et les soins continus (soins de longue durée et soins à domicile). Beaucoup de Canadiens n'ont pas accès à un éventail aussi vaste de soins assurés que les citoyens d'autres pays très industrialisés. Dans beaucoup de ces autres pays industrialisés, les services assurés de base incluent en fait l'accès aux médicaments d'ordonnance, aux soins à domicile et aux soins de longue durée.

a. Soins continus : Étendre le *Plan Chantiers Canada*ⁱ à l'infrastructure des soins de santé

Recommandation 1 : Le gouvernement fédéral devrait étendre le *Plan Chantiers Canada* aux projets de construction d'établissements de santé «prêts à bâtir», y compris les établissements de soins ambulatoires, actifs et continus. Coût : 1,5 milliard de dollars en deux ans.

Les soins continus au Canada ont trois grands défis à relever : la capacité et l'accès, le soutien aux aidants naturels et le financement des soins de longue durée. À 91 %, le Canada affiche le taux d'occupation des hôpitaux le plus élevé parmi les pays de l'OCDEⁱⁱ. De 25 à 30 % des lits de soins actifs dans les hôpitaux sont occupés par des patients qui ont besoin non pas de soins hospitaliers ou médicaux, mais plutôt de surveillance

¹ Le Tableau 1 de l'Annexe contient une liste complète des investissements fédéraux recommandés, ainsi que leur potentiel de création d'emploi.

jour et nuit. À cause de la rareté des établissements de soins de longue durée et des services de soins à domicile, ces patients doivent demeurer à l'hôpital, ce qui empêche les hôpitaux de pratiquer des chirurgies électives et bloque le transfert d'autres patients de la salle d'urgence vers les services de soins actifs. Le fardeau des soins continus retombe en grande partie sur les épaules des aidants naturels (non rémunérés), qu'il faut mieux appuyer. Statistique Canada a signalé qu'en 2007, quelque 2,7 millions de Canadiens de 45 ans et plus, soit environ le cinquième du total de ce groupe d'âge, ont fourni des soins non rémunérés à des personnes âgées (65 ans ou plus) qui avaient des problèmes de santé exigeant des soins de longue duréeⁱⁱⁱ. Il semble peu probable que l'on pourra continuer à financer à l'avenir les besoins en soins de longue durée au fur et à mesure, comme on le fait dans le cas des autres dépenses de santé.

Le *Plan Chantiers Canada* d'une durée de sept ans et disposant d'un budget de 33 milliards de dollars, annoncé dans le budget de 2007 et dont celui de 2009 a augmenté l'enveloppe, pourrait mieux appuyer une relance judicieuse de l'économie et les besoins en santé des Canadiens si on l'étendait à la construction d'établissements de santé^{iv}. L'investissement fédéral dans la construction d'hôpitaux et d'établissements de santé créera 16 500 emplois en deux ans et 11 000 en 2010 seulement. (Annexe : Tableau 1).

Même si la somme de 1,5 milliard de dollars recommandée par l'AMC n'élimine pas tout le problème de l'infrastructure des établissements de santé au Canada, estimé à plus de 20 milliards de dollars^v, elle constitue un stimulant supplémentaire affecté aux projets prêts à bâtir. Elle prépare aussi davantage notre système de santé à faire face aux besoins d'une population vieillissante. L'investissement fédéral dans l'infrastructure de la santé a deux importants précédents – le premier en 1948 (Programme de subventions à la construction d'hôpitaux) et le deuxième en 1966 (*Loi sur la caisse d'aide à la santé*). Le financement des infrastructures devrait être affecté à des projets qui génèrent une valeur à long terme et améliorent la vie des Canadiens.

b. Médicaments d'ordonnance : 3,5 millions de Canadiens sont insuffisamment assurés

Les médicaments d'ordonnance représentent le poste du budget de la santé qui grossit le plus rapidement et ils constituent la deuxième catégorie en importance de dépenses de santé. Plus de 3,5 millions de Canadiens n'ont aucune assurance pour les médicaments d'ordonnance ou sont insuffisamment assurés contre les coûts élevés des médicaments d'ordonnance. En 2006, près d'un ménage canadien sur 10 (8 %) a dépensé plus de 3 % de son revenu après impôt en médicaments d'ordonnance et près d'un sur 25 (3,8 %) en a dépensé plus de 5 %. On estime que le secteur public a payé, en 2008, moins de la moitié des coûts des médicaments d'ordonnance. Le Canada doit chercher à instaurer un programme d'assurance-médicaments complet, universel et qui partage efficacement les risques entre les particuliers et les régimes publics et privés partout au Canada.

