

Chapitre 2

Ministère de la Santé – Programme des dossiers médicaux électroniques (DME)

Contenu

Résumé.....	17
Tableau des constatations et observations clés.....	18
Recommandations et réponses.....	20
Introduction à l’audit.....	25
Conclusions	26
Contexte.....	27
Échec de la surveillance par le Ministère et reddition de comptes déficiente.....	40
Échec du modèle de DME provincial à fournisseur unique.....	54
Annexe I – Objectif et critères de l’audit	66
Annexe II – À propos de l’audit.....	67
Annexe III – Résumé de la situation dans chaque province (2017).....	68
Annexe IV – Sondage sur les avantages cliniques.....	69



Programme des dossiers médicaux électroniques (DME) – Ministère de la Santé

Rapport de la vérificatrice générale – Volume II, Chapitre 2 – 2020

Pourquoi est-ce important?

- Le DME est une composante importante du dossier de santé de chaque Néo-Brunswickois. Il est sensé à consigner les consultations chez le médecin et les ordonnances, à permettre l'accès aux résultats de laboratoire et fournir des renseignements stratégiques qui aident à la planification et à la conception d'un système de santé efficient et efficace.
- Pendant huit ans, soit de 2012 à 2019, le ministère de la Santé a travaillé sur la mise en œuvre d'un système de DME intégré.
- La province a investi plus de 26 millions de dollars dans la mise en œuvre et l'administration du programme de DME.
- L'échec du programme de DME pourrait avoir une incidence négative sur les résidents du Nouveau-Brunswick et sur l'avenir de la prestation des soins de santé dans la province.

Conclusions générales

- Le programme provincial de DME n'a pas réussi à atteindre les résultats attendus. Après huit ans et un investissement de 26 millions de dollars, moins de la moitié des médecins admissibles avaient adopté le système.
- Le Ministère est allé de l'avant avec un DME à fournisseur unique alors qu'il savait que le modèle commercial était douteux dès le départ.
- La structure de prestation complexe, dans laquelle Velante Inc. agissait comme intermédiaire, a affaibli la gouvernance et la surveillance du programme par le Ministère et n'était pas dans l'intérêt supérieur des Néo-Brunswickois.
- Le Ministère semble avoir assumé tous les risques, alors que le programme était administré par la Société médicale du

Nos constatations

Échec de la surveillance par le Ministère et reddition de comptes déficiente

- Le Ministère a adopté une approche de non-intervention en ce qui concerne le financement du DME.
- Le Ministère n'a pas surveillé l'efficacité du programme.
- Le Ministère n'a pas examiné les documents financiers des bénéficiaires de financement pour vérifier l'utilisation des fonds.
- Le Ministère n'a pas demandé de comptes aux bénéficiaires de financement sur l'utilisation des fonds et les résultats obtenus.
- Le Ministère a continué à financer le programme malgré des signes évidents d'échec.
- Un audit du programme n'a pas eu lieu pour évaluer l'atteinte des résultats du programme et le respect des critères de financement.
- L'utilisation continue du DME n'est pas un critère de financement.

Échec du modèle provincial de DME à fournisseur unique

- Modèle opérationnel non viable dès le départ.
- Moins de 50 % des 800 médecins admissibles ont adopté le système provincial de DME.
- Malgré de nombreuses prolongations, la cible de mise en œuvre par les médecins établie par Inforoute Santé du Canada n'a jamais été atteinte.
- Les DME ne sont toujours pas pleinement intégrés au système de dossiers de santé électroniques.
- L'intégration des laboratoires, une composante essentielle souhaitée, a été considérablement retardée.
- Le modèle de DME à fournisseur unique a finalement été abandonné en 2019.
- Le Nouveau-Brunswick a l'un des taux d'adoption de DME les plus faibles du Canada.

Tableau des constatations et observations clés

Programme des dossiers médicaux électroniques – Ministère de la Santé

Paragraphe	Constatations et observations clés
	Échec de la surveillance par le Ministère et reddition de comptes déficiente
2.36	<i>Surveillance et suivi inadéquats de la mise en œuvre du programme</i>
2.38	<i>Pas d'analyse de rentabilité en bonne et due forme</i>
2.39	<i>La structure organisationnelle complexe a affaibli la surveillance du Ministère</i>
2.42	<i>Le Ministère a choisi de ne pas examiner les documents financiers des bénéficiaires de financement ni de s'assurer du respect des ententes de financement</i>
2.45	<i>En 2015, le Ministère n'est pas intervenu même si des signes évidents montraient que le programme était voué à l'échec</i>
2.47	<i>9 millions de dollars de plus dépensés pour le modèle de DME à fournisseur unique avant l'abandon du projet en 2019</i>
2.48	<i>Le gouvernement a demandé un examen du programme en 2017</i>
2.49	<i>Le Ministère n'avait rien prévu pour surveiller l'atteinte des résultats du programme</i>
2.50	<i>Pas de mesures du rendement ni de rapports sur les progrès de la mise en œuvre du programme</i>
2.52	<i>La course pour atteindre les cibles d'inscription des médecins a donné lieu à de nombreuses erreurs et divergences</i>
2.54	<i>Le Ministère n'a pas surveillé si la valeur clinique était atteinte</i>
2.56	<i>Validation inadéquate du sondage sur la valeur clinique – seules les réponses négatives étaient validées</i>
2.59	<i>Aucun audit des DME n'a eu lieu</i>
2.62	<i>L'utilisation continue des DME n'était pas un critère de financement</i>
2.63	<i>Les médecins pouvaient cesser d'utiliser le DME sans avoir à rembourser les subventions</i>
2.64	<i>Le Ministère a payé l'installation du DME plus d'une fois au même emplacement</i>
2.67	<i>Le Ministère a versé trop de subventions pour la mise en œuvre du programme pour les médecins rémunérés à l'acte</i>
2.68	<i>Le partage équivalent du financement entre le Ministère et des médecins n'a pas eu lieu</i>
2.69	<i>Application peu rigoureuse de l'entente de financement par le Ministère</i>
2.71	<i>Le Ministère a aidé Velante financièrement en 2017</i>

Tableau des constatations et observations clés (suite)

Paragraphe	Constatations et observations clés
2.72	<i>Le Ministère a versé 2,8 millions de dollars de plus sans recevoir de rapprochement indiquant où les fonds avaient été dépensés</i>
2.75	<i>Nouvelle entente de financement du DME signée en novembre 2019</i>
	Échec du modèle de DME provincial à fournisseur unique
2.79	<i>Dans l'ensemble, le programme de DME n'a pas répondu aux attentes du Ministère</i>
2.80	<i>La solution de DME n'a jamais été pleinement intégrée au dossier de santé électronique</i>
2.82	<i>Les efforts étant mis sur l'atteinte des cibles d'inscription, le travail d'intégration a été négligé</i>
2.83	<i>La responsabilité du travail d'intégration n'était pas clairement définie</i>
2.84	<i>L'intégration des laboratoires, une composante essentielle souhaitée, a été considérablement retardée</i>
2.87	<i>Le programme des DME n'a pas atteint les résultats attendus</i>
2.88	<i>Après huit ans et plus de 26 millions de dollars, moins de la moitié des 800 médecins admissibles avaient mis en œuvre le DME provincial</i>
2.90	<i>Les mises en œuvre par les médecins n'ont jamais atteint la cible d'Inforoute Santé du Canada (Inforoute)</i>
2.91	<i>Dates limites d'Inforoute reportées plusieurs fois pour éviter que les fonds soient repris</i>
2.95	<i>Le coût initial élevé du DME a dissuadé des médecins de s'y inscrire</i>
2.97	<i>Cas observés où des médecins ont été payés pour mettre le système de DME en œuvre</i>
2.98	<i>Les données cliniques incomplètes des DME ne procurent pas d'avantages pour la gestion de la santé de la population</i>
2.100	<i>Le Nouveau-Brunswick a l'un des taux d'adoption les plus faibles du Canada</i>
2.101	<i>Le modèle opérationnel du DME provincial n'était pas viable dès le départ</i>
2.102	<i>Velante avait un manque à gagner de 8 000 \$ pour chaque mise en œuvre par rapport aux revenus prévus</i>
2.104	<i>Le projet est allé de l'avant malgré un déficit financier connu</i>
2.105	<i>Velante essuyait une perte sur les frais d'utilisation mensuels</i>
2.108	<i>Modèle de tarification défavorable pour les frais d'utilisation mensuels</i>

Recommandations et réponses

Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
2.41 Nous recommandons que le ministère de la Santé : • structure les contrats de façon à maintenir une surveillance et à exiger des comptes des parties qui reçoivent des fonds publics; • s'il est impossible d'éviter une structure complexe, le Ministère doit y intégrer des contrôles adéquats qui lui permettent de gérer les risques et de protéger les fonds publics.	<i>Alors que le Ministère poursuit la mise en place d'un programme provincial de dossiers médicaux électroniques (DME) sur le marché ouvert, deux approches seront adoptées pour la gestion des contrats.</i> <i>Médecins salariés - le ministère de la Santé conclura un contrat avec tous les médecins salariés. Une collaboration très étroite avec les autorités sanitaires sera nécessaire pour faire en sorte que le fournisseur respecte les accords sur les niveaux de service et les processus et procédures de gestion des renseignements médicaux.</i> <i>Médecins paves à l'acte - ils signeront et gèreront leur propre contrat et gèreront également leur relation avec leur fournisseur de choix. Toute incitation financière offerte aux fournisseurs ou aux médecins sera soumise à des objectifs mesurables précis (mise en œuvre d'intégrations particulières, financement des médecins pour l'adoption ou une utilisation concrète particulière).</i> <i>Le ministère de la Santé mettra en œuvre un processus de certification des DME sur le marché ouvert avec le soutien d'OntarioMD pour s'assurer que les fournisseurs de DME respectent les exigences normalisées afin d'être admissibles à la fois au financement et à l'intégration aux actifs provinciaux.</i> <i>Pendant la phase initiale du passage au marché ouvert, des incitations seront offertes aux médecins payés à l'acte qui adoptent les DME certifiées. Ces incitations seront limitées aux médecins adoptant des DME qui remplissent les critères clairement définis lors du processus provincial de certification des DME. Les incitations seront administrées par la SMNB et seront vérifiées par le ministère de la Santé au moyen de rapports annuels.</i> <i>Ces structures contractuelles sont beaucoup moins complexes, mais des contrôles adéquats sont toutefois intégrés à la gouvernance correspondante entre les autorités sanitaires, la société médicale et les parties prenantes du ministère de la Santé.</i>	Décembre 2021

Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
2.44 Nous recommandons que le ministère de la Santé, dans le cadre du financement de programmes : • évalue la santé financière des bénéficiaires de financement tiers et leur capacité d'atteindre les résultats souhaités dans les limites du financement convenu; • examine périodiquement les documents conformément aux modalités des ententes de financement.	<i>Un modèle de gouvernance sera mis en place pour l'ensemble des contrats en lien avec le programme provincial de DME pour assurer la livraison des résultats et services anticipés.</i> <i>Une évaluation périodique des ententes de financement sera effectuée. Le nature du nouveau modèle de DME sur le marché ouvert aura comme résultat un nombre limité d'ententes contractuelles sous la gestion directe du ministère de la Santé.</i>	<i>Décembre 2021</i>

Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
2.46 Nous recommandons que le ministère de la Santé intervienne et prenne des mesures correctives rapidement quand il existe des signes qu'un programme est voué à l'échec, par exemple : • les livrables du projet ne sont pas atteints; • des dates limites clés ne sont pas respectées; • les fonds accordés sont insuffisants.	<i>Le Ministère est entièrement d'accord. La complexité du modèle précédent a entraîné une ambiguïté inutile qui a donné lieu à une structure de gouvernance difficile.</i> <i>Le nouveau modèle permettra de s'assurer que le Ministère contrôle entièrement les contrats et les ententes qui appuieront l'intégration et la certification des fournisseurs admissibles.</i> <i>Selon le nouveau modèle, les fournisseurs de DME rendront des comptes directement aux clients. Cela favorisera un marché concurrentiel et fera en sorte que les médecins du secteur privé puissent rentabiliser leur investissement.</i>	Décembre 2021
2.51 Nous recommandons que, pour les futurs programmes, le ministère de la Santé : • élabore des critères de rendement mesurables pour surveiller les résultats des programmes; • s'appuie sur des rapports d'étapes à intervalles réguliers pour surveiller la mise en œuvre des programmes.	<i>Le Ministère est d'accord avec cette recommandation. Des travaux considérables sont en cours dans les différentes provinces pour mieux comprendre l'intégration concrète.</i> <i>Les attentes décrites dans le plan initial du programme devront être évaluées et adaptées, mais dans l'esprit de l'intégration et de la circulation harmonieuse de l'information, ce qui avait été établi est toujours valable.</i> <i>Nous tiendrons compte dorénavant des rapports d'étape réguliers. Il sera important de comparer cet exercice à ce que d'autres provinces ont accompli.</i>	Décembre 2021

Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
2.61 Nous recommandons que le ministère de la Santé s'assure que des audits périodiques sont effectués sur les futurs programmes afin d'évaluer l'atteinte des résultats attendus du programme et la conformité des bénéficiaires de financement aux modalités du financement.	<i>Le plan stratégique du ministère de la Santé souligne l'importance de rendre compte des résultats du programme, ce qui nécessitera la mise en place de contrats de travail gérés ou de tiers pour fournir des biens ou services qui contribueront à la réalisation des objectifs du système de santé.</i> <i>Le programme provincial de DME définira clairement ses objectifs visant l'adoption accrue des DME certifiés et les intégrations de données existantes (facturation fondée sur la réclamation pour services médicaux, registre des clients, visualiseur clinique de DME, laboratoires).</i>	<i>En cours</i>
2.77 Nous recommandons que le ministère de la Santé prévoie dans les futures ententes de financement la retenue du paiement final jusqu'à ce que toutes les modalités de l'entente soient satisfaites.	<i>Le Ministère examinera cette question en même temps que les structures de gouvernance et la vérification régulière de la performance. Plusieurs des contrats que le Ministère a conclus pour les produits livrables stipulent la retenue d'environ 10 % du prix unitaire des produits livrables jusqu'à ce que toutes les activités soient recensées et que leur caractère complet soit approuvé. Nous continuerons à envisager des mesures de ce genre, le cas échéant.</i>	<i>En cours</i>

Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
2.109 Pour toutes les futures solutions de DME, nous recommandons que le ministère de la Santé : • détermine et priorise tous les besoins d'intégration des données; • définisse clairement les responsabilités des toutes les parties participant à l'intégration; • s'assure que les calendriers de mise en œuvre sont respectés.	<i>Dans le cadre du passage au marché ouvert, le Ministère est en train d'examiner et de redéfinir les priorités des objectifs du programme de DME et de toutes les intégrations de données. Les nouvelles priorités prendront en compte ce qui suit :</i> - <i>les leçons pangouvernementales des dix dernières années concernant les DME et la faisabilité des intégrations de données;</i> - <i>la valeur des intégrations de données pour les parties prenantes, compte tenu des taux d'adoption actuels;</i> - <i>la valeur des intégrations de données pour le système de santé et le clinicien.</i> <i>Étant donné les faibles taux d'adoption, la phase initiale du passage au marché ouvert sera axée sur l'adoption accrue des DME certifiées, y compris la restructuration et l'adoption des intégrations existantes (facturation fondée sur la réclamation pour services médicaux, registre des clients, laboratoires, visualiseur clinique de DME).</i> <i>La mise en œuvre des futures intégrations (immunisations, rendez-vous, ordonnances électroniques, etc.) sera priorisée et entreprise après une analyse appropriée, notamment en trouvant des ressources et des fonds adéquats de la part du Ministère, en précisant les responsabilités de toutes les parties et en établissant une analyse de rentabilisation et une valeur claire pour les parties prenantes, compte tenu des taux d'adoption au moment de la mise en œuvre.</i> <i>Selon une analyse pangouvernementale, il est évident que les fournisseurs auront besoin d'une aide financière du gouvernement provincial pour la mise en œuvre des intégrations de données. Le ministère de la Santé aligne sa stratégie pour le programme provincial de DME sur celle d'autres provinces importantes, notamment OntarioMD, afin de s'assurer que les intégrations sont en harmonie avec celles d'autres provinces. Cela accroîtra la faisabilité pour les fournisseurs et la viabilité financière pour le gouvernement provincial. Le financement de ces intégrations sera conforme aux recommandations de la vérificatrice générale, c'est-à-dire définir les responsabilités de façon claire, y compris les pénalités en cas de non-respect des échéances, et retenir les derniers paiements jusqu'à ce que toutes les conditions de l'accord aient été satisfaites.</i>	Décembre 2021

Introduction à l'audit

2.1 Le gouvernement du Nouveau-Brunswick considère que des soins de santé publics fiables constituent une priorité absolue. Comme il est déclaré dans le Plan provincial de la santé 2013-2018, l'un des principaux objectifs du gouvernement provincial consiste à bâtir un système de soins de santé viable.

2.2 Le ministère de la Santé (le Ministère) a déclaré qu'il est résolu à assurer à la population du Nouveau-Brunswick des soins de santé publics fiables. Son mandat est « d'améliorer continuellement la prestation de services de soins de santé en planifiant, en finançant et en surveillant la prestation de services de soins de santé au Nouveau-Brunswick »¹.

2.3 En juillet 2012, le Ministère a confié la prestation du programme des dossiers médicaux électroniques (DME) à la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB). La SMNB s'est associée au cabinet d'experts-conseils Accreon pour former une entreprise privée (Velante), qui allait s'occuper de la mise en œuvre et de l'administration d'une solution de DME unique.

Les raisons de notre choix de sujet

2.4 Nous avons choisi d'auditer le programme provincial des dossiers médicaux électroniques (DME) pour les raisons suivantes :

- Plus de 26 millions de dollars en fonds provinciaux et fédéraux ont été investis dans la mise en œuvre et l'administration de la solution de DME unique. Cette solution n'a pas encore été mise pleinement en œuvre. Il existe des problèmes connus à cet égard;
- Notre analyse des risques a déterminé que la numérisation et l'intégration des dossiers des patients détenus dans les cabinets de médecins sont des composantes essentielles d'une gestion efficace et efficiente des soins de santé. Par exemple, un médecin qui traite un patient à l'urgence n'aurait pas facilement accès aux dossiers de vaccination et d'allergies de ce patient s'ils sont conservés en format papier dans un bureau de médecin.

¹ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, *Rapport annuel 2018-2019*.

Objectif de l'audit

2.5 Le présent audit avait comme objectifs de déterminer si :

- La mise en œuvre du programme provincial des dossiers médicaux électroniques (DME) s'était déroulée comme prévu, et si le programme avait obtenu les résultats attendus;
- Le ministère de la Santé avait surveillé le financement affecté au programme des dossiers médicaux électroniques (DME) dans le but d'atténuer le risque pour les contribuables et d'assurer la conformité aux ententes de financement.

Étendue de l'audit

2.6 Notre audit englobait le programme des DME et le financement connexe du Ministère. Notre audit a porté sur les exercices 2012 à 2019, et notre analyse s'est étendue jusqu'à décembre 2020.

2.7 Nous avons examiné les ententes conclues entre le Ministère et Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute), un organisme indépendant à but non lucratif financé par le gouvernement fédéral. Nous avons également examiné les ententes entre le Ministère et la SMNB. Nous avons interviewé des membres du personnel du Ministère ainsi que des représentants de la SMNB et de Velante et des médecins. Pour déterminer le mouvement des fonds, nous avons :

- examiné les états financiers vérifiés et d'autres informations financières de la SMNB et de Velante;
- inspecté la documentation, les paiements et les factures du programme;
- examiné les demandes de subventions fédérales et provinciales, que nous avons liées aux factures et aux paiements.

2.8 Les annexes I et II contiennent de plus amples renseignements sur les objectifs, les critères, l'étendue et la méthode de l'audit.

Conclusions

2.9 Nous avons conclu que, après un investissement de 26 millions de dollars et plus de 8 ans d'efforts :

- Le programme provincial des dossiers médicaux électroniques n'a pas été mis en œuvre comme prévu et n'a pas réussi à obtenir les résultats attendus.
- Le Ministère n'a pas exercé une surveillance efficace du financement des dossiers médicaux électroniques pour

atténuer le risque pour les contribuables et assurer le respect des ententes de financement.

- Le Ministère semble avoir assumé tous les risques, alors que le programme était administré par la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- La complexité de la structure de prestation, dans le cadre de laquelle Velante Inc. agissait comme intermédiaire, a affaibli la gouvernance et la surveillance du programme par le Ministère et n'était pas dans l'intérêt supérieur des Néo-Brunswickois.
- Le Ministère a donné suite au modèle à fournisseur unique pour le DME alors qu'il savait que le modèle commercial adopté était douteux dès le départ.

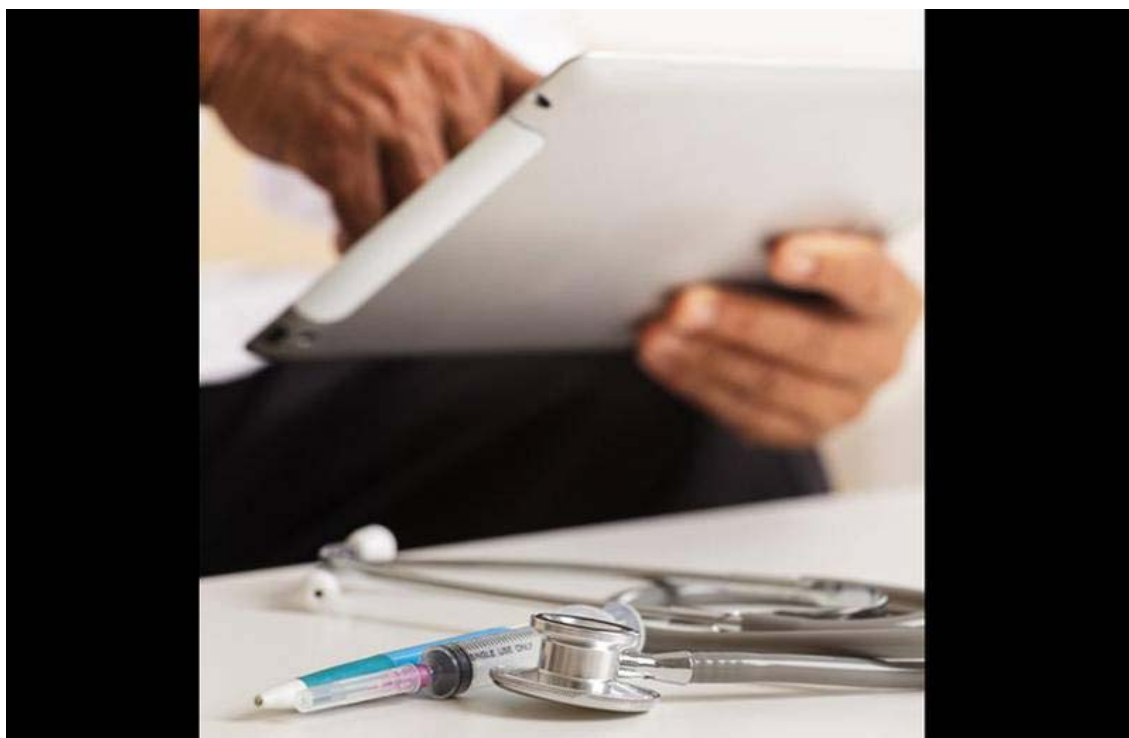
2.10 Si les faiblesses relevées dans le présent rapport ne sont pas corrigées pour d'autres initiatives semblables dans l'avenir :

- la population du Nouveau-Brunswick n'aura pas de système de renseignements sur la santé intégré en temps réel, ce qui pourrait influencer les résultats pour la santé;
- les professionnels de la santé pourraient ne pas disposer des renseignements nécessaires pour fournir à leurs patients un service optimal en temps opportun;
- il est peu probable que le Ministère optimise les investissements futurs dans les technologies de cybersanté.

Contexte

2.11 Le programme des DME n'est pas simplement un système installé dans les cabinets de médecins pour consigner les visites des patients. Ce programme devait permettre à tous les Néo-Brunswickois d'avoir un dossier de santé facile d'accès comprenant notamment les consultations chez le médecin, les résultats de laboratoire et les détails des ordonnances. Le système de DME devait permettre à tout professionnel de la santé qui est autorisé d'accéder aux données des patients au besoin, par exemple dans une situation d'urgence où la personne est incapable de fournir les renseignements nécessaires. La réussite ou l'échec de ce programme aura une incidence sur tous les résidents du Nouveau-Brunswick et sur le système de santé, qui dépend des données fournies.

2.12 L'avenir des soins de santé réside dans l'accès électronique aux dossiers, que tout médecin traitant peut facilement obtenir, peu importe où se trouve le patient dans la province, pour prendre des décisions éclairées au sujet des soins de santé d'un patient². Les programmes des DME ont fait leur apparition au Canada en 2003 en Alberta. Le Nouveau-Brunswick a été l'une des dernières provinces à lancer un programme de DME et est la seule province à avoir approuvé une solution à fournisseur unique. Une analyse des données sur les DME en place dans les autres provinces est présentée à l'annexe III.



² Institut canadien d'information sur la santé. *Une meilleure information pour une meilleure santé : vision de l'utilisation des données pour les besoins du système de santé au Canada*. Ottawa (Ontario), ICIS, 2013.

Le Ministère a élaboré la vision Un patient, un dossier en 2005

2.13 Au Nouveau-Brunswick, le Ministère a commencé à travailler à la cybersanté et à la vision Un patient, un dossier (UPUD) en 2005. Cette vision avait pour but de fournir aux professionnels de la santé des renseignements sur la santé actuels et pertinents dans une forme normalisée, tout en protégeant la vie privée des patients et en assurant la confidentialité et la sécurité de leurs renseignements, ce qui devait être accompli au moyen d'un point d'accès unique accessible partout et en tout temps.

2.14 La Direction de l'innovation et de la cybersanté du Ministère a été chargée de réaliser la vision UPUD, qui sera plus tard renommée CybersantéNB en juin 2017. Pour les 8 années que nous avons examinées, la Direction de l'innovation et de la cybersanté a disposé d'un budget de plus de 144 millions de dollars.

