

**L'ÉTAT DES SOINS VIRTUELS AU
CANADA À LA TROISIÈME VAGUE
DE LA PANDÉMIE DE COVID-19:**

**Diagnostic précoce et
recommandations en matière de
politique**

Will Falk, BSc., MPPM

LE 29 JUIN 2021



Health
Canada

Santé
Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:

The State of Virtual Care in Canada as of Wave Three of the COVID-19 Pandemic: An Early Diagnostic and Policy

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2021

Date de publication : août 2021

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H22-4/26-2021F-PDF

ISBN : 978-0-660-40038-9

Pub. : 210252

Jo Voisin et Sandra Cascadden
Coprésidentes
Table sur les soins virtuels FPT
Par courriel

29 juin 2021

Mesdames,

Vous trouverez ci-joint mon rapport à la Table fédérale-provinciale-territoriale sur les soins virtuels : [L'état des soins virtuels au Canada à la troisième vague de la pandémie de COVID-19](#). Je vous félicite pour l'excellence des discussions auxquelles ont pris part plus de 80 participants lors du Sommet fédéral-provincial-territorial (FPT) sur les soins virtuels la semaine dernière. J'ai été très heureux de constater comment ils ont abordé les questions parmi les plus complexes pour les Canadiens.

Ce rapport se veut un diagnostic précoce avec des recommandations en matière de politique. Il est rédigé à un moment de notre histoire où le système de santé continue à subir de nombreux changements. Ainsi, je vous demande de l'accepter comme un travail en cours, et j'ai apprécié l'approfondissement des idées par la Table FPT sur les soins virtuels et d'autres lors du sommet, ainsi que par les décideurs individuels qui reprennent et améliorent les recommandations dans leur administration.

Le rapport est plus long que ce que j'avais prévu. Cela s'explique en partie par les quatre perspectives différentes qui sont apparues lorsque les cliniciens et les administrateurs ont été confrontés au passage massif aux soins virtuels pendant la pandémie. J'ai tenté d'articuler le rapport autour d'un consensus général : si la pandémie nous a imposé des changements, ceux-ci étaient, dans bien des cas, attendus depuis longtemps.

Les recommandations en matière de politique relevant des six piliers se répartissent en plusieurs grandes catégories que je résume comme suit :

- 1) Les soins sont des soins. Les soins virtuels ne sont plus un traitement d'appoint; ils font partie intégrante de notre système de santé public.
- 2) Les principaux éléments d'information sur la santé – résultats de tests diagnostiques, ordonnances, consultations et orientations – doivent toujours être créés dans un format numérique utilisable. À la demande d'un patient ou en son nom, les dossiers des hôpitaux et des médecins devront être fournis sur demande dans un format numérique utilisable à partir du 1^{er} avril 2023.
- 3) Les politiques de paiement ne doivent pas favoriser une modalité de soins par rapport à une autre, sauf lorsque des raisons cliniques le justifient. Toutes les modalités – contact physique, vidéo,

téléphone et messagerie (et d'autres modalités futures) – devraient être disponibles pour les prestataires et les patients, selon leur choix.

- 4) Les gouvernements doivent changer d'état d'esprit et passer du paiement de technologies particulières au paiement des résultats et services souhaités (ce qui permet aux prestataires et aux patients de faire des choix technologiques dans un cadre normalisé).
- 5) Le permis d'exercer doit être modernisé. Un accord-cadre national sur le permis d'exercer devrait être l'objectif. Plusieurs changements immédiats doivent être effectués pour assurer la continuité des soins et la disponibilité des meilleurs soins adaptés à la culture.
- 6) Une nouvelle approche de la gestion du changement clinique et de l'éducation médicale est nécessaire pour garantir que nous conservons le meilleur de ce que nous avons appris et que nous recueillons de nouvelles données pour améliorer encore les normes de pratique.
- 7) L'équité d'accès doit être une priorité. Le téléphone a été une modalité de soins essentielle pendant la crise actuelle et ne doit pas être bloqué. La culture numérique est clairement plus élevée pour le téléphone. Dans de nombreuses régions du pays, les infrastructures technologiques doivent encore être améliorées pour permettre un accès équitable. Cela doit s'accompagner d'un soutien de TI et d'une culture numérique accrue.
- 8) L'expérience de l'utilisateur doit être une priorité pour l'élaboration et l'adoption de système. Cela est vrai tant pour les patients que pour les cliniciens. Les bonnes solutions technologiques ont des niveaux d'utilisation plus élevés, de bons taux de recommandation nets, et des mesures d'expérience et de résultats bien documentées et largement comparables.

Une autre recommandation découle directement des commentaires formulés par les examinateurs au cours des dernières semaines, qui ont souligné l'importance du changement de culture opéré au cours des quinze derniers mois. J'ajouterai ceci comme « Recommandation zéro ».

Recommandation 0 : Maintenir le changement de culture des quinze derniers mois aussi longtemps que possible.

L'attitude « nous pouvons le faire » qui s'est manifestée à l'égard de l'utilisation des soins virtuels au cours de la pandémie a été remarquable. Les problèmes qui avaient bloqué les progrès pendant des années se sont évaporés. Les secteurs public et privé ont collaboré et trouvé de nouvelles solutions. Des choses ont été faites. Il y a une citation attribuée au gourou de la gestion de Harvard, Peter Drucker, que j'adore : « La culture mange de la stratégie au petit déjeuner. » L'essentiel à retenir est que toute la planification du monde ne remplace pas une culture « volontariste ».

Je reconnais qu'il y aura un certain retour à des modèles de comportement établis. La médecine organisée et le gouvernement sont tous deux intrinsèquement conservateurs et lents à changer. Nous devons continuer à poser des questions et à remettre en question le statu quo d'avant 2020. Gardons les besoins des patients et des fournisseurs au centre de nos choix technologiques et conservons la meilleure partie de notre nouvelle culture. Une telle culture moderne axée sur l'expérience de l'utilisateur peut faire partie d'un engagement revitalisé envers le système de soins de santé publique du Canada.

Je vous remercie toutes les deux, ainsi que les plus de 100 personnes qui ont consacré de leur temps aux entrevues, les membres du groupe de travail d'experts et les autres personnes qui ont fourni des commentaires sur les versions antérieures, sans oublier l'équipe de Santé Canada pour son soutien au cours de ce projet. Dans le cadre de ce travail, j'ai bénéficié du soutien du personnel et des cliniciens du Centre for Digital Health Evaluation; l'équipe de projet composée de Michael Cheung, Leah Kelley, Karen Palmer et Denise Zarn m'a donné beaucoup de plaisir à travailler sur ce projet et chacun a largement contribué à sa réussite. Les erreurs et omissions sont les miennes.

Cordialement,

Will Falk
East Garafraxa (Ontario)

Table des matières

Introduction :	8
Section 1. Que s’est-il passé? Quatre perspectives différentes	10
Perspective 1 : Radeau de sauvetage d’urgence	10
Deuxième perspective : environnement peu réglementé	12
Troisième perspective : Un test de résistance de nos systèmes (pilotes) existants....	13
Quatrième perspective : Un passage aux soins de santé centrés sur le consommateur.	16
Section 2 : Examens provinciaux/territoriaux, du secteur privé et internationaux.....	18
2.1 Examens provinciaux/territoriaux	18
2.2 Examen des solutions du secteur privé pour les soins virtuels	22
2.3 Expérience international.....	25
Section 3 : Politique de soins virtuels pour les Canadiens : Cadre des six piliers.....	26
3.1 PILIER 1 : Approches centrées sur le patient et la communauté	26
3.2 PILIER 2 : Équité en matière d’accès.....	38
3.3 PILIER 3 : Rémunération	55
3.4 PILIER 4 : Qualité, pertinence et sécurité	60
3.5 PILIER 5 : Gestion du changement.....	66
3.6 PILIER 6 : Permis d’exercer.....	69
Section 4. Recommandations, questions de mise en œuvre et gouvernance	74
4.1 Gouvernance et questions de mise en œuvre	74
4.2 Sommaire des recommandations :	78
Tableau 1 : Sommaire des recommandations	79
Références	91
Acronymes	93
Glossaire	93

Remerciements :.....	95
----------------------	----

Six piliers stratégiques



Figure 1 : Les six piliers politiques sur lesquels reposent les recommandations de ce diagnostic.

Introduction :

Ce « diagnostic » offre un résumé de l'état des soins virtuels au Canada en mai 2021. Il s'appuie sur plus de 100 entretiens avec des informateurs clés, sur la littérature grise des 12 derniers mois et sur les quelques publications scientifiques pertinentes évaluées par des pairs. Nous nous appuyons sur les meilleurs renseignements disponibles à l'heure actuelle pour résumer l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur les soins virtuels dans tout le pays. Organisées en quatre sections, nous évaluons les options stratégiques dans le cadre des six piliers et formulons des recommandations aux provinces, aux territoires et au gouvernement fédéral.

Section 1. Que s'est-il passé? Quatre perspectives différentes. Présente quatre récits concurrents sur ce qui s'est passé relativement aux soins virtuels depuis février 2020. *En concurrence*, parce que les entretiens nous ont montré que notre interprétation collective de ce qui s'est passé fait encore l'objet de débats. Les cliniciens, les patients et les décideurs politiques sont aux prises avec les énormes changements et la modernisation forcée de nos systèmes de soins de santé.

Section 2. Examens provinciaux/territoriaux, du secteur privé et internationaux. Récapitule certaines des principales conclusions de notre rapport préliminaire (1^{er} mars 2021) avec une brève réévaluation des réponses des administrations et du secteur privé au nouvel environnement. Le diaporama complet du rapport préliminaire (avec les mises à jour) est disponible dans les annexes.

Section 3. Les six piliers stratégiques : Options et recommandations. Examine les six piliers politiques et formule des recommandations politiques pour chaque pilier. Ces recommandations vont des principes généraux aux éléments pratiques et fondamentaux nécessaires pour faire progresser la mise en œuvre des soins virtuels.

Section 4. Recommandations, questions de mise en œuvre et gouvernance. Réitère les recommandations et aborde plusieurs questions de gouvernance pour tenter de définir le cadre d'un plan national de mise en œuvre convenu.

Section 1. Que s'est-il passé? Quatre perspectives différentes

Quatre perspectives



Figure 2 : Quatre perspectives concurrentes sur le devenir des soins virtuels en 2020

En mars 2020, la pandémie de COVID-19 a bouleversé les systèmes de soins de santé du Canada. L'incidence directe de la pandémie a été largement analysée et continuera d'évoluer. Ce diagnostic porte sur le passage brutal aux soins virtuels qui s'est produit en raison des coûts du contact physique (CdCP) élevés entre les prestataires de soins de santé et les patients. Le CdCP met en parallèle les avantages des soins et le « coût du contact » de toute interaction physique avec le système de soins de santé¹. Le changement a été dramatique et net. En un mois seulement, les soins virtuels sont passés de 2 à 3 % des visites de soins ambulatoires à plus de deux tiers.

Ce changement majeur dans la pratique clinique peut être envisagé de plusieurs manières, avec des observations et des conclusions différentes selon le point de vue adopté. Cette section décrit quatre perspectives concurrentes qui ont émergé de plus de 80 entretiens avec des informateurs clés (patients, cliniciens, administrateurs de systèmes et décideurs) menés entre février et avril 2021. Chacun de ces récits comporte une part de vérité et l'intention de cette section est de les présenter d'une manière productive et engageante qui décrit ce qui est arrivé à notre système de soins de santé au cours des 14 derniers mois.

Perspective 1 : Radeau de sauvetage d'urgence

De nombreux observateurs ont commencé la première vague en pensant que les soins virtuels étaient une solution temporaire. Ils considéraient les soins virtuels comme une mesure d'urgence nécessaire en raison d'un CdCP élevé. Ils ont supposé que les soins virtuels prendraient fin comme ils l'avaient fait lors des pandémies précédentes. En effet, certaines provinces ont rétabli les mêmes codes de facturation que ceux utilisés lors des épidémies précédentes, près de 20 ans auparavant. Ces codes couvrent la vidéo, le téléphone, et même certaines messageries sécurisées. L'utilisation des soins virtuels a été très élevée lors de la première vague. L'utilisation au cours du premier trimestre de 2020-2021 pour toutes les visites ambulatoires en Ontario était de 77 %². Dans de nombreuses provinces, nous avons également assisté à une expansion considérable des lignes d'appel pour les soins primaires (p. ex., 811, télésanté) et à l'essor des services d'urgence virtuels. Le secteur privé est également intervenu et a proposé des services élargis, voire, gratuits dans certains cas (par exemple, Dialogue).

Toutefois, tout cela était-il temporaire? Au cours de l'été 2020, nous avons vu les niveaux de soins virtuels commencer à baisser au Canada et ailleurs. L'hypothèse était que les niveaux continueraient à baisser pour revenir à quelque chose de plus « normal », c'est-à-dire plus proche de la situation préalable à la pandémie. Même au cours de l'été et de l'automne précédant la vague 2, lorsque l'utilisation virtuelle a plafonné autour de 40 % dans de nombreux centres (selon les entrevues et les données d'Inforoute³), elle était encore bien supérieure aux niveaux pré-pandémiques, malgré l'augmentation des options de soins en personne. Lorsque la deuxième vague est arrivée, le taux de soins virtuels est reparti à la hausse. À titre anecdotique, il semble qu'à la fin de 2020, des changements plus permanents ont été apportés aux modèles de pratique des soins primaires et spécialisés.

Pour certaines visites, les appels téléphoniques sont tout à fait judicieux, tant pour le patient que pour le prestataire : ils permettent au patient d'économiser de l'argent et du temps, et le prestataire peut voir plus de patients dans la même journée. Il suffisait au système de le permettre par un remboursement approprié. Les systèmes informatiques et logistiques ont échoué, parfois de manière spectaculaire (nous y reviendrons). De nouveaux systèmes informatiques plus performants ont été introduits par plusieurs grands fournisseurs. Plusieurs provinces ont ouvert des codes pour permettre l'utilisation de produits vidéo commerciaux tels que Zoom et Teams. Les volumes ont commencé à croître et à se normaliser sur les services existants qui fonctionnaient bien. La troisième vague a eu lieu au moment où nous écrivons ces lignes et il est clair que de plus en plus de cabinets font des ajustements pour inclure définitivement les soins virtuels dans leur flux de travail.

Les premiers rapports universitaires montrent que de nombreuses personnes apprécient les soins virtuels. Même lorsqu'ils ont le choix entre des soins en personne, certains semblent préférer le virtuel^{4,5}. Les fournisseurs sont indécis quant à la manière exacte de contrôler et d'assurer la qualité des soins et leur pertinence^{6,7}, mais semblent pour la plupart adopter les soins virtuels. En outre, 81 % des visites électroniques effectuées par Kaiser Permanente Northern California n'ont pas nécessité de soins de suivi⁸. Cela témoigne de la fréquence des soins virtuels en tant que modalité unique, mais cela peut aussi refléter une autosélection par ceux qui choisissent ces modalités. Nous prévoyons une évaluation plus approfondie de ces questions. Les gouvernements ont également observé les données des sondages fournis par Inforoute⁵ et d'autres. Bien que certains fonctionnaires cherchent encore à savoir comment « annuler les codes de frais », il est de plus en plus improbable que cette idée soit soutenue par les Canadiens.

Franchement, j'étais dans le camp du retour en arrière il y a un an. L'été dernier, j'ai dit à un panel du programme de maîtrise en administration des affaires (MBA) de l'Université Queen's que je m'attendais à ce que les soins virtuels se stabilisent quelque part autour de 20 à 40 %. Comme beaucoup d'autres, je ne le crois plus. Les soins virtuels ne sont plus une thérapie d'appoint; ils font désormais partie intégrante de la prestation des soins de santé.

RECOMMANDATION 1 : Les soins sont des soins. Les soins virtuels devraient rester un service financé par l'État qui peut être utilisé par les cliniciens lorsqu'ils le jugent approprié, en consultation avec leurs patients.

RECOMMANDATION 2 : Toutes les modalités de soins doivent être continuellement évaluées par rapport au quadruple objectif pour s'assurer qu'elles améliorent l'expérience du patient, la santé de la population,

la réduction des coûts et la vie professionnelle des prestataires de soins de santé (Bodenheimer et Sinsky, 2014)⁹.

Cadre au quadruple objectif

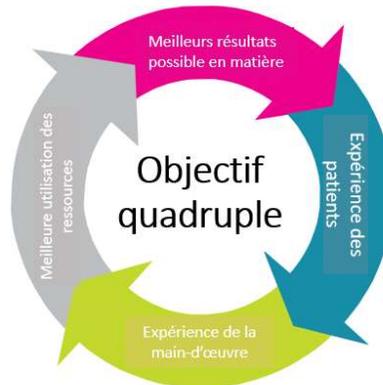


Figure 3 : Quadruple objectif – cadre internationalement reconnu pour un système de santé efficace¹

Deuxième perspective : environnement peu réglementé

Ce point de vue perçoit les soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19 comme une grande expérience pour changer les règles. Les règles précédentes, les normes mal appliquées, les paiements arbitraires et les pratiques antérieures ont tous fait l'objet d'un nouvel examen. Une analyse à base zéro interroge chaque fonction au sein d'une organisation pour connaître ses besoins et ses coûts. Nous devrions désormais inclure dans une telle analyse un CdCP élevé comme une variable importante pour les prestataires et les patients. Par exemple, les informateurs clés ont parlé de « pratiques » de protection de la vie privée et de sécurité qui n'étaient pas soutenues par la législation ou la réglementation. Elles sont plutôt le résultat d'années d'interprétation trop conservatrice, d'une mauvaise définition des droits protégés, voire d'une mauvaise compréhension des lois et des règlements. Ils ont également souligné l'approche d'aversion au risque de nombreux acteurs du système de santé à l'égard des soins virtuels, qui se traduit par le recours par défaut aux services de soins physiques, même lorsque les soins virtuels sont connus pour être une bonne (parfois meilleure) option qui favorise un ou plusieurs aspects du quadruple objectif.

Les personnes qui défendent ce point de vue laissent entendre qu'un grand nombre de ces règles étaient soit : a) complètement inutiles; b) utilisés par les vendeurs de logiciels pour protéger leurs positions sur le marché et pour verrouiller leur base de clients; c) utilisés par les fournisseurs de services pour protéger des modèles de production dépassés et inefficaces basés sur des guildes; d) utilisés par des fonctionnaires qui gèrent les coûts de manière « font des économies de bouts de chandelle »; ou e) utilisés par des agences gouvernementales pour favoriser leur propre survie (c'est-à-dire l'allocation de budget) dans un modèle de concurrence contrôlée par la réglementation. Il y a une

¹ Image du Women's College Hospital : <https://www.womenscollegehospital.ca/about-wch/accountability/performance-report-card/>.

part de vérité dans ces explications. Dans certains cas, cette vérité a été rendue douloureusement apparente au cours de la pandémie.

L'expérimentation de nouvelles modalités de soins a été imposée d'une manière que Christensen *et al.* qualifient d'« innovation perturbatrice »¹⁰. Une nouvelle « mesure de la performance » a été introduite dans notre système de soins de santé, ce qui a entraîné le passage à une nouvelle « base de concurrence ». Plus précisément, le risque de présence physique a rendu nécessaire de changer notre façon de dispenser les soins cliniques. C'est ce qui s'est produit l'année dernière avec la hausse du CdCP dans de nombreuses spécialités et pour la plupart des soins primaires¹. Au fur et à mesure que la pandémie progressait, de plus en plus de producteurs se sont « rééquipés » pour mieux servir leurs patients. Ce processus a été grandement accéléré dans certaines spécialités (mais pas toutes) par des baisses très importantes des revenus des prestataires. Ceux qui ont fait l'essai de solutions pratiques comportant des soins virtuels ont obtenu de meilleurs résultats pour la santé de leurs patients et la santé de leurs cabinets.

Dans le cadre du « retour à la normale », la question qui se pose du point de vue des règles peu contraignantes est de savoir dans quelle mesure nous allons réintégrer les anciennes règles et l'ancien système de remboursement.

RECOMMANDATION 3 : Un examen pratique des interprétations et des règles administratives relatives à la protection de la vie privée et à la sécurité devrait être entrepris dans le contexte des enseignements tirés de l'année écoulée. Il devrait s'agir d'une nouvelle évaluation précisément conçue pour réduire les interprétations trop prudentes et peu pratiques.

Troisième perspective : Un test de résistance de nos systèmes (pilotes) existants

Cette perspective est un peu plus critique à l'égard des décisions passées. Elle part du principe que pendant vingt ans, et avec les meilleures intentions du monde, nous avons bâti la télémédecine comme un système complémentaire. Plusieurs convictions fondamentales ont inspiré notre architecture de système pour les soins virtuels et les systèmes de santé numériques. Il s'agit notamment : a) d'une architecture technique empruntée au secteur bancaire dans les années 2000; b) de la centralisation des spécifications et des réseaux; c) des soins virtuels définis comme de la vidéo; d) de la dépendance à l'égard du télécopieur comme technologie de réserve; et e) de la nécessité de prouver la technologie par des projets pilotes avant de la déployer à grande échelle plutôt que de permettre le choix entre plusieurs systèmes. Nous avons dépensé des milliards pour construire des technologies numériques permettant de mettre en place des systèmes de soins de santé virtuels. Nous le faisons généralement au moyen d'une bureaucratie de planification centrale au niveau régional et provincial.

La pandémie a servi d'énorme test de résistance pour tous les systèmes informatiques que nous avons mis en place. Certains ont obtenu de bons résultats et ont donc connu une croissance importante pour répondre à la demande. Ils sont maintenant déployés à grande échelle et ont probablement offert de précieuses leçons pour l'avenir. De nombreux systèmes n'ont pas bien fonctionné pendant la pandémie. Parfois, ils ont été installés à l'intérieur de bâtiments, à des endroits fixes, qui sont devenus moins accessibles et moins sûrs en raison du CdCP pendant les fermetures (par exemple, la télémédecine classique). Dans d'autres cas, il s'agissait simplement de technologies

anciennes ou dépassées, comme des télécopieurs ou des systèmes logiciels anciens. Le télécopieur a souffert des deux et a connu une défaillance catastrophique pendant tout ou partie de la pandémie. Par exemple, nos informateurs clés estiment que 15 % des télécopies ont fait défaut sur une plateforme majeure pendant un mois au milieu de la pandémie. Certaines provinces ont dû se résoudre à appeler les établissements de soins de longue durée (SLD) pour obtenir des rapports sur les infections et les décès, car les systèmes d'information se sont grippés et étaient trop lents pour être utiles.

Cela ne devrait surprendre personne que certains systèmes aient échoué. Bon nombre de nos systèmes d'information sont les systèmes originaux financés il y a plus de dix ans par les PT avec l'aide d'Inforoute. Souvent, ils n'ont connu que des niveaux d'utilisation modestes et ont eu du mal à obtenir des mises à niveau appropriées de la technologie. La mise à niveau des systèmes est toujours difficile et nécessite une approche disciplinée et organisée. Cela a été compliqué dans le cas des soins virtuels en raison des énormes progrès de la technologie disponible alors que l'utilisation est restée inférieure à 3 %. Lorsque nous sommes passés aux soins virtuels, qui représentent la majorité des visites, bon nombre de nos systèmes informatiques n'ont pas pu évoluer.

L'intention ici n'est pas d'embarrasser les agences ou les fournisseurs, mais chaque PT devrait évaluer comment ses propres systèmes essentiels ont fonctionné au cours de l'année écoulée.

Un test de résistance de nos systèmes (pilotes)

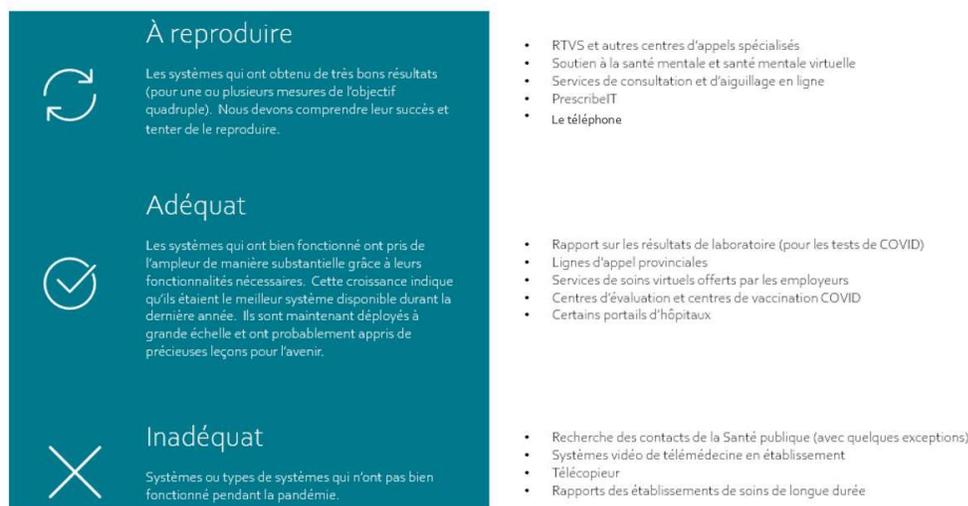


Figure 4 : Évaluer les systèmes existants après le test de résistance de la COVID. Les systèmes informatiques se répartissent en trois catégories : ceux qui doivent être répliqués, ceux qui sont adéquats et ceux qui sont inadaptes.

Dans de nombreux cas, ces examens ont déjà commencé et, dans certains cas, sont presque terminés (p. ex., en Ontario et en Nouvelle-Écosse). Une distillation des apprentissages pour chaque PT pourrait inclure une note sous forme de lettre pour chaque système majeur, fondée sur les mesures existantes disponibles publiquement.

Ce « bilan » des performances des systèmes informatiques offre également l'occasion de créer une base de référence pour les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) et d'autres statistiques sur la convivialité et l'utilisation des soins virtuels pour l'avenir. Inforoute a déjà entamé ce processus. L'utilisation et la convivialité

doivent faire l'objet d'un rapport large et transparent à mesure que les soins virtuels deviennent une partie intégrante des services.