3. AIDER LES FOURNISSEURS À AIDER LES PATIENTS

Le secteur de la santé du Canada a besoin de plus d'effectifs et de plus d'outils pour soigner les Canadiens.

a. Accélérer l'adoption du DME par les médecins

Recommandation 2 : Le gouvernement devrait étendre à cinq ans la déduction accélérée temporaire de deux ans pour amortissement des coûts du matériel lié aux technologies de l'information en santé, supprimer la règle des 50 % et d'une demi-année appliquée aux logiciels connexes et inclure les outils électroniques qui servent à connecter les dossiers des patients des bureaux de médecins aux laboratoires et aux hôpitaux. Coût : 50 millions de dollars en quatre ans.

Des études nationales et internationales confirment que le Canada a du retard sur presque tous les grands pays industrialisés pour les investissements dans les technologies de l'information en santé (voir les Figures 1 et 2). Cet investissement insuffisant a de nombreuses répercussions : temps d'attente plus longs, baisse de la qualité et manque important d'imputabilité financière. Le Conference Board du Canada^{vi}, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)^{vii}, l'Organisation mondiale de la Santé^{viii}, le Fonds du Commonwealth^{ix} et le Frontier Centre for Public Policy^x accordent tous une note médiocre au système de santé du Canada pour ce qui est de « l'optimisation des ressources » et de l'efficacité.

Figure 1. Le Canada a le plus faible taux d'adoption du DME

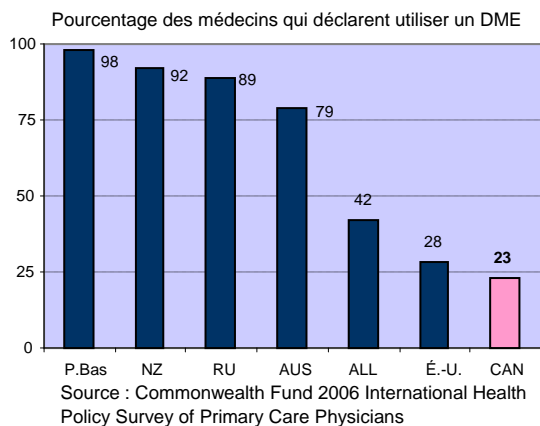
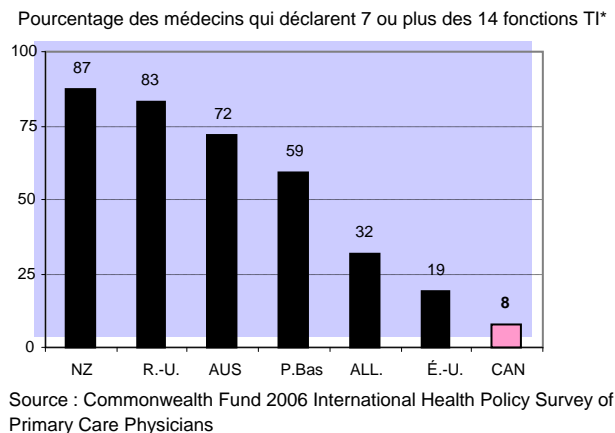


Figure 2. Le Canada encore en dernière position pour l'application de la cybersanté



* Les 14 fonctions dont il est question à la Figure 2 sont les suivantes : le DME, l'accès au DME, l'accès aux autres médecins, l'accès à distance, la commande électronique d'examen diagnostiques, la commande électronique d'ordonnances, l'accès aux résultats des examens, l'accès aux dossiers des hôpitaux, les rappels automatiques, les alertes-médicaments, l'obtention accélérée des résultats d'examen, la liste des diagnostics, la liste des médicaments, les visites de rappel.