Le DSE est un réseau de systèmes visant à faciliter la vision UPUD

2.15 La vision UPUD au Nouveau-Brunswick consistait à faciliter, grâce au dossier de santé électronique (DSE), un réseau de systèmes reliant les renseignements des divers points de services de soins d'un patient, comme la santé publique, les fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux, les centres de santé communautaires, les laboratoires, les pharmacies et les cliniques d'imagerie diagnostique. De concert avec diverses parties prenantes, la Direction de l'innovation et de la cybersanté est chargée du fonctionnement et de l'élaboration continue du système de DSE. Le DSE est d'abord entré en service en 2010 avec le Registre des clients et le visualisateur DSE. S'y sont ajoutées d'autres composantes à mesure qu'elles devenaient fonctionnelles, à savoir :

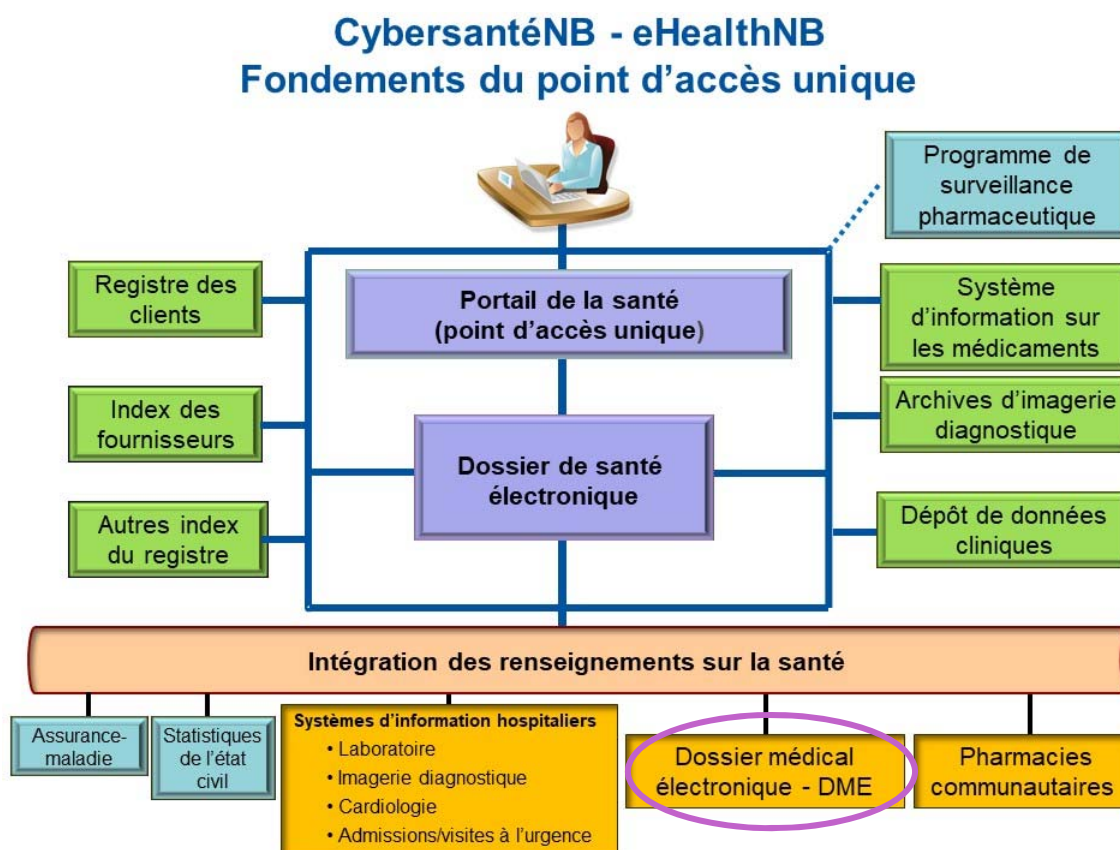
- l'imagerie diagnostique (radiographies, examens par tomodensitogramme, imagerie à résonance magnétique [IRM], etc.);
- le dépôt de données cliniques (qui contient les rapports de laboratoire, d'imagerie diagnostique et de cardiologie et les consultations des patients);
- l'initiative Consultation électronique (soutien des médecins de première ligne par des spécialistes).

Le présent rapport porte sur le dossier médical électronique (DME) – une des composantes du dossier de santé électronique (DSE)

2.16 Le programme des DME est une composante clé du système de DSE et fait l'objet de notre rapport. Les DME devaient envoyer les données des patients des cabinets de médecins au dépôt de données des DSE. Ces données peuvent ensuite être utilisées pour améliorer les soins aux patients et la planification globale du système de santé.

2.17 La pièce 2.1 montre les différentes composantes du système de DSE. Ces composantes fonctionnent ensemble pour créer un dossier de santé unique pour chaque patient dans le système de santé. Ce dossier est censé donner un portrait global de l'historique de santé du patient, y compris les visites aux services externes et à l'hôpital et les examens diagnostiques effectués, auxquels peuvent accéder tous les fournisseurs de soins de santé autorisés.

Pièce 2.1 - CybersantéNB – Fondements de CybersantéNB en vue d'un point d'accès unique



Source : Ministère de la Santé

2.18 Selon le Ministère, le système de DSE contient actuellement les renseignements suivants :

- données démographiques (nom, date de naissance, adresse, etc.);
- résultats des examens de laboratoire;
- rapports d'imagerie diagnostique;
- rapports de cardiologie;
- résumé des médicaments tiré du Système d'information sur les médicaments utilisé par les pharmacies communautaires.

Le système de DSE permet également aux cliniciens d'afficher l'historique des consultations de chaque patient et de voir les patients actuellement hospitalisés n'importe où dans la province. L'accès aux DSE est réservé aux cliniciens qui sont admissibles en raison de leur rôle. Il est limité selon le principe du besoin de savoir pour fournir des soins.

2.19 Selon le Plan du programme de DME – Phase 1 rédigé par le ministère de la Santé et SMNB en 2011, le programme vise à améliorer la santé et le rendement du système de santé grâce à l'échange de renseignements pertinents.

Le DME est une composante importante du DSE

2.20 Le plan du programme du Ministère précise que les DME fourniront des renseignements essentiels qui seront saisis dans les DSE. Une fois pleinement intégré au DSE, le DME sera alimenté par le DSE et enverra des renseignements importants à l'entrepôt de données central. Ensemble, ces systèmes constitueront une source complète de données sur les patients qui pourront être utilisées par tous les fournisseurs de soins de santé concernés quand et là où cela compte le plus.

Résultats attendus du DME

2.21 Un logiciel de DME pleinement intégré et largement utilisé serait bénéfique pour le patient, le fournisseur et le système de santé. L'importance du DME réside dans les données qu'il recueille et dans l'amélioration du flux des processus cliniques. Les données recueillies peuvent aider à planifier, concevoir et administrer un système de soins de santé efficient et efficace tout en appuyant les soins aux patients. Les résultats attendus du programme des DME sont illustrés à la pièce 2.2.

Pièce 2.2 – Résultats attendus des dossiers médicaux électroniques

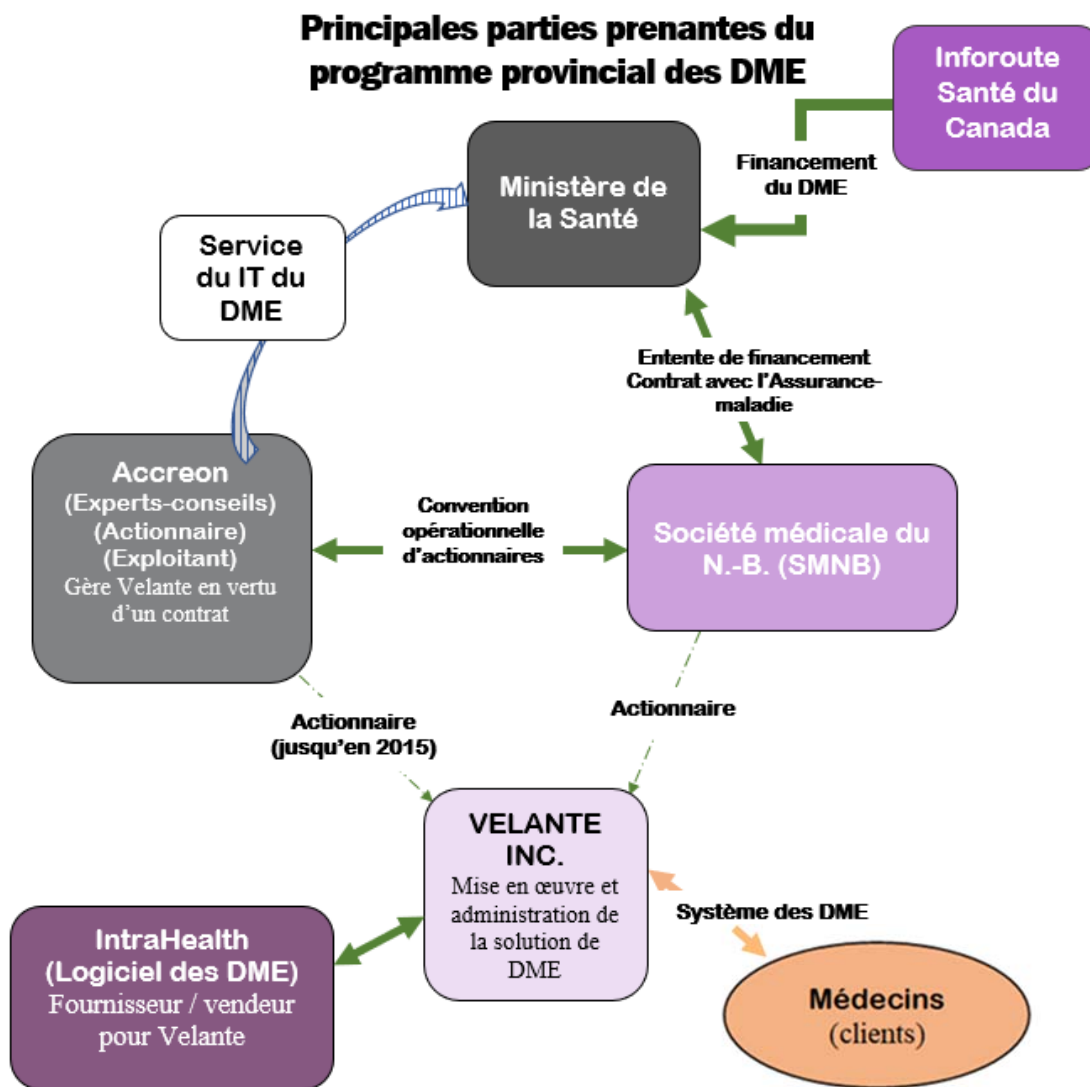


Source : La VGNB à partir de renseignements du Ministère

Parties prenantes clés du programme des DME

2.22 La pièce 2.3 montre les diverses parties prenantes du programme des DME ainsi que leurs interrelations et leurs responsabilités respectives.

Pièce 2.3 – Parties prenantes clés du programme provincial des DME du Nouveau-Brunswick



Inforoute Santé du Canada	A fourni des fonds au Ministère sous réserve de la réalisation d'étapes dans la mise en œuvre par les médecins
Ministère	Responsable de la définition de la solution des DME et de la gouvernance commune avec la SMNB
SMNB	Responsable de la gestion de la mise en œuvre et de l'administration du DME
Accreon	A fourni des services de mise en œuvre et de gestion de projet au nom de Velante
Velante	Responsable de la prestation de services liés à la mise en œuvre, à la technologie et à l'infrastructure qui livraient les DME aux médecins

Source : Préparé par la VGNB à partir des renseignements du Ministère

Inforoute Santé du Canada a convenu de payer jusqu'à 12 000 \$ par médecin

2.23 Organisme à but non lucratif indépendant financé par le gouvernement fédéral, Inforoute Santé du Canada (Inforoute) a comme objectif de contribuer à l'amélioration de la santé des Canadiens en faisant la promotion de solutions de santé numériques, comme les DME, partout au Canada. Dès 2010, les efforts d'Inforoute ont servi à accélérer l'adoption des DME. L'objectif d'Inforoute à l'époque était de [traduction] « co-investir avec les provinces et les territoires pour soutenir leurs efforts visant à augmenter de façon importante le nombre de cliniciens qui adoptent et utilisent un système de DME »³. En vertu de l'entente entre le Ministère et Inforoute, Inforoute convenait de payer jusqu'à 12 000 \$ par médecin (50 % du coût de mise en œuvre) sous réserve de l'atteinte de certains jalons dans la mise en œuvre.

Le Ministère a reçu l'approbation du gouvernement de créer un DME en 2012

2.24 Le Ministère a reçu l'approbation du gouvernement de procéder à la création d'un système de DME intégré provincial en 2012. Une entente de financement a ensuite été conclue entre le ministère de la Santé et Inforoute pour recevoir des fonds du gouvernement fédéral.

La SMNB est chargée de la mise en œuvre et de l'administration d'un DME intégré

2.25 Le Ministère a signé en septembre 2012 une entente de financement distincte avec la SMNB concernant les dossiers médicaux électroniques. Dans cette entente, le Ministère convenait de subventionner les coûts de mise en œuvre du DME des médecins. La SMNB aurait à son tour la responsabilité de mettre en œuvre et d'administrer une solution de DME intégrée. L'entente établissait les modalités du financement de la mise en œuvre des DME pour les médecins rémunérés à l'acte et pour les médecins salariés. Les médecins rémunérés à l'acte travaillent à leur compte et facturent les services fournis à l'Assurance-maladie, tandis que les médecins salariés reçoivent un salaire normal tout en tenant le compte des services fournis. Le Ministère a convenu de verser des fonds de contrepartie aux médecins rémunérés à l'acte participants jusqu'à un maximum de 8 000 \$ et de payer le plein prix de mise en œuvre de 16 000 \$ pour chaque médecin salarié.