Notre réponse à la crise était appropriée. Nous avons libéré les cliniciens pour qu'ils choisissent les meilleurs outils disponibles et avons activement encouragé l'utilisation de technologies plus modernes. Ils ont afflué vers des outils non industriels et vers les offres privées nouvellement disponibles. Il n'y avait pas de gestion structurée du changement. Les spécifications centralisées et les achats lents n'étaient pas possibles. Les décisions ont été prises rapidement et nous avons fait preuve de bon sens lorsque nous avons abandonné certains systèmes non évolutifs et commencé à utiliser d'autres. Certains médecins ont repris leur rôle d'acheteurs actifs de technologies et ont rapidement choisi de meilleurs systèmes pour leur cabinet. Beaucoup ont trouvé cette expérience libératrice et ont commenté en disant quelque chose comme cela : « *Nous avons fait plus de progrès au cours des dix derniers mois que pendant les dix années précédentes* ».

Nous devons nous continuer d'adopter cette attitude pratique et pragmatique à mesure que nous avançons. Trop souvent, nos grands processus d'approvisionnement ont écarté le clinicien et le patient du processus décisionnel et n'ont pas permis de prendre des décisions en temps utile. Les tenants de ce point de vue estiment que la pandémie a amené la convivialité, et l'expérience des patients/cliniciens dans les décisions d'achat et d'utilisation.

À cet égard, la plus grande surprise a été la domination de l'humble téléphone. Les systèmes de soins vidéo (c'est-à-dire la télémedecine) mis en place par le gouvernement dans de nombreuses provinces n'ont pas donné de bons résultats. Les systèmes de télémedecine étaient situés dans quelques cliniques et hôpitaux fixes, de sorte que les prestataires et les patients devaient se rendre dans les bâtiments équipés de la technologie pour les consultations. Un CdCP élevé rendait ces bâtiments difficiles à atteindre et l'expérience d'utilisateur n'était pas aussi bonne. De nombreux informateurs clés ont souligné que le téléphone offrait un accès de base solide aux Canadiens. Cette expérience a été reprise par le NHS, l'Australie et de nombreuses autres nations.

« Le modèle par défaut, qui impliquait des frais de 100 dollars en moyenne pour les patients afin de participer en personne, le CdCP et la logistique du bureau du côté du clinicien n'ont jamais vraiment été les plus judicieux pour certaines tâches (et franchement, la vidéo était également trop encombrante et n'avait pas de sens pour ces tâches, ce qui explique la raison pour laquelle les gens ne l'utilisaient pas malgré un modèle de remboursement). Pour moi, c'est la preuve que les obstacles à certains aspects du virtuel se résument à UNE chose, et une seule, le remboursement approprié pour le téléphone. » ~ Médecin spécialiste

RECOMMANDATION 4 : Chaque PT devrait de toute urgence procéder à un inventaire objectif des systèmes informatiques et de leur performance en cas de pandémie. Mettre en place des solutions de rechange, le cas échéant. Chaque PT disposera d'un plan de développement des systèmes d'information existants et prévus.

RECOMMANDATION 5 : Il faudrait établir des rapports transparents sur les niveaux d'utilisation et sur l'expérience d'utilisateur pour tous les systèmes de soins virtuels existants (probablement pour tous les systèmes numériques). La rétroaction des patients et des prestataires doit être facilement accessible et

transparent pour tous les utilisateurs.

RECOMMANDATION 6 : Les MRDP pour l'expérience utilisateur devraient incorporer des mesures de logiciels non liés à la santé (par exemple, Net Promoter Score [taux de recommandation net], cotes des boutiques d'application) qui sont normes communes à toutes les industries afin de permettre la comparabilité et d'éviter la création de services uniquement liés à la santé qui sont inférieurs aux normes.

RECOMMANDATION 7 : Conserver les téléphones comme modalité admissible dans les codes de facturation des soins virtuels. La valeur de la vidéo par rapport au téléphone a été surévaluée. Le téléphone a été un élément fondamental pour l'équité et l'accès.

Quatrième perspective : Un passage aux soins de santé centrés sur le consommateur.

Certains observateurs considèrent que la pandémie a libéré les forces des consommateurs dans le domaine des soins de santé. Les technologies plus modernes de soins virtuels ont été les grandes gagnantes de la pandémie. Ceux qui se considèrent comme des « consommateurs » ou des « clients » des soins de santé l'ont exigé. Ils ont opté, en masse, pour de bonnes technologies là où elles sont disponibles dans le système public et pour des technologies financées par le secteur privé là où elles ne le sont pas.

Les marchés financiers ont observé l'échec de la technologie des soins virtuels parrainée par le gouvernement et ont pris le relais en investissant des milliards de dollars (figure 5). Maple, Dialogue, Well, Babylon, Teladoc, PointClickCare, AlayaCare, ThinkResearch et MindBeacon ont maintenant rejoint Loblaw et TELUS parmi les principaux fournisseurs de services de soins virtuels. Des multinationales comme Zoom, Microsoft et Amazon ont également fait leur entrée dans le secteur des soins de santé.

Capitalisation du marché des soins virtuels



Figure 5 : La capitalisation du marché des entreprises de soins virtuels est d'environ 10 milliards de dollars, et est revendiquée par de grandes entreprises bien établies et de plus petites entreprises en croissance.

Nos gouvernements ont réagi très rapidement lorsqu'ils ont pris conscience de cette nouvelle réalité, en créant des codes d'honoraires permettant aux médecins de facturer les soins virtuels dispensés sur ces plateformes aux régimes d'assurance maladie provinciaux. Leurs clients communs peuvent désormais accéder à de meilleures technologies

grâce à des méthodes de paiement publiques dans de nombreuses provinces. Les technologies existantes inutilisables ont été rapidement abandonnées face à la COVID-19 et de nombreuses provinces et territoires (pas tous) ont autorisé de nouveaux entrants. Plusieurs gouvernements viennent d'acheter des licences Zoom ou Teams pour chaque clinicien, afin de les aider à soigner leurs propres patients.

Ces nouveaux acteurs ne sont pas les petites entreprises en démarrage que les décideurs politiques ont financées et encouragées à innover au cours des deux dernières décennies. En très peu de temps, notre jeune secteur de la santé numérique est devenu un adulte à part entière. Pour utiliser une analogie populaire, les décideurs sont à la fois surpris et heureux de voir l'enfant qu'ils ont nourri passer soudainement du statut d'adolescent à celui de personne mûre en quelques mois. Comme tout parent d'un jeune de 20 ans le sait, le processus à venir continuera à connaître quelques tensions!

La santé numérique au Canada est maintenant une industrie pleinement mature. Rien que cette année, nous avons vu huit entreprises entrer en bourse (TSX, le VSE et même les bourses américaines). Les plus grands acteurs canadiens ont une capitalisation boursière supérieure à toutes les dépenses budgétaires totales des provinces, sauf quatre. La capitalisation totale du marché de la santé numérique au Canada se situe maintenant entre 15 et 20 milliards de dollars, soit environ deux fois plus que tout l'argent qu'Inforoute et les PT ont investi depuis 2001.

D'une certaine manière, il s'agit d'un énorme succès politique. Nous pouvons être fiers, à juste titre, de la maturité de notre industrie, que nous avons activement entretenue grâce à des politiques et des investissements judicieux. Les gouvernements canadiens, de manière non partisane, ont décidé d'investir dans les technologies de la santé et nous disposons aujourd'hui d'une énorme industrie native prête à affronter le monde. Il s'agit, selon les termes de l'homme politique, de « bons emplois propres de l'économie de la connaissance ». Cette dynamique de marché devra toutefois être gérée et réglementée à l'avenir. L'époque où le gouvernement subventionnait la construction de nouveaux systèmes est largement révolue. Le rôle du gouvernement s'est transformé en un rôle de gestion de la concurrence entre la myriade de plateformes et de prestataires de soins virtuels. Le défi est d'autant plus grand que, pour bon nombre de ces organisations, la technologie fait partie intégrante de la prestation des soins. Les conséquences de ce nouveau modèle de soins n'ont pas encore été pleinement comprises.

Parmi les personnes interrogées, il existe des versions extrêmes de ce point de vue selon lesquelles les décideurs politiques doivent s'effacer et laisser le marché décider. Ou n'intervenir que lorsque l'échec du marché est évident. Nous ne sommes pas d'accord sur ce point. À l'avenir, la politique publique doit fixer les règles de la concurrence sur ce marché immature. On constate déjà des « comportements de recherche du profit » (frais excessifs pour les interfaces) et des « jardins clos » qui fonctionnent bien en soi mais empêchent l'accès à l'information à ceux qui sont en dehors des murs. Une réglementation appropriée du marché peut continuer non seulement à soutenir la croissance de cette nouvelle industrie, mais aussi à garantir un système de soins de santé public solide et fidèle aux valeurs de notre pays. Dans le même temps, les gouvernements et les systèmes de santé doivent reconnaître honnêtement que les technologies qu'ils ont développées à l'interne étaient souvent inférieures et inapplicables.

RECOMMANDATION 8 : Les gouvernements doivent passer de la création de capacités et de l'octroi de subventions à la gestion d'une santé numérique mature et concurrentielle. Cette recommandation est développée dans la section 4. Planification de la mise en œuvre.

Quatre Perspectives



Un canot de sauvetage



Un milieu peu réglementé



Un test de résistance de nos systèmes (pilotes)



Un passage à des soins de santé centrés sur le consommateur

Chacune de ces quatre perspectives s'appuie sur de très bons arguments. Les cliniciens et les décideurs de tout le Canada s'efforcent de trouver un sens à cette année très mouvementée. De nouvelles données ont forcé une réévaluation profonde de notre vision du monde. Le seul élément commun est repris dans la première recommandation : les soins virtuels ne sont plus une thérapie d'appoint ou un ajout à notre flux de travail. Tout soin est un soin : qu'il soit virtuel ou physique.

Notez que, bien qu'une section soit consacrée à l'équité et à l'accès, nous devons préciser que l'équité est une considération transversale intégrée à chaque aspect de ce rapport. L'équité est au cœur de la politique des soins de santé au Canada. Il est essentiel que chaque décision en matière de politique de soins virtuels soit prise à la lumière de considérations d'équité. Il faut assurer un suivi permanent pour déterminer toute conséquence négative involontaire sur l'équité qui pourrait résulter des décisions politiques en matière de soins virtuels.

RECOMMANDATION 9 : Élaborer des processus de rétroaction et de surveillance afin de s'assurer que les décisions politiques en matière de soins virtuels favorisent l'équité et de déterminer toute conséquence inéquitable involontaire du développement des soins virtuels au Canada.

Section 2 : Examens provinciaux/territoriaux, du secteur privé et internationaux

Dans le cadre du présent diagnostic, des rapports provisoires ont été rédigés et présentés au Groupe d'experts FPT et aux provinces et territoires en mars et en avril 2021 pour commentaire et approbation. Les sections ci-dessous résument ces trois analyses intermédiaires.

2.1 Examens provinciaux/territoriaux

La COVID-19 a imposé des changements rapides dans les politiques de soins virtuels dans les provinces et les territoires. Ces changements ont d'abord pris la forme de codes de facturation. Avant la COVID-19, seuls la Colombie-

Britannique (C.-B.) et l'Ontario (Ont.) autorisaient les prestataires à facturer les visites vidéo en temps réel en dehors des sites de télésanté désignés. Lors de la crise de l'année dernière, les gouvernements ont réagi avec agilité et beaucoup de bon sens.

Au cours des entretiens, il est devenu évident que des innovations réelles et passionnantes en matière de soins virtuels se produisent dans les PT. Nous avons résumé certaines de ces innovations dans cette section. Nous avons également intégré une grande partie de cette innovation dans les recommandations formulées tout au long de ce rapport. Nous reconnaissons que plusieurs PT seront bien en avance sur certaines recommandations. Pour comprendre les progrès de chaque recommandation dans les PT, nous leur avons demandé de définir (avant le sommet de juin 2021) les recommandations en cours dans leur PT, en utilisant le tableau 2 de la section 4.

Entre les 13 et 27 mars 2020, toutes les provinces et tous les territoires ont ajouté des codes de facturation temporaires pour les soins virtuels ou des autorisations temporaires d'utiliser des codes de facturation en personne pour les soins virtuels². Les approches adoptées ont été très variées. La Colombie-Britannique et l'Ontario (qui ont déjà autorisé les visites vidéo) ont élargi leurs codes pour permettre les visites par téléphone (voix seulement)³. La Saskatchewan (Sask.) a lié les codes de facturation des visites vidéo à l'utilisation d'une plateforme particulière (Pexip), mais elle examine la possibilité de rendre cette mesure permanente. Il est important de noter que les provinces n'ont généralement pas différencié le code d'honoraires entre une visite vidéo et une visite téléphonique. Toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), ont exclu la messagerie asynchrone (p. ex., courriel, texte) des modalités permises en vertu desquelles les codes virtuels pouvaient être facturés. L'Ontario a autorisé certains fournisseurs à facturer la messagerie sécurisée, mais seulement ceux qui faisaient partie du programme pilote d'accès amélioré aux soins primaires du Réseau Télémédecine Ontario (RTO) mis en œuvre en 2017.

Certaines provinces ont restreint leurs codes d'honoraires de sorte que ceux qui offraient des cliniques virtuelles sans rendez-vous plutôt que des visites virtuelles sans rendez-vous dans le cadre d'une offre de services en personne et en ligne (c'est-à-dire des services à la fois virtuels et physiques) ne pouvaient pas facturer le système. Les provinces disposant de codes de facturation pouvant être utilisés par les prestataires travaillant avec ces plateformes d'entreprise ont connu une prolifération rapide du nombre d'entreprises offrant ces services (figure 6 ci-dessous). La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick (N.-B.) ont introduit des codes de facturation spéciaux pour les visites virtuelles sans rendez-vous, mais à un tarif inférieur à celui pratiqué par les prestataires habituels des patients (Sask. : 24,5 \$ au lieu de 35 \$ et N.-B. : 29 \$ au lieu de 47,50 \$).

² À l'exception du Nunavut, dont les médecins sont tous salariés.

³ L'Ontario vient d'ajouter des codes de visite vidéo en novembre 2019, sous réserve d'une révision en 2020.

Entreprises de soins virtuels dont les médecins facturent le système public

Aucune pour l'instant

- Terre-Neuve-et-Labrador
(rendez-vous virtuels avec les infirmières et infirmiers praticiens [IP] par le biais du 811)
- Nouvelle-Écosse
- Nunavut
- Québec
- T.N.-O.
- Yukon



Figure 6 : Les entreprises offrant des soins sans rendez-vous uniquement virtuels dont les médecins facturent le système public

De nombreuses provinces ont constaté une augmentation de la demande et du recours aux lignes d'aide-infirmière (p. ex., Télésanté, services 811 et 211) et aux lignes d'appel en santé mentale. Des rapports anecdotiques font état d'une augmentation du nombre d'appels de 600 à 700 % dans certaines provinces. Plusieurs provinces déclarent avoir embauché du personnel supplémentaire pour augmenter leur capacité. En Nouvelle-Écosse (N.-É.) et à l'Î.-P.-É., le 811 est devenu une ressource centrale pour coordonner le test de la COVID-19 et répondre aux questions.

Certaines provinces ont acheté des technologies de communication auprès de diverses entreprises non propres au secteur afin d'améliorer l'accès aux services existants, tandis que d'autres ont acheté des plateformes de soins virtuels groupés. Par exemple, la C.-B., le N.-B., la N.-É., les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et l'Î.-P.-É. ont tous accordé des licences Zoom aux médecins. Le Nunavut (Nun.) et le Manitoba (Man.) ont utilisé Microsoft Teams. L'Alberta a conclu une entente avec la société TELUS visant à rémunérer les médecins au moyen d'un autre mode de rémunération lorsque ceux-ci offrent des services virtuels par le truchement de l'application Babylon. L'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta ont acheté Maple pour fournir des soins virtuels à leurs prestataires. La décision d'acheter des technologies de communication à la carte qui peuvent être utilisées par les cliniciens existants ou une plateforme entièrement intégrée est délicate, avec des avantages et des inconvénients des deux côtés. Avec des ressources suffisantes, il n'est pas nécessaire que ce soit l'un ou l'autre. Ces deux solutions peuvent coexister.

Nous avons constaté des utilisations créatives de la plateforme de soins virtuels dans plusieurs provinces, où elle a été utilisée pour renforcer le suivi des patients. Certaines mesures créatives ont été prises en matière de facturation. Par exemple, le Man. a inclus des codes de facturation pour la gestion virtuelle des patients atteints de maladies

chroniques. La Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont investi dans la plateforme de surveillance à domicile de TELUS Health, qui utilise la technologie pour surveiller à distance l'état de santé des patients et transmettre ensuite l'information par voie électronique avec leurs équipes de soins de santé. En Saskatchewan, ce service permet le suivi à domicile de certains patients post-chirurgicaux et des patients COVID en convalescence. En Colombie-Britannique, ce système a été utilisé pour le suivi des patients COVID.

Ces innovations ne sont pas nées, au cours des premiers mois, d'un désir d'être innovant, mais plutôt en réponse à l'approche de la pandémie appelée le « radeau de sauvetage d'urgence ». Au fur et à mesure de la progression de la pandémie, les systèmes de soins de santé ont créé des approches innovantes, tout d'abord pour éviter d'admettre les patients COVID dans la mesure du possible afin de limiter l'utilisation des ressources hospitalières. Alors que la pandémie se poursuivait, on s'inquiétait de plus en plus du fait que les patients atteints de maladies chroniques passaient entre les mailles du filet. Cependant, les soins en personne étaient encore limités, ce qui a conduit à l'expansion de ces programmes dans le suivi non lié à la COVID. C'était l'occasion de s'appuyer sur ces systèmes d'urgence et d'en faire des éléments permanents d'un système de santé centré sur le patient (voir la section 3.2.4 sur la télésurveillance des patients).

Les services virtuels de santé mentale ont fait l'objet d'une attention particulière dans toutes les provinces. Cette évolution s'explique en partie par l'augmentation de la demande de soutien, largement évoquée lors des entretiens. De nombreux gouvernements provinciaux ont investi directement dans l'expansion des services virtuels de soutien en santé mentale. Il s'agissait de forums en ligne (par exemple, en Alberta, Togetherall), de TCC autogérées (par exemple, au Manitoba, AbilitiCBT), de centres de ressources (par exemple, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador [T.-N.-L.] et à l'Île-du-Prince-Édouard, Bridge the gApp) et de services de santé mentale guidés par des thérapeutes (par exemple, en Ontario, MindBeacon). Ces investissements ont été repris par les assurances complémentaires privées proposées par les employeurs ou dans le cadre des programmes d'aide aux employés (PAE), ainsi que par les régimes d'assurance individuels.

La Colombie-Britannique et l'Ontario se sont efforcées de fournir un accès plus rapide à certains soins spécialisés. La C.-B. a mis en œuvre le soutien virtuel en temps réel pour les résidents et les fournisseurs de soins de santé dans les collectivités rurales, éloignées et autochtones. Ce programme offre aux prestataires de soins primaires des zones rurales et éloignées un accès Zoom 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des consultations avec des spécialistes de la maternité, de la pédiatrie, des urgences et des soins intensifs. Le programme s'étend pour inclure un accès rapide (mais pas immédiat) à d'autres spécialistes, tels que des dermatologues et des rhumatologues. En Ontario, plusieurs hôpitaux ont ouvert des services d'urgence virtuels, permettant aux patients d'appeler ces services et de prendre rendez-vous avec un prestataire, généralement le jour même ou le lendemain. Ce système a été mis au point pour répondre à la préoccupation selon laquelle les patients n'accédaient pas aux urgences physiques en raison d'un contexte où les coûts du contact physique sont élevés. Certains de ces programmes existaient avant la pandémie et se sont largement développés en fonction des besoins.

Certaines communautés autochtones ont fait preuve d'une innovation particulièrement impressionnante en matière de soins virtuels. Cela s'explique en partie par le fait qu'elles utilisaient déjà des services virtuels, qu'elles avaient une

expérience pertinente et pouvaient donc évoluer. De même, les territoires et les régions du nord de certaines provinces ont pu s'appuyer sur des systèmes existants.

Comme nous l'avons décrit ci-dessus, il y a eu des dizaines d'innovations et de nombreuses réussites au cours de la pandémie, mais garantir l'équité d'accès représente un défi constant dans de nombreuses communautés. Les soins virtuels permettent à certains groupes d'y avoir accès, mais d'autres sont soumis à des infrastructures de TI médiocres et à d'autres désavantages systémiques.

2.2 Examen des solutions du secteur privé pour les soins virtuels

La pandémie a marqué l'avènement du secteur de la santé numérique en général et des soins virtuels en particulier. Plus de 40 solutions numériques du secteur privé pour les soins virtuels sont actuellement utilisées au Canada, couvrant à la fois la santé physique et mentale, et s'étendant aux laboratoires et aux pharmacies. La capitalisation boursière combinée de l'industrie canadienne des soins numériques et virtuels est estimée à environ 15 à 20 milliards de dollars. Le secteur a connu une croissance rapide grâce à la maturité et à l'innovation de ces entreprises. À certains égards, il s'agit d'un succès politique majeur des gouvernements fédéral et provinciaux qui ont investi dans l'expansion de ce secteur.

Il convient de noter que TELUS Health, le Weston Group et WELL Health ont fait des investissements importants dans les soins virtuels au moyen d'acquisitions et d'investissements dans des solutions technologiques de soins virtuels. TELUS Santé a fait l'acquisition d'InputHealth Akira, d'EQ Care et de l'exploitation canadienne de Babylon Health, les ajoutant à sa gamme de produits de santé numériques. Le Weston Group a acquis QHR Technologies, la société mère du fournisseur de soins virtuels Medeo, et a acheté une part minoritaire de Maple. WELL Health a procédé à des acquisitions importantes, notamment Tia Health, Insig et Adracare, dans le but de créer un écosystème virtuel sur sa plateforme existante Virtual Clinic +. WELL est désormais aussi le plus grand intégrateur de services pour les DME Oscar, créant ainsi un troisième grand fournisseur de DME au Canada.

Avec la croissance de la demande de services de soins virtuels, les revenus de ces entreprises ont également augmenté de manière significative. En 2020, dix entreprises de santé numérique étaient cotées en bourse. En décembre 2020, MindBeacon (un fournisseur virtuel de services de santé mentale) et Think Research (une société qui a développé une solution de soins virtuels répertoriée comme fournisseur officiel du Réseau Télémédecine de l'Ontario) sont devenues des sociétés cotées en bourse. Dialogue Technologies, un fournisseur de soins virtuels utilisé par de grandes compagnies d'assurance comme la Compagnie d'assurance du Canada sur la vie et la Financière Sun Life, a suivi en entrant en bourse en mars 2021. Ce mois-ci, CloudDx s'est inscrit à la bourse de Vancouver, et Maple, une solution de soins virtuels directe au consommateur, populaire en Ontario, en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, a annoncé en mars 2021 qu'elle se préparait à entrer en bourse.

Sociétés privées

Acquisitions, investissements et premiers appels publics à l'épargne liés aux soins virtuels



Figure 7 : Depuis la fin de 2019, l'industrie canadienne des soins virtuels a connu une activité importante, car quelques grandes entreprises bien capitalisées ont dominé le marché, faisant des démarches pour acquérir et investir dans de nombreuses solutions de soins virtuels.

Les modèles selon lesquels chacune de ces plateformes fonctionne varient également dans le paysage des soins virtuels. Dans la figure 8, nous avons défini quatre principaux modèles d'exploitation pour les solutions technologiques de soins virtuels : la consultation virtuelle sans rendez-vous, les services en personne et en ligne », le lancement du dossier médical électronique (DME) et la technologie reliant les patients à un clinicien désigné.

Modèles d'exploitation des soins virtuels



Figure 8 : Les entreprises privées de soins virtuels adoptent des modèles d'exploitation variés

Parmi les solutions de soins virtuels actuellement disponibles, rares sont celles qui proposent une technologie purement dégroupée, pouvant être achetée et utilisée comme un logiciel de soins virtuels distinct. Cela peut

représenter une lacune dans l'offre actuelle de solutions de soins virtuels. Il se peut également que les solutions de lancement de DME dominant à l'avenir, en particulier lorsqu'elles sont proposées dans un modèle de logiciel en tant que service. Les services virtuels sans rendez-vous se sont historiquement avérés difficiles à intégrer dans notre système de santé public et font l'objet d'importantes protestations de la part des médecins et d'autres personnes. Ceci est particulièrement intéressant étant donné que le 811, la télésanté et les lignes d'appel pour les infirmières ne font pas l'objet de la même opposition. La désignation d'un clinicien se fait actuellement principalement dans le domaine de la santé mentale.

Il y a également eu un changement spectaculaire dans les payeurs au cours de la pandémie. Les provinces ayant assoupli les règles de remboursement et créé des options permettant aux prestataires de facturer les régimes d'assurance provinciaux, de nombreuses plateformes ont commencé à offrir des services de soins virtuels financés par les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Là où il y avait des lacunes dans la couverture, certains patients ont choisi de payer de leur poche pour accéder à des solutions (actuellement) non assurées. Dans certaines provinces, les systèmes de santé provinciaux ont acheté l'accès à ces services de soins virtuels groupés auprès de sociétés privées, telles que Babylon et Maple.

Les employeurs sont intervenus pendant la pandémie et ont considérablement élargi leur couverture des prestataires de soins virtuels par le biais des régimes d'avantages sociaux des employés. Plusieurs de ces offres ont même été proposées gratuitement au milieu de l'année 2020 par des fournisseurs de soins virtuels cherchant à étendre leur part de marché. Ces offres ont maintenant mûri et leurs modèles de tarification sont suffisamment attrayants pour que davantage d'employeurs les intègrent dans les régimes d'avantages sociaux. Dialogue est l'une des principales entreprises de cet espace et a récemment fait son entrée en bourse avec une capitalisation boursière de plus d'un milliard de dollars, ce qui en fait la première « licorne » de la santé virtuelle au Canada. Il est presque certain que ce ne sera pas le dernier et WELL pourrait contester le fait que ce soit le premier.

Les compagnies d'assurance complémentaire représentaient également un important groupe de payeurs. Dialogue s'est associé à d'importants fournisseurs d'assurance, dont SSQ, IA Financial Group, la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et la Financière Sun Life. Lorsque la pandémie de COVID-19 a frappé le Canada, la Sun Life a lancé sa plateforme de soins virtuels Lumino Health en utilisant la solution Dialogue Technologies, en facturant 3,49 \$ par membre et par mois. D'autres fournisseurs de soins virtuels, comme Akira, EQ Care et Teladoc, ont également conclu des partenariats avec les principaux fournisseurs d'assurance au Canada. Des millions de Canadiens sont maintenant couverts par de tels régimes d'employeurs.