L'AMC se réjouit du taux de la déduction pour amortissement (DPA) fixé temporairement à 100 % pour le matériel informatique et les logiciels de systèmes acquis après le 27 janvier 2009 et avant le 1^{er} février 2011. Cette mesure, proposée dans le budget de 2009, produira une stimulation en aidant les entreprises à augmenter ou accélérer leurs investissements dans les ordinateurs. Elle aidera aussi à propulser la productivité du Canada en accélérant l'adoption des technologies plus modernes. Pour que cette initiative produise l'effet le plus important, il faudrait toutefois prolonger la DPA de 100 % à cinq ans et l'appliquer aux logiciels connexes de DME. Les retombées des investissements dans les DME sont claires. La société-conseil Booz Allen Hamilton, spécialisée en stratégies internationales et en technologies, a calculé qu'un dossier de santé électronique (DSE) interconnecté au Canada pourrait économiser au système de santé des dépenses de 6,1 milliards de dollars^{xi} par année.

En recommandant d'offrir des incitatifs fiscaux à l'adoption du DME, l'AMC suit une stratégie ascendante qui a mobilisé des appuis généraux. John Halamka, chef de l'information à la Faculté de médecine de Harvard, pense que les réformateurs doivent suivre une stratégie ascendante et écouter à la fois les médecins et les patients. Des études montrent^{xii} que c'est le payeur qui profite de la plupart des avantages offerts par le DME. Il faut tenir compte des incitatifs pour le matériel, les logiciels et, ce qui est tout aussi important, du temps nécessaire à la mise en place de ces systèmes électroniques. Les États-Unis reconnaissent l'urgence de l'implantation de la cybersanté et le Canada doit faire de même.

«...Notre système médical, à l'instar de tous les autres secteurs de notre société, doit passer à l'ère de l'information. Nous disposons de moyens plus rapide et plus précis de communiquer l'information médicale, alors pourquoi ne pas l'exploiter.»
Ministre de la Santé Leona Aglukkaq
Février 2009

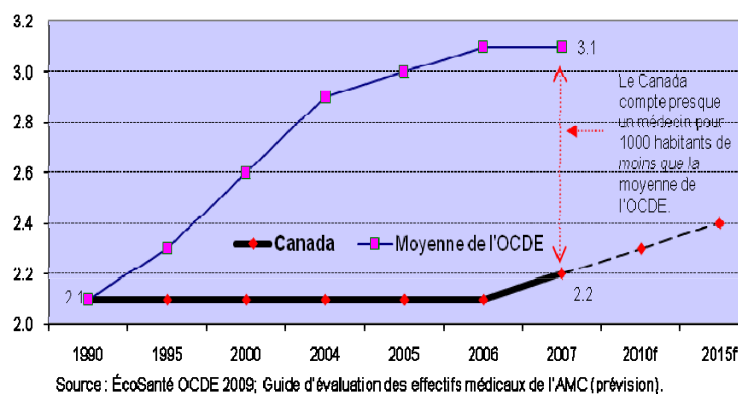
Outre des incitatifs fiscaux, le budget de 2009 a aussi accordé à Inforoute Santé du Canada 500 millions de dollars pour appuyer l'objectif consistant à faire en sorte que 50 % des Canadiens aient un dossier de santé électronique d'ici à 2010. Au 31 mars 2009, l'Inforoute et ses partenaires avaient mis en place un dossier de santé électronique pour 17 % de la population. Le financement mentionné dans le budget de 2009 lui permettra d'étendre le DSE à 38 % de la population d'ici au 31 mars 2010^{xiii}. Non seulement cet investissement améliorera la sécurité, la qualité et l'efficacité du système de santé, mais il apportera aussi une contribution positive importante à l'économie du Canada, notamment en créant des milliers d'emplois durables à base de savoir partout au Canada^{xiv}. L'Inforoute n'a pas encore reçu ce financement et l'AMC encourage vivement le gouvernement fédéral à transférer le plus tôt possible les fonds promis dans le budget de 2009.

