

Les dossiers de santé électroniques

au Canada

**SURVOL
DES RAPPORTS DE VÉRIFICATION
FÉDÉRAL ET PROVINCIAUX
AVRIL 2010**



BUREAUX DE VÉRIFICATION LÉGISLATIVE PARTICIPANTS

Alberta • Colombie-Britannique • Nouvelle-Écosse • Ontario • Île-du-Prince-Édouard • Saskatchewan • Canada

Dans le présent Rapport, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Le Rapport est également diffusé sur notre site Web à l'adresse www.oag-bvg.gc.ca.

Pour obtenir des exemplaires de ce rapport et d'autres publications du Bureau du vérificateur général, adressez-vous au :

Bureau du vérificateur général du Canada
240, rue Sparks, arrêt 10-1
Ottawa (Ontario)
K1A 0G6

Téléphone : 613-952-0213, poste 5000, ou 1-888-761-5953
Télécopieur : 613-943-5485
Numéro pour les malentendants (ATS seulement) : 613-954-8042
Courriel : distribution@oag-bvg.gc.ca

This document is also available in English.

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada 2010
Cat. No. FA3-56/2010F-PDF
ISBN 978-1-100-94185-1

Table des matières

En bref	1
Introduction	1
Contexte.....	2
Partage des responsabilités	4
Financement des dossiers de santé électroniques.....	5
Constatations des vérifications	7
Planification des dossiers de santé électroniques.....	7
Mise en service des dossiers de santé électroniques	8
Communication des progrès réalisés au public.....	10
Relever des défis importants	12
Se tourner vers l'avenir	13
Commentaires des gouvernements vérifiés et d'Inforoute Santé du Canada	15
Annexe – Liste des bureaux de vérification participants et de leur site Web	17

Les dossiers de santé électroniques au Canada

SURVOL DES RAPPORTS DE VÉRIFICATION FÉDÉRAL ET PROVINCIAUX

En bref

La mise en service des dossiers de santé électroniques au Canada est une initiative pancanadienne qui requiert la collaboration des parties prenantes, notamment le gouvernement fédéral, Inforoute Santé du Canada Inc., les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres organismes qui participent à la prestation des soins de santé. Chaque administration vérifiée possède au moins un des systèmes de base de dossiers de santé électroniques (DSE), et certaines provinces ont presque terminé la mise en place de tous les systèmes de DSE. Compte tenu des grands défis liés à cette initiative et de ses importants bienfaits prévus, les parties prenantes doivent collaborer pour présenter aux assemblées législatives et aux Canadiens des rapports exhaustifs sur les progrès réalisés et les bienfaits obtenus.

Introduction

Les dossiers de santé électroniques (DSE) sont des dossiers à vie sécurisés et confidentiels qui renferment les antécédents d'une personne en matière de santé et de soins. Ils contiennent de l'information provenant de sources diverses, notamment des hôpitaux, des cliniques, des cabinets de médecins, des pharmacies et des laboratoires. Cette information, qui est essentielle au traitement des patients, est accessible aux professionnels de la santé.

La mise en service des DSE est une initiative pancanadienne qui requiert la collaboration du gouvernement fédéral, d'Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute), des gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres organismes qui participent à la prestation des soins de santé.

Le Bureau du vérificateur général du Canada et les bureaux de vérification de six provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan) ont effectué des vérifications de gestion simultanées de

l'élaboration et de la mise en œuvre des DSE dans leur administration respective. Un comité, composé de représentants de chacun de ces bureaux de vérification, a défini des objectifs et des critères communs pour les vérifications. Les constatations résumées dans le présent rapport ne visent que les administrations nommées.

Le Bureau du vérificateur général du Canada a axé ses travaux sur Inforoute et sur Santé Canada. Les bureaux de vérification provinciaux ont concentré leurs travaux sur le ministère de la Santé de leur province et les autres organisations chargées d'élaborer et d'implanter les DSE au sein de leur administration. Alors que chaque bureau a défini l'étendue de sa propre vérification, tous ont accepté d'examiner la planification et la mise en œuvre de l'initiative, ainsi que les rapports publics présentant les résultats à cet égard. Certains ont élargi l'objet de leur vérification pour inclure, par exemple, la protection des renseignements personnels, la sécurité, ainsi que certaines questions administratives. De plus, certaines vérifications provinciales ont tenu compte de projets entièrement financés par le ministère de la Santé de la province, en plus des projets financés par Inforoute.

Au cours de la dernière année, le Bureau du vérificateur général du Canada et les bureaux de vérification provinciaux participants ont déposé, respectivement, un rapport de vérification à leur assemblée législative, entre octobre 2009 et avril 2010 (l'annexe présente une liste des organismes et de leur site Web, où sont affichés les documents). Le présent document de survol ne tient pas compte des progrès qui ont pu être réalisés pour donner suite aux constatations et aux recommandations depuis le dépôt des rapports.

Contexte


Un dossier de santé électronique (DSE) entièrement fonctionnel permettra aux professionnels de la santé de consulter le dossier médical d'un patient et de le mettre à jour. Idéalement, pour faciliter la prestation de soins de qualité supérieure, le DSE pourra être consulté par les professionnels de la santé autorisés, partout et en tout temps (voir la pièce 1).

Les principaux éléments du DSE sont les suivants :

- Registre des clients — Un répertoire de tous les patients, qui contient des renseignements personnels pertinents.
- Registre des prestataires — Un répertoire des prestataires de soins de santé autorisés à accéder au système.