Quelques observations sommaires sur cet avènement :

- 1) Le marché du DME pour les médecins est dominé par trois très grands acteurs : TELUS, George Weston Group et WELL.
 - a. Chacun de ces acteurs contrôle une part importante de l'activité de bureau des médecins et a ajouté les soins virtuels à son DME.
 - b. Chacun d'entre eux a fait l'acquisition de cabinets médicaux et met en place des services en personne et virtuels, tout en fournissant des ordinateurs de bureau (DME) à de nombreux autres cliniciens.

- 2) Les soins virtuels offerts par l'employeur sont accessibles à de nombreux Canadiens. Les estimations pour les produits uniques sont de plus de cinq millions d'employés couverts et leurs familles.
- 3) Les plateformes de santé mentale sont beaucoup plus largement disponibles en raison de la pandémie, à la fois par le biais du remboursement provincial et de la couverture de l'employeur.
- 4) Le secteur public fait de plus en plus appel aux services virtuels sans rendez-vous autonome. Le marché du paiement privé et de la vente directe aux consommateurs est un marché de niche pour les services non couverts tels que la messagerie sécurisée et les appels vidéo des infirmières praticiennes. Il a grandi temporairement.
- 5) De nombreux grands cabinets cherchent à créer ou à s'associer pour créer leurs propres systèmes de distribution de services en personne et virtuels. Certains de ces systèmes seront proposés en tant que « premières offres virtuelles ».
- 6) Une demi-douzaine d'autres acteurs importants, mais plus petits, tentent d'entrer sur ce marché. Ces entreprises ont une capitalisation boursière comprise entre 100 millions et 1 milliard de dollars. Plusieurs d'entre elles sont désormais cotées en bourse.
- 7) Les deux principaux fournisseurs canadiens de soins aux personnes plus âgées sont des champions mondiaux. PointClickCare (PCC) sur le marché des soins de longue durée et des maisons de retraite et AlayaCare sur le marché des soins à domicile ont tous deux redéfini leur secteur.

2.3 Expérience internationale

L'expérience internationale en matière de soins virtuels confirme largement l'expérience canadienne au cours de la pandémie.

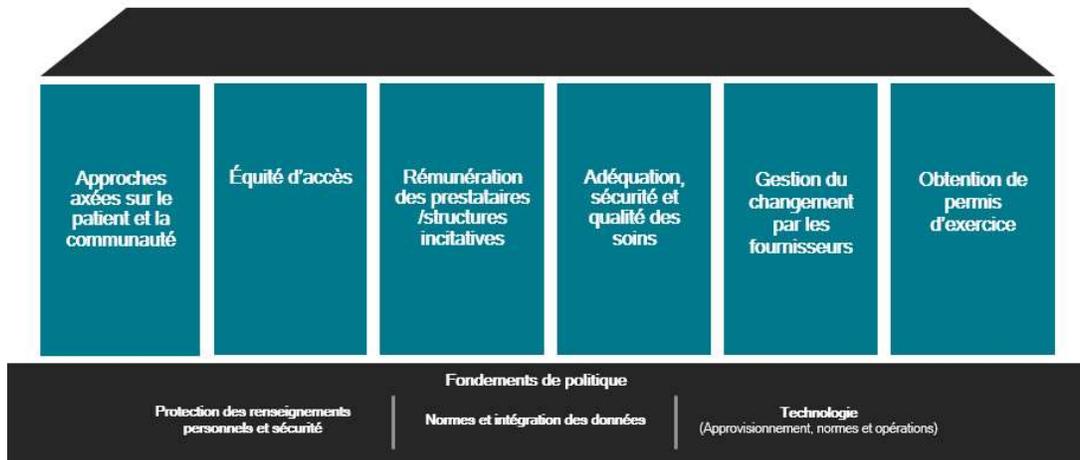
- 1) Tous les pays pour lesquels nous disposons de données ou de rapports de cabinets de conseil ont connu la même expansion importante et rapide des soins virtuels en raison du niveau élevé de CdCP.
- 2) Cette expansion varie selon la spécialité. La santé mentale, l'endocrinologie et plusieurs autres spécialités sont rapidement passées au virtuel, tandis que d'autres spécialités ont eu du mal ou ont fait des allers-retours.
- 3) L'intégration des soins virtuels et physiques dans un seul et même flux de travail est un défi majeur partout dans le monde, motivé en partie par le remboursement et la réglementation.
- 4) Le téléphone est la modalité dominante. Au sein du NHS England, l'utilisation du téléphone pour les services virtuels est même plus élevée qu'au Canada. Les payeurs américains ont poussé pour obtenir des services vidéo et il y en a donc plus aux États-Unis.
- 5) Lorsque la messagerie sécurisée est autorisée et rémunérée, elle est utilisée pour environ un quart du volume total. Certaines des meilleures données à ce sujet proviennent de Kaiser Permanente Northern California, présentées ci-dessous dans le pilier 3.
- 6) L'équité, l'accès et l'infrastructure sont des tensions dans les soins virtuels à l'échelle mondiale, tout comme dans les soins de santé en personne.

Des examens majeurs sur la façon dont les différents systèmes de soins de santé se sont adaptés pendant la pandémie auront lieu au cours des prochaines années et il y aura des leçons importantes dans chacun des six piliers stratégiques.

Section 3 : Politique de soins virtuels pour les Canadiens : Cadre des six piliers

Cette section est organisée selon le cadre des six piliers élaboré par la Table virtuelle sur les soins fédérale-provinciale-territoriale (FPT) lors de ses délibérations en 2020-2021. Nous avons trouvé ce cadre utile pour organiser les options et les recommandations :

Six piliers stratégiques



L'un des avantages de ce cadre est qu'il nous permet de rester au niveau de l'établissement de stratégies lorsque nous considérons les soins virtuels et de ne pas nous laisser entraîner dans les détails des trois fondements stratégiques qui sous-tendent les piliers, à savoir :

- 1) Protection des renseignements personnels et sécurité
- 2) Normes et intégration des données
- 3) Technologie

Nous proposons quelques recommandations stratégiques sur ces éléments fondamentaux, mais nous n'entamons pas de discussions détaillées sur les normes de données et les choix technologiques précis. Par exemple, nous utilisons l'expression « format numérique utilisable » pour décrire les normes de données plutôt que d'entrer dans les détails de la norme FHIR, de l'initiative Blue Button et d'autres approches. Nous ne sollicitons aucune recommandation législative ou réglementaire précise sur la vie privée et la sécurité. Nous notons cependant que de nombreuses personnes interrogées ont souligné que les règles existantes avaient été interprétées de manière conservatrice avant la pandémie. Cela changeait avec un CdCP élevé. Ces éléments fondamentaux feront l'objet d'un travail important de la part d'autres personnes dans les années à venir. Nous abordons certaines des questions politiques connexes dans le cadre des six piliers, mais nous nous efforçons de ne pas entrer dans les détails.

3.1 PILIER 1 : Approches centrées sur le patient et la communauté

De nombreux patients aiment beaucoup les soins virtuels.

Comme l'a dit un fournisseur, « les patients ne veulent pas venir au bureau. Ils sont très réticents si ce n'est pas nécessaire d'un point de vue clinique. » ~ Médecin de famille rural

Les soins virtuels offrent la possibilité de concevoir un système de santé réellement centré sur le patient. Notre système actuel se concentre sur les besoins du fournisseur, ce qui oblige les patients à se déplacer d'un bâtiment à l'autre; ils doivent ainsi apporter leurs dossiers sous forme de CD, de documents imprimés, ou ils n'apportent rien du tout. Il est incohérent, peu pratique, long et coûteux pour les patients. Les soins virtuels sont susceptibles d'amener les soins au patient, d'améliorer les transitions de soins et de rendre la mobilisation dans le système de santé plus sûre et plus pratique pour les patients.

3.1.1 Conception de soins virtuels pour les patients

Par « approche centrée sur le patient », nous voulons dire que nous plaçons nos clients au centre de nos discussions sur la conception du système. L'un des moyens d'y parvenir est de créer des archétypes ou des personnages qui représentent les patients que nous servons et leurs besoins. Nous avons créé six personnages de ce type. Pour ancrer cette discussion politique, nous vous invitons à étudier chacun d'entre eux et leurs besoins précis en matière de soins virtuels. D'après notre expérience, il n'y a pas de solution universelle. Ce thème revient dans nos entrevues. Nous devons tenir compte des besoins précis lorsque nous mettons à l'essai de nouveaux modèles et réfléchissons à la manière d'élaborer des politiques qui servent mieux tous les Canadiens.

1. Aarya – adulte âgée médicalement complexe

Aarya est une femme de 84 ans originaire de l'Asie du Sud qui vit de manière autonome dans une maison de retraite du centre-ville et a un revenu fixe. Elle prend neuf médicaments de façon régulière et est suivie par sept spécialistes. L'anglais est sa deuxième langue et elle compte sur sa fille qui prend en charge la majorité de ses soins médicaux.

2. Casey – étudiant fréquentant une université hors de la province

Casey est un Albertain en première année d'université à l'Université Western. Il conserve sa couverture médicale et son permis de conduire de l'Alberta tout en poursuivant ses études hors de la province. Casey a un problème de santé sexuelle qui peut être résolu par un traitement antibiotique, mais il a déjà eu une réaction négative à un antibiotique. Casey accède aux soins soit par l'intermédiaire d'une clinique sans rendez-vous en personne ou virtuelle.

3. Stevie – adulte stressé ayant peu de temps pour se faire soigner

Stevie est un homme de 43 ans du centre-ville de Montréal qui a travaillé de longues journées pendant toute sa carrière. Il a un surpoids de 14 kilos et souffre d'hypertension, de diabète et d'anxiété. La seule idée d'avoir à interrompre son emploi du temps chargé pour aller consulter son médecin le stresserait encore plus. La semaine dernière, la conjointe de Stevie lui a recommandé de suivre une thérapie contre l'anxiété.

4. Robin – agriculteur rural avec une mauvaise connectivité informatique

Robin, un agriculteur de 54 ans, vit à 300 kilomètres au nord de Toronto, dans une région rurale dotée d'une infrastructure technologique médiocre et où le revenu par habitant est inférieur à la moyenne. À la ferme, l'accès à Internet n'est pas fiable, et Robin peut passer des heures sans pouvoir s'y connecter. Rogers étant le seul

fournisseur de services téléphoniques disponible, il a donc un forfait prépayé de téléphonie vocale uniquement auprès de celui-ci et les données sont excessivement chères.

5. *Norman – Chasseur crie (Eeyou Istchee) chasseur vivant dans une communauté éloignée des Premières nations*

Norman est membre de la Nation crie de la baie James. Il s'agit d'un chasseur qui vit de la terre pendant une partie de l'année et qui reçoit pour cela une certaine aide au revenu. Par le passé, Norman a toujours été assidu à ses rendez-vous de suivi à la clinique qui l'aide à gérer son diabète et son hypertension artérielle lorsqu'il est en ville. Mais souvent, ces rendez-vous entrent en conflit avec ses activités saisonnières de travail de la terre. Parfois, il est difficile de le joindre pour programmer un suivi, et par conséquent, ses soins médicaux sont interrompus pendant des mois. D'autres fois, il sacrifie le temps précieux passé à son camp pour faire le déplacement d'une journée jusqu'en ville pour un rendez-vous.

6. *Chris – Jeune atteint de la maladie de Crohn*

Chris est un enfant actif et en bonne santé qui vit en dehors d'une grande ville. On lui a diagnostiqué une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) il y a environ sept ans. Ses parents et lui vivent en fonction du parcours de la MICI depuis des années, depuis que son état a été stabilisé grâce à un traitement biologique. Toutes les six semaines, il reçoit une perfusion; à l'origine, c'était au centre pour enfants du centre-ville, et maintenant, et il la reçoit dans sa région. Il se rend à la clinique tous les trois ou quatre mois pour une prise de sang et des rencontres avec l'infirmière et le médecin. L'un de ses parents sacrifie cinq heures de travail pour chaque consultation et le conduit en ville; le trajet prend une heure dans chaque sens, et il faut compter 20 dollars de stationnement. Le père de Chris a déclaré : « Je le fais parce que je suis salarié et que je peux faire mon travail tout en m'occupant de mon enfant. Pour ma femme, la perte de revenus serait difficile. »

Il n'existe pas de patient « moyen » ayant des besoins « typiques » en matière de soins virtuels. Ces exemples de patients figurent tout au long du rapport (dans les encadrés 1 à 6), avec des détails supplémentaires sur la façon dont leurs soins ont changé pendant la pandémie. Nous devons « segmenter » ces marchés et élaborer une approche « consommateur » pour chacun des différents personnages. Il se peut que leurs besoins se recoupent, mais il ne faut pas croire qu'il existe un seul dossier ou un seul service pour six personnes aussi différentes, aux besoins aussi variés.

Examinons les besoins en matière de « soins virtuels » pour chacun de ces six personnages en résumé :

- 1 *Aarya* : Produit de soutien du cercle de soins qui inclut tous les fournisseurs et donne le contrôle des droits d'accès à sa fille et au fournisseur de soins primaires; technologie de surveillance à distance.
- 2 *Casey* : Portail de pharmacie en ligne, accès aux résultats de laboratoire en ligne et consultations virtuelles dans la province pour les soins à la demande ou (de préférence) hors de la province pour l'accès aux dossiers médicaux.
- 3 *Stevie* : Aiguillages en ligne, prescriptions en ligne et consultations virtuelles par téléphone, vidéo ou modalités asynchrones avec le médecin de famille, ainsi que thérapie virtuelle de santé mentale à partir d'un service soutenu par une application.
- 4 *Robin* : La messagerie sécurisée et le téléphone sont les seules modalités qui fonctionnent actuellement pour Robin, qui gagnerait à bénéficier d'autres outils de soins virtuels, notamment les consultations vidéo et l'accès en ligne à son dossier. L'infrastructure locale d'une pharmacie ou d'une bibliothèque ou la technologie satellitaire de nouvelle génération changeront la donne.
- 5 *Norman* : Il est en mesure d'accéder aux soins tout en conservant sa culture et son mode de vie. Une combinaison de modalités tenant compte des limites de l'infrastructure et des obstacles saisonniers.

- 6 *Chris* : Ces personnes et leur famille sont un exemple de cas particuliers où tant les consommateurs que les fournisseurs ressortent gagnants du passage aux soins virtuels. La famille de Chris bénéficie des mêmes soins de haute qualité et gagne des centaines d'heures tout en réduisant ses coûts. Le système de santé gagne en capacité et fait un meilleur travail de communication et d'éducation médicale.

Des personnes différentes ont des besoins très divers en matière de soins virtuels. Par « approche centrée sur le patient », on entend en partie que l'on prend en compte les besoins individuels du patient/consommateur/client. Au Canada, nos notions d'équité dans la prestation publique des services de soins de santé signifient que l'égalité d'accès n'est pas toujours équitable. Par « soins équitables et centrés sur le patient », on entend qu'à différents moments de notre vie, nous avons besoin de différents niveaux de service. Plus concrètement, il n'y a pas de solution universelle.

3.1.2 Moyennes, médianes, modes et modalités

Dans leurs travaux sur les dépenses de santé, Wodchis *et al.* ont démontré qu'« il n'y a pas de solution universelle »¹¹. Entre 2009 et 2011, le palier supérieur de 1 % des utilisateurs en Ontario a consommé 33 % des ressources publiques en matière de soins de santé, dépensant au moins 44 906 dollars par personne. Le chiffre de 5 % de la population à lui seul représentait 65 % de l'ensemble des coûts, avec un seuil de départ de 7 960 dollars par personne. Pourtant, 50 % de la population avait des coûts annuels médians de seulement 333 \$ ou moins, ce qui ne représentait que 2 % de l'ensemble des dépenses allouées¹². Nous ne pouvons pas traiter la personne qui coûte 5 000 dollars au système de la même manière que celle qui lui coûte 50 dollars. Les personnages ci-dessus montrent clairement que ces mêmes modèles sont susceptibles de s'appliquer aux soins virtuels. La nécessité d'un produit de « cercle de soins » complet, avec un accès réparti aux aidants formels et informels, n'est probablement une préoccupation majeure que pour une petite partie de la population. D'autres apprécieront la continuité de la tenue des dossiers pour surveiller une poussée occasionnelle d'une affection de longue date. La question de savoir quelle modalité est la plus centrée sur le patient n'a pas de réponse claire. Certains clients préfèrent la messagerie sécurisée, mais pour d'autres, cela est impossible ou indésirable. Dans un contexte où les coûts du contact physique sont élevés, certains préfèrent la vidéo au téléphone, parce qu'ils veulent les repères visuels pour la communication et le diagnostic, mais pour d'autres, le téléphone suffit. Parfois, les gens ont besoin de soins en personne, ou ils souhaitent ce type de soins. Et ce sera toujours le cas.

Concentration des coûts des soins de santé

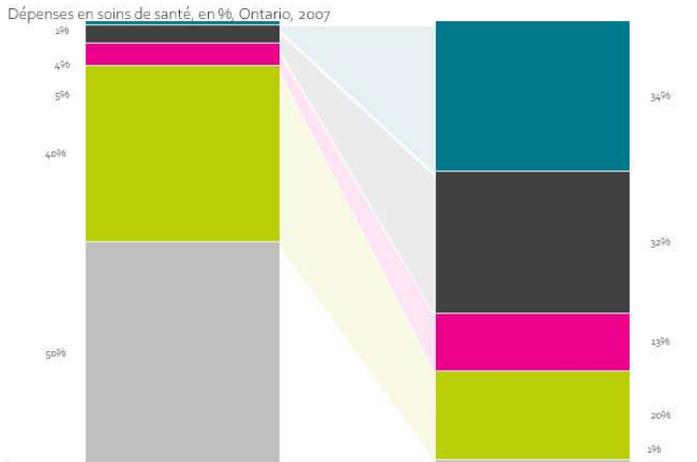


Figure 9 : La concentration des dépenses en matière de soins de santé est inégalement répartie sur une petite partie de la population

Il sera difficile de déterminer quelles modalités précises sont appropriées pour quels types de patients, de consommateurs ou d'affections. La décision sur la modalité clinique en avril 2021 peut être erronée dans un avenir proche. La technologie évolue de manière surprenante. Au cours des entrevues, nous sommes tombés sur un sous-ensemble de médecins (dans plusieurs provinces) qui utilisent désormais des applications de communication leur permettant de passer du téléphone à la vidéo et à la messagerie sécurisée (p. ex., WhatsApp et FaceTime). Le mois dernier, Zoom a annoncé un service téléphonique. Nous pouvons donc raisonnablement prévoir que le téléphone et la vidéo ne seront plus des modalités distinctes pendant encore longtemps. Cela résoudra certains problèmes, mais rendra le remboursement encore plus délicat.

Il est encore plus difficile d'assurer l'avenir de nos décisions en matière de soins virtuels si nous nous projetons dans cinq ans. Prenons trois exemples en utilisant nos personnages. En avril, Microsoft a dépensé 20 milliards de dollars pour la technologie vocale de Nuance. Imaginez le monde d'Aarya si elle pouvait utiliser une reconnaissance vocale en hindi. Quelle serait l'expérience de Robin en matière de soins si les satellites en orbite basse (LEO) d'Elon Musk étaient en place et si Robin pouvait passer sans problème d'un appel vocal à un appel vidéo et vice versa au cours de la même consultation? Pour Casey et tous ses colocataires du collège, ce qu'ils veulent vraiment, c'est utiliser la réalité virtuelle pour discuter avec leur médecin de famille qu'ils connaissent depuis qu'ils ont deux ans. Il sera difficile d'assurer l'avenir des modalités centrées sur le patient et nous devons accepter que l'avenir ne cesse de changer. Nous devons donner aux cliniciens et aux patients les moyens de prendre ces décisions et ne pas placer la barre trop haut pour l'adoption de nouvelles approches. Un droit universel à l'information pour tous les patients en est la base.

Robin le campagnard

Robin, un agriculteur de 54 ans, vit à 300 kilomètres au nord de Toronto, dans une région rurale dotée d'une infrastructure technologique médiocre et où le revenu par habitant est inférieur à la moyenne. À la ferme, l'accès à Internet n'est pas fiable, et Robin peut passer des heures sans pouvoir s'y connecter. Rogers étant le seul fournisseur de services téléphoniques disponible, il a donc un forfait prépayé de téléphonie vocale uniquement auprès de celui-ci et les données sont excessivement chères..

Le mois dernier, Robin a été grièvement blessé alors qu'ils utilisaient des machines lourdes. Il a demandé à sa fille de le conduire à l'hôpital le plus proche, à deux heures de route. Après que le médecin a eu traité la plaie de Robin, il lui a recommandé d'effectuer la surveillance de sa plaie avec son médecin généraliste et lui a fourni un lien en ligne pour consulter ses dossiers électroniques. Cependant, lorsque Robin a essayé d'accéder à son dossier à la ferme, la bande passante était insuffisante. Le médecin de Robin est à 45 minutes de route, et il l'a orienté vers un dermatologue à Toronto. Le médecin généraliste a recommandé à Robin d'organiser une consultation vidéo la prochaine fois, ce qui était impossible en raison du manque de fiabilité de l'accès à Internet.

Les soins virtuels présentent de nombreux avantages pour Robin, mais étant donné les infrastructures existantes et les contraintes de coûts, ils ne peuvent pas accéder aux soins virtuels.

RECOMMANDATION 10 : Des patients différents auront besoin de modalités et de combinaisons de services différentes pour que notre système soit centré sur le patient et favorise la continuité des soins. Nous devons faire preuve d'humilité et de souplesse dans les règles, les règlements et les politiques de nos systèmes pour permettre la poursuite de l'innovation à un rythme soutenu.

RECOMMANDATION 11 : Toute personne a le droit de recevoir ses données de soins de santé dans un format numérique utilisable d'ici le 1^{er} avril 2023. Cela doit inclure la capacité simple à mettre en œuvre de donner procuration à un membre de la famille et d'échanger de l'information au sein d'un cercle de soins.

3.1.3 Amélioration tant de la santé publique que des soins centrés sur le patient grâce à de solides systèmes d'information sur la santé

L'infrastructure actuelle des données sur la santé au Canada est encore faible, ce qui menace nos systèmes de surveillance et d'intervention en matière de maladies transmissibles. L'expérience de l'année dernière a confirmé qu'il était important pour la sécurité publique que nous accomplissions un meilleur travail de surveillance des maladies et de contrôle des infections dans nos systèmes de santé publique. Une infrastructure de données plus robuste améliorera également notre capacité à fournir des soins virtuels excellents et bien organisés aux Canadiens. Nous décrivons ensuite ces cinq recommandations connexes.

1) Demandes d'analyse et résultats d'analyses en laboratoire

Nous devons savoir qui est exposé à un risque d'infection par la COVID-19 et qui est immunisé. Au Canada, les résultats des patients sont disponibles sous forme numérique depuis des dizaines d'années, mais au moyen de mécanismes imparfaits et souvent inaccessibles au patient. Les consommateurs s'attendent désormais à ce que les résultats de leurs tests soient disponibles en ligne pour au moins un test important : la COVID-19. Tous les tests devraient désormais être numérisés.

RECOMMANDATION 12 : Toutes les demandes d'analyse standard en laboratoire et tous les résultats de ces analyses doivent être envoyés/reçus dans un format numérique utilisable d'ici le 1^{er} avril 2023. Aucun paiement ne doit être effectué pour des demandes d'analyse ou des résultats envoyés/reçus sur papier.

2) Ordonnances électroniques

Pendant la pandémie, Prescription a connu une croissance phénoménale, comme le montre la figure 10.

PrescripTlon®

SERVICE D'ORDONNANCES ÉLECTRONIQUES DU CANADA

Faits saillants nationaux

Au 9 avril 2021

Croissance significative de PrescripTlon® et intérêt pour celui-ci au cours des 12 derniers mois



Page 3

© 2021 Inforoute Santé du Canada

Confidentiel – Aux fins de discussions seulement



Inforoute Santé du
Canada

Figure 10 : PrescripTlon permet aux prescripteurs de transmettre électroniquement une ordonnance directement d'un dossier médical électronique au système de gestion de la pharmacie du choix du patient.

Il existe quelques services commerciaux concurrents qui contribuent à maintenir la compétitivité de ce service. Cette base de service nous permet de faire la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 13 : Toutes les ordonnances doivent être envoyées/reçues par voie numérique d'ici le 1^{er} avril 2023. En raison de la crise de l'utilisation des opioïdes au Canada, toutes les ordonnances pour les opioïdes devront être envoyées/reçues par voie numérique d'ici le 1^{er} avril 2022.

La recommandation supplémentaire sur la prescription d'opioïdes est attendue depuis longtemps et, compte tenu des services disponibles, elle pourrait être immédiate.

3) Dossiers de soins à domicile, de maisons de retraite et de soins de longue durée

Soins à domicile : Au Canada, AlayaCare est désormais un champion national sérieux, car il permet aux soignants de recueillir des mesures des résultats déclarés par le patient (MRDP) et des mesures des expériences déclarées par les patients (MEDP). Ce logiciel est principalement conçu comme une plateforme de logistique et d'établissement de calendrier, et il dispose d'un dossier médical léger axé sur les activités de la vie quotidienne. Cela présente un grand intérêt pour une personne comme la fille d'Aarya, qui cherche à suivre l'évolution de l'état de santé de sa mère. Il présente un intérêt occasionnel pour les autres personnes de son cercle de soins. AlayaCare dispose d'une MRDP automatisée qui évalue l'état de santé général, ainsi que de plusieurs MEDP et de mesures des expériences déclarées par les fournisseurs de soins, y compris les préposés aux services de soutien à la personne ou les aides-soignants.

Les soins de longue durée (SLD) sont paradoxaux au Canada d'un point de vue numérique : nous sommes à la fois très perfectionnés et nous manquons cruellement de bons soins virtuels et d'infrastructures numériques dans nos foyers de SLD. Le Canada possède le premier système logiciel de soins de longue durée de la planète, basé à

Mississauga. PointClickCare (PCC) emploie 1 300 personnes en Amérique du Nord et vaut environ cinq milliards de dollars américains. PCC est une grande réussite canadienne et un atout national. Pourtant, on a peu parlé de l'utilisation de PCC comme outil de déclaration pour évaluer la qualité des foyers de soins de longue durée et pour suivre l'évolution de la pandémie et de la vaccination. Selon les estimations actuelles, PCC détient déjà plus de 70 % du marché des SLD. Il devrait être invité, entre autres, à coconcevoir une infrastructure d'établissement de rapports standard. Remarque : cela nécessitera un programme de traduction agressif, car à l'heure actuelle, PCC ne dispose pas d'une version française.