³ Inforoute Santé du Canada (2012). *EMR Deploy Program Overview*, 18 juillet 2012 [Présentation PowerPoint].

Création de Velante par la SMNB et Accreon pour mettre en œuvre et administrer le DME

2.26 La SMNB s'est associée avec Accreon, un cabinet d'experts-conseils en TI, pour établir une société privée appelée Velante en 2012. Le rôle de Velante était de mettre en œuvre et d'administrer la solution logicielle du DME intégré pour tous les médecins du Nouveau-Brunswick en agissant comme intermédiaire entre le fournisseur du logiciel et les médecins. Les propriétaires de la société étaient la SMNB à 51 % par l'intermédiaire de SMNB Holdings Inc. et Accreon à 49 %.

Intrahealth Canada Ltd a été retenu comme fournisseur unique du logiciel de DME

2.27 Velante était responsable des services liés à la mise en œuvre, à la technologie et à l'infrastructure qui livreraient les DMS aux médecins. En juin 2013, Velante a retenu Intrahealth Canada Ltd pour fournir le logiciel de DME et les services connexes au Nouveau-Brunswick à la suite d'une demande de propositions, conformément aux pratiques d'approvisionnement du secteur public. Intrahealth a été principalement choisie parce qu'il pouvait offrir une version française plus rapidement que ses concurrents. Ainsi, le logiciel de DME d'Intrahealth (Profile) est devenu l'unique logiciel de DME reconnu qui pouvait être intégré au système de DSE.

Copropriétaire de Velante et fournisseur de services important, Accreon a reçu plus de 9 millions de dollars au cours de la vie du programme

2.28 Accreon a fourni des services professionnels et des services de gestion de projet à Velante, y compris les aspects techniques de la configuration du logiciel Profile, la formation des médecins et la fourniture d'effectifs pour s'occuper des activités courantes de Velante. Cet arrangement avec Accreon a représenté plus de 9 millions de dollars (35 %) du coût total du programme des DME.

2.29 En 2015, Accreon a cédé son actionnariat dans Velante à la SMNB. Accreon croyait à l'origine que Velante serait une entreprise rentable qui pourrait élargir ses activités pour servir des clients à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. On nous a dit qu'Accreon a été acquis par Mansa Capital, une société d'investissement privée américaine que les dossiers médicaux électroniques n'intéressaient pas et qui n'avait pas l'intention de conserver Velante. Après 2015, Accreon a cessé de gérer les activités de Velante, tout en continuant à lui fournir des services professionnels et des services de gestion de projet.

Coût du programme des DME

2.30 Au cours de ses huit années d'existence, le programme provincial des DME a coûté plus de 26 millions de dollars aux contribuables, dont 4 millions en fonds fédéraux. Le coût net pour la province par l'entremise du ministère de la Santé s'est chiffré à 22 millions de dollars, dont 14 millions du programme d'Assurance-maladie et le reste, soit 8 millions de dollars, du budget de la Direction de l'innovation et de la cybersanté. La SMNB a reçu 24 millions de dollars pour le coût du programme. La pièce 2.4 qui suit ventile le coût du programme des DME.

Pièce 2.4 – Coût du programme des DME du ministère de la Santé (2012-2019)

	Coût du programme des DME (2012-2019) (en millions \$)								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Payé à la SMNB :									
Assurance-maladie	0,0	0,0	2,3	5,8	1,5	1,5	1,5	1,5	14,1
Mises en œuvre	0,0	1,8	2,2	0,5	0,2	0,8	0,2	0,0	5,7
Aide financière	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	2,8
Financement transitoire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5
Frais de maintenance	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,4	0,0	0,8
Total pour la SMNB	0,0	1,8	4,5	6,3	1,8	2,6	4,9	2,0	23,9
Payé à Accreon	0,0	0,5	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Payé à Velante	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,9	1,1
Total des fonds pour le DME	0,0	2,3	5,1	6,6	1,8	2,6	5,1	2,9	26,4

Source : Préparé par la VGNB à partir de renseignements du ministère de la Santé

2.31 Comme le montre la pièce 2.4 qui précède, la majorité des fonds ont été versés à la SMNB pour les mises en œuvre du DME, les frais de maintenance mensuels du DME et une aide financière pour que Velante puisse poursuivre ses activités. Un financement transitoire de 460 000 \$ était inclus dans une entente de financement de 3 millions de dollars visant à couvrir les coûts de la transition à des solutions sur le marché ouvert après la fin du modèle de DME unique en 2019. Les frais de maintenance s'appliquaient aux licences et aux mises à niveau du système.

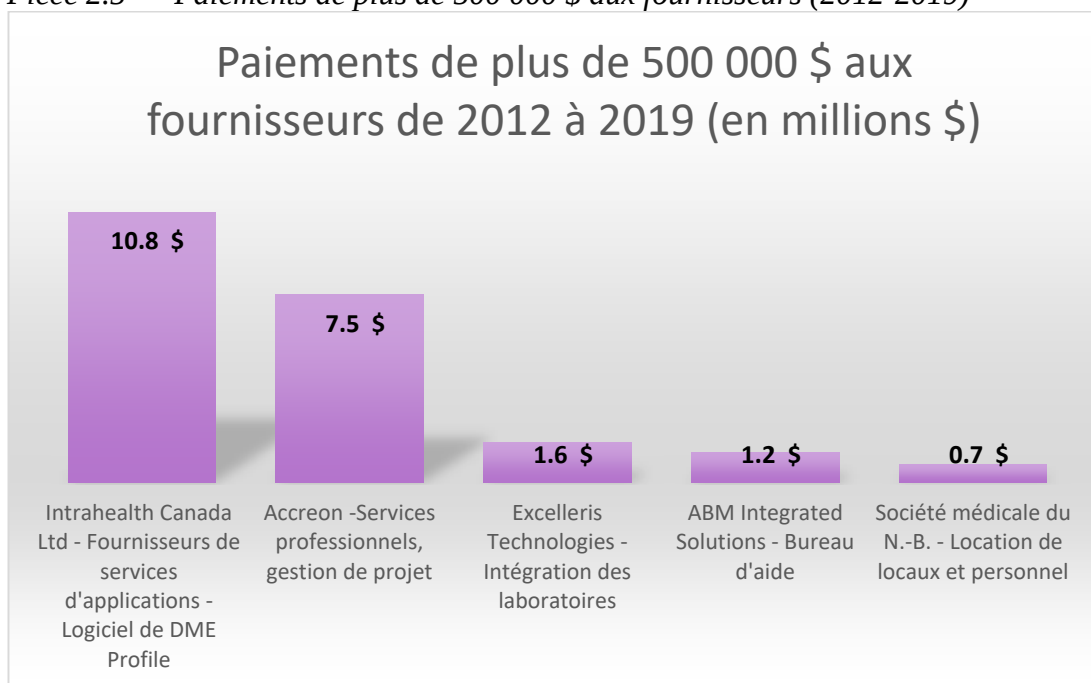
99 % des fonds reçus par la SMNB pour le DME sont allés à Velante

2.32 La SMNB a versé 99 % des fonds qu'elle a reçus pour le DME à Velante. Le reste (240 000 \$) a été versé directement aux médecins sous forme de subventions et d'incitatifs pour adopter le DME.

91 % des fonds reçus par Velante sont allés à cinq fournisseurs

2.33 Les ressources et la capacité internes de Velante étaient limitées. La société était dotée en personnel et gérée par Accreon. Velante s'est associée à d'autres entreprises de TI et cabinets de services professionnels pour livrer le DME. Au total, 91 % des dépenses de Velante pour les fournisseurs (21,8 millions de dollars) entre 2012 et 2019 sont allées à cinq fournisseurs, comme le montre la pièce 2.5.

Pièce 2.5 – Paiements de plus de 500 000 \$ aux fournisseurs (2012-2019)



Source : La VGNB à partir des données non auditées de Velante

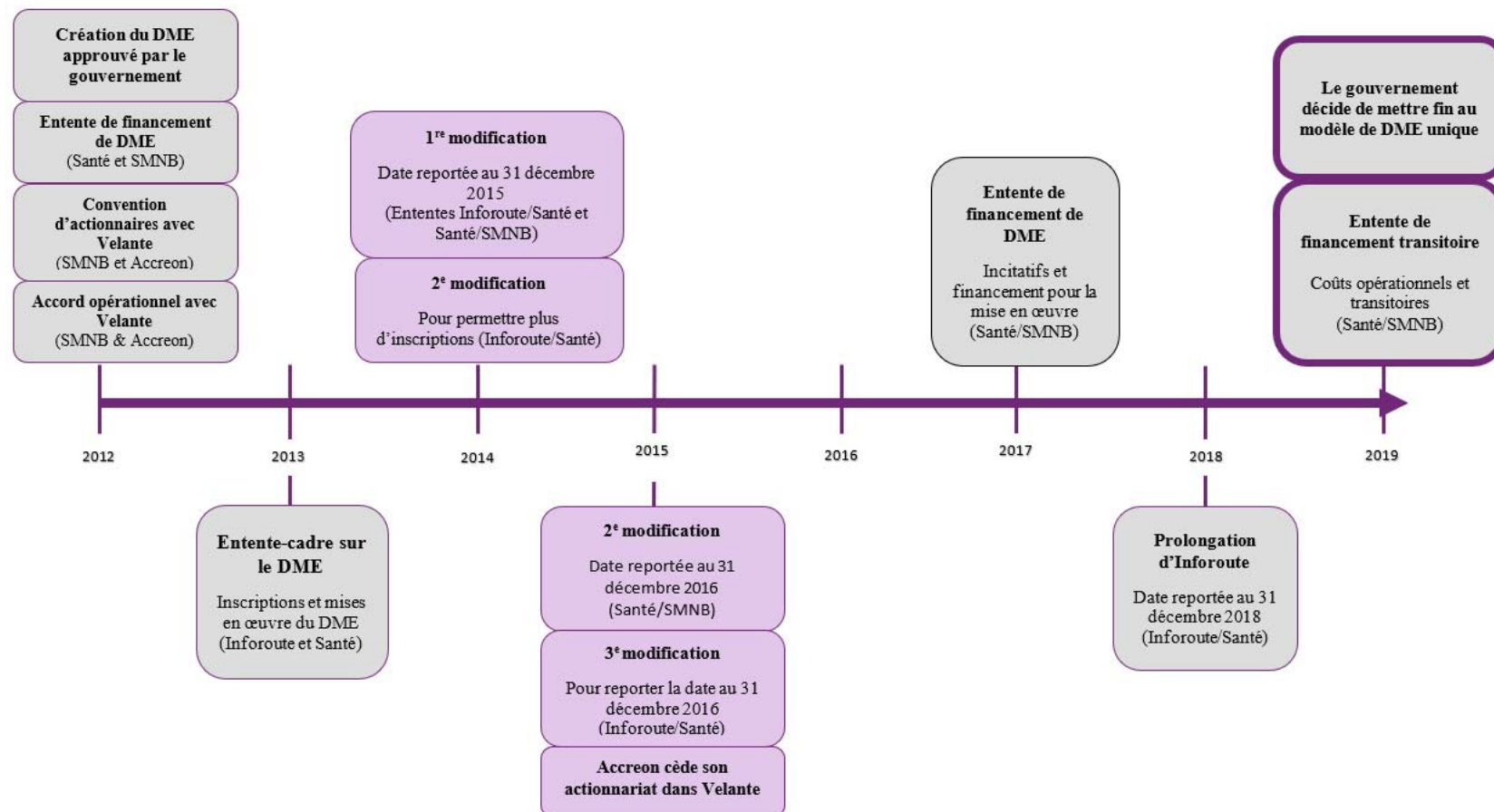
Le gouvernement a mis fin au modèle de DME unique en 2019

2.34 En 2019, le gouvernement a mis fin au modèle de DME unique pour passer à un marché ouvert permettant aux médecins de choisir et de mettre en œuvre leurs propres solutions de DME. La pièce 2.6 montre la chronologie des principaux événements depuis les débuts de la phase de planification du DME en 2011 jusqu'à l'abandon du modèle de DME unique en 2019.

Nouvelle entente de financement signée en 2019

2.35 Une nouvelle entente de financement a été signée en novembre 2019 entre le Ministère et la SMNB. Cette récente entente offre à la SMNB jusqu'à 3 millions de dollars pour couvrir les coûts de la transition à un modèle de DME à marché ouvert. À la fin de 2019, Velante affichait un déficit de 894 000 \$.

Pièce 2.6 – Chronologie du programme provincial des DME



Source : La VGNB à partir des documents du Ministère

Échec de la surveillance par le Ministère et reddition de comptes déficiente

Surveillance et suivi inadéquats de la mise en œuvre du programme

2.36 Dans l'ensemble, le Ministère a adopté une approche de non-intervention relativement au financement du DME et à la mise en œuvre du programme. Il n'a pas exercé une surveillance adéquate de la mise en œuvre et de l'administration du programme par de tierces parties. En conséquence, la province n'a pas bénéficié de l'avantage censé découler de l'investissement de plus de 26 millions de dollars dans le programme des DME provincial. Après huit ans :

- Moins de la moitié des 800 médecins admissibles avaient mis le logiciel en œuvre;
- Les données des DME n'étaient pas pleinement intégrées au système Cybersanté. Seulement trois des neuf intégrations avaient eu lieu.