- Système d'imagerie diagnostique — Un système qui permet de recueillir, de stocker, de gérer, de distribuer et de consulter électroniquement les rapports et les images diagnostiques des patients, comme les radiographies, les échographies, les résultats de tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les tomодensitogrammes.
- Système d'information sur les médicaments — Un système qui permet aux prestataires de soins de santé d'avoir accès aux antécédents pharmaceutiques des patients, de gérer ces renseignements, de les partager et de les sauvegarder.
- Système d'information de laboratoire — Peu importe le lieu où les examens sont effectués, ce système permet aux techniciens de laboratoire de saisir les résultats dans une base de données, qui seront reliés aux DSE des patients. Les résultats pourront ensuite être consultés.
- Dossier de santé électronique interopérable — Ce système permet aux prestataires de soins de santé autorisés de consulter et, parfois, de mettre à jour les renseignements essentiels sur la santé d'un patient.

Pièce 1 : Exemple fictif de dossier de santé électronique

<ul style="list-style-type: none"> • Aide • Fin de session 	Renseignements sur le patient  <p>GME0000 Smith, Caroline</p> <p>Sexe : Féminin Date de naissance : 01-01-1940 Plus proche parent : John Smith</p> <p>Téléphone : 365-565-9090 Adresse : 19, Provincial Rd., Edmonton (Alberta) T6M 1R7</p>		Renseignements sur le généraliste Nom : Jones, Evans Téléphone : 333-465-5545 Adresse : 11, avenue Terrace, Edmonton (Alberta) T4Y 8U9																																																																																										
	Dossier de patient <ul style="list-style-type: none"> • Sommaire • Résultats d'examen de laboratoire • Images diagnostiques • Détails • Notes ou commentaires 		Autres prestataires de soins <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Spécialité</th> <th>Dernière consultation</th> <th>Prochaine consultation</th> <th>Droit d'accès</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diaz, Ellen</td> <td>Cardiologie</td> <td>01-2006</td> <td>07-2006</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Fournier, Janice</td> <td>IA</td> <td>08-2005</td> <td></td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Cohen, Richard</td> <td>Dermatologie</td> <td>07-2005</td> <td></td> <td>N</td> </tr> </tbody> </table>		Nom	Spécialité	Dernière consultation	Prochaine consultation	Droit d'accès	Diaz, Ellen	Cardiologie	01-2006	07-2006	O	Fournier, Janice	IA	08-2005		N	Cohen, Richard	Dermatologie	07-2005		N																																																																					
Nom	Spécialité	Dernière consultation	Prochaine consultation	Droit d'accès																																																																																									
Diaz, Ellen	Cardiologie	01-2006	07-2006	O																																																																																									
Fournier, Janice	IA	08-2005		N																																																																																									
Cohen, Richard	Dermatologie	07-2005		N																																																																																									
Alertes <ul style="list-style-type: none"> • Allergies – Sulfamides • Test de PAP à effectuer • Vaccin diphtérie-tétanos à administrer • Hémoglobine A1C au-dessus de la cible 		Médicaments <table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Médicaments</th> <th>Ordonnances</th> <th>Dernière exécution</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11-1989</td> <td>Hydrochlorothiazide à 25 mg</td> <td>Un comprimé au déjeuner</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>03-1999</td> <td>Glyburide à 5 mg</td> <td>Un comprimé 2 fois par jour</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>01-2001</td> <td>Metformine à 500 mg</td> <td>Deux comprimés 2 fois par jour</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>03-2001</td> <td>Atorvastatine à 20 mg</td> <td>Un comprimé au souper</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>02-2002</td> <td>Aténolol à 50 mg</td> <td>Un comprimé au déjeuner</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>02-2002</td> <td>AAS gastro-résistant à 325 mg</td> <td>Un comprimé au déjeuner</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>02-2006</td> <td>Ramipril à 10 mg</td> <td>Un comprimé au souper</td> <td>02-2006</td> </tr> <tr> <td>06-2005</td> <td>Cloxaciline à 500 mg</td> <td>Interrompue</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05-2004</td> <td>Crème de béclométhasone</td> <td>Interrompue</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Date	Médicaments	Ordonnances	Dernière exécution	11-1989	Hydrochlorothiazide à 25 mg	Un comprimé au déjeuner	12-2005	03-1999	Glyburide à 5 mg	Un comprimé 2 fois par jour	12-2005	01-2001	Metformine à 500 mg	Deux comprimés 2 fois par jour	12-2005	03-2001	Atorvastatine à 20 mg	Un comprimé au souper	12-2005	02-2002	Aténolol à 50 mg	Un comprimé au déjeuner	12-2005	02-2002	AAS gastro-résistant à 325 mg	Un comprimé au déjeuner	12-2005	02-2006	Ramipril à 10 mg	Un comprimé au souper	02-2006	06-2005	Cloxaciline à 500 mg	Interrompue		05-2004	Crème de béclométhasone	Interrompue																																																			
Date	Médicaments	Ordonnances	Dernière exécution																																																																																										
11-1989	Hydrochlorothiazide à 25 mg	Un comprimé au déjeuner	12-2005																																																																																										
03-1999	Glyburide à 5 mg	Un comprimé 2 fois par jour	12-2005																																																																																										
01-2001	Metformine à 500 mg	Deux comprimés 2 fois par jour	12-2005																																																																																										
03-2001	Atorvastatine à 20 mg	Un comprimé au souper	12-2005																																																																																										
02-2002	Aténolol à 50 mg	Un comprimé au déjeuner	12-2005																																																																																										
02-2002	AAS gastro-résistant à 325 mg	Un comprimé au déjeuner	12-2005																																																																																										
02-2006	Ramipril à 10 mg	Un comprimé au souper	02-2006																																																																																										
06-2005	Cloxaciline à 500 mg	Interrompue																																																																																											