RECOMMANDATION 14 : Les organismes de soins de santé pancanadiens doivent collaborer avec les deux principales entreprises canadiennes de logiciels de soins aux aînés pour remanier les systèmes de rapports sur les soins en établissement et à domicile.

4) Secteur hospitalier

Les grands fournisseurs américains de technologies de l'information s'efforcent de fournir une fonctionnalité similaire dans le domaine des soins ambulatoires, sous le poids de leurs systèmes informatiques hospitaliers monolithiques. Ces systèmes sont liés aux normes « Meaningful Use » de Medicare aux États-Unis. C'est ce qui motive le développement de leurs produits, car il s'agit des caractéristiques précises d'un dossier médical électronique (DME) que les fournisseurs doivent utiliser pour bénéficier de paiements incitatifs. Certaines compétences et leurs régions fonctionnent bien avec leurs fournisseurs pour assurer ces services. D'autres sont en difficulté. Franchement, l'expérience utilisateur, tant pour les patients que pour les médecins, n'est pas uniforme et souvent médiocre. La résolution de ce déficit restera un problème pour la prochaine génération. Cependant, les États-Unis ont introduit des normes de rapport sur lesquelles nous devrions également insister au Canada pour que les soins virtuels soient couronnés de succès.

RECOMMANDATION 15 : Tous les hôpitaux doivent fournir sur demande un résumé du congé ou de la rencontre dans un format numérique utilisable, lisible par machine et consultable, à compter du 1^{er} avril 2023. Une somme modique appropriée devra être payée par le gouvernement au nom des consommateurs demandeurs.

5) DME des médecins

Les soins primaires se prêtent parfaitement au regroupement des dossiers des patients et à l'offre aux patients d'un centre de communication sur leurs soins de santé. De plus en plus, ils sont passés du statut de bases de données et de systèmes de facturation à celui de systèmes de communication multimodaux. La figure 11 montre une visualisation de ce changement :

Les DME comme système de communication multimodal

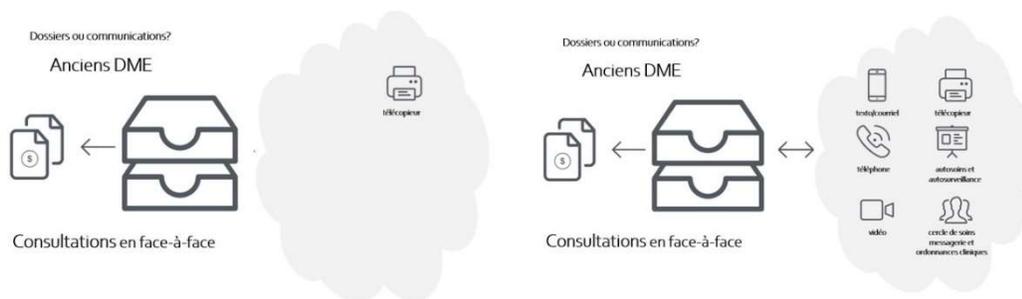


Figure 11 : Les DME évoluent pour passer des bases de données et des systèmes de facturation vers des systèmes de communication multimodaux

Input Health (qui appartient maintenant à TELUS Santé) et d'autres développeurs de logiciels innovants ont changé la donne. Plutôt que de mettre en place des systèmes de facturation, ils ont commencé par la communication et la collecte d'information validée auprès des patients. Cette approche, qui privilégie le patient et les soins virtuels, est largement reproduite dans les soins virtuels à la demande et par les employeurs. Certains systèmes de soins de santé publics recueillent maintenant aussi des données automatisées, tout comme la Clinique de soins virtuels de l'Ontario (CSVO) et les lignes du 811 ou de télésanté.

La prochaine génération de DME pour les soins primaires commencera par le patient, établira un historique et validera un ensemble de symptômes. Ils permettront de mettre en place un modèle de consultation virtuelle en premier. Cela commence souvent par une autoévaluation en ligne et l'échange de ressources par messagerie sécurisée. L'approche privilégiant les soins virtuels consistera alors souvent en un simple appel téléphonique (ou un message sécurisé, si cela est rémunéré de manière appropriée), durant lequel on pourra ajouter des photos ou passer à la vidéo au cours du même appel. Actuellement, il existe une séparation entre le téléphone et la vidéo, mais nous pensons que cela va disparaître dans les prochaines années. Des appels multimodaux sont déjà effectués régulièrement pendant la pandémie par certains médecins de soins primaires par capitation. La barrière entre le portail, le téléphone, la messagerie et la vidéo n'est que transitoire. Les systèmes omnicanaux seront bientôt la norme. C'est déjà le cas pour les systèmes de soins basés sur l'employeur qui ont explosé pendant la pandémie.

Avant la pandémie, nous avons parlé de « l'intégration du virtuel dans le flux de travail ». Aujourd'hui, le virtuel est le principal flux de travail de nombreux cabinets, et il est nécessaire de créer une expérience multimodale centrée sur le patient. Le DME ne sera pas le seul système d'innovation pour les patients.

Les cliniciens interrogés ont souligné la nécessité de mettre en place de meilleurs systèmes pour les patients figurant dans le palier supérieur des 10 % des utilisateurs du système de santé de Wodchis *et al.* Certains appellent cela un produit de « cercle de soins », d'autres parlent de « gestion de la relation avec le patient », et certains espèrent même que leur propre DME pourra un jour évoluer vers un tel système. Ce service d'information peut très bien être différent pour les personnes dont l'état de santé indique qu'elles feront partie d'un groupe des utilisateurs fréquents pendant un certain nombre d'années, de sorte qu'il y a probablement plusieurs types de produits/services nécessaires en fonction du diagnostic et du pronostic. Un portail pour les patientes enceintes est différent d'un produit de cercle de soins pour un patient âgé atteint d'un cancer, et tous deux sont encore différents d'une plateforme destinée à soutenir les patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Tous ces éléments doivent être reliés au système de dossier, qui se trouve généralement à l'hôpital ou au cabinet du médecin. Stevie et Aarya ont besoin de systèmes d'information très différents, même s'ils sont tous deux reliés aux mêmes banques d'information de base dans les hôpitaux et les cabinets médicaux.

Les patients occasionnels – la plupart d'entre nous qui consultons rarement – ont besoin d'une base de données complète à consulter comme source fiable (p. ex., Casey le collégien), mais leurs besoins actifs concernent généralement davantage les technologies de communication ou une intervention propre à une maladie (p. ex., la plateforme de TCC de Stevie, le soutien en puériculture).

RECOMMANDATION 16 : Tous les DME de soins primaires doivent disposer d'un résumé sur demande dans un format numérique utilisable, lisible par machine et consultable à compter du 1^{er} avril 2023. Une somme modique appropriée sera payée par le gouvernement au nom des consommateurs demandeurs.

Certains diront que ces cinq recommandations sont difficiles ou coûteuses. Ce point de vue revient à faire des économies de bouts de chandelles. Ce qui est difficile et coûteux, c'est d'essayer de gérer les soins de santé pendant une pandémie sans une solide clé de voûte numérique. Nous sommes prêts à promouvoir la conversion complète de ces services et d'autres services fondamentaux, et nous devrions le faire immédiatement. Un soutien à la réhabilitation pourrait s'avérer nécessaire pour faciliter la transition et atténuer les situations de sous-échelle.

RECOMMANDATION 17 : Un service temporaire de réhabilitation des dossiers papier doit être mis à la disposition des fournisseurs de services (à leurs frais) pour leur permettre de répondre aux demandes d'information des patients pendant les exercices 2022 à 2026 afin de faciliter la transition vers un monde entièrement numérique.

3.1.4 La question des portails pour les patients

Si nous partions d'une feuille blanche, nous utiliserions probablement le DME du fournisseur de soins primaires comme base pour tous les besoins et toutes les demandes d'information sur les patients. Mais nous ne le faisons pas. L'accès actuel des consommateurs à l'information au Canada s'est appuyé sur la technologie des portails du

Aarya en ambulatoire

Aarya est une femme de l'Asie du Sud de 84 ans qui vit de manière autonome dans une maison de retraite du centre-ville et a un revenu fixe. Elle prend neuf médicaments de façon régulière et est suivie par sept spécialistes. L'anglais est sa deuxième langue, et elle compte sur sa fille qui prend en charge la majorité de ses soins médicaux.

- Le cardiologue appelle pour vérifier la tension artérielle (qui est prise par l'infirmière auxiliaire).
- L'endocrinologue appelle et envoie des courriels à sa fille pour discuter des analyses sanguines de routine.
- Ses rendez-vous réguliers pour la dégénérescence maculaire ont été suspendus et sa vue se détériore.
- Ses traitements dermatologiques quotidiens ont été poursuivis à son domicile par une infirmière qui porte l'équipement de protection individuelle (EPI).

Les consultations virtuelles pour Aarya ne peuvent se faire par vidéo en raison de sa mauvaise vue. La messagerie sécurisée (courriel) se fait avec sa fille et enfreint les règles de confidentialité. La communication écrite en anglais dépend en grande partie du soutien de sa fille. Les appels à trois avec le professionnel de la santé et la fille de la patiente au bout du fil ont été essentiels pour s'assurer que les renseignements soient reçus à la fois par Aarya et sa fille. Les laboratoires et les ordonnances en ligne aideraient la fille d'Aarya à faire le suivi de tous les renseignements médicaux pertinents à jour. La fille a besoin d'un dossier de cercle de soins.

20^e siècle, d'abord élaborée dans d'autres pays. Au dernier décompte, la province de l'Ontario comptait à elle seule plus de 90 portails. De nombreux hôpitaux ont mis en place ces portails de patients avec un succès mitigé pendant la pandémie. Des dossiers personnels distincts existent également dans de nombreux segments des soins de santé énumérés ci-dessus, notamment les systèmes de laboratoire et les pharmacies. Les soins de longue durée et les soins à domicile fournissent des résumés des patients aux membres de la famille. Nous avons des systèmes d'immunisation provinciaux avec un portail comme les « cartes jaunes » qui seront plus importantes après la dernière année.

Il convient d'encourager une adhésion et une utilisation plus larges de ces services de dossiers médicaux personnels afin de créer un système riche en information. Ces paiements serviront également à récompenser les joueurs qui ont déjà commencé à répondre à ce besoin et à encourager les autres à le faire. Les recommandations « push » ci-dessus engendreront des coûts; notre politique dans ce domaine devrait créer un « pull ». Un petit paiement d'environ 25 cents par utilisateur actif chaque mois (3 \$ par an) devrait être versé à chaque fournisseur qui a un portail actif pour les consommateurs. Une gestion active de ces systèmes sera nécessaire dans les années à venir. Des systèmes majeurs existent dans les pharmacies, les laboratoires et les hôpitaux. Ils existent et devraient être plus courants dans les soins primaires. La mise en place de tels systèmes est un élément clé pour intégrer les soins virtuels dans le flux de travail de tous les fournisseurs du système.

RECOMMANDATION 18 : Une petite redevance mensuelle (25 cents) devrait être versée chaque mois aux fournisseurs à titre de frais d'information pour la prestation d'un service de dossier médical personnel (c'est-à-dire le portail) qui est activement utilisé par les consommateurs. Cette redevance devrait avoir une période limitée de cinq ans, à mesure qu'elle devient une partie normale du flux de travail des fournisseurs de services de santé (en diminuant de 5 cents par mois chaque année).

RECOMMANDATION 19 : Tous les services et portails de renseignements médicaux personnels soutenus par le gouvernement doivent faire état publiquement des utilisateurs actifs mensuels, du taux de recommandation net et de toute autre MRDP qui pourrait être demandée par les organismes de la santé pancanadiens afin de recevoir un paiement.

On n'aurait pas besoin d'un portail gouvernemental central s'il existait une architecture de normes fonctionnelle et un système d'interface de programmation d'applications (API) permettant aux applications de communiquer entre elles. Les API sont omniprésentes dans notre vie quotidienne. Chaque fois que nous payons quelque chose avec PayPal dans un magasin de commerce électronique, nous utilisons une API. Lorsque nous utilisons des sites de réservation de voyages, c'est une API qui regroupe les milliers de vols et de destinations pour présenter l'option la moins chère. Pendant la pandémie de COVID, avec une API appropriée en place, les différents systèmes de programmation des vaccins seraient en mesure de « dialoguer » entre eux, de réserver plus efficacement les secondes doses et de diriger les personnes vers le site de vaccination le plus approprié. Sans API, il est toujours possible de partager des renseignements cloisonnés en les téléchargeant sur un portail, mais il s'agit d'une solution peu pratique. Les API sont un moyen bien plus élégant de le faire. Dans un monde où les éléments de données de base ne seraient créés que numériquement, leur agrégation dans des vues personnalisées serait la base de la concurrence entre les fournisseurs de systèmes de communication informatique. En d'autres termes, dans un monde virtuel, il est logique que les fournisseurs de soins de santé, les laboratoires et autres continuent à améliorer ces produits bien au-delà du « portail » traditionnel.

Les patients veulent pouvoir se connecter à un site unique qui leur permette d'accéder aux renseignements sur les soins qu'ils ont reçus dans différents hôpitaux et cliniques, résumés en langage clair. Ce point de départ sera différent pour les différents patients, compte tenu de leurs différents besoins.

RECOMMANDATION 20 : Les fournisseurs canadiens de services d'information et de communication en matière de santé doivent publier et prendre en charge des interfaces de programmation d'applications (API) utilisables. Inforoute devrait établir des normes strictes pour les API de base.

Avec de tels éléments fondamentaux en place, la mise en place de systèmes à l'échelle de la communauté deviendra beaucoup plus facile à gérer, notamment la surveillance des maladies et la gestion de la santé de la population. Actuellement, les décideurs politiques et les innovateurs exercent leur influence. Ils ne sont pas en mesure de pousser les systèmes fermés à s'ouvrir. Les grands fournisseurs américains et canadiens adoptent des comportements de recherche du profit, en manipulant les barrières à l'entrée et les normes des politiques publiques en tant que stratégie d'augmentation des revenus. Ce mauvais comportement est largement connu des dirigeants principaux de l'information et des vendeurs concurrents. Selon certains rapports, des fournisseurs canadiens facturent jusqu'à huit dollars par mois et par médecin pour l'accès à leurs DME. Cela permet à la société de dossiers médicaux d'utiliser sa position dominante sur le marché pour percevoir des loyers en plus du coût initial du logiciel et des frais de maintenance. Les DME des hôpitaux demandent des centaines de milliers de dollars pour les interfaces avec leurs systèmes. C'est tout à fait prévisible. Les grands fournisseurs américains qui publient des rapports montrent que plus de la moitié de leurs revenus (des milliards de dollars) ne proviennent pas des logiciels, mais des « services et de l'intégration ». Le secteur public paie deux fois pour ses logiciels. Une fois pour leur installation, puis encore et encore pour leur utilisation. Il faut mettre fin à cette situation en intégrant l'architecture d'accès ouvert dans ces systèmes grâce aux recommandations ci-dessus. De cette façon, nous permettons une innovation centrée sur la communauté qui améliore la santé de la population tout en améliorant l'expérience utilisateur pour les patients et leurs cliniciens.

RECOMMANDATION 21 : Lorsque les fournisseurs facturent des honoraires, ceux-ci doivent être publiés de manière transparente et faire l'objet d'un examen commercial. Les fournisseurs ne devraient pas être autorisés à utiliser leur position dominante dans un secteur pour imposer l'utilisation de leur système dans un autre secteur de la santé.

Nous savions depuis un certain temps que c'était un problème. La pandémie a montré que, en plus de l'obstruction et des prix abusifs, l'absence d'une bonne connectivité était également un problème de sécurité. D'autres rapports et enquêtes plus formels sont susceptibles de le montrer de manière beaucoup plus détaillée. Nous devons admettre ce problème rapidement et agir maintenant pour le corriger.

3.2 PILIER 2 : Équité en matière d'accès

3.2.1 Accès et équité

Au début de la pandémie, la perte dramatique de l'accès aux fournisseurs de soins en personne a été rapidement suivie par une suspension sans précédent des règles formelles et informelles, puis par l'introduction de codes d'honoraires et de tarifs pour les soins virtuels. L'ouverture des remboursements et des réglementations nous a permis d'aborder la crise relative à l'accès de la pandémie de manière intéressante, en modifiant l'équité et l'accès. Vu sous l'angle de l'équité, il y a eu des pertes et des gains en conséquence.

Les soins virtuels ont parfois été un énorme égalisateur. Dans certains cas, les populations rurales étaient sur le même pied d'égalité que les populations urbaines, souvent pour la première fois.

« Les soins virtuels ont été transformateurs – les communautés n'ayant aucun accès aux soutiens, aucune présence de médecins – [avant la COVID], pouvaient au mieux appeler la communauté à des centaines de kilomètres et parler à quelqu'un qui est distrait et occupé. » – Personne chargée des politiques, Premières Nations, soins de santé en milieu rural et éloigné

Les informateurs clés qui fournissent des soins aux populations autochtones ont parlé des aspects des soins virtuels adaptés à la réalité culturelle. Les consultations téléphoniques et vidéo offrent une solution de rechange bienvenue à la nécessité de se présenter dans des immeubles peu familiers et culturellement intimidants pour accéder aux soins. Les consultations virtuelles permettent aux gens de mettre fin à un appel s'ils se sentent mal à l'aise ou non respectés, ce qui est plus facile pour certains que de simplement quitter le bureau. Ils ont également parlé d'inclure les guérisseurs traditionnels et les anciens doués dans les soins palliatifs et de la capacité à tenir compte des spécificités culturelles plutôt que d'avoir une vision panautochtone.

En même temps, et souvent dans la même entrevue, des personnes ont parlé des dangers de vider les systèmes de soins de leur substance en utilisant des soins virtuels en milieu urbain pour les communautés rurales ou en permettant aux fournisseurs de rester en dehors des communautés autochtones qui ont grandement besoin d'une présence physique. Ces problèmes d'accès sont difficiles et présentent de multiples facettes. Ils étaient difficiles dans un monde uniquement physique, et ils le seront aussi dans un monde aux modalités mixtes.

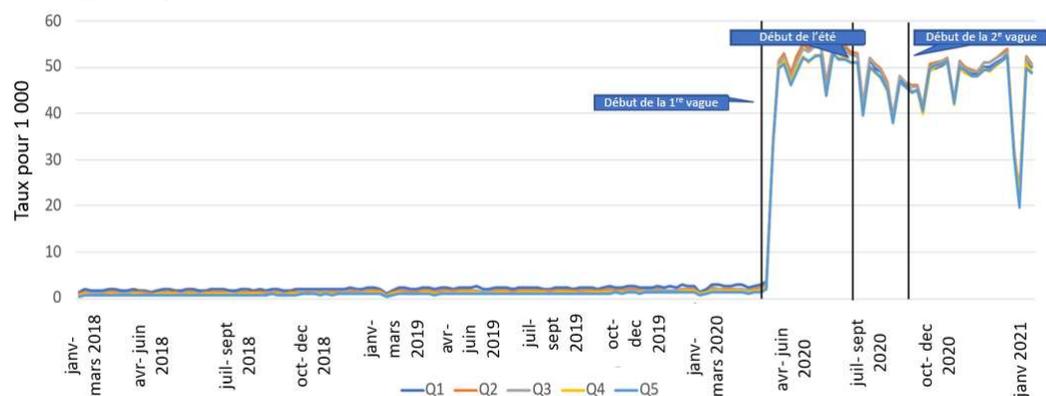
Les soins virtuels ont un énorme potentiel en tant qu'économie de temps et d'argent pour les patients. Les données d'Inforoute ont récemment montré que les patients estimaient qu'ils économisent en moyenne 105 \$ par consultation en utilisant les soins virtuels plutôt que les soins en personne, parce qu'ils n'ont pas à s'absenter du travail, ils ne doivent pas payer de service de garde d'enfants, et pour d'autres raisons⁵. Il s'agit là d'énormes coûts du contact physique non pandémiques qui étaient largement ignorés dans les milieux non ruraux avant la pandémie. D'une certaine manière, il est correct de considérer cela comme un droit d'utilisation du système; un obstacle systémique qui pèse très lourdement sur les personnes rémunérées à l'heure, sur les familles ayant des enfants ou des personnes âgées à prendre charge et sur les personnes qui se heurtent à des obstacles en matière de transport. Encore une fois, nous connaissons bien tous ces problèmes d'accès dans le monde des soins physiques pré-pandémique.

Les premières données sur l'accès, issues d'une étude récente du Centre for Digital Health Evaluation (non publiée), montrent que les soins virtuels n'ont pas l'impact négatif par revenu et par âge auquel beaucoup s'attendaient. Bien entendu, il ne s'agit que de moyennes générales qui cachent probablement des problèmes.

La figure 12 montre que, dans une étude, le quintile de revenu du quartier a eu peu d'effet sur la capacité des Canadiens à accéder aux soins virtuels. Cette effet, largement répandue, n'est pas confirmée par les premières données.

Taux hebdomadaire de consultations virtuelles pour 1 000 patients par quintile de revenu des patients, 2018 à 2020

Ontario, Canada, 2018 - 2020



La pandémie de COVID-19 a entraîné une forte augmentation du taux hebdomadaire de consultations virtuelles dans tous les quintiles de revenu des patients. Peu de différences ont été observées entre les quintiles de revenu et les taux étaient très similaires aux différents stades de la pandémie.

Figure 12 : Effet du quintile de revenu sur l'accès aux soins virtuels

Il est raisonnable de supposer que l'assistance téléphonique est en grande partie à l'origine de cette répartition assez équitable en raison de son faible obstacle à l'accès.

De même, le groupe d'âge qui utilise le plus les soins virtuels est celui des personnes âgées. C'est ce à quoi nous nous attendions compte tenu des habitudes d'utilisation des groupes d'âge, mais il est bon de voir que les adultes plus âgés utilisent les soins virtuels.

Taux hebdomadaire de consultations virtuelles pour 1 000 patients par groupe d'âge des patients, 2018 à 2020

Ontario, Canada 2018 - 2020

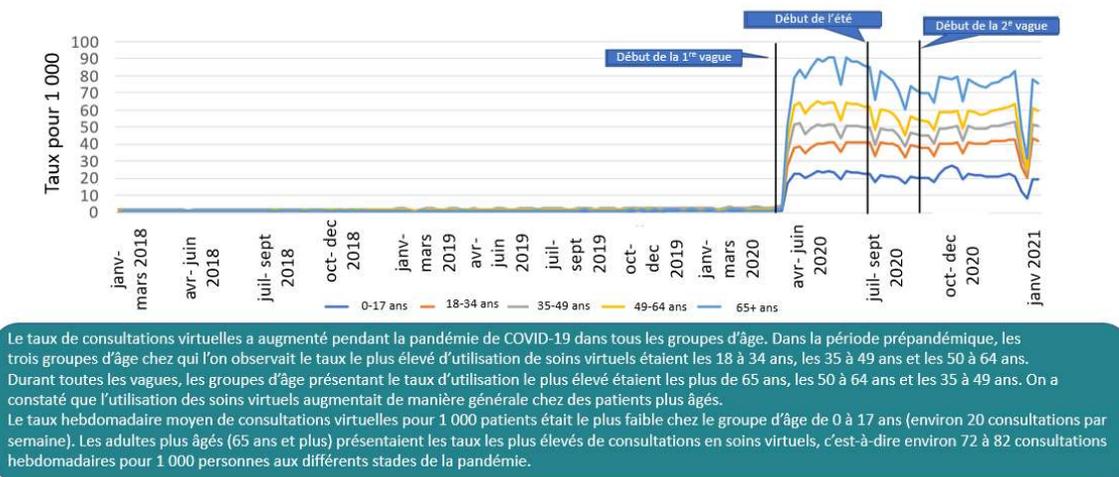


Figure 13 : Effet de la tranche d'âge du patient sur l'accès aux soins virtuels

Nous devons faire attention à ne pas généraliser à partir de ces données. Encore une fois, notre personnage d'Aarya nous le fait comprendre. Elle ne peut pas utiliser les soins virtuels par elle-même. Elle avait besoin d'autres systèmes et personnes pour la soutenir pendant la pandémie. Si Robin peut être en mesure d'obtenir une réponse à ses appels téléphoniques, comment savoir si cela est suffisant et approprié pour ses besoins en matière de soins? D'un autre côté, Casey est à l'aise dans toutes les modalités, mais doit payer d'avance et se faire rembourser plus tard selon les pratiques interprovinciales actuelles.

Encore une fois, nous devons être véritablement centrés sur le patient. Pour ce faire, les fournisseurs doivent être en mesure d'évaluer les besoins et les préférences de leurs patients en matière de communication et de proposer de manière réfléchie l'architecture de communication qui répondra à ces besoins. La culture numérique doit être prise en compte dans la conception du système afin de garantir que tous les patients puissent accéder aux soins. Même le système physique le plus mal conçu présente l'avantage d'être visible par tous. Il est à craindre que l'accès privilégiant les soins virtuels ou le virtuel uniquement ne cache des problèmes. Ceux qui ont des difficultés peuvent faire partie d'une population vulnérable ou avoir un état de santé inférieur.

L'accès a également présenté des inconvénients évidents. La pandémie a interrompu les soins physiques pendant plusieurs mois. Le présent rapport ne cherche pas à approfondir ce point. Il ne vise pas non plus à trop insister sur les

aspects négatifs évidents de la perte de la capacité à effectuer un examen physique et à regarder son patient dans les yeux. De nombreux aspects des soins aux patients ne se prêtent pas aux soins virtuels. Ce sera toujours le cas, et nous ne devons pas pousser trop loin ou de manière inappropriée. Nous reviendrons sur ce sujet dans un prochain pilier.