2.37 Nous avons conclu que la surveillance et le suivi du programme par le Ministère étaient déficients à plusieurs égards, ce qui a contribué à l'échec du programme :

- aucune analyse de rentabilité n'a eu lieu dès le début à l'appui du programme;
- en raison de la complexité de la structure, il était difficile pour le Ministère de surveiller le processus de mise en œuvre et de tenir les participants responsables des résultats obtenus;
- le Ministère n'a pas demandé les renseignements financiers qui auraient laissé présager l'échec du projet;
- il n'y a pas eu d'intervention ou d'exécution forcée des modalités de financement en temps opportun;
- il n'y a pas eu de mesures du rendement ni de rapports sur les progrès de la mise en œuvre du programme;

- il n'existe aucune preuve de réalisation d'audits du programme, alors que de tels audits étaient prévus dans l'entente de financement.

Pas d'analyse de rentabilité en bonne et due forme

2.38 Nous avons constaté que ni le Ministère ni la SMNB n'ont préparé d'analyse de rentabilité écrite détaillée au début du programme. Il n'existe aucune documentation de l'analyse effectuée pour proposer un modèle à fournisseur unique plutôt que d'autres solutions impliquant de multiples fournisseurs. Bien que le Ministère ait envoyé un cahier détaillé des coûts associés à la mise en œuvre d'une solution de DME unique à Inforoute pour obtenir du financement, rien n'indique que la structure retenue pour le programme était la plus avantageuse.

La structure organisationnelle complexe a affaibli la surveillance du Ministère

2.39 Le leadership et la direction à l'égard de la mise en œuvre et de l'administration du programme provincial des DME ont manqué de cohérence. La responsabilité des grands objectifs et des priorités stratégiques du programme s'est retrouvée diluée à cause de la complexité de la structure organisationnelle. Celle-ci a créé des couches supplémentaires de séparation entre les responsables du financement et les entreprises privées participant à la réalisation de la solution, comme le montre la pièce 2.3.

2.40 La structure mise en place a réduit la capacité du Ministère d'exercer une surveillance adéquate et de tenir une ou l'autre partie responsable. Le Ministère n'avait pas de relation contractuelle directe avec Velante. Il n'a pas eu son mot à dire dans l'établissement de la structure de Velante et il a eu une influence limitée sur la manière dont les contrats avec les fournisseurs de TI étaient attribués et les services professionnels étaient retenus. Nous n'avons pas pu déterminer la justification ni les avantages attendus de cette structure complexe.

Recommandation

2.41 Nous recommandons que le ministère de la Santé :

- **structure les contrats de façon à maintenir une surveillance et à exiger des comptes des parties qui reçoivent des fonds publics;**
- **s'il est impossible d'éviter une structure complexe, le Ministère doit y intégrer des contrôles adéquats qui lui permettent de gérer les risques et de protéger les fonds publics.**

Le Ministère a choisi de ne pas examiner les documents financiers des bénéficiaires de financement ni de s'assurer du respect des ententes de financement

2.42 Le Ministère n'a pas obtenu ni examiné les états financiers audités de la SMNB ou de Velante pour vérifier le respect des ententes de financement, la nature appropriée des dépenses du programme ou l'intégralité des documents comptables.

2.43 Les ententes de financement avec la SMNB contenaient des clauses qui permettaient au Ministère d'avoir accès à tous les documents financiers relatifs au financement du DME. L'examen régulier de tels documents par le Ministère aurait révélé que les coûts réels engagés excédaient le financement et aurait permis la prise de mesures correctives pour éviter que le coût augmente sans offrir plus d'avantages.

Recommandation

2.44 Nous recommandons que le ministère de la Santé, dans le cadre du financement de programmes :

- **évalue la santé financière des bénéficiaires de financement tiers et leur capacité d'atteindre les résultats souhaités dans les limites du financement convenu;**
- **effectue un examen périodique des documents conformément aux modalités des ententes de financement.**

En 2015, le Ministère n'est pas intervenu même si des signes évidents montraient que le programme était voué à l'échec

2.45 Le Ministère n'est pas intervenu dans le programme en 2015 alors que des signes évidents montraient que le programme était en péril. Le Ministère a plutôt continué à reporter les dates d'échéance des ententes et à fournir plus de fonds dans le but de maintenir le programme en vie. Les signes d'échec étaient les suivants :

- de nombreuses cibles de mise en œuvre et dates d'échéance du financement ont été ratées;
- le partenaire commercial du secteur privé (Accreon) a abandonné le projet;
- les problèmes de solvabilité de Velante ont amené la SMNB à injecter plus de 980 000 \$ dans le projet;
- Inforoute a exprimé des préoccupations concernant le manque de progrès;
- l'intégration des laboratoires a été grandement retardée.

Recommandation	2.46 Nous recommandons que le ministère de la Santé intervienne et prenne des mesures correctives rapidement quand il existe des signes qu'un programme est voué à l'échec, par exemple : • les livrables du projet ne sont pas atteints; • des dates limites clés ne sont pas respectées; • les fonds accordés sont insuffisants.
9 millions de dollars de plus dépensés pour le modèle de DME à fournisseur unique avant l'abandon du projet en 2019	2.47 De 2016 à 2018, le Ministère (incluant l'Assurance-maladie) a dépensé 9 millions de dollars de plus pour soutenir la mise en œuvre du modèle de DME intégré à fournisseur unique avant son abandon en 2019.
Le gouvernement a demandé un examen du programme en 2017	2.48 Comme condition au versement de fonds supplémentaires pour financer les activités de Velante pendant deux ans de plus, le gouvernement a demandé un examen du programme en 2017. L'examen, qui a eu lieu en 2019, a mené à la décision de ne plus soutenir le modèle de DME à fournisseur unique et d'adopter un modèle à marché ouvert pour les DME.
Le Ministère n'avait rien prévu pour surveiller l'atteinte des résultats du programme	2.49 Nous avons relevé des faiblesses importantes dans la surveillance par le Ministère de la mise en œuvre et de l'administration du programme des DME. Le Ministère n'avait pas la capacité d'évaluer la mesure dans laquelle les résultats attendus du programme étaient atteints.
Pas de mesures du rendement ni de rapports sur les progrès de la mise en œuvre du programme	2.50 Il n'y avait pas de mesures du rendement ou de rapports sur les progrès de la mise en œuvre du programme. Or, l'entente de financement prévoyait que la SMNB devait fournir des rapports trimestriels détaillant l'état du plan du projet, les livrables réalisés et le respect de l'échéancier du projet. Nous n'avons trouvé aucune preuve de remise de tels rapports au Ministère.

Recommandation**2.51 Nous recommandons que, pour les futurs programmes, le ministère de la Santé :**

- **élabore des critères de rendement mesurables pour surveiller les résultats des programmes;**
- **s'appuie sur des rapports d'étapes à intervalles réguliers pour surveiller la mise en œuvre des programmes.**

La course pour atteindre les cibles d'inscription des médecins a donné lieu à de nombreuses erreurs et divergences

2.52 Étant donné le faible nombre d'inscriptions de médecins dans les débuts, le processus de mise en œuvre a fait l'objet de nombreux remaniements et exceptions. Le financement initial obtenu par Inforoute était fondé sur une liste de 415 professionnels (411 médecins et 4 infirmières praticiennes) qui avaient accepté de mettre le DME en œuvre dans leur pratique. Par la suite, de nombreux médecins ont soit quitté la province ou leur pratique, soit pris leur retraite, soit décidé de ne pas adopter le logiciel de DME de Velante. En conséquence, on a cherché des médecins de remplacement afin d'atteindre la cible. Entre 2014 et 2018, 124 remplacements ont eu lieu.

2.53 Assurer le suivi de cette liste en changement constant et gérer les efforts de mise en œuvre pour atteindre le chiffre de 415 a accaparé les ressources administratives et la capacité de gestion de la Direction de l'innovation et de la cybersanté du Ministère, ce qui a donné lieu à de nombreuses erreurs et divergences, à savoir :

- des paiements en double;
- de multiples paiements par lieu d'installation;
- des dates limites de mise en œuvre non respectées.

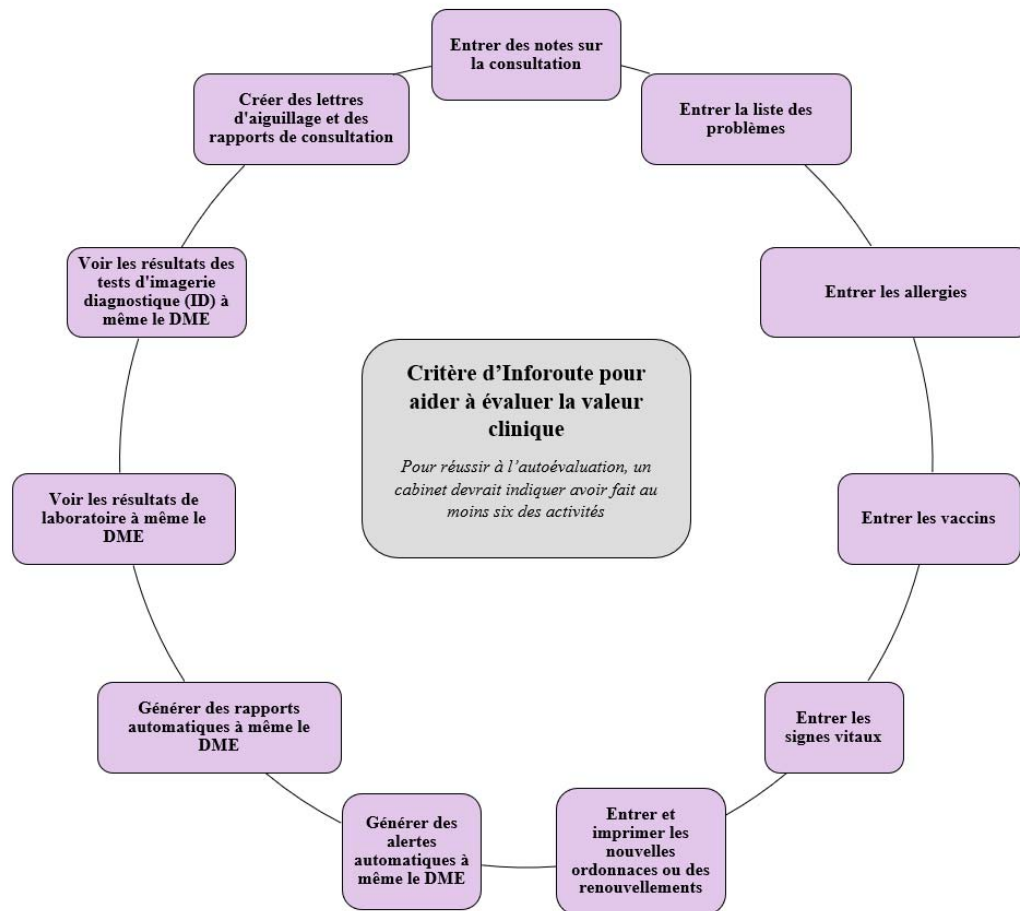


Le Ministère n'a pas surveillé si la valeur clinique était atteinte

2.54 Il n'existait aucune méthode efficace pour déterminer si la valeur clinique était atteinte pour chaque mise en œuvre et si les délais de financement étaient respectés.

2.55 Le concept de valeur clinique et l'atteinte d'une plus grande valeur clinique grâce au DME intégré constituaient la base du financement d'un programme des DME au Nouveau-Brunswick. Inforoute avait défini la valeur clinique comme étant l'utilisation efficace du DME, et une telle utilisation se traduisait par l'amélioration de l'incidence clinique plutôt que par un simple nombre d'utilisateurs. Inforoute avait dressé une liste de 11 fonctions comme critères de mesure de la valeur clinique, représentée dans la pièce 2.7 qui suit. Le cabinet ou la clinique réussissait à l'autoévaluation de la valeur clinique s'il indiquait avoir exécuté au moins six de ces fonctions.

Pièce 2.7 – Critères d'évaluation de la valeur clinique



Source : Préparé par la VGNB à partir de données du Ministère provenant d'Inforoute

Validation inadéquate du sondage sur la valeur clinique – seules les réponses négatives étaient validées

2.56 Pour valider la valeur clinique, on demandait aux médecins de répondre à un sondage d'autoévaluation dans les trois mois suivant la mise en service du logiciel à leur cabinet. Le Ministère se servait de l'évaluation comme preuve de l'utilisation du DME par le médecin comme prévu et comme preuve permettant au Ministère de recevoir d'autres fonds d'Inforoute. Le formulaire d'évaluation est reproduit à l'annexe IV.

2.57 Nous avons constaté que le Ministère validait les réponses négatives des médecins au sondage en vérifiant si les registres d'accès aux DSE contenaient des preuves que la clinique avait exécuté la fonction en question. Par

exemple, un médecin affirmait ne pas avoir accédé aux résultats de laboratoire, mais les registres du système prouvaient le contraire. Dans de tels cas, le Ministère modifiait la réponse du médecin pour indiquer une réponse positive conformément aux procédures de validation du sondage.

2.58 Cependant, le Ministère n'a pas tenté de valider les réponses positives pour vérifier si les mesures de la valeur clinique avaient effectivement été atteintes. Si un médecin indiquait avoir entré les dossiers d'immunisation, aucune vérification n'avait lieu pour le confirmer. Cela signifiait que le processus de validation ne détectait pas les erreurs commises dans les réponses positives, le cas échéant.