05-2004	Crème de béclométhasone	Interrompue																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnostic</th> <th>Date</th> <th>État</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hypertension</td> <td>11-1989</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Diabète</td> <td>05-1996</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Coronaropathie</td> <td>02-2002</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Taux de lipides à jeun</td> <td>12-2005</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Épreuve d'effort</td> <td>01-2005</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Angiographie coronaire</td> <td>02-2002</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cellulite</td> <td>02-2005</td> <td>Résolu</td> </tr> <tr> <td>Cholécystectomie</td> <td>05-1981</td> <td>Résolu</td> </tr> <tr> <td>Césarienne</td> <td>01-1967</td> <td>Résolu</td> </tr> </tbody> </table>		Diagnostic	Date	État	Hypertension	11-1989	En cours	Diabète	05-1996	En cours	Coronaropathie	02-2002	En cours	Taux de lipides à jeun	12-2005		Épreuve d'effort	01-2005		Angiographie coronaire	02-2002		Cellulite	02-2005	Résolu	Cholécystectomie	05-1981	Résolu	Césarienne	01-1967	Résolu	Historique des consultations <table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Établissement</th> <th>Spécialité</th> <th>Clinicien</th> <th>Raison</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02-2006</td> <td>MG</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Hypertension</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>01-2006</td> <td>Cardio. Assoc.</td> <td>Cardiologie</td> <td>Diaz, E.</td> <td>Coronaropathie</td> <td>Patient externe</td> </tr> <tr> <td>12-2005</td> <td>MG</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Diabète</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>10-2005</td> <td>Hôp. général</td> <td>Diététique</td> <td>Johnson, H.</td> <td>Cours sur le diabète</td> <td>Patient externe</td> </tr> <tr> <td>08-2005</td> <td>MG</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Diabète</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>08-2005</td> <td>MG</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Cellulite</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>08-2005</td> <td>Visite à domicile</td> <td>IA</td> <td>Fournier J.,</td> <td>Cellulite</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>08-2005</td> <td>MG</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>Cellulite</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>07-2005</td> <td>Polyclinique</td> <td>Dermatologie</td> <td>Cohen, R.</td> <td>Dermatite de stase</td> <td>Patient externe</td> </tr> </tbody> </table>		Date	Établissement	Spécialité	Clinicien	Raison	Type	02-2006	MG	-	-	Hypertension	-	01-2006	Cardio. Assoc.	Cardiologie	Diaz, E.	Coronaropathie	Patient externe	12-2005	MG	-	-	Diabète	-	10-2005	Hôp. général	Diététique	Johnson, H.	Cours sur le diabète	Patient externe	08-2005	MG	-	-	Diabète	-	08-2005	MG	-	-	Cellulite	-	08-2005	Visite à domicile	IA	Fournier J.,	Cellulite	-	08-2005	MG	-	-	Cellulite	-	07-2005	Polyclinique	Dermatologie	Cohen, R.	Dermatite de stase	Patient externe
Diagnostic	Date	État																																																																																											
Hypertension	11-1989	En cours																																																																																											
Diabète	05-1996	En cours																																																																																											
Coronaropathie	02-2002	En cours																																																																																											
Taux de lipides à jeun	12-2005																																																																																												
Épreuve d'effort	01-2005																																																																																												
Angiographie coronaire	02-2002																																																																																												
Cellulite	02-2005	Résolu																																																																																											
Cholécystectomie	05-1981	Résolu																																																																																											
Césarienne	01-1967	Résolu																																																																																											
Date	Établissement	Spécialité	Clinicien	Raison	Type																																																																																								
02-2006	MG	-	-	Hypertension	-																																																																																								
01-2006	Cardio. Assoc.	Cardiologie	Diaz, E.	Coronaropathie	Patient externe																																																																																								
12-2005	MG	-	-	Diabète	-																																																																																								
10-2005	Hôp. général	Diététique	Johnson, H.	Cours sur le diabète	Patient externe																																																																																								
08-2005	MG	-	-	Diabète	-																																																																																								
08-2005	MG	-	-	Cellulite	-																																																																																								
08-2005	Visite à domicile	IA	Fournier J.,	Cellulite	-																																																																																								
08-2005	MG	-	-	Cellulite	-																																																																																								
07-2005	Polyclinique	Dermatologie	Cohen, R.	Dermatite de stase	Patient externe																																																																																								
		Immunisation <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Plus récente</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Influenza</td> <td>11-2005</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Pneumovax</td> <td>03-2005</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Twinrix</td> <td>08-2002</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Diphtérie-tétanos</td> <td>04-1996</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Type	Plus récente	Nombre	Influenza	11-2005	7	Pneumovax	03-2005	1	Twinrix	08-2002	3	Diphtérie-tétanos	04-1996	1	Indices de diabète <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Valeur</th> <th>Dernière évaluation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A1C</td> <td>0,071</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>2,41</td> <td>12-2005</td> </tr> <tr> <td>TA</td> <td>135/75</td> <td>02-2006</td> </tr> <tr> <td>Microalbuminurie</td> <td>0,02</td> <td>08-2005</td> </tr> <tr> <td>Examen oculaire</td> <td></td> <td>05-2005</td> </tr> <tr> <td>Glycémie à domicile (moyenne)</td> <td>7,4</td> <td>01-2006</td> </tr> </tbody> </table>		Type	Valeur	Dernière évaluation	A1C	0,071	12-2005	LDL	2,41	12-2005	TA	135/75	02-2006	Microalbuminurie	0,02	08-2005	Examen oculaire		05-2005	Glycémie à domicile (moyenne)	7,4	01-2006																																																				
Type	Plus récente	Nombre																																																																																											
Influenza	11-2005	7																																																																																											
Pneumovax	03-2005	1																																																																																											
Twinrix	08-2002	3																																																																																											
Diphtérie-tétanos	04-1996	1																																																																																											
Type	Valeur	Dernière évaluation																																																																																											
A1C	0,071	12-2005																																																																																											
LDL	2,41	12-2005																																																																																											
TA	135/75	02-2006																																																																																											
Microalbuminurie	0,02	08-2005																																																																																											
Examen oculaire		05-2005																																																																																											
Glycémie à domicile (moyenne)	7,4	01-2006																																																																																											

Source : Dossier adapté d'une illustration d'Inforoute Santé du Canada Inc.

Remarque : Il s'agit d'une personne fictive.