3.2.2 Infrastructure

« Ceux qui ont un accès inéquitable aujourd'hui auront un accès inéquitable virtuellement. La bande passante sera toujours inéquitable. Les Premières Nations éloignées ont des problèmes aujourd'hui et auront des problèmes virtuels. » – Consultant

Cette remarque générale sur l'équité et l'accès est assortie d'une condition importante. L'un des principaux problèmes influant sur l'accès équitable aux soins virtuels est la répartition inéquitable de l'infrastructure Internet et de la culture numérique dans le pays. Alors qu'une consultation vidéo ou téléphonique avec un spécialiste n'est pas un problème à Toronto (Internet haut débit, pas de factures de téléphone longue distance), ce n'est pas le cas lorsque vous vivez à quelques heures de Toronto, à Shelburne ou Grand Valley, et certainement pas lorsque vous êtes au Nunavut ou dans une zone rurale de Terre-Neuve. Ce problème n'est pas propre aux soins virtuels et n'est pas propre aux soins de santé.

Un informateur clé a estimé que 35 % des communautés autochtones n'avaient pas accès à une connectivité de base – elles utilisent le satellite point à point ou l'accès commuté. Ces systèmes ne sont pas capables de gérer des soins virtuels. Les soins virtuels par téléphone, l'échange d'information sur la santé par télécopie et la diffusion d'information sur la santé par radio sont essentiels dans le cadre de l'infrastructure actuelle. Sur les 65 % restants, peu de personnes disposent de la fibre optique. Le manque de fiabilité d'Internet persiste dans tout le pays.

« Internet doit faire partie de l'infrastructure des soins de santé – il est aussi important que les briques et le mortier. » – Administrateur des services de santé des Premières Nations

Les soins virtuels ne résoudront pas les inégalités en matière d'accès aux soins engendrées par la géographie tant que l'infrastructure Internet ne sera pas améliorée dans les régions où elle fait défaut.

Norman de la Nation crie (Eeyou Istchee)

Norman est membre de la Nation crie de la baie James. Il s'agit d'un chasseur qui vit de la terre pendant une partie de l'année et qui reçoit pour cela une certaine aide au revenu. Par le passé, Norman a toujours été assidu à ses rendez-vous de suivi à la clinique qui l'aide à gérer son diabète et son hypertension artérielle lorsqu'il est en ville. Mais souvent, ces rendez-vous entrent en conflit avec ses activités saisonnières de travail de la terre. Parfois, il est difficile de le joindre pour programmer un suivi, et par conséquent, ses soins médicaux sont interrompus pendant des mois. D'autres fois, il sacrifie le temps précieux passé à son camp pour faire le déplacement d'une journée jusqu'en ville pour un rendez-vous. C'est un homme de 60 ans, fort et en bonne santé, et un survivant des pensionnats qui a lutté contre des problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans sa trentaine et sa quarantaine. Le temps passé sur la terre l'a aidé à guérir de ses traumatismes passés. Son médecin et lui ont également remarqué qu'il était beaucoup plus facile de contrôler son diabète et son hypertension lorsqu'il était sur la terre. Norman est fier de son héritage et s'occupe de ses besoins médicaux. Il accorde de l'importance aux conseils des guérisseurs autochtones et de la médecine conventionnelle. En même temps, il vit de la terre pendant de longues périodes et est, à juste titre, réticent à « venir en ville ».

Norman dispose d'un bon téléphone intelligent comme principal appareil de communication, mais lorsqu'il chasse dans le nord du Québec, il rencontre souvent d'importants problèmes de connectivité. Il sait où se trouvent les points chauds et peut gérer le calendrier de ses déplacements pour être à proximité des points d'accès sans fil si nécessaire. Il est très heureux de pouvoir faire de la motoneige depuis son campement jusqu'à l'autoroute pour discuter avec son médecin, plutôt que de faire 10 heures de route en ville pour un suivi de son diabète qui durera 20 minutes.

Quand il est en ville, il fait faire les analyses sanguines et les tests nécessaires, mais ses consultations prévues avec les cliniciens qui le soutiennent peuvent désormais se faire par téléphone. En conséquence, son taux de rendez-vous manqués est passé d'environ un sur trois à presque zéro. Ses soins et son suivi peuvent être effectués selon un calendrier qui convient au chasseur et respecte son mode de vie. Lorsqu'il sera en ville pour de plus longues périodes, il recommencera ses visites en personne. Il apprécie les interactions lorsque les professionnels travaillent pour lui et respectent son calendrier ainsi que sa culture.

Cette fracture numérique est un problème qui, selon certaines personnes interrogées, sera résolu d'ici cinq ans par les satellites en orbite basse (LEO). En s'intégrant aux réseaux Internet sur le terrain, on espère que les satellites LEO permettront aux personnes vivant dans des communautés rurales et éloignées d'avoir accès à un haut débit de qualité et abordable. Si cela se concrétise, certains Canadiens n'auront qu'un problème d'accès à court terme à résoudre. D'ici là, le téléphone et la messagerie sécurisée à faible bande passante semblent bien adaptés pour aider à combler ce fossé, même s'ils ne permettent pas de réaliser des soins et un suivi des patients par vidéo avec une bande passante plus élevée. En attendant, nous pouvons nous tourner vers des solutions comme le réseau de soutien virtuel en temps réel en Colombie-Britannique, les sites de télésanté à emplacement fixe et le maintien du remboursement des consultations téléphoniques pour combler l'écart et permettre au moins un certain accès aux soins virtuels dans ces régions.

Robin le campagnard pourra un jour avoir accès à une large bande à haut débit fiable. Jusqu'à ce jour, ses fournisseurs de soins, en collaboration avec lui, doivent réfléchir à la combinaison appropriée de téléphone, de messagerie et de consultations physiques. Il ne sert à rien d'insister sur la solution vidéo, elle est actuellement irréaliste pour Robin.

Le téléphone (technologie du 19^e siècle) a été la pierre angulaire de l'accès équitable. Cette situation semble s'être produite dans la plupart des pays de l'OCDE. En réponse à la déclaration de pandémie de l'OMS, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les associations médicales ont rapidement adapté les barèmes d'honoraires des médecins pour permettre les consultations téléphoniques avec les patients. Le téléphone est désormais largement reconnu comme une option nécessaire pour réduire la fracture numérique. Les personnes vivant dans des zones rurales sans accès à Internet ou dotées d'infrastructures de mauvaise qualité sont intrinsèquement désavantagées par le fait que les soins virtuels sont définis comme des consultations vidéo uniquement (ce qui était souvent le cas avant la pandémie). Le téléphone est le grand égalisateur. Il permet un accès équitable pour les personnes ayant des difficultés à trouver un espace privé pour une consultation vidéo, pour celles qui ne disposent pas de la technologie requise pour la vidéo (p. ex., un téléphone intelligent, une webcaméra, un accès à Internet), et pour celles qui ont des difficultés à utiliser un ordinateur et un logiciel vidéo.

« Gardez le téléphone pour des questions d'équité uniquement – la suppression des codes de consultation temporaires [pour les consultations par téléphone] rendra les médecins furieux et les patients absents. Payer le téléphone à un prix extrêmement bas pour la vidéo, c'est la même chose. » – Médecin spécialiste

La radio est une autre pierre angulaire de l'accès et de la distribution équitables d'information sur la santé dans les communautés autochtones rurales. L'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations (AGSPN) a diffusé des mises à jour hebdomadaires sur 150 stations de radio des Premières Nations partout au Canada afin de fournir aux communautés des mises à jour sur la COVID et les vaccins. La beauté de la radio, c'est qu'elle est presque omniprésente.

RECOMMANDATION 22 : Établir un partenariat avec les communautés individuelles pour concevoir conjointement la prestation des soins et l'infrastructure en fonction de leurs besoins et de leurs souhaits. Collaborer avec les partenaires et les organisations de santé autochtones afin de garantir des approches générales pour répondre aux

besoins de santé d'une manière culturellement sûre et appropriée, y compris en tenant compte de la langue et des besoins spécifiques des communautés individuelles.

Dans certaines régions du Canada, nous ne pouvons pas nous débarrasser du télécopieur – pas encore. Une personne interrogée a évoqué les besoins éducatifs essentiels de nombreuses communautés autochtones pour leur permettre de gérer leur infrastructure technologique. Elle a parlé de l'envoi d'ordinateurs dans des communautés sans que personne ne soit là pour aider à les installer ni former les gens à les utiliser. Au fur et à mesure du développement de l'infrastructure pour soutenir les soins virtuels, nous devons former les personnes de ces communautés à l'utilisation de cette infrastructure. La culture numérique doit être prise en compte en parallèle aux investissements dans les infrastructures. À l'heure actuelle, le télécopieur est un moyen (assez) fiable d'envoyer des renseignements sur la santé aux communautés éloignées.

Nous notons qu'il ne s'agit pas d'une « simple question de soins de santé ». Les besoins en infrastructures dans ces communautés sont profonds et difficiles. La connectivité Internet, une bonne technologie de l'information et un bon support informatique sont nécessaires pour l'éducation, les services sociaux, pour soutenir l'économie et pour les droits de l'homme fondamentaux. Toutefois, même cet objectif n'est peut-être pas assez large pour examiner cette question d'équité. De nombreuses communautés autochtones ont également besoin d'infrastructures de base et de moyens de transport. Plusieurs dirigeants expérimentés ont mentionné l'espoir de voir apparaître des systèmes de satellites en orbite basse et, plus généralement, une infrastructure d'information de nouvelle génération. Ces sujets attirent l'attention et doivent être approfondis. Du côté du système de santé, nous avons la responsabilité de nous assurer que les nouvelles technologies sont utilisables par les communautés et les groupes locaux.

RECOMMANDATION 23 : Fournir un financement fédéral en partenariat avec l'AGSPN pour développer un groupe de soutien informatique accrédité par la bande et la communauté afin de travailler avec les communautés en vue de développer l'initiation à la technologie.

3.2.3 Accès aux soins primaires

Les cliniques sans rendez-vous existent au Canada depuis des décennies. Régulièrement décriés comme fournissant un produit de qualité inférieure, elles ont résisté obstinément à cette critique et ont continué à fournir de grandes quantités de soins primaires dans de nombreuses provinces. Avec l'ouverture des codes virtuels, le « problème » des consultations physiques sans rendez-vous est devenu virtuel.

Peu de temps après la déclaration de la pandémie, la barrière de paiement a été supprimée et l'utilisation des cliniques virtuelles sans rendez-vous, de tous types, a explosé. Dans le cas des soins liés à la COVID, ils ont souvent été présentés par le gouvernement comme le premier point de contact. Plusieurs provinces ont signalé une augmentation du volume d'appels de 500 à 700 %. Les cliniques virtuelles sans rendez-vous existent sous de nombreuses formes. Le 811, Maple, Dialogue, Virtual ED, l'initiative Doctor of the Day et la Clinique de soins virtuels de l'Ontario sont tous des variantes de ce même modèle. Un clinicien recueille virtuellement les antécédents d'un patient, de manière plus ou moins automatisée, puis fait de son mieux pour répondre aux besoins de ce dernier. Il n'a généralement pas accès aux antécédents du patient, et c'est à ce dernier qu'il revient de reconnecter les dossiers à son centre de médecine de famille, s'il en a un.

Parmi les décideurs en matière de soins de santé, la continuité des soins est une préoccupation quasi universelle. La qualité des soins ne peut être aussi bonne lorsque le médecin n'a pas accès au dossier du patient et que le dossier ne remonte pas jusqu'au fournisseur de soins primaires du patient. Bien que cela soit vrai, nous devons nous rendre à l'évidence : les données montrant l'augmentation du nombre d'utilisateurs et l'expérience positive omniprésente des patients dans les services virtuels signifient que les patients veulent un accès rapide aux soins, que ce soit par des moyens virtuels ou en personne. Notre système public doit trouver le moyen de fournir un accès plus rapide aux soins, sinon la demande d'un deuxième niveau accessible à ceux qui peuvent payer augmentera.

Le système de santé canadien doit accorder de la valeur au temps et à l'expérience utilisateur des patients. Il y avait toujours des coûts de contact physique. Les patients devaient prendre congé de leur travail, engager une gardienne, payer le carburant et le stationnement, risquer de conduire sur des routes dangereuses sur de longues distances, et attendre dans la salle d'attente. Les salles d'attente et les ascenseurs ont perdu 75 % de leur capacité. Les transports en commun et les gardes d'enfants sont devenus dangereux. Les coûts de contact physique ont également touché les fournisseurs. Les coûts des EPI et les risques d'infection bien réels ont fait que les coûts de contact physique ont obligé les soins ambulatoires à devenir virtuels. C'est pourquoi on assiste à une expansion rapide des services publics et privés de ce type.

En tant que décideurs politiques, nous devons faire le tri dans les compromis à faire dans le domaine des soins primaires entre la « continuité des soins » et la « facilité d'accès ». Nous proposons de le faire de manière systématique à l'aide de trois graphiques qui représentent la situation pré-pandémique et la situation actuelle en matière de soins primaires. Cette analyse est illustrative et se base sur notre jugement et nos entrevues. Elle ignore les variations entre les compétences et est simplifiée.

Chris, atteint de la maladie de Crohn

Chris est un enfant actif et en bonne santé qui vit en dehors d'une grande ville. On lui a diagnostiqué une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) il y a environ sept ans. Ses parents et lui vivent en fonction du parcours de la MICI depuis des années, depuis que son état a été stabilisé grâce à un traitement biologique. Toutes les six semaines, il reçoit une perfusion; à l'origine, c'était au centre pour enfants du centre-ville, et maintenant, et il la reçoit dans sa région. Il se rend à la clinique tous les trois ou quatre mois pour une prise de sang et des rencontres avec l'infirmière et le médecin. L'un de ses parents sacrifie cinq heures de travail pour chaque consultation et le conduit en ville; le trajet prend une heure dans chaque sens, et il faut compter 20 dollars de stationnement. Le père de Chris a déclaré : « Je le fais parce que je suis salarié et que je peux faire mon travail tout en m'occupant de mon enfant, mais pour ma femme, la perte de revenu aurait des conséquences importantes. »

Depuis la pandémie de COVID-19, toutes les analyses sanguines sont maintenant synchronisées avec la perfusion et sont effectuées dans sa région. Certains tests moins prioritaires ont été éliminés des analyses sanguines de routine pour rendre cet arrangement possible. Ils ont probablement toujours été inutiles et n'apportaient pas une grande valeur, mais ils n'avaient jamais été remis en question.

Les deux parents se sentent maintenant mieux connectés – surtout la maman. L'infirmière spécialisée dans les MICI est joignable par courriel et par téléphone. Tous les trois ou quatre mois, ils rencontrent le médecin par vidéo. Chris peut être à l'école et l'un ou l'autre des parents, voire les deux, peuvent participer à l'appel vidéo au travail. L'infirmière et le médecin participent à la vidéoconférence. Lors d'un récent appel vidéo, le boursier de la sous-spécialité s'est joint à nous depuis l'autre bout du monde après que son vol a été retardé pour des raisons liées à la COVID-19, soutenant ainsi l'enseignement médical. Au besoin, d'autres membres du cercle de soins peuvent être inclus. « C'est fini le ramassage et c'est fini les déplacements de cinq heures toutes les six semaines. Parfois, ça me manque étrangement, mais ensuite je secoue la tête et je pense au temps d'école perdu et à ce que ce temps doit signifier pour la plupart des parents qui ont un emploi rémunéré à l'heure ou une situation professionnelle précaire. »

Leur médecin a récemment dit à Chris et à sa famille que la clinique « ne reviendra jamais ».

Dans la figure 14, nous présentons les huit types de services de soins primaires actuels sur les axes de la continuité des soins (axe des ordonnées) et de la facilité d'accès (axe des abscisses) :

Frontière efficiente des soins primaires Pré-pandémie

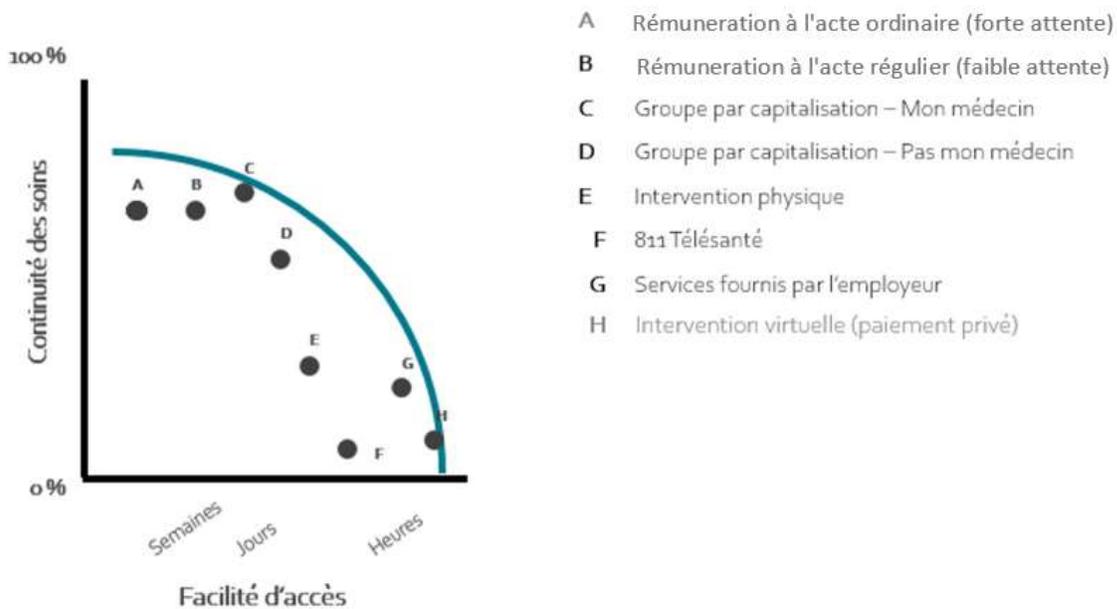


Figure 14 : Huit types de services de soins primaires disponibles avant la pandémie, mesurés par rapport à l'accès aux soins (axe des abscisses) et à la continuité des soins (axe des ordonnées).

La cartographie de ces services est présentée par rapport à un optimum de Pareto. Un optimum est une représentation de l'endroit où des compromis doivent être faits entre les deux variables. À gauche sur l'axe des abscisses et en dessous de la courbe-frontière, des gains peuvent encore être réalisés. Cela illustre le fait que les consultations physiques effectuées avant la pandémie présentaient une meilleure continuité des soins, mais une moindre facilité d'accès. Le 811 et d'autres services virtuels présentaient une grande facilité d'accès, mais une moins bonne continuité. Ce graphique met en évidence le rôle joué par les consultations en personne, car elles permettent de fournir un service le jour même.

La figure 15 montre ce qu'il en est au milieu de la pandémie : avec l'ouverture des codes d'honoraires virtuels, les trois services virtuels existants ont connu une croissance énorme (c'est-à-dire F, G, H) et, dans certains cas, ils se sont améliorés sur un axe, voire sur les deux axes. De nouveaux services ont également proliféré (c'est-à-dire I, J, K).

Frontière efficiente des soins primaires

Mi-pandémie

(Situation actuelle)

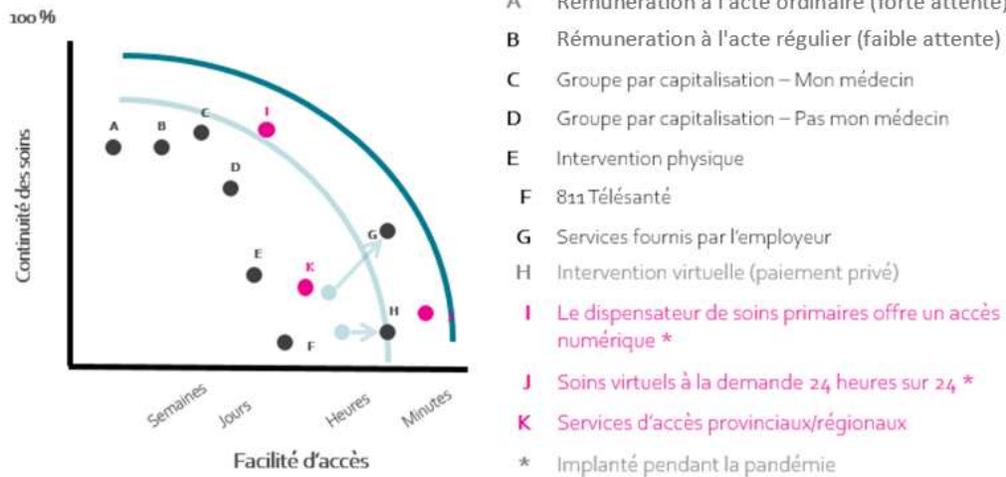


Figure 15 : Services de soins primaires qui étaient ou sont devenus disponibles pendant la pandémie, et améliorations de certains services existants qui ont eu lieu pendant la pandémie.

Tout d'abord, vous noterez que trois nouveaux services sont disponibles. Une porte d'entrée numérique (I) fournie par une pratique moderne par capitation (c'est-à-dire des honoraires fixes par patient par an, quel que soit le traitement fourni), une clinique virtuelle provinciale/régionale ou un service Doctor of the Day (K), et des soins virtuels payants 24 heures sur 24 (J). Deux des services existants ont « bougé » de manière agressive en raison de nouveaux investissements visant à améliorer l'accès (consultation virtuelle sans rendez-vous) ou à accroître la continuité et améliorer l'accès (financé par l'employeur). Au départ, le 811 a pris de l'ampleur pour des raisons pratiques et en raison du manque d'options, et les consultations physiques sans rendez-vous et la rémunération à l'acte avec un délai d'attente élevé semblent de moins en moins attrayantes.

La vitesse d'accès à ces nouveaux services en pleine expansion est remarquable. Beaucoup se vantent d'un temps de réponse de quelques minutes pour parler à un médecin en ligne, par messagerie sécurisée (paiement privé), par téléphone ou par vidéo. Le patient choisit la modalité; la plupart des patients choisissent la messagerie sécurisée. Dialogue, Lumino et d'autres modalités proposent aux employeurs un service permettant de mettre en relation patients et fournisseurs en quelques minutes. Les soins sont dispensés par une équipe multidisciplinaire et la collecte des antécédents permet de désigner le membre approprié de l'équipe clinique. Un tiers des consultations effectuées au cours de l'année écoulée concernaient des services de santé mentale.

L'un de ces services a publié son niveau d'honoraires de 3,49 \$ par membre par mois; de manière anecdotique, d'autres semblent être similaires. Chaque membre compte en moyenne 1,3 à 1,5 membre de la famille, ce qui signifie que ces services coûtent moins de deux dollars par mois et que le délai de réponse est inférieur à une heure. Ces services représentent sans aucun doute un changement de paradigme dans l'accès aux soins – interagir avec un

médecin en quelques minutes, depuis le confort de son domicile. Le temps de déplacement est éliminé, tout comme les heures passées dans une salle d'attente pour une consultation de cinq à quinze minutes. Il n'est pas étonnant que, dans un contexte où les coûts du contact physique sont élevés, les employeurs soucieux du bien-être de leurs employés se soient tournés en masse vers ces services.

La COVID-19 a repoussé la frontière de l'accès grâce à la prolifération de services cliniques exclusivement virtuels, d'outils de triage numériques et de codes de facturation virtuels. Certains services en personne sont restés à la traîne en termes d'accès, notamment la rémunération à l'acte avec un délai d'attente élevé et les cliniques sans rendez-vous en personne uniquement. Leurs délais d'attente sont d'une longueur inacceptable, mais l'intégration de services virtuels pourrait réduire considérablement ces délais et améliorer l'accès dans ces milieux également. Il se peut que les cabinets de petite taille ne disposent pas d'un personnel suffisant pour permettre le triage nécessaire à l'amélioration de l'efficacité et qu'ils s'avèrent en situation de sous-échelle. Nous pourrions avoir besoin de relier ces pratiques à un service régional de porte d'entrée. Nous pourrions également offrir des services de porte d'entrée sur une base culturelle et linguistique, comme c'est déjà le cas dans certaines communautés autochtones.

Actuellement, il existe des préoccupations légitimes concernant la continuité des soins et l'équité en matière d'accès. Ces services sont rarement reliés au fournisseur de soins primaires dans le centre de médecine familiale du patient, et ils risquent de fonctionner avec des renseignements limités parce qu'ils n'ont pas accès au dossier existant du patient. Ces deux risques existent depuis un certain temps dans le système, tant au niveau des cliniques sans rendez-vous que des consultations aux urgences. Les mêmes problèmes de connectivité de l'information se posent également pour les soins primaires du 811 et de télésanté et pour les nouvelles variantes provinciales des services publics de consultation virtuelle (p. ex., CSVO, Doctor of the Day). Les cliniques sans rendez-vous existent en partie à cause des problèmes d'accès dans d'autres parties du système. Il faut veiller à remédier à ces difficultés d'accès et ne pas se contenter de masquer le symptôme.

À quoi cela pourrait-il ressembler après une pandémie? La figure 16 montre notre représentation de la prochaine génération de soins primaires :

Frontière efficiente des soins primaires

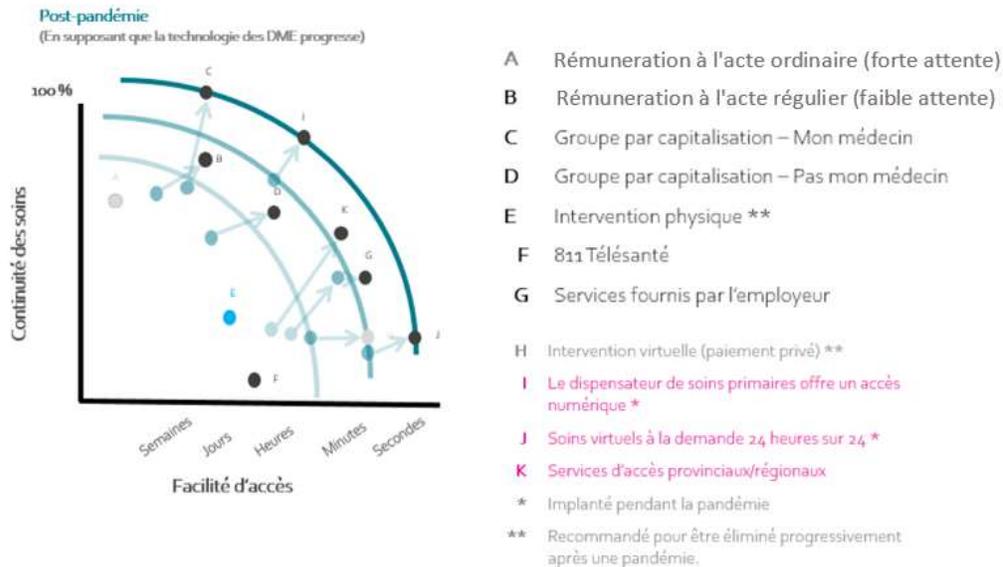


Figure 16 : Notre représentation de la manière dont les services de soins primaires pourraient s'améliorer par rapport à la facilité d'accès et à la continuité des soins après la pandémie.