***Aucun audit des DME
n'a eu lieu***

2.59 Le Ministère n'a effectué aucun audit de la mise en œuvre et de l'utilisation des DME dans les cabinets de médecin. Nous n'avons trouvé aucune donnée probante montrant qu'un audit du programme avait été envisagé. On nous a dit qu'un gestionnaire de projet du Ministère rendait visite de façon non officielle aux cabinets de médecins et discutait avec les médecins qui avaient mis le DME en œuvre de leurs expériences avec le logiciel. Cela ne suffit pas pour évaluer l'atteinte des résultats du programme et le respect des critères de financement.

2.60 Dans le plan du programme des DME élaboré par le Ministère en 2011, on pouvait lire : [Traduction] « *Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick peut effectuer un audit du contenu des DME pour assurer la conformité aux critères de niveau 1 de la valeur clinique en examinant des dossiers au hasard ou des rapports généraux fournis par le cabinet de médecin ou le fournisseur de services d'applications. Si la conformité n'est pas confirmée, le ministère de la Santé peut décider de retenir un paiement d'étape jusqu'à ce que la conformité soit démontrée.* »

Recommandation

2.61 Nous recommandons que le ministère de la Santé s'assure que des audits périodiques sont effectués sur les futurs programmes afin d'évaluer l'atteinte des résultats du programme et la conformité des bénéficiaires de financement aux modalités du financement.

L'utilisation continue du DME ne constituait pas un critère de financement

2.62 À la fin de décembre 2018, le Ministère avait financé 406 mises en œuvre que devait effectuer Velante. De ce nombre, seulement 366 mises en œuvre ont eu lieu et seulement 345 médecins ont pu démontrer qu'ils utilisaient au moins un minimum de fonctions du programme.

Les médecins pouvaient cesser d'utiliser le DME sans avoir à rembourser les subventions

2.63 Le Ministère n'a pas indiqué que les médecins devaient conserver le DME pendant une certaine durée pour être admissibles au financement. Comme les critères d'admissibilité étaient laxistes, les médecins dont la mise en œuvre avait été subventionnée pouvaient cesser d'utiliser le DME sans avoir à rembourser le Ministère. Nous avons trouvé 42 cas où les médecins avaient cessé d'utiliser le DME.

Le Ministère a payé l'installation du DME plus d'une fois au même emplacement

2.64 Quand un médecin cessait d'utiliser le DME, son système était transféré à d'autres médecins que cela intéressait comme s'il s'agissait d'une nouvelle installation. Si un médecin salarié quittait son cabinet et qu'un autre médecin prenait la relève, une installation complètement nouvelle était facturée au Ministère à un coût de 16 000 \$. Dans un cas, par exemple, le Ministère a payé deux installations complètes du DME au même emplacement alors que le médecin a quitté la province.

2.65 Nous avons trouvé un cas dans lequel trois installations avaient été facturées au Ministère pour le même DME. Cette situation s'est produite quand le médecin original a quitté la province, qu'un deuxième médecin a aussi quitté la province et qu'un troisième médecin a repris le DME.

2.66 Le Ministère savait qu'il paierait une nouvelle mise en œuvre quand un médecin ayant installé le DME partait et était remplacé. Il était également responsable de la feuille de calcul qui consignait les remplacements de médecins. Toutefois, aucun contrôle n'était en place pour repérer les emplacements où le même DME était payé plus d'une fois.

Le Ministère a versé trop de subventions pour les mises en œuvre applicables aux médecins rémunérés à l'acte

2.67 Le Ministère n'a pas vérifié si les médecins rémunérés à l'acte avaient payé la moitié du coût de mise en œuvre du logiciel de DME. L'entente de financement du DME engageait le Ministère à verser des fonds de contrepartie pour les sommes dépensées par les médecins rémunérés à l'acte. Le Ministère a consacré un total de 1,6 million de dollars aux coûts de mise en œuvre du logiciel pour les médecins pendant la durée de l'entente. Les médecins rémunérés à l'acte ont payé seulement 671 000 \$. En d'autres termes, le Ministère a versé plus de 900 000 \$ au titre de sa contribution. La pièce 2.8 illustre ces coûts.

Pièce 2.8 - Part des coûts de mise en œuvre assumée par le Ministère et les médecins payés à l'acte (2013-2018)

Part des coûts de mise en œuvre assumée par le Ministère et les médecins payés à l'acte (2013-2018)							
Revenus de Velante	Année civile (en milliers \$)						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Payé par le Ministère	56 \$	444 \$	372,6 \$	223,6 \$	206,6 \$	296 \$	1 599 \$
Payé par les médecins	64 \$	243,5 \$	165 \$	88,5 \$	87 \$	23 \$	671 \$

Source : La VGNB à partir des états financiers audités de Velante

Le partage équivalent du financement entre le Ministère et des médecins n'a pas eu lieu

2.68 La pièce 2.8 montre que le partage équivalent du financement entre le Ministère et les médecins rémunérés à l'acte n'a pas eu lieu. Le Ministère a versé le montant convenu de 8 000 \$ par mise en œuvre, mais les médecins rémunérés à l'acte n'ont pas tous payé. La SMNB nous a dit que le montant annuel de 1,5 million de dollars pour le DME dans l'entente-cadre visant les médecins rémunérés à l'acte devait être considéré comme faisant partie de la contribution des médecins.

***Application peu
rigoureuse de l'entente
de financement par le
Ministère***

2.69 En vertu de l'entente de financement du DME et des modifications subséquentes, la SMNB devait rembourser au Ministère les mises en œuvre de DME financées qui n'atteignaient pas la valeur clinique minimale attendue ou les mises en œuvre non effectuées aux dates d'échéance des ententes de financement. Nous avons constaté qu'aucun remboursement n'a été fait au Ministère parce que ce dernier a reporté la date limite du financement deux fois pour donner le temps à la SMNB de satisfaire aux conditions de financement. La pièce 2.9 qui suit résume les ententes de financement du DME et les modifications.

Pièce 2.9 - Ententes de financement entre le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick

Ententes de financement entre le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick				
	Date	But	Financement	Échéance
Entente originale	septembre 2012	Pour que le Ministère fournisse à la SMNB une subvention à la mise en œuvre Pour que la SMNB mette en œuvre une solution de DME à fournisseur unique et l'intègre avec le DSE	8 000 \$ par mise en œuvre pour les médecins rémunérés à l'acte 16 000 \$ par mise en œuvre pour les médecins salariés (SAL)	décembre 2013
1^{re} modification	août 2014	Report des échéances Clause ajoutée afin de rembourser au Ministère les mises en œuvre chez les médecins rémunérés à l'acte ne satisfaisant pas aux critères de financement en date du 30 décembre 2015	Financement ramené à 6 600 \$ par médecin rémunéré à l'acte Nombre de médecins SAL couverts par l'entente plafonné à 200	décembre 2015
2^e modification	mai 2015	Report des échéances Clause de remboursement modifiée pour tenir compte des inscriptions précoces qui ont bénéficié d'un financement de 8 000 \$	Aucun changement	décembre 2016
Entente de financement du DME	décembre 2017	Nouveau financement pour les mises en œuvre de DME D'autres incitatifs pour encourager l'adoption rapide et augmentation de 1 % du code 1 de l'Assurance-maladie pour les consultations en cabinet à payer à même le fonds annuel de 1,5 million \$ de l'Assurance-maladie	1,5 million \$ en 2017-2018 1,3 million \$ en 2018-2019	mars 2019
Financement transitoire	novembre 2019	A fourni jusqu'à 3 millions \$ en financement à la SMNB pour les coûts d'exploitation et de transition de Velante	Jusqu'à 1,5 million \$ en 2019-2020 Jusqu'à 1,5 million \$ en 2020-2021	mars 2021

Source : La VGNB à partir de données du Ministère

2.70 Après la première modification de l'entente de financement originale en 2014, la SMNB aurait dû rembourser 1,9 million de dollars au Ministère à même le financement accordé pour le DME. Cette somme représente les inscriptions de médecin pour lesquelles la SMNB avait reçu un financement anticipé, mais n'avait pas respecté la date limite de mise en œuvre du Ministère, c'est-à-dire décembre 2015. Ce remboursement n'a jamais eu lieu parce que la date limite de 2015 a finalement été reportée jusqu'à l'utilisation complète du financement versé pour les mises en œuvre.

***Le Ministère a aidé
Velante financièrement
en 2017***

2.71 En 2017, le Ministère a convenu de verser une aide financière de 2,8 millions de dollars à la SMNB. Ces fonds additionnels devaient assurer à Velante les capitaux nécessaires pour maintenir ses activités durant deux ans pendant qu'avait lieu un examen indépendant du programme. Les fonds ont été versés au cours de deux exercices, soit 1,5 million en 2017-2018 et 1,3 million en 2018-2019.

***Le Ministère a versé
2,8 millions de dollars
de plus sans recevoir de
rapprochement
indiquant où les fonds
avaient été dépensés***

2.72 L'entente de financement supplémentaire mentionnait que la Société préparerait un rapprochement des fonds du DME provincial pour les exercices 2017-2018 et 2018-2019 et que tout montant non dépensé serait retourné au ministre.

2.73 Le deuxième versement, de 1,3 million de dollars, devait être effectué seulement une fois que la SMNB aurait réalisé un rapprochement pour montrer comment le premier versement de 1,5 million avait été utilisé. Le Ministère n'a reçu ni l'un ni l'autre des rapprochements. Il a quand même procédé au deuxième versement à la SMNB en avril 2018.

2.74 Selon l'entente de financement, toute portion non utilisée des fonds devait être remise au Ministère. Or, nous n'avons rien trouvé qui prouve que le Ministère a demandé ou reçu tout remboursement.

***Nouvelle entente de
financement du DME
signée en
novembre 2019***

2.75 Le Ministère a conclu une nouvelle entente de financement avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick le 29 novembre 2019. Ce financement visait à [Traduction] « *fournir à la Société des fonds au titre du DME provincial pour les coûts opérationnels et les coûts de transition en vue de soutenir, de promouvoir et d'encourager l'adoption et l'utilisation continue du DME par les médecins du Nouveau-Brunswick, et de soutenir l'administration et la maintenance du dossier médical électronique provincial dans un marché ouvert de fournisseurs de DME* ».

2.76 L'entente de financement prévoyait jusqu'à 1,5 million de dollars en 2019-2020, plus 1,5 million en 2020-2021. Elle prévoyait également la présentation de documents financiers détaillés avant le versement des fonds. Au 30 septembre 2020, 1 million de dollars avait été versé à même les 3 millions de dollars prévus.

Recommandation

2.77 Nous recommandons que le ministère de la Santé prévoie dans les futures ententes de financement la retenue du paiement final jusqu'à ce que toutes les modalités de l'entente soient satisfaites.

Échec du modèle de DME provincial à fournisseur unique

2.78 Nous avons conclu que le programme des DME provincial basé sur un logiciel intégré unique a échoué. Le logiciel n'a pas été intégré au dossier de santé électronique (DSE), un nombre insuffisant de médecins l'ont adopté, et le modèle de mise en œuvre et d'administration n'était pas viable dès le départ.

Dans l'ensemble, le programme des DME n'a pas répondu aux attentes du Ministère

2.79 Dans l'ensemble, le programme des DME n'a pas répondu aux attentes du Ministère, soit un système logiciel de DME intégré unique qui serait utilisé par les cabinets médicaux communautaires du Nouveau-Brunswick. Selon la charte du projet, il devait y avoir en date du 31 mars 2015 un total de 355 mises en œuvre complètes de DME, avec une validation de leur VC1 [valeur clinique 1] après 3 mois. Or, seulement 93 médecins avaient reçu une validation VC1 à cette date, et on dénombrait 155 mises en œuvre. Huit des neuf intégrations de données qui devaient être en place en 2014 n'avaient pas eu lieu.



La solution de DME n'a jamais été pleinement intégrée au dossier de santé électronique

2.80 Le DME n'a jamais été pleinement intégré au DSE. La base de données des DSE n'a reçu aucune donnée clinique du système de DME provincial. Comme le montre la pièce 2.10 ci-dessous, une seule des neuf intégrations prévues, soit le Registre des clients, a été réalisée dans les délais prévus. L'intégration des résultats de laboratoire et de la facturation à l'Assurance-maladie a connu des retards importants avant que les deux composantes soient enfin achevées en 2019. L'intégration du reste des composantes au DME devait être achevée au plus tard en 2014. En date du 30 septembre 2020, aucune n'avait eu lieu.

Pièce 2.10 - État de l'intégration des composantes du DME au DSE en date de septembre 2020

État de l'intégration des composantes du DME au DSE en date de septembre 2020			
Intégration	Description	État en septembre 2020	Date d'achèvement
Intégration du Registre des clients/ visualisateur de DSE	Intégration des données du médecin et des données démographiques des DSE des patients pour permettre d'identifier le patient et de visualiser ses données contenues dans le DSE dans le contexte approprié.	Achevé	Janvier 2014
Facturation à l'Assurance-maladie	Intégration de la facturation entre les cabinets de médecins et l'Assurance-maladie et rapports de rapprochement des factures	Achevé	Janvier 2019
Résultats de laboratoire	Intégration des données de laboratoire au DME	Achevé	Janvier 2019
Rapports d'imagerie diagnostique	Intégration des données d'imagerie diagnostique au DME	Incomplet*	
Visites de patients	Intégration des renseignements sur les consultations du DME au DSE	Incomplet*	
Allergies/intolérances	Intégration des renseignements sur les allergies et intolérances du DME au DSE	Incomplet*	
Immunisation	Intégration des renseignements sur l'immunisation du DME au DSE	Incomplet*	
Aiguillages électroniques	Intégration des renseignements sur les aiguillages du DME au DSE	Incomplet*	
Ordonnances électroniques	Intégration des données sur les ordonnances du système d'information sur les médicaments (SIM)	Prévu pour janvier 2021	

* À déterminer au moment où la transition à un marché ouvert aura lieu.