Les dossiers de santé électroniques visent à régler un certain nombre de problèmes persistants qui minent le système de santé canadien. Certains de ces problèmes pourraient découler de l'utilisation de dossiers médicaux conventionnels (sur papier). Les dossiers électroniques sont plus susceptibles d'être lisibles, accessibles au besoin, et ils sont plus facilement et plus rapidement consultables et disponibles. Ils présentent d'autres avantages possibles pour les patients, notamment l'amélioration des soins et la réduction des risques (par exemple, moins d'effets indésirables des médicaments, de risque de dédoublement de tests et de tests invasifs ou onéreux). En ce qui concerne les professionnels de la santé, ils devraient pouvoir prendre des décisions plus judicieuses grâce à des informations à jour et complètes sur les patients. Dans l'ensemble, les DSE devraient réduire les coûts et améliorer la qualité des soins.

Partage des responsabilités

Chacune des parties prenantes associées à l'initiative de DSE joue un rôle important.

Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute). Créée en 2001, cette organisation sans but lucratif est autonome par rapport aux pouvoirs publics. Inforoute se décrit comme un « investisseur stratégique » qui cible ses investissements en vue de favoriser et d'accélérer l'établissement des DSE dans l'ensemble du pays. Elle collabore avec les provinces et les territoires, qui sont chargés de la mise en œuvre des services de santé, afin de définir une orientation nationale, et elle s'emploie à garantir que les stratégies provinciales et territoriales concordent avec les priorités nationales.

Inforoute finance des projets, de concert avec les provinces et territoires, selon le principe du « premier arrivé, premier servi », en prenant à sa charge jusqu'à 75 % des coûts admissibles des projets approuvés. Inforoute participe également à la planification de projets et surveille leur mise en œuvre par les provinces et les territoires, ainsi que la qualité des livrables.

Même si chaque province et chaque territoire disposera d'un système de DSE adapté à ses besoins, il est primordial que les systèmes provinciaux et territoriaux reposent sur un ensemble convenu de principes ou de caractéristiques. C'est pourquoi Inforoute, en consultation avec les provinces, les territoires et les autres parties prenantes, a défini les principales exigences et les éléments clés du DSE et établi l'Architecture de solutions du dossier de santé électronique pour guider la conception nationale des DSE. Rendue publique en 2003, l'Architecture représente un cadre technologique permettant de partager les renseignements médicaux de manière sécuritaire et appropriée dans l'ensemble du pays. Révisée en 2006, l'Architecture apporte désormais des précisions sur

la manière dont les normes peuvent favoriser la mise en commun de renseignements médicaux et le respect des exigences fédérales, provinciales et territoriales, ainsi que des obligations à l'égard du respect de la vie privée et de la sécurité de toutes les administrations. Selon Inforoute, il est essentiel que les provinces et les territoires se conforment à cette architecture et que les normes soient respectées si l'on veut que les DSE soient compatibles dans tout le pays.

Provinces et territoires. Il incombe aux provinces et aux territoires de définir leurs propres stratégies de DSE et de proposer à Inforoute des projets qui sont conformes à l'Architecture établie, aux normes et aux critères d'admissibilité. Ils doivent assurer la mise en œuvre des projets et prendre en charge les coûts d'exploitation et de maintenance des systèmes de DSE. Étant donné que le financement total accordé par Inforoute est fixé définitivement lors de l'approbation des projets, les provinces et les territoires doivent assumer tous les risques de dépassement des coûts.

Les provinces et territoires doivent également financer les autorités sanitaires régionales et les hôpitaux pour les aider à mettre en œuvre d'autres initiatives en faveur des DSE. Ils doivent veiller à ce que les systèmes de DSE implantés respectent leurs propres lois sur la protection de la vie privée. Enfin, les provinces et les territoires doivent également aider les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé à comprendre et à utiliser les DSE.

Financement des dossiers de santé électroniques

Depuis sa création en 2001, Inforoute a reçu 1,6 milliard de dollars du gouvernement fédéral. Au 31 mars 2009, Inforoute avait consacré environ 615 millions de dollars à l'initiative de dossiers de santé électroniques (DSE) et engagé environ 614 millions de dollars de plus — pour un total de 1,2 milliard de dollars, approximativement. La pièce 2 présente la répartition des dépenses et des engagements consentis. Les 400 millions de dollars qui restent ont été alloués à des priorités connexes.

Pour la plupart des provinces, l'initiative de DSE ne constitue qu'une partie de la stratégie générale de cybersanté. Les provinces financent également d'autres volets de leurs stratégies de cybersanté, notamment l'informatisation des systèmes dans les cabinets des médecins de soins primaires et les hôpitaux et la mise au point de systèmes axés sur la santé des enfants et la gestion des maladies chroniques, comme le diabète. Alors que les coûts d'Inforoute sont connus, toutes les provinces n'ont pas fait un suivi de leurs coûts totaux de manière uniforme. Par conséquent, le coût total de l'initiative

de DSE n'est pas connu à ce jour. Certains spécialistes estiment à plus de 10 milliards de dollars le coût total de la mise en place d'un système national de dossiers de santé électroniques et en évaluent les retombées à 6 milliards de dollars par année.

Pièce 2 : Les dépenses et les engagements d'Inforoute en faveur des dossiers de santé électroniques – au 31 mars 2009

Administration	Dépenses (en millions de \$)	Engagements (en millions de \$)	Total (en millions de \$)
Alberta	87	36	123
Colombie-Britannique	84	79	163
Manitoba	21	32	53
Nouveau-Brunswick	18	20	38
Terre-Neuve-et-Labrador	37	28	65
Territoires du Nord-Ouest	6	6	12
Nouvelle-Écosse	26	20	46
Nunavut	2	5	7
Ontario	132	171	303
Île-du-Prince-Édouard	11	0	11
Québec	107	188	295
Saskatchewan	42	25	67
Yukon	1	1	2
Ensemble du Canada	41	3	44
Total	615	614	1 229

Source : Inforoute Santé du Canada Inc.