La ligne 811 devrait devenir la porte d'entrée régionale ou provinciale vers les soins primaires en vigueur. Les grands groupes devraient avoir leur propre porte d'entrée numérique et offrir à la fois l'excellence en matière d'accès et de continuité. Les soins virtuels, quelle qu'en soit la modalité, devraient être couverts par les barèmes des droits provinciaux et territoriaux, plutôt que de relever d'un niveau distinct de droits à des soins privés qui compromet l'équité d'accès. Les régimes d'assurance maladie payés par l'employeur permettant d'offrir rapidement des services tels que des soins en santé mentale, ils doivent être maintenus, mais ils doivent être reliés au système de soins de santé primaires pour la continuité (si le patient le souhaite). Nous abordons certains des mécanismes de paiement permettant d'y parvenir dans un pilier ultérieur. L'objectif devrait être de réduire les consultations en vase clos et de relier les cliniques sans rendez-vous au système de soins de santé en améliorant la mise en commun des renseignements.

Il serait bien moins efficace de faire les choses en deux étapes que d'offrir immédiatement les soins primaires virtuels. De nombreux grands groupes étudient la meilleure façon de procéder. Plus de 50 % de leurs consultations se faisant déjà virtuellement (pandémie oblige), cela est beaucoup plus facile à concevoir qu'il y a un an. Cela dit, il reste d'importants défis à relever.

RECOMMANDATION 24 : Tous les soins virtuels, quelle qu'en soit la modalité, devraient être couverts par tous les barèmes d'honoraires.

Cette recommandation s'accompagne d'un corollaire : tout service exclu du barème de droits dans une province sera privatisé. Si des types de fournisseurs (infirmières ou infirmiers praticiens ou non) ou des modalités (comme la messagerie sécurisée) sont omis, les services y étant associés seront privatisés. Il serait déplorable que le système de soins de santé canadien permette un système de soins de santé à deux vitesses, à payeurs multiples, dans laquelle le niveau de paiement privé plus élevé donne accès à des niveaux de service ou des technologies plus modernes. La leçon de la pandémie est que les soins sont des soins. Le choix de la modalité doit être laissé aux cliniciens et aux patients.

RECOMMANDATION 25 : Tous les patients qui le souhaitent devraient avoir accès le jour même à une porte d'entrée virtuelle qui les relie au reste du système de soins de santé. Il y a au moins trois façons dont cela devrait se réaliser en 2021 : porte d'entrée provinciale ou régionale, porte d'entrée aux (grands) groupes de pratique, programme d'aide aux employeurs.

L'équilibre est fragile entre la création de bons services de porte d'entrée étroitement liés aux grands cabinets de soins primaires et la fourniture de grands services d'accueil régionaux ou provinciaux qui ressemblent davantage à des lignes 811 et télésanté améliorées. Les grands cabinets de soins primaires intelligents voudront contrôler leur première porte d'entrée virtuelle. Le gouvernement devra néanmoins prévoir un filet de sécurité pour que les plus petits cabinets puissent respecter les normes de base. Ce ne sera pas une mince affaire, mais ce serait mieux que de créer une porte d'entrée dont, à terme, la gestion serait excessivement administrative.

Certains cliniciens s'opposeront au principe de prestation de soins de santé de qualité le jour même. Si cet argument était acceptable avant la pandémie de COVID-19, il ne l'est plus aujourd'hui. La lutte contre les infections et le dépistage exigent à eux seuls un délai d'exécution le jour même.

Pour trois raisons, j'ai inclus les services qu'offrent les employeurs même s'ils sont exclus du système public de soins de santé : 1) un tiers de leurs services sont des soins de santé mentale, qu'il serait insensé d'exclure dans le contexte actuel; 2) ils sont largement interdisciplinaires, dont seulement une infime part sont des services médicaux; et 3) ils sont déjà offerts à quelque quatre millions de Canadiens en grande partie par un employeur. Le Canada a depuis longtemps fait et accepté ce pari pour d'autres services assurés par l'employeur. N'étant pas un expert juridique, il se peut qu'on soit en désaccord avec mon avis. Mais c'est mon point de vue. Je respecte le fait que des provinces et territoires soient en désaccord avec cela.

3.2.4 Accès aux soins spécialisés

L'expérience de la prestation virtuelle des soins spécialisés pendant la pandémie a aussi été mitigée. De prime abord, il y a eu une chute vertigineuse du nombre de consultations dans toutes les spécialités. Les rapports indiquent qu'à l'échelle mondiale, 40 à 70 % des soins spécialisés ont été annulés². Dans la plupart des spécialités, on a tenté d'imposer la conversion virtuelle des consultations. Dans de nombreuses spécialités, les retards équivalent à au moins une demi-année de procédures^{13,14}.

Dans certaines spécialités, la conversion virtuelle des consultations a bien fonctionné. Même très bien. Selon notre analyse des quatre perspectives, cela a permis aux spécialistes de travailler dans un environnement peu réglementé pendant un certain temps, en mettant à l'essai des idées pouvant aider à soigner les patients qu'ils ne pouvaient pas rencontrer en personne de façon sécuritaire. Ce fut une sorte d'essai clinique à grande échelle non contrôlée de ces nouvelles techniques. Les données probantes, même si elles sont anecdotiques, et les entretiens ont révélé que plusieurs spécialités ont adopté la prestation virtuelle des soins et que d'autres ne l'ont pas encore intégrée efficacement. De rapports récents sur les troubles alimentaires ([healthydebate](#)), les soins aux cancéreux ([Fondation de l'UHN](#)), le titrage des médicaments pour l'ICC (Medly), l'endocrinologie (données anecdotiques tirées d'entretiens), la maladie de Crohn pédiatrique et le traitement d'autres MICI (données anecdotiques tirées d'entretiens), les soins aux bébés ([Inforoute](#)) et le suivi post-chirurgical ([Semple, JMIR¹⁵](#)). Manifestement, beaucoup de travail académique reste à faire pour évaluer le grand nombre d'expériences naturelles que nous connaissons. Inforoute a déjà pris d'excellentes mesures pour déclarer les niveaux d'utilisation. Des études sérieuses et pertinentes sont en cours dans plusieurs centres. D'après les entretiens, il est évident que de nombreux services spécialisés ont déjà décidé de ne pas reculer et d'en informer leurs patients.

La prestation virtuelle des soins de santé mentale est le gain le plus grand, notamment grâce à certains programmes gratuits ou peu coûteux dans la plupart des provinces et territoires. Au Canada et dans d'autres pays, la prestation des soins de santé mentale se fait désormais virtuellement (par téléphone et par vidéoconférence). La Commission de la santé mentale du Canada a fait état, dès 2014, des avantages de la prestation virtuelle des soins de santé mentale, dont la responsabilisation des patients, la rapidité d'accès et l'efficacité égale aux soins en personne¹⁶. Les patients et les fournisseurs déclarent aimer l'expérience, parfois même plus que la consultation en personne^{4,17}. La prestation virtuelle des soins de santé mentale a aidé à atténuer des pénuries persistantes de fournisseurs vieillissants en créant des supports de prestation virtuelle de soins et des outils technologiques permettant d'élargir la taille du groupe (le nombre de patients par clinicien).

Medley (UHN) rapporte une pareille expansion de la taille du groupe pour des patients cardiaques. L'expansion de la capacité des spécialités sera prioritaire pour les prochaines années. Chaque fois que des gains peuvent être réalisés en tirant parti de nouvelles modalités, il faut les appuyer. La bonne nouvelle, c'est que des fonds publics seront disponibles, si cela permet d'augmenter la capacité et de résoudre le problème de listes d'attente. Les commentaires des clients sur les expériences de soins virtuels ont été largement favorables. Inforoute produit maintenant un service de suivi qui interroge des milliers de Canadiens et fournit des données longitudinales continues fascinantes sur les attitudes des patients et des fournisseurs. Les deux groupes ont fort bien accueilli cette avancée⁵.

Plusieurs de nos entretiens auprès de cliniciens universitaires ont révélé des données non publiées montrant que, dans certaines spécialités, les soins ne sont pas revenus au mode présentiel en été et en automne entre les vagues 1 et 2. Les spécialités en matière de santé mentale et d'endocrinologie figurent au premier plan. Nous nous attendons à ce que bien d'autres études soient réalisées dans ce domaine, dont les résultats seront publiés l'an prochain. Il va sans dire que ce qui conviendra après la pandémie peut prendre une autre forme, mais les patients et les fournisseurs avec lesquels nous nous sommes entretenus s'attendent à ce qu'une large part de la prestation virtuelle des soins se poursuive après la pandémie?

1) *Communications entre spécialistes*

Au moins quatre problèmes interdépendants doivent être abordés dans les soins spécialisés à mesure que nous nous préparons pour un univers de soins virtuels à plus de 50 %.

- a) Communication entre fournisseurs médecins : consultations électroniques, messages et conseils
Supprimer les obstacles et en faire la norme attendue par courrier électronique sécurisé et, au besoin, par service provincial de messagerie. Cela se produit déjà dans bien des lieux grâce à des technologies courantes comme Microsoft Teams et WhatsApp. Il faudrait établir une norme communautaire pour le permettre. Il reste à savoir si ce bien est « assuré » dans les attentes élémentaires de la pratique selon le code de la « consultation au cabinet » (comme la tenue des dossiers) ou un service supplémentaire facturable. Mais il devrait exister et il existe généralement. Dans le pilier 3 sur la rémunération, nous recommandons un financement global de la messagerie sécurisée pour reconnaître ces communications.
- b) La communication entre fournisseurs aux fins du transfert ou de la participation des patients : consultations électroniques et aiguillage
Cela doit toujours être un service payant, sans être nécessairement un grand système de courrier électronique officiel. Les services électroniques d'aiguillage et de consultation sont une excellente amélioration, et ils ont connu une bonne croissance pendant la pandémie.

« Ironiquement, l'accès aux spécialités était meilleur parce que les spécialistes travaillaient de manière virtuelle. Tous les spécialistes avaient recours aux consultations électroniques. Ils tendaient à demander des aiguillages pour un meilleur remboursement. » – Consultant

Les consultations électroniques désignent élégamment les messages structurés entre collègues qui ne « transfèrent pas de patient ». Elles exigent assez de temps et d'effort de rédaction et de réponse pour que les fournisseurs soient rémunérés. Les aiguillages électroniques sont des consultations électroniques qui se traduisent par le transfert d'un patient vers un autre clinicien. Mais les aiguillages électroniques risquent de nous enliser dans notre modèle historique de soins « par correspondance » ou « par courrier ». La communication formelle peut nuire à la collaboration. L'engouement pour les aiguillages et consultations électroniques nous réjouit, mais il faut savoir que n'est qu'une étape intermédiaire.

La normalisation de la prestation virtuelle des soins de santé permet un échange rapide sur un cas pendant que le patient attend, ou même une téléconférence à trois entre le clinicien de soins primaires, le spécialiste et le patient. Dans certains coins du pays, les consultations électroniques sont la *nouvelle norme*. Ce pas de géant est pressenti depuis un certain temps par certains leaders visionnaires de la télémédecine. Une fois que la consultation ou l'aiguillage n'est plus lié à une « lettre » ou à un « message », nous nous trouvons dans un nouvel espace, un monde dans lequel la détermination et la résolution des problèmes peuvent régulièrement se faire en quelques minutes au lieu de plusieurs mois (courrier/télécopie) ou de quelques jours (aiguillage ou consultation électronique).

Nous devrions aspirer à « boucler la boucle » en consultant immédiatement le spécialiste nécessaire, le cas échéant. Grâce aux technologies modernes, cela se fait déjà dans certaines provinces (p. ex., les SVTR ou les aides virtuelles en temps réel en Colombie-Britannique). Certains patients interrogés ont nettement prisé cette option.

« Cela permet des appels regroupant de trois à quatre personnes et cela évite d'avoir à coordonner différentes personnes, différentes opinions, différents moments. » ~ Patient

c) Communication entre spécialiste et patient avant et après la prestation de soins aigus

Les soins aigus étant généralement dispensés en personne, les services virtuels avant et après une intervention chirurgicale ou une procédure majeure devraient être une option par défaut, selon les facteurs cliniques et l'accès. Les frais forfaitaires peuvent encourager cela. Aucun patient ne devrait avoir à se déplacer pour un suivi qui peut se faire virtuellement en toute sécurité. Pour certains services, le suivi virtuel est en fait supérieur au suivi en personne (reconstruction mammaire, titrage des médicaments pour l'insuffisance cardiaque congestive [ICC], suivi pour troubles alimentaires). Au besoin, ces communications doivent inclure d'autres soignants (formels et informels).

d) Communication entre spécialistes et patients pour les maladies chroniques et suivi soutenu

Les spécialistes de la santé mentale et de l'endocrinologie sont très enthousiastes à l'égard de la prise en charge des maladies chroniques. Les spécialistes de l'ICC et de la BPCO sont très favorables, avec quelques réserves. L'ICC et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont toutes deux très favorables, avec quelques réserves. Les spécialistes des services GI, de la pneumologie et de la neurologie sont ambivalents. Les spécialistes des services d'oncologie et d'autres services qui s'occupent de patients immunodéprimés sont très enthousiastes à cause des coûts élevés du contact physique, mais ils peuvent revenir à plus de soins en personne aux fins chirurgicales. Des efforts continus seront nécessaires dans chaque spécialité pour établir ces nouvelles normes de soins.

Stevie le stressé

Stevie est un homme de 43 ans du centre-ville de Montréal qui a travaillé de longues journées pendant toute sa carrière. Il a un surpoids de 14 kilos et souffre d'hypertension, de diabète et d'anxiété. La seule idée d'avoir à interrompre son emploi du temps chargé pour aller consulter son médecin le stresse encore plus. La semaine dernière, la conjointe de Stevie lui a recommandé de suivre une thérapie contre l'anxiété.

Stevie a téléphoné à leur médecin de famille pour renouveler leurs médicaments pour la tension artérielle. Plutôt que de prendre une longue pause déjeuner, Stevie a pu demander à son médecin d'envoyer l'ordonnance par voie électronique à la pharmacie située au rez-de-chaussée du bureau de Stevie. Au téléphone, le médecin lui a également suggéré d'envoyer une demande de consultation par voie électronique pour que Stevie consulte un endocrinologue et lui a rappelé qu'il pouvait consulter ses dernières analyses de laboratoire sur le portail en ligne.

Lorsque Stevie est rentrée chez lui, il s'est connecté à son ordinateur et a trouvé un psychologue spécialisé disponible. Il a prévu des séances vidéo hebdomadaires, ce qui lui évite un long trajet chaque semaine.

RECOMMANDATION 26 : L'intégralité des aiguillages et des consultations entre fournisseurs doit s'effectuer électroniquement d'ici le 1^{er} avril 2023. Cela peut inclure des conférences téléphoniques.

2) Suivi des patients à distance

Des projets pilotes de surveillance à distance des patients (SDP) sont en cours depuis des années dans tout le pays. La SDP progresse très lentement et sert une infime partie de la population, les chiffres atteignant 14 819 patients inscrits à des programmes de SDP en 2019¹⁸. Comme avec d'autres innovations numériques, la COVID-19 a fait croître rapidement le nombre de patients inscrits à la SDP. Parmi ces patients, toutefois, la majorité était surveillée pour les symptômes de la COVID-19.

La surveillance à distance des patients (SDP) en chiffres...

- **Cinq provinces et territoires** ont étendu ou lancé des programmes de SDP grâce au financement des soins virtuels de l'initiative Réaction rapide d'Inforoute.
- Les programmes existants ont été étendus pour assurer la surveillance des patients atteints ou non de la COVID-19 afin de les garder hors des hôpitaux.
- Au cours des 12 derniers mois :
 - plus de **15 000 patients suivis en gestion des maladies chroniques (GMC) traditionnels** inscrits aux services de SDP
 - près de **23 000 patients atteints de la COVID-19** inscrits aux programmes de SDP
- Nouvelle approche provinciale de télésurveillance des patients atteints de la COVID-19 au Québec
 - Des évaluations en ligne, des tests, la recherche des contacts et la surveillance à partir de la maison – utilisés par **plus de 374 000 résidents du Québec**.

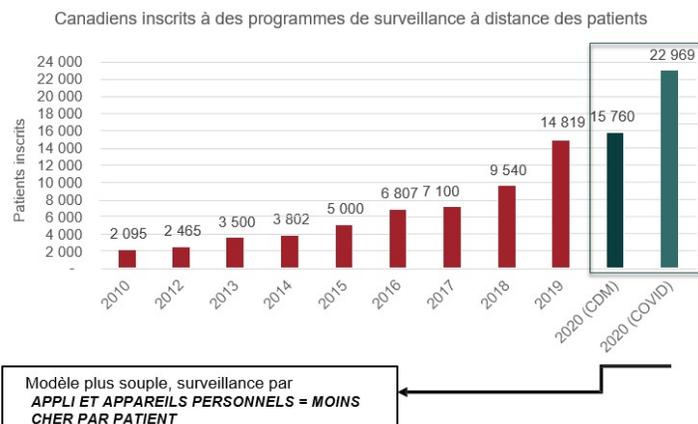


Figure 17 : Données d'Inforoute sur les patients inscrits à des programmes de surveillance à distance au Canada

Le problème persistant lié à la SDP a été celui de l'expansion. On peine à convertir les projets pilotes dans ce domaine en programmes permanents. Le manque de ressources est la principale difficulté. Peu de fonds étant consacrés aux programmes de SDP, les programmes cliniques sont financés par des subventions temporaires. Il n'est pas économiquement viable de demander à un hôpital de recruter du personnel pour la surveillance des patients, si l'hôpital est payé lorsqu'un patient s'y présente. L'hôpital perd une source de revenus et ajoute une dépense en personnel. Les consultations virtuelles ont modifié la viabilité de ce modèle, car un médecin peut être rémunéré pour une consultation virtuelle avec un patient. Toutefois, cela ne résout pas le problème de la surveillance continue. La plupart des programmes de SDP efficaces nécessitent une ou plusieurs infirmières spécialisées pour surveiller les données d'un patient et pour traiter et évaluer les problèmes. Le financement de cette mesure de dotation est nécessaire pour étendre les programmes de SDP. Cela peut également être rémunéré par des approches de financement groupé.

Comme pour d'autres initiatives de soins virtuels, les patients et les fournisseurs de soins devraient pouvoir choisir le système de surveillance le mieux adapté à leurs besoins. Autant que possible, les programmes doivent être informatisés et permettre au patient d'apporter son propre matériel de surveillance. C'est difficile à faire, car les

installations matérielles de la plupart des centres de soins ambulatoires hospitaliers sont vues comme un bien gratuit. Même le personnel associé peut être subventionné. Selon un tel modèle, les nouveaux programmes doivent amortir les investissements, mais les anciens programmes étant entièrement amortis, leurs coûts en capital sont nuls, ce qui leur donne un net avantage économique. L'avantage des soins physiques doit être reconnu et pris en compte de manière équitable afin de créer des programmes viables. Dans le contexte actuel, où de nombreuses infrastructures physiques sont inutilisables en raison d'un coefficient de performance élevé, nous devrions pouvoir corriger ce déséquilibre.

Enfin, les programmes financés devraient nécessairement intégrer des MEDP, des MRDP et des taux de recommandation nets (TRN) pour que les programmes soient efficaces et utiles aux patients.

RECOMMANDATION 27 : Renforcer la mise en œuvre des programmes de suivi des patients. Fournir des enveloppes de financement permanentes neutres par rapport au système, permettant l'achat de forfaits de matériel, de logiciels et de services aptes à concurrencer avec le modèle de consultation de surveillance en personne.

3) Éliminer les arriérés de chez les spécialistes

La prestation virtuelle des soins peut et doit jouer un rôle important après la pandémie : aider à éliminer les arriérés dans les procédures et les interventions chirurgicales. Des centres de soins virtuels spécialisés provinciaux ou régionaux pourraient être créés pour évaluer et trier les aiguillages. Cela éviterait d'attendre que le système d'avant la pandémie élimine l'arriéré. C'est très souhaitable, car, en fait, de nombreux aiguillages pour des consultations chirurgicales ne sont pas des cas de chirurgie. Les patients sont dirigés vers des examens complémentaires, des traitements médicamenteux ou de la physiothérapie, ou ils sont simplement suivis. Pourtant, un chirurgien n'est pas enclin à recevoir un nouveau patient si son bloc opératoire est plein pour les neuf prochains mois. C'est compréhensible. Toutefois, le système de santé doit évaluer et éliminer l'arriéré.

Un pareil modèle serait similaire aux SVTR en C.-B. ou au programme d'accès accéléré aux spécialistes proposé en Ontario par Ed Brown il y a plusieurs années. On ouvrirait un centre de soins virtuel regroupant de 6 à 10 spécialistes qui prendraient les notes de cas des soins primaires et utiliseraient les communications entre collègues et les réunions à trois avec le patient pour évaluer, trier et, si possible, recommander un traitement et un suivi supplémentaire. Ce modèle permettrait en outre de dresser une liste d'attente centrale pour ces services qui pourrait servir à acheter activement des services auprès d'hôpitaux publics pendant les heures creuses afin d'éliminer l'arriéré.

Nous ne faisons qu'effleurer la surface des soins spécialisés virtuels. Les outils de surveillance résidentielle et les vêtements intelligents seront produits en masse au cours de cette décennie. Il est possible de fabriquer des sous-vêtements de type holter qui deviennent des moniteurs cardiaques. La capacité de prise en charge de cas plus lourds par les soignants à domicile s'est beaucoup accrue, et cette tendance devrait se maintenir. Les promesses de l'univers de la surveillance à domicile mettent du temps à se réaliser, mais nous sommes sur le point d'en récolter les fruits.

RECOMMANDATION 28 : Créer un centre temporaire d'accès à des spécialistes pour promouvoir un accès virtuel rapide aux soins spécialisés. Pour réduire les temps d'attente, cette capacité permettra un triage virtuel pour déterminer les consultations qui doivent avoir lieu en personne.

3.3 PILIER 3 : Rémunération

Le barème d'honoraires ou les tarifs ont été mentionnés par la grande majorité des répondants comme étant l'un des principaux problèmes à résoudre. La plupart ont estimé que l'une des principales leçons de la pandémie était que nous aurions toujours pu mettre en place des soins virtuels, mais que les modèles de paiement nous en empêchaient. Beaucoup craignaient que les codes soient supprimés après la pandémie.

Cette inquiétude est sans fondement. Les codes de soins virtuels ne peuvent pas être facilement supprimés pour trois raisons pratiques. Tout d'abord, les patients aiment vraiment le côté pratique et ne sont pas prêts à y renoncer. Deuxièmement, les fournisseurs comptent sur les revenus qu'il procure. Troisièmement, la suppression de certains codes créera un deuxième niveau de services virtuels dans le système de paiement privé. Ces trois éléments pris ensemble semblent assez définitifs. Tout gouvernement qui tente de supprimer les codes de soins virtuels se heurtera à une sérieuse opposition des citoyens, des médecins et des partisans du système de santé canadien. Il se peut que quelques entreprises préfèrent que les codes soient supprimés (et qu'un volet privé soit ouvert), mais il est peu probable qu'elles aient une influence marquée sur les politiques une fois leurs intérêts financiers exposés.

3.3.1 Paiement des services

Le réajustement du barème des droits pourrait être une négociation plus simple que les précédentes discussions antagonistes entre gouvernements et associations médicales. Il faut en arriver à une entente fonctionnelle fondée sur des principes. La bonne nouvelle, c'est la grande marge de manœuvre budgétaire, étant donné la baisse des revenus des médecins pendant la pandémie et la nécessité d'ajouter les procédures non exécutées de l'année dernière. Les trois réalités élémentaires suivantes permettraient, si elles étaient reconnues, une discussion plus fructueuse.

Premièrement, des fonds sont disponibles. Les deux parties devraient les dépenser ensemble afin d'améliorer les soins. L'entente devrait prévoir des avantages et sanctions communs pour ce qui est de l'utilisation de ces fonds.

Deuxièmement, il existe un objectif commun de modernisation du système de soins de santé. Les deux parties à la négociation doivent concevoir le nouveau système sur la base des principes convenus. Les principes suivants pourraient constituer un point de départ.

- Créer un barème des droits neutre en matière de modalité : dans la mesure du possible, le barème ne doit pas déterminer le choix de la modalité.
- Utiliser la capitation ou le salaire lorsque cela est possible afin de laisser le choix de la modalité au fournisseur et au patient.

- Utiliser le financement forfaitaire pour les procédures majeures où un service représente au moins 75 % du forfait. Inclure toutes les consultations avant et après une chirurgie ou une procédure dans le forfait, quelle qu'en soit la modalité. Permettre au patient et au médecin de définir la cadence et la modalité des soins de suivi, y compris le suivi asynchrone et la surveillance à distance du patient.
- Payer les soins asynchrones de manière équitable et en faire un service normal et fondamental. De nouvelles données montrent que les soins asynchrones sont d'une qualité clinique égale à celle des soins en personne pour de nombreux problèmes de santé¹⁹.
 - S'appuyer sur l'expérience au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et ailleurs Examiner également l'expérience du Danemark et de Kaiser Permanente (Californie du Nord)
- Payer les communications élémentaires entre fournisseurs de manière équitable de sorte à accroître la capacité du système.
- Permettre l'incorporation de services de porte d'entrée virtuelle accessibles d'une manière qui améliore la continuité des soins et évite de punir les fournisseurs par capitation pour l'utilisation hors réseau.
- Ne pas réaliser de microgestion d'une innovation en évolution. Laisser les soins virtuels innovants prospérer pour améliorer la qualité des services de soins de santé.