Source : Tableau préparé par la VGNB à partir des documents du programme de DME

2.81 Selon le plan révisé, suivant la décision prise par le gouvernement en 2019 d'aller sur le marché ouvert, les intégrations incomplètes mentionnées ci-dessus seront prises individuellement et effectuées par des acteurs du marché ouvert des DME en fonction des priorités du gouvernement. Aucun échéancier précis n'est établi pour ces mises en œuvre.

Les efforts ayant été consacrés à l'atteinte des cibles d'inscription, le travail d'intégration a été négligé

2.82 Nous avons constaté que le travail d'intégration n'a pas été aussi prioritaire que les efforts déployés pour atteindre les cibles d'inscription des médecins de façon à satisfaire aux critères de financement minimums.

La responsabilité du travail d'intégration n'était pas clairement définie

2.83 Nous avons également constaté qu'il y avait mésentente quant à l'attribution de la responsabilité de certaines parties du travail d'intégration. On ne sait pas trop qui était responsable de la création de la technologie nécessaire pour que les renseignements puissent circuler entre le DME et les systèmes auxquels il était censé s'intégrer.

L'intégration des laboratoires, une composante essentielle souhaitée, a été considérablement retardée

2.84 Nous avons constaté que l'intégration des laboratoires, une composante essentielle souhaitée du DME, a été considérablement retardée. La capacité d'importer automatiquement les résultats de laboratoire dans les dossiers des patients d'un médecin était un atout de vente important du logiciel de DME offert par Velante. Les médecins ont indiqué que l'intégration de cette composante était prioritaire et l'ont demandé à maintes reprises.

2.85 Durant la période d'inscription, on avait promis aux médecins qu'ils pourraient recevoir les résultats des analyses sanguines et autres examens diagnostiques de laboratoire directement dans leur logiciel de DME. Toutefois, cette intégration n'était pas prête au moment de la mise en service initiale. On nous a dit que le retard était attribuable aux problèmes d'intégration avec Meditech, le système d'information hospitalier. L'intégration avec les laboratoires a été mise à l'essai en 2017 et partiellement mise en place en 2018. Il s'agit d'un retard de cinq ans.

2.86 Dans sa décision permettant au Ministère d'aller de l'avant avec le projet de DME en 2012, le gouvernement avait déclaré que le système de DME serait accessible pour fournir des renseignements qui contribueraient à une

gestion stratégique du système de santé. Le Ministère reconnaissait dans le plan du programme de DME que l'intégration avec le reste du DSE était essentielle. L'intention était de faciliter le flux d'information dans l'ensemble du système de soins de santé. Comme le montre la pièce 2.10, seulement trois composantes du DME avaient été pleinement intégrées en septembre 2020.

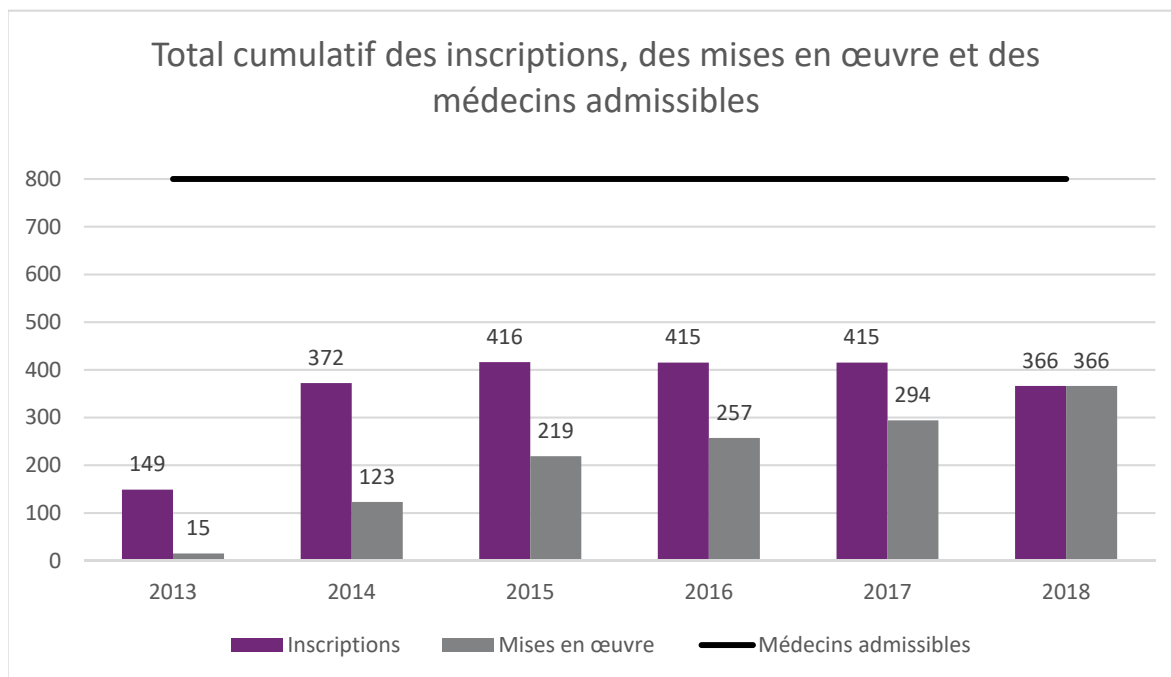
Le programme des DME n'a pas atteint les résultats attendus

2.87 Puisque les intégrations ne sont pas toutes en place, le programme des DME n'a pas atteint les résultats attendus qui étaient indiqués dans la décision de 2012 et dans le plan du programme des DME.

Après huit ans et plus de 26 millions de dollars, moins de la moitié des 800 médecins admissibles avaient mis en œuvre le DME provincial

2.88 Un nombre insuffisant de médecins ont choisi d'adopter le DME provincial pour leur pratique. Après 8 ans de possibilités ouvertes et le versement de plus de 26 millions de dollars, moins de 800 des médecins admissibles du Nouveau-Brunswick utilisaient activement le système de DME provincial. Ce faible accueil est surtout attribuable au coût initial élevé du programme et à l'absence des intégrations souhaitées. La pièce 2.11 illustre les inscriptions et les mises en œuvre par les médecins pour la période de six ans allant de 2013 à 2018. Ces années correspondent à la période durant laquelle le Ministère recevait des fonds d'Inforoute.

Pièce 2.11 - Total cumulatif des inscriptions, des mises en œuvre et des médecins admissibles



Source : La VGNB à partir de données non auditées de Velante et du Ministère

2.89 Le nombre total de médecins admissibles dans la province varie. Cependant, il se situe généralement à plus de 800, et ce nombre pourrait augmenter dans l'avenir. En vertu des ententes de financement du projet, un médecin admissible était défini comme tout médecin salarié ou rémunéré à l'acte exerçant à l'extérieur d'un hôpital ou de tout autre milieu institutionnel doté de son propre système de dossiers médicaux administré par le gouvernement. Au 31 décembre 2018, seulement 366 des 800 médecins admissibles utilisaient activement le système de DME. Au 30 juin 2020, le nombre de DME actifs était de 382.

Les mises en œuvre par les médecins n'ont jamais atteint la cible d'Inforoute Santé du Canada (Inforoute)

2.90 Nous avons constaté que les mises en œuvre du système de DME n'ont jamais atteint la cible de financement de 415 fixée par Inforoute (411 médecins et 4 infirmières praticiennes) à la date d'échéance du financement du 31 décembre 2015. À cette date, seulement 165 mises en œuvre avaient eu lieu. En 2015, Inforoute avait exprimé des préoccupations concernant le manque de progrès par rapport aux cibles de mise en œuvre par les médecins.

Dates limites d'Inforoute reportées plusieurs fois pour éviter que les fonds soient repris

2.91 Après la signature de l'entente de financement-cadre initiale avec Inforoute, deux modifications et une prolongation de l'entente ont repoussé les dates d'échéance jusqu'au 31 décembre 2018. Ainsi, la SMNB a pu inscrire plus de médecins au DME provincial, de sorte que le Ministère n'aurait pas à rembourser de fonds à Inforoute. En effet, l'entente de financement d'Inforoute prévoyait une clause de récupération. Les fonds reçus par le Ministère pour les DME non mis en œuvre devaient être remboursés à Inforoute au plus tard le 31 décembre 2015. La pièce 2.12 qui suit résume l'entente de financement d'Inforoute et les modifications.

Pièce 2.12 – Résumé de l'entente de financement du DME et des modifications d'Inforoute

Résumé de l'entente de financement du DME et des modifications d'Inforoute				
	Date	But	Financement	Échéance
Entente originale	mars 2013	Subvention d'Inforoute pour la mise en œuvre du DME	12 000 \$ par médecin	décembre 2014
1^{re} modification	avril 2014	Report de l'échéance	Inchangé	décembre 2015
2^e modification	septembre 2014	Réduction du montant de la subvention par mise en œuvre pour les médecins inscrits après 2014	10 134 \$ par médecin	décembre 2015
3^e modification	avril 2015	Report de l'échéance	Inchangé	décembre 2016
Prolongation	avril 2018	Report de l'échéance de financement de décembre 2016 à décembre 2018	Inchangé	décembre 2018

Source : La VGNB à partir de l'entente de financement et des modifications d'Inforoute

2.92 La dernière prolongation a permis au Ministère de retirer les médecins qui s'étaient inscrits, mais qui n'avaient pas l'intention de mettre le système en œuvre avant la date d'échéance de l'entente. Elle a également donné au Ministère plus de temps pour atteindre d'autres étapes de la mise en œuvre.

2.93 Si ces prolongations n'avaient pas été accordées, le Ministère n'aurait pas respecté les dates limites auxquelles il devait avoir satisfait pour respecter les critères de financement minimums et aurait eu à rembourser une partie des fonds à Inforoute.

2.94 Afin d'accélérer l'adoption du système provincial de DME en 2018, le Ministère avait annoncé que les nouveaux médecins qui s'installaient au Nouveau-Brunswick ou qui se joignaient au modèle de Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB) devaient utiliser le DME. MFNB est un programme financé par le Ministère et administré par la SMNB. Ce nouveau modèle de collaboration visait à améliorer le recrutement de médecins, à offrir un meilleur accès aux médecins de famille et à permettre aux médecins d'avoir plus de temps pour les soins aux patients.

Le coût initial élevé du DME a dissuadé des médecins de s'y inscrire

2.95 Le coût initial élevé est considéré comme l'une des raisons pour lesquelles des médecins n'ont pas adopté la solution de Velante, qui avait établi le coût de mise en œuvre initial non subventionné à 16 000 \$. Les médecins rémunérés à l'acte devaient au départ payer la moitié de ce montant, et le Ministère allait assumer le plein montant de 16 000 \$ exigé pour les médecins salariés.

2.96 En réponse à la faible participation des médecins, le Ministère a augmenté le montant de la subvention à la SMNB par l'entremise de l'entente-cadre sur les services de médecin de l'Assurance-maladie. Cette mesure a abaissé le coût initial pour les médecins rémunérés à l'acte à 4 000 \$ ou moins par mise en œuvre.

Cas observés où des médecins ont été payés pour mettre le système de DME en œuvre

2.97 Lors de notre examen des paiements aux médecins rémunérés à l'acte, nous avons découvert des cas où les médecins avaient été payés pour mettre le système en œuvre, ce qui revenait dans les faits à un avantage net. Ainsi, nous avons trouvé des factures montrant qu'un médecin qui avait payé 4 000 \$ avait reçu un crédit incitatif de 2 500 \$ ainsi qu'un crédit pour adoption précoce de 3 000 \$. Dans ce cas, le médecin a donc été payé 1 500 \$ pour mettre le logiciel en œuvre.

Les données cliniques incomplètes des DME ne procurent pas d'avantages pour la gestion de la santé de la population

2.98 La faible participation par l'ensemble des médecins signifie que, même si les données étaient intégrées, elles seraient incomplètes et n'offriraient pas les avantages recherchés en gestion de la santé de la population. La possession de données incomplètes et incohérentes signifie également que d'autres utilisateurs du système de soins de santé ne peuvent pas s'appuyer sur les données pour exécuter des analytiques ou améliorer l'efficacité du système de santé. Pour que les données sur les soins de santé soient utiles en gestion de la santé de la population, la plupart des médecins doivent alimenter le système de santé en renseignements utiles.

2.99 Alors que l'ensemble des provinces et territoires du Canada offrent une certaine aide financière pour favoriser l'adoption de DME intégrés, les montants d'aide ont considérablement baissé avec le temps à mesure que les médecins acceptent l'utilisation des DME (par opposition aux dossiers papier). Dans un examen opérationnel du DME mené par un cabinet d'experts-conseils indépendant en 2019, on peut lire que [Traduction] « les provinces où le taux d'adoption du DME est élevé ont pour la plupart cessé d'accorder des incitatifs financiers et des subventions aux médecins pour leurs DME »⁴.