Remarque : Les données ont été arrondies au million de dollars le plus près et englobent les paiements destinés à couvrir les coûts admissibles des projets, les impôts et la répartition des frais de gestion d'Inforoute.

Constatations des vérifications

Chaque province a adopté une stratégie unique à l'égard des dossiers de santé électroniques (DSE). Elles n'ont pas les mêmes stratégies de cybersanté, ni les mêmes priorités, calendriers et approches. Des thèmes communs se dégagent néanmoins des rapports de vérification. Nous les présentons dans les prochaines pages.

Planification des dossiers de santé électroniques

Un projet d'envergure aussi complexe et coûteux que l'élaboration et la mise en service d'un réseau national de DSE requiert la collaboration de toutes les parties concernées et nécessite l'établissement de plans stratégiques et opérationnels pour guider et coordonner les activités de ces parties. Cela pose un défi particulier aux provinces et aux territoires.

Inforoute, en collaboration avec les provinces et les territoires, a beaucoup accompli depuis sa fondation il y a huit ans. Comme nous l'avons déjà mentionné, Inforoute — en consultation avec les provinces, les territoires et les autres parties prenantes — a cerné les principales exigences et les composantes clés d'un DSE et défini l'Architecture de solutions du dossier de santé électronique pour guider la conception des DSE à l'échelle nationale. Les plans stratégiques d'Inforoute définissent les priorités, de même que des objectifs et des cibles mesurables. Ils présentent aussi un plan directeur pour le développement des divers éléments des systèmes de DSE.

Les provinces et les territoires ont dû aller au-delà de l'Architecture, qui correspond à la structure des DSE pour l'ensemble du pays, en vue de définir leur propre stratégie de mise en œuvre des DSE. Voici quelques-unes des principales constatations à l'échelon provincial :

- L'Alberta possédait un plan stratégique actualisé et complet pour ses systèmes de DSE.
- La Colombie-Britannique disposait d'un plan stratégique au début de l'initiative, mais il n'était pas complet. Elle possède désormais un nouveau plan stratégique.
- Le plan stratégique de l'Île-du-Prince-Édouard n'était pas actualisé pour tenir compte de l'achèvement de la mise en œuvre des DSE selon les normes d'Inforoute.
- La Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Saskatchewan ont lancé leur initiative de DSE sans disposer d'un plan stratégique complet.
- L'Ontario a achevé son plan stratégique en 2009 seulement, soit après plus de dix ans d'efforts en vue de créer un système de DSE.

- La Saskatchewan vient d'établir un organe de gouvernance chargé de formuler des avis stratégiques sur la mise en service des DSE. Elle est en voie de définir un plan stratégique pour les DSE.
- Aucune province n'avait de plans pour des projets individuels liés de façon adéquate aux plans stratégiques. Toutefois, la Colombie-Britannique a récemment fait des progrès à cet égard.

L'établissement complet des DSE nécessite le développement ou la mise à niveau de beaucoup de systèmes. Lorsqu'il n'y a pas de plan stratégique pour les DSE à l'échelon de la province, ou lorsque les liens entre les plans sont faibles, il est difficile de déterminer quand les composantes des systèmes seront développées ou mises à niveau. Il est difficile aussi de déterminer quels systèmes auront besoin d'une mise à niveau. Enfin, il y a un risque que les projets amorcés ne respectent pas les priorités et les objectifs établis pour l'ensemble de l'initiative de DSE et que les besoins des utilisateurs ne soient pas comblés.

Mise en service des dossiers de santé électroniques

Lors de la mise en service des dossiers de santé électroniques (DSE), il est important de veiller à ce qu'ils soient compatibles à l'échelle nationale, de manière à ce que les professionnels de la santé puissent consulter l'information lorsqu'une personne a besoin de soins, peu importe l'endroit où elle se trouve.

À l'échelon fédéral, la vérification nous a permis de constater qu'Inforoute gérait les fonds fédéraux avec diligence en vue d'atteindre son objectif d'établissement des DSE dans l'ensemble du pays. À titre d'investisseur stratégique, Inforoute approuve chacun des projets en fonction de son succès probable et de l'engagement du promoteur à satisfaire aux exigences établies, notamment à la mise en conformité des projets avec l'Architecture et au respect des normes applicables. Elle finance les projets selon un modèle de financement par étapes qui prévoit le décaissement des fonds uniquement lorsque des étapes préétablies ont été franchies. La vérification fédérale nous a permis de constater qu'Inforoute avait établi et appliqué uniformément un processus d'approbation qui permet d'évaluer les projets en fonction des exigences, y compris l'exigence clé selon laquelle les DSE doivent être compatibles dans l'ensemble du pays. Inforoute a aussi rédigé des accords juridiques pour chacun des projets menés de concert avec les provinces et les territoires afin d'obtenir une assurance accrue que les exigences seront respectées.

Pour avoir l'assurance que les projets respectent ces exigences, il est primordial de tester les systèmes. Or, nous avons constaté qu'Inforoute n'obtenait pas des provinces et des territoires les résultats des tests de conformité effectués sur les systèmes de DSE en vue d'obtenir l'assurance que les normes ont été appliquées comme il se doit. Inforoute ne possède donc pas une assurance suffisante que les systèmes de DSE seront compatibles à l'échelle du pays. L'organisation dispose d'un plan pour assurer la compatibilité des systèmes à l'échelle nationale pour les cas où il y a des écarts de conformité par rapport aux normes.

Il semble que les provinces travaillent surtout à assurer la compatibilité des systèmes sur leur territoire respectif. Cette stratégie repose sur le fait que la majorité des citoyens se font soigner dans leur province de résidence. Les provinces ont indiqué qu'elles comptaient se conformer aux normes, mais il est trop tôt pour avoir la certitude que leurs systèmes seront compatibles. De plus, il est difficile de savoir quand les systèmes en place seront mis à niveau, s'il y a lieu, pour respecter les normes de compatibilité.