Troisièmement, tous les soins médicalement nécessaires doivent figurer dans le barème des droits. Ne pas différencier les soins médicalement nécessaires par modalité Les soins sont des soins, quelle que soit la modalité. Ne pas délaissier de petites modalités pour les services privés payants

Les façons de rémunérer les médecins sont nombreuses. Certains moyens sont meilleurs que d'autres, mais aucun moyen n'est vraiment bon. Cette science ne se prête pas à la réflexion sur les pratiques exemplaires, car tout système de paiement est sujet à des manipulations intentionnelles ou passives. Même les saints altèrent leur comportement en réponse à des incitations, parfois sans même s'en rendre compte. Nous avons recommandé l'utilisation du salaire, de la capitation et des forfaits qui permettent au médecin de choisir la modalité de consultation avec le patient et sa famille. Cela permet d'innover parmi les modalités en vigueur et de faire en sorte que les technologies de la prochaine génération (p. ex., l'Apple Watch, les sous-vêtements de surveillance Hexoskin, la réalité virtuelle et autres) s'intègrent naturellement aux processus de soins à mesure qu'elles évoluent et que le médecin les juge prêtes.

On craint que les soins virtuels ne réduisent les frictions dans le système de soins et ne soient utilisés pour surfacturer. Nous ne voyons pas (encore) de données justifiant cette crainte. Selon un ensemble de données (non publiées) de l'Ontario signalé par un répondant, aucune augmentation débridée des revenus par médecin ou par spécialiste n'a été observée pendant la pandémie, alors que nous avons des niveaux élevés de soins virtuels. Cela indique que les médecins n'utilisent pas le mode virtuel pour surfacturer le système. Cependant, à cause des possibles exceptions, nous devons établir des mécanismes de surveillance des modèles et pratiques de facturation, dissuader les médecins qui font un usage abusif des codes virtuels et, le cas échéant, demander le recouvrement des sommes touchées de manière inappropriée. Détecter, dissuader, récupérer. Ne pas concevoir le système en fonction des personnes (peu nombreuses) qui pourraient en abuser. Il faut plutôt effectuer des audits pour détecter les abus. Le programme d'intégrité de la facturation de la Colombie-Britannique pourrait être un exemple à suivre²⁰. Nous déconseillons la rémunération à l'acte (RA) comme mode de paiement des médecins, car elle dicte nécessairement l'emploi de certaines modalités. Nous l'avons constaté avant la pandémie, lorsque moins de quelques pour cent des fournisseurs utilisaient le téléphone et la vidéoconférence. Le paiement a limité les choix,

mais pas dans l'intérêt des médecins ou des patients. De terribles décisions ont été prises par de bonnes personnes qui, autrement, n'auraient pas été rémunérées. Lorsque les modèles de paiement ont changé radicalement en mars 2020, les comportements ont suivi rapidement et nécessairement. Dans de nombreux domaines, on ne veut pas revenir en arrière. Mais le système de RA reste un moyen terriblement imparfait de rémunérer les médecins. Un ensemble de codes de droits dissimulera une préférence pour une modalité ou l'autre. Au cours des deux derniers mois, nous avons eu ces conversations des dizaines de fois.

« Si nous n'incitons pas à choisir le mode le plus efficace, nous finissons par pousser l'offre et la demande vers un mode moins efficace, ce qui finit par coûter plus cher au système. L'équation est simple : aplatir. Renonçons aux mesures incitatives. Que le coût du service virtuel soit le même que celui du service en personne. »

– Consultant

« Selon moi, la RA ne fonctionnera pas. Sans compter que nous ajoutons l'asynchrone. » – Représentant de la politique de la santé

« La consultation par téléphone est certainement notre principale utilisation des soins virtuels. L'une des difficultés est que nos codes de facturation sont les mêmes pour le téléphone et la vidéoconférence. Cela nous incite implicitement à utiliser le téléphone. Du moins, cela ne nous incite pas à utiliser la vidéoconférence. Le système de vidéoconférence est plus coûteux à établir. » – Médecin de famille

« Soyons agnostiques. Parlons de synchrone et d'asynchrone, cela devrait être sans importance. Réalisons que la majorité de la création de valeur est asynchrone dans d'autres secteurs. Pourquoi devrait-il en être autrement pour les soins de santé? » – Consultant

« Nous devons moderniser notre barème des droits. Nous avons besoin d'un forum où en discuter ensemble. Il faut revoir l'ensemble de la convention collective, dont les soins virtuels forment une part importante. »

– Clinicien ayant eu antérieurement l'expérience de négociations d'honoraires

Nous le répétons donc : Ne pas utiliser la RA si possible. Recourir à la capitation ou au versement de salaires concernant les soins primaires et regrouper les soins spécialisés de sorte que le fournisseur (et le patient) puisse choisir ses modalités pour les parties non présentes des soins. Mais si la RA doit être utilisée, nous recommandons un ratio entre les modalités comme suit : par message = 1 \$, par téléphone = 3 \$, par vidéoconférence = 5 \$, en personne = 5 \$. Nous sommes arrivés à ce ratio en discutant avec des personnes interrogées bien informées. C'est un point de départ pour la discussion. Il y aura des conséquences inattendues d'un ratio de RA. Des règles visant à l'atténuation de ces effets et du gros bon sens s'imposeront. Ce processus est continu, mais voici quelques lignes directrices pour commencer.

Autres règles sur la RA (si la RA est nécessaire)

- Le téléphone ne peut être utilisé que pour les évaluations mineures et intermédiaires.
- La vidéoconférence ne peut être utilisée que si plus de la moitié de la consultation se fait par vidéoconférence.
- L'évaluation intermédiaire par téléphone et vidéoconférence n'est utilisée que pour une consultation d'au moins dix minutes (suivies et vérifiées dans le DME).
- Si une consultation en personne doit suivre la consultation par téléphone ou vidéoconférence, un code de 50 % s'applique à la consultation en mode virtuel aux fins du triage.

- Par exemple, le ratio de la consultation par téléphonique suivie d'une consultation en personne serait de 6,50 \$ (selon notre échelle 1:3:5:5) et celui de la consultation par vidéo suivie d'une rencontre en personne serait de 7,50 \$.
- Un garde-fou approprié pourrait s'appliquer si les fournisseurs facturent les deux modalités à des niveaux discutables. En cas de problèmes systémiques, le code de 50 % pourrait devoir être haussé ou baissé pour éviter d'influencer indûment les décisions relatives aux soins.
- Une partie des droits pour la consultation devrait être versée comme élément d'information et elle ne devrait pas être versée pour une consultation sans rendez-vous *à moins qu'elle ne soit inscrite dans le dossier du patient par une API dans un délai d'une semaine.*
 - Par exemple, une consultation sans rendez-vous virtuelle à 32 \$ deviendrait une consultation à 25 \$ si la boucle reste ouverte. La différence de sept dollars ne sera payée que si le dossier est transféré.

Plusieurs cliniciens sont contre des droits plus élevés pour la consultation vidéo que pour la consultation téléphonique. Selon eux, cela encouragera un usage excessif de la consultation par vidéo et entravera davantage le système. Ils ajoutent que les arguments en faveur de la consultation par vidéo sont trompeurs et que nous devrions cesser de la surpayer. Nous avons conservé un code de rémunération de la consultation vidéo plus élevé à titre de recommandation, mais nous craignons les abus. La facilité d'utilisation de la consultation par vidéo augmentant de mois en mois, il convient d'en surveiller attentivement l'évolution. Dès que le temps et l'effort d'utilisation de la consultation téléphonique et de la consultation vidéo s'équivaldront, un changement de ce ratio pourrait s'imposer.

Les négociations étant fondées sur des principes, les négociateurs doivent en arriver à un système qui, par dessein, sera adapté à perpétuité. Une évolution technologique étant probable à court terme, le problème évoluera et exigera la bonne volonté de part et d'autre pour que les ententes servent au mieux les intérêts des patients tout en soutenant les fournisseurs et les systèmes de soins de santé.

RECOMMANDATION 29 : Entamer des négociations fondées sur des principes en comprenant que la modernisation du système sera une responsabilité partagée sur plusieurs années. Plusieurs principes ont été proposés.

RECOMMANDATION 30 : La capitation, le salaire et le regroupement des services sont préférables, car ils permettent le choix et le changement de modalité.

RECOMMANDATION 31 : Lorsque la rémunération à l'acte doit être utilisée, elle doit être payée dans un rapport de 1:3:5:5 pour la messagerie : téléphone : vidéo : physique. Triage des visites virtuelles par téléphone/vidéo à 50 % (mais pas la messagerie).

RECOMMANDATION 32 : Les frais de visite devraient être divisés en une partie informationnelle égale à environ 25 % pour encourager la continuité des soins. Cela devrait s'appliquer aux consultations en personne et virtuelles sans rendez-vous.

RECOMMANDATION 33 : Un système formel de codes de communication devrait être établi pour les communications entre collègues. Il faudrait prévoir un financement global des codes de messagerie de

base, de consultation électronique, d'aiguillage électronique et de téléconférence qui permet de rémunérer correctement les fournisseurs qui collaborent dans un système adapté pour les patients.

3.3.2 Paiement des outils de prestation virtuelle des soins

Il faut déterminer clairement qui doit payer les outils de prestation virtuelle des soins. Qui du fournisseur, de l'hôpital ou de la région ou province doit choisir et financer la technologie souhaitée? Chaque avenue présente des avantages, mais aussi de sérieux inconvénients. Une expérience favorable des outils de prestation des soins virtuels sera aussi chère aux yeux des fournisseurs que l'était auparavant le choix d'un bon local. Cela est très important. Les fournisseurs en général ne voudront pas qu'un organe provincial ou régional prenne une telle décision pour eux. Pourtant, d'un point de vue pratique, nous avons besoin d'outils de collaboration et d'interopérabilité. Les PT, régions et hôpitaux ont accès à des fonds d'investissement pour payer ces outils.

Les frais de téléphonie et de connectivité Internet sont déjà intégrés aux dépenses d'un cabinet de médecin. L'intégration d'outils dans le DME est une solution judicieuse. Une forme ou une autre de technologie de communication multimodale est ou sera bientôt intégrée dans le système des DME. Les coûts d'un tel système s'intègrent aux coûts d'exploitation d'un cabinet.

Certaines provinces et certains territoires ont choisi d'assumer les coûts de plateformes vidéo comme Zoom for Healthcare, Microsoft Teams, Google Meet pendant la pandémie. La fourniture de plateformes de logiciel-service est logique, car elles continueront à évoluer et sont souvent liées au courrier électronique et aux suites bureautiques. La dépendance aux infrastructures étant lourde, certaines localités seront désavantagées. Selon nous, Amazon et Apple proposeront des offres de ce type sous peu.

Les agents responsables de la protection de la vie privée formuleront des avis sur les solutions gratuites comme WhatsApp et FaceTime. Toutefois, elles ont été jugées parfaitement utilisables d'un point de vue clinique. Des PT se penchent sur la conception des plateformes vidéo offrant une salle d'attente virtuelle, et investissent considérablement dans ces systèmes. Les modalités susmentionnées évoluant rapidement, nous ne recommandons pas d'importants investissements infrastructurels dans des plateformes vidéo.

Seule l'évolution est incontournable. À mesure que s'améliore cette technologie, les fournisseurs et les patients pourront facilement passer à de meilleures solutions, si les coûts de transfert restent faibles. Les besoins techniques de certaines technologies sont plus élevés, dont les plateformes de surveillance à distance, les outils de traitement des plaies, le triage assisté par IA et les outils d'aide à la décision. Ces technologies, qui évoluent rapidement, seront plus onéreuses et soulèveront de plus graves inquiétudes de sécurité. Néanmoins, la chute des prix de ces technologies est spectaculaire, car la loi de Moore y a des répercussions comme dans tous les autres secteurs : la vitesse et la capacité des ordinateurs doublent tous les deux ans, et les coûts chutent. On peut supposer que la révolution électronique dans le domaine des soins médicaux et notamment de la surveillance à distance fera encore chuter les prix. Le maintien de faibles coûts de transfert doit être prioritaire. Il faut donc privilégier les modèles logiciels plutôt que les modèles matériels.

Ces outils doivent être financés, mais ils ne doivent pas être achetés de manière centralisée, car le processus d'achat freine l'innovation et risque de contraindre les fournisseurs à utiliser des solutions établies. Les fournisseurs devraient pouvoir utiliser, au fil de leur évolution, des outils numériques dont la valeur et la sécurité cliniques démontrées améliorent les soins qu'ils prodiguent.

RECOMMANDATION 34 : Ne pas faire d'investissements d'infrastructure importants dans les plateformes vidéo de base. Limiter les coûts de changement de technologie et éviter la dépendance vis-à-vis des fournisseurs.

RECOMMANDATION 35 : Créer un nouveau modèle de financement pour que les prestataires et les hôpitaux puissent acheter et gérer de nouvelles technologies numériques qui fonctionnent pour eux et leurs patients. Il s'agirait probablement d'un code technique ou « code T » fournissant un montant modeste, mais approprié pour payer les dépenses d'infrastructure.

3.4 PILIER 4 : Qualité, pertinence et sécurité

La qualité, la pertinence et la sécurité sont des facteurs primordiaux à prendre en compte dans notre transition vers l'intégration de la prestation virtuelle des soins comme élément permanent des systèmes de soins de santé canadiens. Ces discussions seront difficiles et les réponses aux questions ne seront pas simples. Voici quelques-unes des perspectives que nous avons entendues durant les entretiens.

« Vous donnez des conseils au patient qui vous appelle, mais vous ne l'examinez pas. Parfois, j'apprécie l'effet de la nouveauté. Parfois, ça m'inquiète vraiment. » – Médecin de famille

« Certaines personnes ont l'impression de ne pas recevoir le même niveau ou la même qualité de soins, tandis que d'autres ont l'impression que oui. La ligne est difficile à tracer » – Négociateur de barèmes d'honoraires

« La prestation virtuelle des soins est une excellente solution pour éviter les rencontres en personne en ce moment et à d'autres moments (p. ex., pendant la saison de la grippe). Pour les personnes moins mobiles, la prestation virtuelle de soins est beaucoup mieux. Je n'ai pas à me soucier du transport et je n'ai pas à passer des heures à faire la navette et à rester assis dans la salle d'attente. » – Patient

« Aucune base de référence du système en personne ne nous permet de comparer le système de prestation virtuelle des soins de santé. Les consultations en cabinet tous les six mois sont-elles efficaces? Je n'en ai aucune idée. Est-ce juste une norme communautaire? – Médecin spécialiste

« Nous devons repenser les soins de santé et leur évolution, puis y appliquer la technologie. Comment pouvons-nous intensifier la conversation sur les directives relatives à la pertinence? – Responsable de politiques en santé

« La responsabilité à l'égard de la définition de ces normes n'est pas évidente. C'est un peu du bric-à-brac, puis il y a un manque de directives sur la prestation virtuelle des soins. » – Médecin spécialiste

Étant un non-clinicien analysant ce domaine, j'ai été étonné par la capacité des cliniciens à savoir quelles choses cliniques ils peuvent faire et ne pas faire de manière virtuelle. Je reconnais avoir été ébahi par la difficulté que cela a dû présenter et par le stress que bien des cliniciens ont dû assumer pour atteindre un degré élevé de prestation virtuelle de soins sans le filet de sécurité que sont des directives précises de la société médicale.

Pendant la pandémie, nous avons dû compter sur les normes en vigueur et avons permis aux cliniciens d'utiliser leur jugement compte tenu de leur champ de pratique. Une telle solution était raisonnable, devant les coûts élevés du contact physique et l'urgence des situations. Des normes de soins de facto sont établies chaque jour sur le terrain. Elles complètent les normes communautaires en matière de soins en personne. Beaucoup de ces normes ont été transmises de génération en génération sans examen. Il revient aux décideurs d'établir la manière d'intégrer ces normes dans un ensemble plus formel de normes de prestation virtuelle des soins.

3.4.1 Établir des normes pour toutes les spécialités

Nous avons besoin d'une méthode formelle pour transformer la base de référence des normes de pratique. Il faudrait déterminer pour chaque spécialité les services pouvant être fournis par messagerie sécurisée, par téléphone, par vidéo, en personne et par des technologies de surveillance à distance. La prestation virtuelle des soins semble s'intégrer différemment selon la spécialité. L'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens (CRMC) ont chacun un rôle à jouer dans cette gouvernance, tout comme chaque association de spécialistes. L'AMC ayant de l'expérience de l'examen de la prestation virtuelle des soins, elle devrait assumer le rôle d'organisateur et le CRMC devrait s'occuper de sanctionner et d'officialiser le rendement. Ces détails doivent être décidés d'un commun accord.

Certaines questions devraient pouvoir faire l'objet d'un examen particulier pour chaque spécialité et sous-spécialité et faire l'objet d'un rapport

- 1) Dans quelle situation le contact physique est-il nécessaire pour établir ou confirmer un diagnostic?
 - i. L'examen en personne peut-il être raisonnablement effectué par une autre personne, agréée ou non?
 - ii. Une mesure à distance peut-elle remplacer le contact physique?
- 2) Dans quelle situation le contact visuel est-il nécessaire pour établir ou confirmer un diagnostic?
- 3) Dans quelle mesure un contact physique est-il important pour établir une relation avec le patient et pour comprendre d'autres facteurs tels que les déterminants sociaux?

Des questions peuvent être d'une importance vitale pour certaines spécialités et moins pour d'autres. La prestation virtuelle des soins peut souvent être le meilleur moyen de resserrer des liens cliniques en permettant à un fournisseur connu de poursuivre les soins à un patient particulier. Les exigences relatives aux solutions de visites virtuelles du Réseau Télémédecine Ontario, élaborées en novembre 2020 pour aider les fournisseurs à choisir des outils virtuels qui répondent à diverses exigences techniques, de confidentialité et d'interopérabilité, constituent un

exemple d'approche fondée sur des normes²¹.

RECOMMANDATION 36 : L'Association médicale canadienne, de concert avec Excellence en santé Canada, le Collège royal et d'autres associations de spécialiste devraient procéder à un examen spécialité par spécialité afin de déterminer les services qu'il convient d'offrir virtuellement. Cet examen doit être explicitement séparé de l'examen du remboursement et de la discussion sur la rémunération.

Il reste à savoir ce que nous ferons des personnes véritablement mal intentionnées. Nous hésitons à évoquer certains de ces exemples sans données irréfutables à l'appui ou, du moins, sans renseignements déjà révélés. Chacun des quatre exemples fictifs, mais plausibles a été recueilli lors d'entretiens.

- Le directeur médical d'un CHSLD qui adopte le mode de prestation virtuelle des soins pour des raisons de commodité lorsque le centre qu'il supervise est touché par une épidémie, et refuse de voir les patients en personne même lorsque cela conviendrait mieux.
- Un fournisseur de soins primaires utilise excessivement les messages, appels téléphoniques et envois par courriel pour générer des droits dans le même épisode de soins, en facturant pour chaque interaction. Ou il utilise la consultation vidéo au lieu de la consultation téléphonique pour obtenir un remboursement supérieur.
- Un clinicien refuse d'aller dans une collectivité de Première Nation par crainte d'une infection, mais insiste sur la prestation virtuelle de soins, même si la prestation de soins en personne est plus sécuritaire pour certains patients.
- Le nombre de patients en médecine interne générale et en chirurgie générale d'une petite localité chute, car ces patients peuvent consulter virtuellement des spécialistes en milieu urbain.

Est-ce une véritable préoccupation? Peut-être. Il est certain que les nouvelles solutions de prestation de soins de santé donneront à des personnes mal intentionnées des occasions de mal agir. Il faut composer avec ces situations de la même manière qu'avant la pandémie dans le monde de la prestation des soins de santé en personne. Comme nous l'avons susmentionné, les entretiens et les données nous ont révélé que les cliniciens avaient généralement agi dans l'intérêt supérieur de leurs patients et au mieux de leurs capacités.

Les communications électroniques associées à la prestation virtuelle des soins sont intéressantes, car elles fournissent un moyen de vérification. Si cela est bien fait, la transparence s'ensuit. La transparence et même la simulation de patients seront utiles pour l'enseignement médical. Cela pourrait également servir à l'examen et la médiation en matière d'exercice. Les mots qui suivent peuvent faire peur, mais bon : « les appels peuvent être enregistrés aux fins de qualité et de formation. » Évidemment, les écoles de médecine, les programmes de formation, les commissaires à la protection de la vie privée et les organismes de réglementation devront y réfléchir sérieusement. Mais les occasions d'intégrer la rétroaction et une meilleure formation sur les attitudes au téléphone sont bien réelles. Nous y revenons dans le pilier 5 sur la gestion du changement.

3.4.2 Qualité par modalité

La prestation des soins de santé par téléphone domine parmi les modalités avec 90 % dans tous les domaines. Les avis sur la pertinence et la qualité de chaque modalité varient selon les personnes. Des personnes interrogées ont soulevé la question de savoir s'il convient d'offrir certains soins par vidéo, mais pas par téléphone. On suppose

souvent que la prestation des soins par téléphone est moins fidèle que la prestation des soins par vidéo. Cette supposition doit être vérifiée. Il se pourrait que depuis une dizaine d'années, nous ayons compliqué excessivement la prestation virtuelle des soins.

« Je suis étonné par tout ce que nous pouvons faire par téléphone. En partie parce que nous connaissons nos clients et que nous avons un rigoureux système de DME. Au sein de notre groupe de sept praticiens, nous nous répartissons toujours les patients. » – Médecin de famille rural

Les systèmes internationaux aguerris en matière de prestation virtuelle des soins prodiguaient plus de 50 % des soins de santé par téléphone et par messagerie sécurisée avant la pandémie (p. ex., Kaiser Permanente en Californie du Nord). Pendant la pandémie, ils utilisent toutefois davantage la prestation de soins par vidéo que les systèmes canadiens. La prestation de soins par vidéo devrait augmenter à mesure que nous réglons les problèmes technologiques. Nous pensons que la messagerie sécurisée est très utile et constitue souvent le moyen le plus facile d'accéder à des soins de qualité pour certains problèmes. Son utilisation devrait également augmenter au Canada.

Le consortium Kaiser Permanente (Californie du Sud) a également connu une croissance énorme

Mais c'était un mélange de vidéo, de téléphone et de consultations physiques



Figure 18 : Consultations par modalité chez Kaiser Permanente de février 2020 à juillet 2020

Le terme *multimodal* est utilisé dans d'autres secteurs pour désigner la communication et les interactions avec les clients par de multiples modes. Un détaillant est multimodal si les consommateurs peuvent y accéder par téléphone, par site Web, par une application, par courriel ou SMS et en personne. Nous savons tous d'expérience que ces services peuvent être de piètre qualité et qu'ils sont rarement excellents. Mais nul ne veut revenir à l'époque où une banque était ouverte seulement de 10 h à 15 h et où nous ne pouvions réserver nos billets d'avion que dans une agence de voyages.

Dans le cadre de nos entretiens avec des médecins, nous ont appris avec étonnement qu'à cause de la pandémie, ils sont nombreux à utiliser la multimodalité. En voici des exemples.

- 1) Les médecins qui disent utiliser FaceTime et WhatsApp commencent la consultation en mode vocal, mais ils passent au mode vidéo au besoin, puis reviennent au mode vocal.
- 2) Les cliniciens ont évoqué des consultations par téléphone au cours où ils demandaient qu'une photo d'une zone du corps soit prise et leur soit envoyée par courriel.
- 3) Les médecins ont abordé les bonnes et mauvaises façons de passer de la consultation téléphonique à la consultation vidéo. Il semblerait que de nombreuses applications vidéo intégrées exigent un support administratif et technique fastidieux.
- 4) Les attentes des patients sont différentes selon qu'il s'agit d'interactions vidéo, téléphoniques ou en personne. Elles sont beaucoup plus élevées :

« Si vous êtes endocrinologue et que vous vérifiez les analyses sanguines de quelqu'un, téléphonez-lui, sachez que c'est sécurisé. Ça prend quelques minutes, dites bonjour et au revoir; vous avez terminé. La même chose en vidéo prend au moins 10 minutes » – Médecin spécialiste

- 5) Le courrier électronique et la messagerie sécurisée sont largement utilisés dans certaines pratiques par capitation et où une solution de contournement de la rémunération peut être trouvée.
- 6) De nombreux cliniciens et certaines provinces indiquent que les services par message texte et entre collègues sont utilisés régulièrement *sans aucun paiement associé*.

Nous vivons une époque de transition et d'évolution technologique effrénée qui nous demande d'être humbles : nous ne savons pas tout. Outre les technologies largement utilisées, la reconnaissance vocale, les vêtements de surveillance (dont les sous-vêtements) et éventuellement la réalité virtuelle sont trois autres modalités qui seront probablement beaucoup utilisées dans les soins de santé au cours des cinq prochaines années. Il pourrait y en avoir d'autres. Nous devons faire confiance aux fournisseurs et aux patients pour déterminer le meilleur mode à utiliser selon les circonstances. Quelle que soit la façon dont ils sont prodigués, les soins restent des soins. Nous devons compter sur les fournisseurs pour faire des choix éthiques en consultation avec leurs patients et d'après leur compréhension de l'intérêt supérieur de ces derniers.

RECOMMANDATION 37 : Veillez à ne pas réintroduire une réglementation inutile dans la relation patient-fournisseur concernant le choix de la modalité de consultation.

3.4.3 Qualité par fournisseur

Des questions de qualité et de pertinence des technologies employées ont été soulevées. Convient-il de laisser le soin aux fournisseurs choisir la technologie qui leur convient le mieux ou risquons-nous d'avoir des problèmes de qualité en leur accordant trop de latitude?

« J'aime utiliser le courriel, mais je crains l'encombrement de ma boîte aux lettres, qui pourrait me faire rater des messages importants. J'oublie de faire le copier-coller; que se passera-t-il si je suis renversé par un autobus; on ne peut pas analyser correctement les données parce qu'elles ne sont pas présentées dans le bon format (p. ex., xls ou photo d'une feuille de papier). » – Médecin de famille

Le courrier électronique peut ne pas convenir à la messagerie clinique avec les patients. Ou alors, cela peut être un moyen acceptable. Les fournisseurs ont besoin d'un moyen d'accuser réception des communications sécurisées et,

au besoin, de les enregistrer. Mais il ne faut pas non plus trop compliquer les fonctions d'organisation de l'emploi du temps et de mises à jour. Une telle discussion va durer encore un certain temps. Rappelons quelques principes : les approches axées sur le médecin et le patient doivent privilégier plutôt que les politiques de remboursement. C'est-à-dire qu'il faut déterminer si les messages textes peuvent être utilisés en toute sécurité pour un service en particulier, sans avoir à se demander si le service payant ou non.