b. Augmenter les ressources humaines en santé

Recommandation 3 : Le gouvernement fédéral devrait tenir sa promesse électorale de 2008, soit commencer dès 2010 à consacrer 65 millions de dollars sur quatre ans aux ressources humaines du secteur de la santé afin de financer 50 nouveaux postes de résidence par année, de rapatrier les médecins du Canada qui vivent à l'étranger et de lancer des projets pilotes avec des organisations de soins infirmiers pour promouvoir le recrutement et la fidélisation.

Le Canada n'a pas suffisamment de médecins, d'infirmières, de techniciens ou d'autres professionnels de la santé pour fournir les soins dont les patients ont besoin. Il est crucial de s'attaquer aux pénuries d'effectifs de la santé pour fournir dans tout le pays des soins de santé viables, accessibles, adaptables et de grande qualité. Le Canada souffre d'une importante pénurie de médecins depuis le milieu des années 1990. À l'échelle nationale, nous nous classons 26^e sur 30 pays membres de l'OCDE pour le ratio

Figure 3. Résultat de l'écart : moins de médecins au Canada = moins d'accès - Nbre de médecins pour 1000 habitants, 1990-2015.



médecin:habitants. La pénurie de médecins au Canada exerce sur le système des pressions que ressentent les patients partout au Canada. À l'heure actuelle, quelque 5 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. En 2008, une étude commandée par l'AMC a révélé que l'économie canadienne a perdu 14,8 milliards de dollars à cause des temps d'attente excessifs pour quatre interventions seulement : arthroplasties, IRM, pontage aortocoronarien et chirurgie de la cataracte.

Avec l'évolution des plans de réforme de la santé au sud de la frontière, le Canada doit plus que jamais s'assurer de garder les professionnels de la santé qu'il a formés et faciliter le retour au pays des médecins qui ont émigré. Au cours des élections fédérales de 2008, la plupart des partis ont reconnu l'urgence des pénuries de RHS et se sont engagés à s'attaquer à la situation. Le Parti conservateur avait promis de financer d'autres postes de résidence en médecine, de créer un fonds de rapatriement des médecins du Canada qui pratiquent à l'étranger et de financer des projets pilotes de recrutement et de fidélisation d'infirmières^{xv}. On croit que ce programme de rapatriement pourrait ramener jusqu'à 300 médecins canadiens en quatre ans. Le gouvernement fédéral doit respecter cet engagement important. La migration vers les États-Unis a atteint son apogée à la fin des années 1990, alors que le Canada perdait de 600 à 700 médecins par année. Quelques dizaines de médecins sont revenus exercer au Canada chaque année, mais la perte nette pour cette période a dépassé 400 médecins par année. Nous réalisons aujourd'hui de modestes gains annuels nets, mais la situation pourrait ne pas durer. Comme on prévoit des pénuries de 80 000 à 100 000 médecins aux États-Unis au cours des prochaines années, nous pouvons nous attendre à voir les recruteurs américains redoubler bientôt leurs efforts au Canada.

4. CONCLUSION

La reprise économique qui commence à prendre forme offre au gouvernement fédéral une excellente occasion de créer un système de santé axé davantage sur les patients et viable. Améliorer l'accès pour les patients dans tout le continuum des soins en renforçant le plan d'infrastructures *Chantiers Canada*, aider les fournisseurs à aider les patients en améliorant les incitatifs fiscaux liés aux DME et s'attaquer aux pénuries d'effectifs de la santé : voilà les premières étapes importantes à franchir dans la transformation de notre système de santé.

Quant à l'avenir, il importera de continuer de respecter jusqu'en 2014 les transferts fiscaux prévus dans l'Accord de 2004 sur les soins de santé, y compris l'indexation annuelle de 6 %. Les compressions antérieures du financement des soins de santé à tous les niveaux ont eu d'importantes répercussions négatives qui persistent. Le moment est venu de commencer à penser d'avance aux besoins budgétaires du système de santé après 2014.