Il est important de bien gérer les projets, lors de la mise en œuvre d'un système de DSE, si l'on veut atteindre les objectifs, surveiller le rendement et atténuer les risques de manière efficace et économique. Il est ressorti des vérifications que les méthodes de gestion des projets variaient d'une province à l'autre. Voici ce que l'on a constaté :

- En Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, la planification et la surveillance des projets, l'atténuation des risques et la communication d'informations sur l'état d'avancement de chaque projet étaient conformes aux meilleures pratiques en vigueur.
- En Saskatchewan, les projets individuels étaient gérés selon des méthodes de gestion de projet reconnues, mis à part le fait que les coûts globaux et les échéances n'étaient pas surveillés.
- En Alberta, les projets de DSE étaient gérés selon des méthodes de gestion de projet reconnues. Cependant, la vérification a permis de constater que des analyses de rentabilisation pour étayer les composantes des DSE n'étaient pas menées systématiquement et qu'une meilleure surveillance des coûts s'avérait nécessaire.
- En Ontario, la vérification a révélé une surveillance inadéquate des dépenses de projet et de leurs résultats et un important élargissement de la portée originale des projets.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, des lacunes dans la gestion des projets ont été relevées entre 2005 et 2007. Des progrès significatifs ont été réalisés en 2007, mais la surveillance et le compte rendu des coûts associés aux projets demeurent un problème.

Les ministères de la Santé qui ne disposent pas de bons processus de gestion de projets sont moins en mesure de bien gérer les coûts, les risques et les problèmes. Par conséquent, les projets pourraient ne pas respecter les échéances fixées par les ministères, ni répondre aux attentes des utilisateurs.

En raison de la complexité des systèmes de DSE, il faut qu'un organisme central en assure le leadership et l'orientation. La vérification de l'Ontario a permis de relever des faiblesses dans la structure de gouvernance de son initiative de DSE, lesquelles ont nui à l'efficacité de la surveillance et à la clarté des obligations redditionnelles. Le rapport de vérification de la Colombie-Britannique a d'abord relevé des faiblesses semblables, mais le ministère a depuis rationalisé la structure de gouvernance, clarifié les rôles et augmenté le nombre de parties prenantes. La surveillance de l'initiative de DSE à l'Île-du-Prince-Édouard s'était révélée inadéquate, mais la vérification a permis de constater que des progrès ont été réalisés à ce chapitre après 2007. La vérification de l'Alberta a fait ressortir le besoin d'améliorer la surveillance des systèmes de DSE de la province. À l'échelon fédéral, la vérification a révélé qu'Inforoute disposait de mécanismes de gouvernance appropriés et que son conseil d'administration appliquait les méthodes appropriées pour exercer son rôle d'intendance. Les autres bureaux de vérification participants n'ont pas vérifié la structure de gouvernance.

Communication des progrès réalisés au public

L'objectif fixé par Inforoute, les provinces et les territoires est double :

- D'ici à 2010, chaque province et territoire, ainsi que les populations qu'ils desservent, bénéficieront de nouveaux systèmes d'information sur la santé qui contribueront à moderniser leur système de santé.
- D'ici à 2010, le dossier de santé électronique de 50 % des Canadiens sera accessible aux professionnels de la santé autorisés qui leur fournissent des soins. Cette proportion devrait atteindre 100 % en 2016.

Le premier volet de cet objectif a été atteint, puisque chaque administration possède au moins un nouveau système d'information sur la santé. Pour ce qui est du deuxième volet, Inforoute a indiqué qu'au 31 mars 2009, 17 % des Canadiens habitaient dans une province ou un territoire où un système complet de DSE était accessible.

Inforoute dépend des provinces et des territoires pour atteindre cet objectif. Bien que chaque province ait établi ses propres échéances pour la mise en œuvre de sa stratégie de cybersanté, certaines sont plus près de la ligne d'arrivée que d'autres. Ainsi, l'Alberta

a accompli des progrès intéressants dans la mise en place des principaux éléments de son système de DSE. La Colombie-Britannique a aussi progressé : les travaux de quatre des six principaux éléments sont très avancés; cependant, ils ne sont pas nécessairement encore adoptés ou utilisés. La Nouvelle-Écosse, quant à elle, prévoit que son système sera opérationnel d'ici à mars 2010, même s'il ne comprend pas, au début, un système d'information sur les médicaments. À l'Île-du-Prince-Édouard, plusieurs des principaux éléments sont prêts, mais la province doit encore mener des travaux complémentaires pour que les DSE soient entièrement interopérables sur son territoire et que le système soit conforme aux normes nationales.

Inforoute a collaboré avec les représentants des provinces et convenu des mesures qui devraient être prises par chaque administration en vue d'atteindre l'objectif national d'ici au 31 décembre 2010. Inforoute, les provinces et les territoires ont besoin de collaborer pour définir des outils de mesure du rendement et des normes de rapport pour chaque système de base des DSE. Ces outils leur permettront de rendre compte à leur assemblée législative, d'une manière cohérente et suffisante, des progrès réalisés en vue d'atteindre l'objectif.

Les rapports publics sur les progrès réalisés à l'échelon provincial sont limités. L'absence d'information exhaustive, notamment sur les coûts, les bases de référence et les mesures du rendement visant l'ensemble de l'initiative, nuit aux efforts déployés par les provinces à cet égard. Toutefois, certaines initiatives sont en chantier. Par exemple, la Nouvelle-Écosse travaille conjointement avec deux autres provinces de l'Atlantique en vue de définir des indicateurs de rendement. L'Alberta a enregistré des progrès dans la mise au point d'éléments clés pour l'évaluation des avantages de l'initiative, même si aucune évaluation n'a encore été effectuée à ce chapitre. L'Île-du-Prince-Édouard a, pour sa part, fait des évaluations préliminaires des avantages de certains projets et prévoit procéder ultérieurement à une évaluation plus exhaustive.