Le Nouveau-Brunswick a l'un des taux d'adoption les plus faibles du Canada

2.100 Si l'on compare avec le reste du pays, le Nouveau-Brunswick est la seule province où la société médicale gère financièrement et administre le programme des DME au complet par l'intermédiaire d'une filiale en propriété exclusive, soit Velante dans ce cas-ci. L'annexe III contient des données de comparaison sur la situation en matière de DME. Le Nouveau-Brunswick a l'un des taux d'adoption les plus faibles du Canada et des intégrations limitées quand on le compare aux autres provinces. Dans la plupart des cas, les provinces où l'on trouve plusieurs fournisseurs de DME ont des taux d'adoption par les médecins considérablement plus élevés.

⁴ New Brunswick EMR Operational Review, 4 avril 2019.

Le modèle opérationnel du DME provincial n'était pas viable dès le départ

2.101 Le modèle opérationnel de DME provincial n'était pas viable dès le départ. Nous avons constaté que l'installation du logiciel de DME dans les cabinets de médecins rémunérés à l'acte au Nouveau-Brunswick nécessitait un soutien financier continu du Ministère.

Velante avait un manque à gagner de 8 000 \$ pour chaque mise en œuvre par rapport aux revenus prévus

2.102 Nous avons constaté que le prix de la mise en œuvre du DME non subventionné et les frais de maintenance mensuels étaient inférieurs aux coûts réels. Dès le début du programme en 2012, le prix de 16 000 \$ établi par Velante pour chaque mise en œuvre par médecin était inférieur au coût prévu de 24 000 \$ par médecin. Comme le montre la pièce 2.13, Velante faisait face à un manque à gagner de 8 000 \$ par mise en œuvre avant même que le projet débute.

Pièce 2.13 – Prix prévu et coût par médecin pour la mise en œuvre du DME (2012)

Prix prévu et coût par médecin pour la mise en œuvre du DME (2012)		
	Coût	Prix
Prix de la mise en œuvre du DME facturé par Velante par médecin		16 000 \$
Coût de la mise en œuvre du DME (selon la feuille de travail de l'entente de financement)		
Coûts directs du système de DME	17 200 \$	
Coûts des intégrations au DME	6 800 \$	
Coût total des DME par médecin	24 000 \$	
Manque à gagner par mise en œuvre		(8 000 \$)

Source : Tableau préparé par la VGNB à partir de la feuille de travail de l'entente de financement du DME et des documents de planification opérationnelle de Velante (non audités)

- 2.103** La SMNB a fourni au Ministère et à Inforoute une ventilation détaillée des coûts de mise en œuvre du DME comme l'exigeait l'entente de financement initiale. Le calcul des coûts directs prévus par mise en œuvre sur la base de 500 médecins s'élevait à 17 200 \$. Une somme supplémentaire de 6 800 \$ a été ajoutée pour couvrir le développement des intégrations et les coûts des essais, pour un total estimatif de 24 000 \$ par mise en œuvre du DME.
- Le projet est allé de l'avant malgré un déficit financier connu** **2.104** On ignore de quelle façon le manque à gagner allait être comblé. La SMNB nous a dit que Velante et la SMNB croyaient que le Ministère allait verser des subventions additionnelles directes pour la mise en œuvre. Toutefois, nous n'avons rien trouvé qui indique que cette façon de faire avait été prévue ou envisagée. Pourtant, le Ministère a donné suite au modèle de DME à fournisseur unique tout en sachant que la logique commerciale était douteuse.
- Velante essayait une perte sur les frais d'utilisation mensuels** **2.105** Nous avons constaté que Velante ne pouvait aucunement parvenir à une exploitation viable du DME. Même si tous les médecins avaient mis le système en œuvre, les revenus découlant des abonnements mensuels exigés par Velante n'auraient pas suffi pour couvrir les frais mensuels récurrents payés à Intrahealth, le fournisseur du logiciel de DME. Les revenus de Velante n'étaient pas suffisants pour couvrir les frais généraux et autres coûts administratifs.
- 2.106** Une fois le DME mis en œuvre, les médecins rémunérés à l'acte devaient payer des frais de maintenance subventionnés de 195 \$ par mois à Velante. Les frais complets établis par Velante étaient de 395 \$ par mois. La différence a été prise à même le versement annuel de 1,5 million de dollars au titre du DME prévu dans l'entente-cadre sur les services de médecin de l'Assurance-maladie. Le ministère a payé les frais complets de 395 \$ par médecin pour les médecins salariés. Ces frais sont payés annuellement par le Ministère pour tous les médecins salariés qui utilisent le DME provincial et continueront à l'être tant et aussi longtemps que le médecin utilise le DME.
- 2.107** Selon la correspondance de Velante de février 2019, la société avait calculé que le coût mensuel réel était de 480 \$. Il lui aurait fallu facturer à tous les médecins au moins 480 \$ par mois seulement pour faire ses frais. La pièce 2.14

ventile le coût de maintenance mensuel réel récurrent du DME par médecin.

Pièce 2.14 - Perte mensuelle sur le coût de maintenance du DME par médecin (février 2019)

Coût de maintenance mensuel du DME par médecin (février 2019)		
Composante	Description	Montant
IntraHealth – contrat	Logiciel de DME Profile	336 \$
Vigilance	Base de données des médicaments pour le Système d'information sur les médicaments	17
Maestro	Interface de communication	5
Excelleris	Interface avec les laboratoires	<u>122</u>
	Coût réel par médecin par mois	480 \$
	Frais de maintenance mensuels non subventionnés	395 \$
	Perte sur les frais de maintenance mensuels par médecin	(85) \$

Source : Préparé par la VGNB d'après la correspondance non audité de Velante

Modèle de tarification défavorable pour les frais d'utilisation mensuels

2.108 Velante avait signé un contrat avec Intrahealth concernant le logiciel de DME. Le contrat comportait un modèle de tarification progressive pour les frais mensuels récurrents. Le montant dû était fondé sur le nombre de mises en œuvre chez les médecins par blocs progressifs de 200 utilisateurs. Velante devait payer Intrahealth pour le bloc complet d'utilisateurs, et non par utilisateur réel, ce qui signifie qu'une fois franchi le seuil de 200 utilisateurs, Velante devait payer pour 400 utilisateurs dès que le nombre réel atteignait 201. Nous considérons qu'il s'agit d'un modèle de tarification défavorable qui montre que Velante avait mal négocié le contrat.

Recommandation

2.109 Pour toutes les futures solutions de DME, nous recommandons que le ministère de la Santé :

- **détermine et priorise tous les besoins d'intégration des données;**
- **définisse clairement les responsabilités des toutes les parties participant à l'intégration;**
- **s'assure que les calendriers de mise en œuvre sont respectés.**

Annexe I – Objectifs et critères de l’audit

Les objectifs et les critères de notre audit du programme des dossiers médicaux électroniques du ministère de la Santé sont présentés ci-dessous. La haute direction du ministère de la Santé a examiné et approuvé les objectifs ainsi que les critères connexes.

Objectif 1	Déterminer si le programme provincial des dossiers médicaux électroniques (DME) a été mis en œuvre comme prévu et s’il a atteint les résultats prévus.
Critère 1	Le programme provincial des DME devrait être pleinement intégré à la base de données du dossier de santé électronique du Ministère.
Critère 2	Le programme provincial des DME devrait contribuer à l’échange de données « cliniquement pertinentes » en temps opportun avec le dossier de santé électronique du Ministère.
Critère 3	Le Ministère devrait avoir en place un système de surveillance officiel pour évaluer le degré de réussite atteint par le programme de DME.
Critère 4	Le Ministère devrait pouvoir montrer la mesure dans laquelle le programme provincial des DME a facilité : • les résultats pour la santé des individus; • les résultats pour la santé de la population; • l’amélioration du rendement et de l’efficacité du système de santé.
Objectif 2	Déterminer si le Ministère a surveillé les fonds affectés au dossier médical électronique (DME) afin d’atténuer le risque pour les contribuables et d’assurer le respect des ententes de financement.
Critère 1	Le Ministère devrait avoir en place des processus et des contrôles pour vérifier que les fonds sont utilisés par les bénéficiaires de financement selon les ententes applicables.
Critère 2	Le Ministère devrait inspecter les comptes et les dossiers des bénéficiaires de financement pour s’assurer que les fonds liés au DME sont justifiés et utilisés pour des coûts admissibles.
Critère 3	Les dépenses au titre du DME devraient être conformes au plan du projet et engagées en vertu d’une entente de financement.

Source des critères : La VGNB a élaboré les critères en se fondant sur :

- les ententes de financement des dossiers médicaux électroniques conclues par le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick et les modifications apportées à ces ententes;
- l’entente-cadre concernant le dossier médical électronique conclue par Inforoute et le ministère de la Santé et les modifications à cette entente-cadre;
- la charte du projet de DME du Nouveau-Brunswick.

Annexe II – À propos de l’audit

Le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick a préparé le présent rapport de certification indépendant portant sur le programme des dossiers médicaux électroniques du ministère de la Santé. Notre responsabilité était de donner des renseignements, une assurance et des avis objectifs à l’Assemblée législative pour l’aider à examiner soigneusement la mise en œuvre et l’administration du programme des dossiers médicaux électroniques du ministère de la Santé.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d’assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d’appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada, qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

La VGNB applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1 et, en conséquence, maintient un système de contrôle qualité exhaustif qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d’audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l’indépendance et aux autres règles de déontologie du code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d’intégrité, d’objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus d’audit usuel, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l’égard de l’objet visé par l’audit;
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission;
- la confirmation qu’elle nous a fourni tous les renseignements dont elle a connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou la conclusion de l’audit;
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits.

Période visée par l’audit

L’audit a porté sur la période allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2019. Il s’agit de la période à laquelle s’applique la conclusion de l’audit. Toutefois, afin de mieux comprendre l’objet considéré de l’audit, nous avons aussi examiné certaines questions antérieures à la date du début de notre audit.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 8 janvier 2021, à Fredericton (Nouveau-Brunswick).

Annexe III – Résumé de la situation dans chaque province (2017)

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qué.	N.-B.	N.-É.	T.-N.-L.	Î.-P.-É.
Début du programme des DME	2006	2003	2009	2010	2009	2012	2012	2005	2014	-
Taux d'adoption	91 %	78 %	70 %	70 %	75 %	42 %	34 %	55 %	9 %	-
Nbre de fournisseurs approuvés	10	2	2	3	13	10	1	3	4	-
Incitatifs/financement des DME		Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	-
Source de financement		Gouv./Assoc. médicale	Gouv./Assoc. médicale	Gouv./Inforoute	Gouv. (cybersanté Ont)		Assoc. médicale	Gouv./Inforoute	Gouv. (70), Médec. (30)	-
Gouvernance du programme des DME	Partagée (Gouv./Assoc. médicale)	S.O.	Partagée (Gouv./Assoc. médicale)	Gouv.	Partagée (Gouv./Assoc. médicale)	Gouv.	Assoc. médicale	Gouv.	Partagée (Gouv./Assoc. médicale)	-
Rôle de l'association médicale	Gouvernance	Conseiller	Gouvernance Administrer	Conseiller	Gouvernance Exploiter	Conseiller	Gouvernance Administrer	Conseiller	Gouvernance	-
Norme provinciale de DME	Aucune	Aucune	Med Access ou QHR	Aucune	Aucune	Aucune	IntraHealth (Velante)	Nightingale OnDemand	Med Access	-
État de l'interopérabilité	Oui	Oui	Oui	Prévue	Oui	Prévue	Partielle	Partielle	Prévue	-

Source : La VGNB à partir de renseignements obtenus du Ministère

Annexe IV – Sondage sur les avantages cliniques

Programme des DME du Nouveau-Brunswick

Sondage sur les avantages cliniques

Pour Inforoute Santé du Canada, la valeur clinique ajoutée grâce à l'utilisation du DME est ce qui définit son efficacité. L'atteinte d'avantages cliniques est une partie importante et nécessaire du Programme des DME du N.-B., car elle fait en sorte que chaque clinique profite au maximum du dossier. Elle définit le succès du programme en fonction de l'incidence clinique plutôt qu'uniquement en fonction du nombre d'utilisateurs.

Il est prévu d'évaluer et d'atteindre des avantages cliniques dans un délai de trois mois suivant la date de mise en œuvre du DME dans une clinique.

Pour confirmer la valeur clinique, chaque médecin doit répondre au bref questionnaire suivant :

Critères	Réponse
<i>Veuillez indiquer les critères de valeur clinique que vous et votre personnel avez atteints depuis la mise en œuvre de votre DME.</i>	Placez un X près de chaque fonction utilisée
1. Entrer les notes reliées aux visites	
2. Entrer les listes de problèmes	
3. Entrer les allergies	
4. Entrer les immunisations	
5. Entrer les signes vitaux	
6. Entrer et imprimer les nouvelles ordonnances ou les renouvellements	
7. Générer des avertissements automatiques à partir du DME	
8. Générer des rappels automatiques à partir du DME	
9. Visualiser les résultats de laboratoire à partir du DME	
10. Visualiser les rapports d'imagerie diagnostique (ID) à partir du DME	
11. Créer des lettres d'aiguillage ou des rapports de consultation	
Commentaires ou réactions	

Source : Renseignements du Ministère