Annexe -- Tableau 1

| Initiatives fédérales (millions de \$) | Investissements dans la santé : bâtir une économie concurrentielle | | | | | | | | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| | 2010 | | | | 2011 | | | | Total 2 ans | Total 4 ans |
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | | |
| A. Hôpitaux et établissements de soins de longue durée Construction d'hôpitaux et établissements de soins de longue durée | \$ 100,0 | \$ 200,0 | \$ 400,0 | \$ 300,0 | \$ 200,0 | \$ 100,0 | \$ 100,0 | \$ 100,0 | \$ 1 500 | \$ 1 500 |
| B. Ressources humaines de la santé 50 nouveaux postes de résidence rapatriement de médecins canadiens vivant à l'étranger lancement d'un projet pilote pour promouvoir le recrutement et la fidélisation | \$ 4,9 | \$ 4,9 | \$ 4,9 | \$ 5,1 | \$ 5,1 | \$ 5,1 | \$ 5,1 | \$ 5,1 | \$ 40 | \$ 65 |
| | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 25 | \$ 40 |
| | \$ 1,3 | \$ 1,3 | \$ 1,3 | \$ 1,5 | \$ 1,5 | \$ 1,5 | \$ 1,5 | \$ 1,5 | \$ 11 | \$ 20 |
| | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 0,5 | \$ 4 | \$ 5 |
| C. Dossier médical électronique DME Déduction pour amortissement accélérée dans le cas des logiciels reliés au DME* | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 3,1 | \$ 25 | \$ 50 |
| Total | \$ 106 | \$ 206 | \$ 406 | \$ 306 | \$ 206 | \$ 106 | \$ 106 | \$ 106 | \$ 1 550 | \$ 1 590 |

*Cela tient compte du fait que la déduction pour amortissement sur les logiciels s'établit maintenant à 100 % sur deux ans; nous demandons 2 k\$ (coûts de logiciels) multiplié par environ 25 000 bureaux au Canada. Nous estimons que 25 000 bureaux de médecins (ou 71 % des 35 000) profiteront d'un incitatif si l'on suppose que certains ont déjà mis en place des logiciels de DME.

| Emplois fédéraux créés** | Des emplois pour la santé : bâtir une économie concurrentielle | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| | 2010 | | | | 2011 | | | | Total 2 ans | Total 4 ans |
| | T1 | T2 | T3 | T4 | T1 | T2 | T3 | T4 | | |
| A. Hôpitaux et établissements de soins de longue durée Construction d'hôpitaux | 1 100 | 2 200 | 4 400 | 3 300 | 2 200 | 1 100 | 1 100 | 1 100 | 16 500 | 16 500 |
| B. Ressources humaines de la santé 50 nouveaux postes de résidence rapatriement de médecins canadiens vivant à l'étranger lancement d'un projet pilote pour promouvoir le recrutement et la fidélisation | 53 | 53 | 53 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 441 | 715 |
| | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 273 | 440 |
| | 14 | 14 | 14 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 124 | 220 |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 44 | 55 |
| C. Dossier médical électronique DME Déduction pour amortissement accélérée dans le cas des logiciels reliés au DME* | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 273 | 327 |
| Total | 1 168 | 2 268 | 4 468 | 3 368 | 2 268 | 1 168 | 1 168 | 1 168 | 17 046 | 17 267 |

**Exemple : Une augmentation d'un milliard de dollars des dépenses d'infrastructure (à des prix nominaux et affectés à un éventail représentatif de types d'infrastructures en 2010 devrait grossir l'économie réelle d'environ 0,13 % en 2010, ou de 1,3 milliard de dollars en termes nominaux. En 2010, cet investissement ajoute 11 500 emplois à l'emploi total.