Les ministères provinciaux de la Santé et la population en général ne sont donc pas en mesure, actuellement, de déterminer si les objectifs et les buts de l'initiative sont atteints, dans le respect des échéances et des budgets établis. Des renseignements supplémentaires sur les progrès réalisés et sur la disponibilité et l'utilisation des DSE sont nécessaires pour permettre aux assemblées législatives et aux Canadiens de déterminer si les investissements consentis jusqu'ici ont été rentables et s'ils le seront à l'avenir.

Relever des défis importants

Même si l'élaboration et l'instauration des dossiers de santé électroniques (DSE) ont progressé dans l'ensemble du pays, Inforoute, les provinces, les territoires et les autres parties prenantes doivent continuer de collaborer pour régler les problèmes qui ont été signalés dans le cadre de nos vérifications et relever les défis importants décrits ci-dessous. Pour poursuivre la mise en œuvre des DSE, les pouvoirs publics et Inforoute devront, à moyen terme, porter une attention continue aux questions cruciales suivantes :

Atteinte de l'objectif établi. Inforoute a déterminé que le risque de ne pas atteindre l'objectif est élevé. En effet, au 31 mars 2009, seulement 17 % des Canadiens habitaient dans une province où un système complet de DSE était accessible aux professionnels de la santé. L'objectif, selon lequel 50 % de la population (100 % en 2016) posséderont un DSE que pourront consulter les professionnels de la santé autorisés qui les soignent avant la fin de l'année 2010, sera-t-il atteint? Le système de DSE sera-t-il prêt à temps, selon ce qui est prévu par chacune des administrations?

Récolte des bienfaits. Deux études commandées par Inforoute ont indiqué que quand les DSE seront opérationnels, ils permettront de réaliser des économies estimées à 6 milliards de dollars par année. Le Canada pourra-t-il réaliser ces économies et enregistrer des gains d'efficience? Quels seront les autres bienfaits de l'initiative? Quand les administrations définiront-elles des bases de référence pour commencer à mesurer les bienfaits?

Mise à niveau des systèmes. Les projets de DSE achevés n'ont pas tous été mis au point selon les normes requises pour être compatibles à l'échelle nationale. Qui fournira les fonds nécessaires pour assurer la compatibilité de tous les systèmes? Quand ces fonds seront-ils octroyés? Les administrations ont-elles prévu des plans pour la mise à niveau des systèmes en vue d'assurer leur compatibilité à l'échelle nationale? Les DSE pourront-ils être consultés par les professionnels de la santé, partout et en tout temps, pour faciliter la prestation de soins de qualité supérieure?

Informatisation des cabinets médicaux. Les DSE sont implantés dans des établissements institutionnels comme les hôpitaux, les cliniques, les pharmacies et les laboratoires. Toutefois, Inforoute a estimé qu'environ 80 % des consultations médicales se déroulent en cabinet avec des médecins et des spécialistes qui pratiquent hors du milieu institutionnel. Selon une étude menée en 2007, un nombre restreint de médecins prodiguant des soins primaires au Canada utilisent des systèmes informatisés dans leur cabinet pour communiquer et échanger de l'information. À moins que cette proportion ne fasse un bond, les DSE ne pourront apporter tous

les avantages prévus. Comment peut-on multiplier le nombre de médecins de soins primaires qui utilisent des systèmes informatiques?

Solutions de santé grand public. Les nouveaux systèmes d'information en matière de santé qui permettent aux patients d'accéder directement à leur dossier de santé et de contrôler les renseignements personnels qui s'y trouvent sont de plus en plus répandus. Pour que ces systèmes puissent partager correctement les renseignements, leurs fournisseurs devront proposer des solutions qui sont compatibles avec les systèmes qui ont déjà été financés. Inforoute a lancé un service de certification qui atteste que les solutions de santé grand public mises sur le marché sont conformes aux normes établies en matière de protection des renseignements personnels, de sécurité et de compatibilité. Faudra-t-il prendre d'autres mesures pour veiller à ce que les solutions de santé grand public ou les dossiers de santé personnels soient compatibles avec les systèmes de DSE déjà implantés?

Partage des renseignements personnels sur la santé. La mise en commun des renseignements personnels sur la santé entre les provinces et les territoires est cruciale pour assurer l'accessibilité des DSE dans l'ensemble du pays — cela est particulièrement vrai pour les Canadiens qui habitent dans de petites provinces ou de petits territoires et qui ont besoin de soins spécialisés offerts uniquement dans les grands centres urbains. Cela concerne aussi les Canadiens qui déménagent d'une province à une autre, qui voyagent souvent ou qui habitent dans un endroit, mais étudient ou travaillent ailleurs. Comment les écarts entre les lois des provinces et des territoires qui régissent la collecte, l'utilisation, la protection et la divulgation de renseignements personnels sur la santé seront-ils résolus de façon à faciliter le partage de ces renseignements entre les administrations?

Financement de l'initiative. Enfin, des questions se posent toujours au sujet du financement de l'initiative. Quel sera le coût total de la mise en œuvre intégrale des DSE?

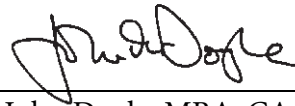
Se tourner vers l'avenir

Les pouvoirs publics fédéraux et provinciaux ont l'occasion de dresser l'état des lieux de l'initiative et de confirmer ou de recadrer les priorités, les objectifs, les budgets et les échéances. La réussite globale de la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques en dépend. Compte tenu de l'importance des investissements effectués, des bienfaits possibles et de l'intérêt des Canadiens à l'égard des soins de santé, c'est aussi l'occasion pour les comités parlementaires de chacune des assemblées législatives de continuer, ensemble ou individuellement, de faire un suivi des constatations qui se dégagent des vérifications et de surveiller la mise en œuvre des DSE au cours des prochaines années.

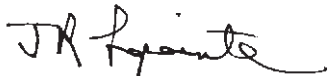
Signatures des représentants des bureaux de vérification participants



Merwan Saher, CA
Vérificateur général de l'Alberta
par intérim



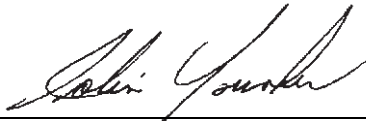
John Doyle, MBA, CA
Vérificateur général de
la Colombie-Britannique



Jacques R. Lapointe, CA
Vérificateur général de
la Nouvelle-Écosse



Jim McCarter, FCA, MBA, CISA
Vérificateur général de l'Ontario



Colin P. Younker, CA
Vérificateur général de
l'Île-du-Prince-Édouard



Fred Wendel, CMA, CA
Vérificateur provincial de
la Saskatchewan



Sheila Fraser, FCA
Vérificatrice générale du Canada

Commentaires des gouvernements vérifiés et d'Inforoute Santé du Canada

Commentaires des gouvernements du Canada, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Saskatchewan et de l'Alberta, ainsi que d'Inforoute Santé du Canada

Les vérifications effectuées sur la mise en place des dossiers de santé électroniques (DSE) ont montré que cette importante initiative pancanadienne progresse. Les gouvernements vérifiés et Inforoute ont répondu à leurs vérifications respectives des DSE en élaborant des plans et en mettant en œuvre des activités qui donnent suite aux recommandations émises.

Outre ces enjeux, *Les dossiers de santé électroniques au Canada — Survol des rapports de vérification fédéral et provinciaux* conclut qu'il existe un certain nombre de défis à facettes multiples, lesquels sont bien saisis par tous les acteurs qui participent à cette entreprise complexe. Les gouvernements et Inforoute demeurent déterminés à travailler de concert afin de relever ces défis, et ils ont déjà pris des mesures à cet effet.

Les administrations et Inforoute sont en bonne voie **d'atteindre l'objectif** de rendre les DSE de 50 % des Canadiens accessibles aux professionnels de la santé d'ici 2010. Lorsqu'elle mesure les progrès, Inforoute n'intègre pas dans son calcul les données des administrations ou régions qui n'ont pas encore en place toutes les composantes de base des DSE; par conséquent, d'importants progrès réalisés dans des systèmes individuels ne sont pas reflétés dans les calculs. À l'heure actuelle, les prévisions d'Inforoute donnent à penser que le pays sera très près de l'objectif annoncé d'ici la fin de 2010 et que la barre des 50 % sera franchie au cours de la première moitié de 2011.

Inforoute, les provinces et les territoires reconnaissent qu'il faudra du temps pour évaluer les **avantages**, étant donné que les systèmes doivent être complets et utilisés avant que l'on puisse en mesurer l'incidence. Les parties jettent actuellement les bases d'évaluations fondées sur des données probantes. Inforoute a élaboré un « cadre d'évaluation des avantages » qui vise à définir pour chacun de ses programmes d'investissement des indicateurs liés à l'accès, à la qualité et à la productivité. Une évaluation des systèmes d'imagerie diagnostique, qui sont en service dans toutes les administrations, démontre les grands avantages découlant de ces investissements.

De nombreuses administrations avaient déjà mis en œuvre des composantes de DSE avant la création d'Inforoute; elles ont donc besoin de **mettre à niveau leurs systèmes**. Inforoute collabore avec les administrations et les fournisseurs en vue d'élaborer des

stratégies à cette fin. Pour les nouveaux systèmes dont le financement est partagé avec Inforoute, le processus d’approbation exige qu’ils respectent toutes les normes établies par Inforoute. Les gouvernements et Inforoute sont résolus à faire en sorte que tous les systèmes puissent un jour communiquer entre eux.

En ce qui concerne les **systèmes informatisés dans les cabinets de médecins**, l’approche du Canada en matière de cybersanté se centrait au départ sur la mise en place de systèmes globaux au sein des administrations (c.-à-d. les DSE); le branchement des milieux cliniques (p. ex., les cabinets de médecins) constituait la deuxième phase. Les administrations et Inforoute ont conjointement établi une stratégie pour aller de l’avant et un nouveau financement a été octroyé pour cette question.

Les sous-ministres de la Santé ont mandaté Inforoute pour jouer le rôle de leader pancanadien et veiller à ce que les **solutions de santé grand public** (dossiers de santé personnels) soient interopérables avec les DSE au Canada. En février 2009, Inforoute a lancé un service d’attestation pour appuyer ce processus.

Les gouvernements sont décidés à élaborer un cadre stratégique et juridique approprié pour le **partage des renseignements de santé personnels** entre les administrations.

De récentes décisions gouvernementales en matière de **financement** des DSE reflètent l’engagement continu des administrations envers cette initiative. Le transfert de 500 millions de dollars supplémentaires par le gouvernement du Canada à Inforoute, confirmé dans le budget de 2010, sera accompagné d’investissements supplémentaires des administrations.

Ces activités démontrent que les administrations et Inforoute sont résolues à collaborer de manière continue afin de relever les défis importants dont fait état *Les dossiers de santé électroniques au Canada — Survol des rapports de vérification fédéral et provinciaux*.

Annexe – Liste des bureaux de vérification participants et de leur site Web

Vous trouverez les rapports de vérification de ces bureaux dans leur site Web respectif.

Bureau du vérificateur général de l'Alberta	www.oag.ab.ca
Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique	www.bcauditor.com
Bureau du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse	www.oag-ns.ca
Bureau du vérificateur général de l'Ontario	www.auditor.on.ca
Bureau du vérificateur général de l'Île-du-Prince-Édouard	www.assembly.pe.ca (sous Assembly Offices/Office of the Auditor General)
Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan	www.auditor.sk.ca
Bureau du vérificateur général du Canada	www.oag-bvg.gc.ca