La méthodologie de conversion des investissements en emplois utilisée ci-dessus a été adaptée d'un document préparé par Informetrica pour la Fédération canadienne des municipalités
Voir : Impacts macroéconomiques des dépenses et du financement au niveau de l'ordre de gouvernement. <http://www.fcm.ca/CMFiles/informetrica%20final11wh-5312008-4255.pdf>

Références

- ⁱ Chantiers Canada est un plan de 33 milliards de dollars en sept ans composé d'un ensemble de programmes visant à répondre aux besoins divers des projets d'infrastructure partout au Canada. Voir en page 156 du Budget fédéral de 2009 (<http://www.budget.gc.ca/2009/pdf/budget-planbudgetaire-fra.pdf>).
- ⁱⁱ Taux d'occupation des hôpitaux. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Éco-Santé 2003. Données 2007. Version 07/18/2007. CD-ROM. Paris : OCDE.
- ⁱⁱⁱ Cranswick, Kelly, Donna Dosman. « Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles ». Tendances sociales canadiennes n° 86, Statistique Canada.
- ^{iv} Plan Chantiers Canada, budget fédéral 2009, page 156. www.budget.gc.ca/2009/pdf/budget-planbudgetaire-fra.pdf
- ^v Cette estimation repose sur le travail exécuté pour un sondage commandé par l'Association canadienne des institutions de santé universitaires et dont les résultats seront bientôt publiés.
- ^{vi} How Canada Performs 2008: A Report Card on Canada. Le Conference Board du Canada
Voir : <http://sso.conferenceboard.ca/HCP/overview/Health-fr.aspx>
- ^{vii} Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Éco-Santé 2007. Version du 18 juillet 2007. CD-ROM. Paris : OCDE.
- ^{viii} Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2007. Voir : <http://www.who>.
- ^{ix} 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, PhD, Cathy Schoen, MS, Stephen C. Schoenbaum, MD, MPH, Michelle M. Doty, PhD, MPH, Alyssa L. Holmgren, MPA, Jennifer L. Kriss et Katherine K. Shea. Sous la direction de Deborah Lorber. Voir : www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=482678
- ^x Euro-Canada Health Consumer Index 2008, Health Consumer Powerhouse, Frontier Centre for Public Policy, FC Policy Series No. 38. Voir : www.fcpp.org/pdf/ECHCI2008finalJanuary202008.pdf
- ^{xi} Booz, Allan, Hamilton, Dossier de santé électronique pancanadien, Inforoute Santé du Canada, Stratégie d'investissement décennale, mars 2005-09-06.
- ^{xii} « Même si différents intervenants profiteraient des économies, ce sont les payeurs qui en profiteront à long terme. Si nous affectons les économies en nous basant sur les niveaux actuels de dépenses tirées des comptes nationaux de la santé (tenus par les Centers for Medicare and Medicaid Services), Medicare profiterait de quelque 23 milliards de dollars des économies possibles par année et les payeurs privés, de 31 milliards par année. Les deux parties ont donc vraiment intérêt à encourager l'adoption des systèmes de DME. Les fournisseurs ont des incitations limitées à acheter le DME parce que leur investissement se traduit habituellement en manque à gagner pour eux et en réduction des dépenses de santé pour les payeurs. » [traduction] Tiré de : Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs, par Richard Hillestad, James Bigelow, Anthony Bower, Federico Girosi, Robin Meili, Richard Scoville et Roger Taylor, Health Affairs, 24, n° 5 (2005): 1103-1117. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/24/5/1103#R14>
- ^{xiii} Plan d'affaires 2009-2010, Inforoute Santé du Canada, « Progrès prévu au 31 mars 2010 » page 18. Voir : www2.inforoute.ca/Documents/bp/Business_Plan_2009-2010_fr.pdf
- ^{xiv} Budget fédéral 2009, page 168. Voir : www.budget.gc.ca/2009/pdf/budget-planbudgetaire-fra.pdf
- ^{xv} Une certitude pour la santé des familles canadiennes. Parti conservateur du Canada. Document d'information, le 8 octobre 2008. Voir : http://www.conservative.ca/?section_id=1091§ion_copy_id=107023&language_id=2