Il est très utile d'avoir des adresses électroniques cliniques sécurisées, exclusives et bien gérées. Nous recommanderons que cette condition fasse partie intégrante de l'autorisation d'exercer, comme indiqué à la section 3.6. Nous relevons un manque d'avis clairs sur le bien-fondé des services élaborés en interne. Les fournisseurs signalent qu'ils sont fastidieux. Ils semblent être onéreux. Des obstacles artificiels compliquent la combinaison de boîtes de courriels sur un même appareil. De nombreux travailleurs du savoir doivent avoir deux adresses électroniques (une personnelle et une professionnelle) comme condition d'emploi ou pour protéger leur vie privée. Ils doivent donc se promener avec deux appareils. La séparation de l'adresse électronique clinique sécurisée et exclusive de l'adresse électronique administrative est un élément important d'un système hautement fiable. Il faut faire avancer tout en maintenant les coûts de transfert faibles. Il ne faut pas s'engager dans un plan d'adresse électronique pluriannuel.

RECOMMANDATION 38 : Le courrier électronique clinique sécurisé pour les communications avec les patients et entre fournisseurs devrait être disponible à l'achat pour tous les fournisseurs. Les décideurs politiques devraient consciemment préparer l'avenir de ces systèmes de messagerie en maintenant des coûts de changement faibles à l'avenir.

3.4.4 Communication des mesures de l'expérience et des résultats des patients

Des MEDP et MRDP doivent être définies. D'autres commentateurs et organismes nationaux se penchent sur ces problèmes et proposeront des solutions.

Un logiciel bien conçu peut recueillir des mesures des résultats au cours du processus de traitement des patients. Les mesures de l'expérience sont déjà présentes dans le monde du logiciel. Robustes et validées, elles devraient être intégrées dans les MEDP de la prestation des soins de santé. Cela comprend les TRN, les évaluations d'utilisateurs dans les boutiques d'applications, les données brutes d'utilisation, les données d'appels perdus, les données sur la satisfaction des appelants, etc.. L'utilisation de mesures logicielles permet à d'autres entreprises d'accéder plus facilement au secteur des soins de santé. Le taux de satisfaction relativement élevé des clients de Zoom a joué un rôle important dans sa sélection au début de la pandémie. S'il avait fallu créer une nouvelle mesure de l'expérience propre au secteur, cela aurait fermé l'accès au marché. C'est en partie ce qui s'est produit avec « l'utilisation importante » dans les systèmes hospitaliers aux États-Unis. Epic, Cerner et leurs acolytes ont réussi à créer des obstacles à l'accès en fonction de spécifications clés que même les géants de la technologie, dont Microsoft et Google, n'ont pas pu concurrencer. Une bonne concurrence ouverte signifie que nous concevons les MEDP de sorte que les grandes sociétés logicielles multisectorielles puissent participer au secteur des soins de santé et n'en soient pas exclues.

Les mesures des résultats devraient faire partie intégrante de processus logiciels bien conçus et permettre aux cliniciens d'évaluer activement le patient, d'établir le plan et de contrôler son succès.

RECOMMANDATION 39 : Comprendre les mesures actuelles des résultats et de l'expérience des clients recueillies par les principaux fournisseurs de logiciels canadiens qui sont en concurrence dans le domaine des soins de santé et les incorporer dans nos programmes nationaux de mesures des résultats déclarés par le patient et de mesures des expériences déclarées par les patients.

3.5 PILIER 5 : Gestion du changement

3.5.1 Une nouvelle approche de la gestion du changement s'impose

Depuis près de 60 ans, après qu'Everett Rogers a publié l'ouvrage intitulé *Théorie de la diffusion des innovations*²², les praticiens de la gestion du changement utilisent ses cinq phases des adopteurs pour en éclairer et en encadrer la mise en œuvre. Il s'agit d'un scénario bien connu où l'adoption précoce de projets pilotes est suivie d'une expansion de l'innovation. L'enlèvement dans les premières phases est aussi un problème bien connu.

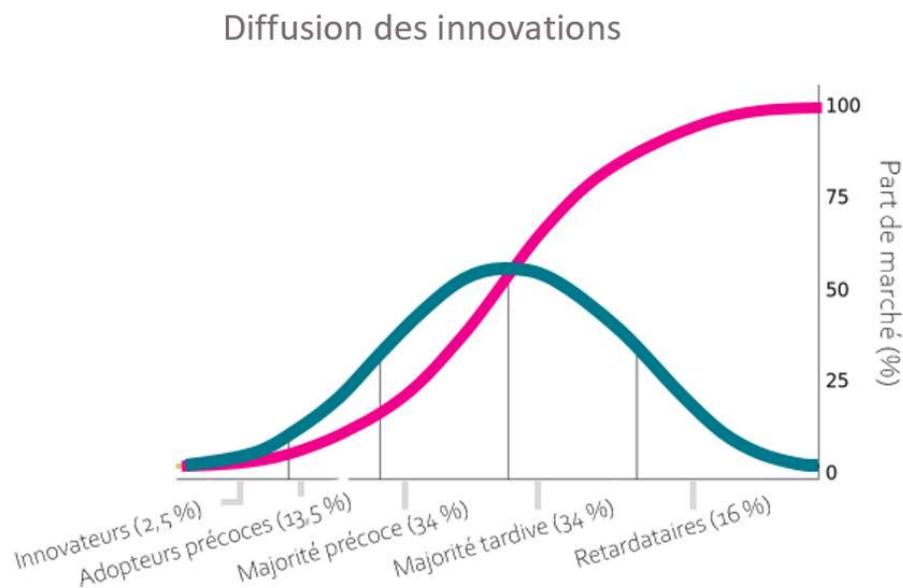


Figure 19 : La diffusion des innovations selon Rogers (22). Une fois des groupes successifs de consommateurs adoptent la nouvelle technologie (en bleu), sa part de marché (en rose) atteint à terme le niveau de saturation.

Cette fois-ci, la situation est tout autre. Avant la pandémie, les innovateurs représentaient la quasi-totalité de l'adoption et avaient stagné à quelques pour cent seulement pendant plusieurs années. Les soins virtuels étaient en plein essor, et nous en parlions comme d'un traitement d'appoint. Une fois que la pandémie a frappé au début de mars 2020, nous avons fait s'effondrer les quatre dernières catégories, des adopteurs précoces à la majorité tardive, en trois mois. Aujourd'hui, 90 % des fournisseurs ont adopté les soins virtuels sous une forme ou une autre.

L'ancien paradigme de la gestion du changement ne sert à rien dans le cas des soins virtuels. En ce qui concerne les soins de santé au Canada, ce changement aura des répercussions sur nous tous, de manière prévisible et imprévisible. La gestion du changement ne sera pas nécessaire pour encourager l'adoption. Au lieu de cela, nous devons peut-être soutenir des mécanismes qui accélèrent la diffusion des pratiques de pointe.

À titre d'exemple, nous devrions diffuser les enseignements tirés des processus et les schémas de rémunération qui favorisent la conversion d'une modalité à l'autre au cours d'une même consultation, en passant du téléphone à la vidéo et inversement. Dans une bien plus large mesure, les fournisseurs géreront leur propre changement. Nous devons faire en sorte que les politiques et les financements jouent un rôle de soutien dans ce domaine. Ils choisiront les outils qui fonctionnent pour eux et leurs patients. Voici quelques réflexions particulières :

- Créer un environnement qui maintient les coûts de transfert à un niveau bas, en évitant les mégaprojets basés sur une technologie particulière.
- Faciliter l'utilisation des outils numériques par les fournisseurs en leur fournissant des recommandations sur les outils qui répondent aux normes de sécurité et de qualité.
- Réagir avec agilité aux conséquences involontaires (positives et négatives) qui se produiront lorsque nous passerons à la nouvelle normalité.
- Permettre au fournisseur de choisir sa technologie. Ce qui fonctionne le mieux pour un fournisseur dépend d'une multitude de facteurs, tels que le type de cabinet, le type de soins qu'il dispense, l'endroit où il se trouve, la population de patients qu'il sert.
- Travailler avec des passionnés pour élaborer d'excellents modèles de soins et les diffuser largement.
- Soutenir les retardataires pendant un certain temps. Ils finiront par adopter ou être évincés du marché, à mesure que la majorité intégrera définitivement les soins virtuels.
- Mettre en place dès maintenant des systèmes d'évaluation et de mesure pour évaluer les nouveaux modèles de soins par rapport au Quadruple objectif.

Une question difficile est quelle base de référence utilisons-nous pour l'évaluation? Comme souligné dans plusieurs entretiens, il n'y a pas une grande richesse de données pour soutenir les normes de pratique, telles qu'elles existaient en 2019. Pourquoi un patient donné en soins spécialisés a-t-il bénéficié d'un examen de suivi en personne après six mois, plutôt qu'après trois mois ou neuf mois? En réalité, six mois, c'est généralement plus ou moins 60 jours, de toute façon. Compte tenu du manque de données, comment pouvons-nous comparer cette situation à notre pratique habituelle, qui consiste à effectuer une consultation téléphonique ou vidéo avec une infirmière tous les six mois, ou encore une vérification mensuelle par messagerie sécurisée. Comme nous l'avons évoqué dans les personnages et dans une demi-douzaine d'autres exemples tout au long du présent rapport, il existe désormais deux bases de référence pour de nombreux protocoles cliniques.

L'évaluation des normes de pratique nécessitera un processus d'examen à « double base ». Les enquêteurs devront examiner les schémas et les normes de pratique avant la COVID par rapport à la pandémie actuelle, et déterminer dans quels domaines les données sont suffisantes pour juger de la nécessité d'une étude plus approfondie. Dans les exemples évoqués plus haut, comme la gestion des MICI et la gestion et le titrage des médicaments pour l'ICC, il y a eu un changement clair vers beaucoup plus de soins virtuels et une implication des infirmiers et infirmières dans les soins virtuels. Les cliniciens et les patients peuvent être réticents à l'idée d'avoir un groupe témoin participant uniquement à des consultations physiques et qui représente la pratique de 2019. Une approche à double base est un

premier pas vers la résolution de cette question, alors que nous mettons en place les examens spécialité par spécialité qui seront nécessaires au cours des prochaines années pour gérer le changement des modèles de pratique.

On peut dire qu'il y a une énorme quantité de travail dans cet espace. La coordination, l'alignement et le soutien sont donc nécessaires pour rassembler les efforts partout au pays.

RECOMMANDATION 40 : Attribuer à Excellence en santé Canada le rôle de chef de file pour mettre à l'échelle et diffuser l'innovation en matière de soins virtuels dans la pratique clinique dans tout le Canada. Cela doit être fait en partenariat avec Inforoute Santé du Canada, qui fournira des orientations et un soutien pour se procurer et mettre en œuvre les outils.

RECOMMANDATION 41 : Confier au Centre for Digital Health Evaluation le rôle de responsable de la coordination de l'évaluation de la diffusion et de l'échelle des soins virtuels.

3.5.2 Enseignement médical et soins virtuels

L'enseignement médical utilisant les soins virtuels constitue un défi majeur pendant la pandémie et représente également une énorme occasion de gestion du changement. Le défi vient de la nécessité d'étendre les possibilités d'apprentissage aux établissements de soins ambulatoires, où les soins virtuels représentent une grande partie des soins dispensés. L'occasion réside dans le fait que ces apprenants sont tous de jeunes natifs de la technologie qui sont généralement très à l'aise pour interagir par le biais de divers systèmes et modalités.

Les informateurs clés ont mentionné plusieurs idées sur la manière d'utiliser les technologies de soins virtuels. Notamment :

- Les apprenants commencent les interactions par téléphone ou par vidéo, et les cliniciens superviseurs les rejoignent à mi-chemin ou à la fin du processus de collecte des antécédents et de diagnostic.
- Les apprenants rédigent des réponses aux messages sécurisés, aux fins d'examen, avant de les envoyer.
- Le rôle de la simulation de patients dans l'apprentissage et la facilité avec laquelle les interactions virtuelles peuvent être simulées.

Les natifs du numérique qui passent d'un service à l'autre tout au long de leur résidence sont également susceptibles d'être une source importante d'idées pour éclairer les pratiques exemplaires. Nous l'avons vu dans le passé avec l'utilisation du DME, où des apprenants doués pour le numérique encadrent en réalité les médecins traitants. Nous pourrions bien assister à un phénomène similaire dans le domaine des soins virtuels.

À l'avenir, les enseignements tirés de l'année universitaire 2020-2021 serviront à la refonte de l'enseignement médical et de l'enseignement des autres professionnels. Il pourrait s'agir d'un domaine propice à l'innovation et à l'introduction de grandes idées nouvelles. Quel est le rôle de la réalité virtuelle dans l'enseignement médical et dans l'offre d'une expérience clinique d'excellente qualité? Reviendrons-nous dans un monde où le grand bloc opératoire est (virtuellement) ouvert aux étudiants? Pourrions-nous étendre ce principe à d'autres aspects de l'apprentissage, grâce à une expérience de bloc opératoire virtuel permettant d'observer les meilleurs cliniciens dans l'exercice de leur métier? Comment fonctionne la ronde en blouse blanche, en ligne, parmi les patients?

RECOMMANDATION 42 : Un examen détaillé de l'enseignement pour les professionnels de la santé à l'heure des soins virtuels devrait être entrepris par des groupes universitaires appropriés.

3.6 PILIER 6 : Permis d'exercer

Traditionnellement, la prestation de soins en personne rendait moins difficile l'obtention d'un permis d'exercer dans plusieurs compétences. Avec les soins traditionnels en personne, il existe une limite pratique imposée à la capacité des fournisseurs d'être payés pour servir des patients qui vivent dans d'autres provinces. En ce qui concerne les fournisseurs pour lesquels cette limite de présence physique n'existe pas (p. ex. la radiologie), il y a toujours eu des anecdotes de médecins canadiens installés dans des endroits exotiques, fournissant des services à des Canadiens et remboursés par le régime provincial. De même, les groupes professionnels qui n'ont pas d'organismes de réglementation provinciaux solides (p. ex. les orthophonistes) fournissent régulièrement des services au-delà des frontières provinciales. Toutefois, il s'agit d'un problème mineur, et tant que ces fournisseurs sont agréés et offrent un service de qualité, personne ne s'inquiète vraiment.

Les soins virtuels permettent de fournir des services partout au Canada, indépendamment de l'emplacement physique. Facilement. Cela présente d'énormes avantages. Cela pourrait résoudre les pénuries de main-d'œuvre. Cela pourrait permettre une couverture en dehors des heures de travail. Cela pourrait permettre une meilleure couverture de l'anglais, du français, et des langues autochtones et mondiales. Cela pourrait favoriser la concurrence et entraîner une baisse des prix (si la concurrence était autorisée). Cela pourrait créer une industrie mondiale qui serait un moteur du développement économique.

Hélas, toutes ces idées se heurtent à des obstacles typiquement canadiens : la (sur)réglementation, la compétence provinciale en matière de services de santé et la frilosité à l'égard des soins de santé comme moteur économique. Comme l'a dit un informateur clé : cela devient un débat constitutionnel. Les soins virtuels font aujourd'hui partie intégrante des soins de santé. Une approche nationale en matière de permis d'exercer (en s'inspirant des modèles du secteur canadien des valeurs mobilières et du modèle australien, exemples sur lesquels l'AMC s'est penchée) est la solution globale pour soutenir les soins virtuels. Toute autre solution ne serait qu'un ensemble disparate et pourrait conduire à un système réglementaire fragmenté. Compte tenu de ce qui précède, ma recommandation générale pour cette section est que le travail de collaboration se poursuive à un rythme soutenu en vue de l'adoption d'une approche nationale.

RECOMMANDATION 43 : Le travail de collaboration doit se poursuivre à un rythme soutenu en vue d'une approche nationale en matière de permis d'exercer.

Cependant, il est urgent d'avancer sur certains points à court terme, où la délivrance du permis d'exercer doit être améliorée pour le bien du pays et de ses résidents. Les recommandations suivantes sont divisées en processus et en cas d'utilisation particuliers.

3.6.1 Exigences virtuelles du permis d'exercer

Le permis d'exercer devrait être redéfini par tous les collèges et organismes délivrant des permis d'exercer afin de reconnaître l'importance des soins virtuels comme faisant partie intégrante des soins aux patients et aux communautés. Les patients qui préfèrent les soins virtuels veulent des règles qui obligent les fournisseurs à effectuer des soins virtuels. À l'heure actuelle, si un fournisseur s'y refuse, les patients ne peuvent rien y faire, et il peut être difficile de changer de fournisseur dans certaines régions du Canada.

Bien que l'on ne puisse pas obliger les fournisseurs à fournir des services virtuels aussi bien que des services physiques, les normes de pratique devraient être modifiées pour refléter le fait qu'au moins en période de coût moyen à élevé du contact physique, aucun fournisseur ne peut fournir des soins en toute sécurité au Canada sans fournir des soins virtuels. En pratique, chaque professionnel de la santé devrait dorénavant être enregistré avec un courriel sécurisé comme condition d'obtention de son permis d'exercer. Cela permettrait une communication sécurisée avec les patients. Comme nous l'avons vu plus haut, le système de soins de santé doit se moderniser, et l'octroi de permis d'exercer peut le permettre. Les communications par télécopie devraient cesser. De même, tous les professionnels de la santé devraient désormais être tenus de fournir ou d'accepter des ordonnances électroniques et des demandes électroniques (standard) d'analyse. Toutes les demandes d'orientation ou de consultation doivent être faites par voie électronique.

Les soins virtuels font aujourd'hui partie intégrante des soins de santé, et ces recommandations devraient être mises en œuvre immédiatement. Une période de mise en place jusqu'au 31 mars 2023 devrait être autorisée.

RECOMMANDATION 44 : Tous les fournisseurs doivent obtenir un courriel sécurisé comme condition d'obtention d'un permis d'exercer; le télécopieur ne sera plus considéré comme un moyen de communication sécurisé.

Le permis d'exercer devrait être utilisé comme un outil pour faire appliquer ces recommandations :

RECOMMANDATION 12 : Toutes les demandes d'analyse standard en laboratoire et tous les résultats de ces analyses doivent être envoyés/reçus dans un format numérique utilisable d'ici le 1^{er} avril 2023. Aucun paiement ne doit être effectué pour des demandes d'analyse ou des résultats envoyés/reçus sur papier.

RECOMMANDATION 13 : Toutes les ordonnances devraient être envoyées/reçues par voie numérique d'ici le 1^{er} avril 2022.

RECOMMANDATION 17 : Un service temporaire de réhabilitation des dossiers papier devrait être mis à la disposition des fournisseurs de services (à leurs frais) pour leur permettre de répondre aux demandes d'information des patients pendant les exercices 2022 à 2026 afin de faciliter la transition vers un monde entièrement numérique.

RECOMMANDATION 26 : L'intégralité des aiguillages et consultations électroniques doit s'effectuer électroniquement d'ici le 1^{er} avril 2023.

3.6.2 Permis d'exercer et continuité des soins

Certains cas d'utilisation du permis d'exercer dans le cadre de soins virtuels entre compétences doivent être résolus pour promouvoir une continuité des soins de haute qualité. La facturation et la rémunération réciproques doivent

être ajustées si nécessaire pour permettre ces types de soins à l'échelle intergouvernementale.

1) *Suivi avant et après les soins spécialisés*

Pour atteindre notre objectif de continuité des soins, nous devrions permettre un suivi virtuel approprié par le fournisseur traitant pour les patients qui retournent dans leur province d'origine, après avoir subi des interventions dans une autre province ou un autre territoire. Dans certaines régions du Canada, il est fréquent que les patients doivent traverser les frontières provinciales pour recevoir certains soins spécialisés ou chirurgicaux. Le suivi post-traitement ou post-chirurgical au-delà des frontières devrait être autorisé dans le cadre du permis d'exercer.

Voyez cet exemple particulier tiré de nos entretiens avec les informateurs clés. Un chirurgien du Manitoba doit être autorisé à facturer le suivi virtuel approprié après une intervention chirurgicale pour les patients du nord-ouest de l'Ontario. Il est préférable que cela soit payé dans le cadre d'un code chirurgical groupé. Sinon, les soins de suivi postopératoire, fournis par les médecins traitants aux patients qui retournent dans leur compétence d'origine, devraient être spécifiquement inclus dans le barème des droits. Actuellement, ce patient serait orienté vers un nouveau spécialiste à Toronto pour un suivi virtuel, qui ne dispose que de peu d'information sur son opération. Le permis d'exercer restreint également la possibilité pour les patients de la Saskatchewan de faire un suivi virtuel avec leur spécialiste ou chirurgien traitant en Alberta. Les patients doivent plutôt traverser physiquement la frontière de l'Alberta avant de pouvoir effectuer un appel de suivi virtuel. C'est absurde.

RECOMMANDATION 45 : Les patients qui reçoivent des soins spécialisés au-delà des frontières provinciales ou territoriales devraient avoir le droit d'obtenir des soins de suivi virtuels avec le même fournisseur, et d'avoir accès à leurs dossiers médicaux, au-delà des frontières provinciales et territoriales. Le permis d'exercer devrait l'autoriser. Les règles de protection des renseignements personnels devraient permettre l'échange de renseignements sanitaires entre les administrations à la demande des patients et de leurs fournisseurs.

Casey le collégien

Casey est un Albertain en première année d'université à l'Université Western. Il conserve sa couverture médicale et son permis de conduire de l'Alberta tout en poursuivant ses études hors de la province. Casey a un problème de santé sexuelle qui peut être résolu par un traitement antibiotique, mais il a déjà eu une réaction négative à un antibiotique. Casey accède aux soins soit par l'intermédiaire d'une clinique sans rendez-vous en personne ou virtuelle.

Pendant la pandémie de COVID-19, Casey a communiqué avec une clinique virtuelle sans rendez-vous, qui l'a envoyé consulter en personne afin de subir des tests de dépistage des ITSS. Casey a reçu les résultats des tests de laboratoire par le biais du portail en ligne, et le médecin de garde a communiqué avec lui pour discuter d'un plan de traitement. Cependant, le professionnel de la santé de la clinique virtuelle sans rendez-vous hésite à prescrire un traitement sans savoir à quel antibiotique il a réagi précédemment.

Pour des raisons de licence, Casey ne peut pas avoir de consultation virtuelle avec son fournisseur de soins primaires en Alberta, qui est son professionnel de la santé depuis sa naissance. Au lieu de cela, le médecin sans rendez-vous en Ontario doit demander ces renseignements à son médecin de famille, ce qui retarde le traitement de Casey. Le dossier des consultations sans rendez-vous ne sera pas relié au dossier médical de Casey en Alberta.

2) *Étudiants universitaires interprovinciaux*

De même, les étudiants qui fréquentent une école à l'extérieur de leur province d'origine continuent d'être des résidents de leur province d'origine et restent inscrits au régime de de leur province d'origine.

Souvenez-vous de Casey le collégien. Malgré l'accord de facturation réciproque, dans la pratique, cela limite souvent leur capacité à recevoir des services couverts

par un cabinet de médecine familiale à service complet dans la province où ils vont à l'école, étant donné qu'ils doivent d'abord payer de leur poche et ensuite demander un remboursement à leur province d'origine. En outre, ils peuvent ne pas être en mesure de trouver un fournisseur approprié acceptant de nouveaux patients. Souvent, leurs besoins en matière de soins de santé sont très occasionnels. Ainsi, ils peuvent se limiter à une clinique étudiante ou au fait de payer une consultation sans rendez-vous, sauf s'ils rentrent chez eux pour les vacances. Les étudiants devraient pouvoir bénéficier de consultations virtuelles avec leur propre médecin de famille dans leur province d'origine, qui a accès à leur dossier complet de soins, afin de favoriser la continuité et la qualité des soins.

RECOMMANDATION 46 : Les étudiants de l'extérieur de la province devraient avoir droit à des consultations virtuelles avec leur propre médecin dans leur province ou territoire d'origine. Le permis d'exercer devrait l'autoriser.

Ce même droit à la continuité des soins virtuels devrait également être examiné pour les travailleurs saisonniers et migrants. Il se peut que ces travailleurs aient un bon accès aux soins fournis par l'employeur. Nous n'avons pas enquêté sur ce point.

3) Accès à des spécialistes francophones

Le bilinguisme est au cœur de l'identité canadienne, mais les gens doivent souvent rencontrer des spécialistes anglophones dans d'autres provinces que le Québec. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, il y a une importante population francophone, mais il y a peu de médecins spécialistes qui pratiquent en français. Afin de promouvoir des soins de haute qualité, de respecter les droits linguistiques et de favoriser la compréhension par les patients des soins qu'ils reçoivent, les patients devraient pouvoir accéder virtuellement à des soins spécialisés en français. Cela suppose, par exemple, de permettre aux patients francophones du Nouveau-Brunswick de prendre des rendez-vous virtuels avec des spécialistes du Québec.

RECOMMANDATION 47 : Le permis d'exercer devrait permettre aux francophones d'avoir un accès virtuel à un spécialiste francophone dans une autre province, plutôt qu'à un spécialiste anglophone dans leur province, et vice versa.

4) Accès à des soins culturellement sûrs

Trop souvent, les communautés autochtones sont traitées comme une communauté panautochtone unilingue. Les personnes interrogées ont souligné qu'il y a plus de 200 langues autochtones reconnues au Canada. Grâce aux soins virtuels, les Autochtones devraient pouvoir recevoir beaucoup plus fréquemment des soins respectueux des valeurs culturelles dans leur propre langue. Cela devrait être une priorité pour le gouvernement fédéral et pour les provinces. Cette initiative peut être appuyée par les solutions technologiques disponibles, qui permettent un accès beaucoup plus large aux services de traduction. Les soins virtuels permettent d'étendre les pratiques culturellement sûres et d'inclure les aînés et les guérisseurs doués dans les processus de soins.

RECOMMANDATION 48 : Le permis d'exercer devrait permettre une pratique pancanadienne par des cliniciens qui parlent les langues autochtones. Il convient d'envisager la création d'un centre d'excellence pour ces services.

Ces six recommandations ne sont certes pas suffisantes. Mais c'est mieux que rien. Certains informateurs clés laissent entendre que l'inertie institutionnelle en matière de permis d'exercer est telle que la normalisation des services de soins de santé virtuels interprovinciaux ne se fera pas avant des années, voire des décennies. Cela fera l'objet d'une résistance passive de la part d'intérêts existants qui ne peuvent être facilement abordés. Il est préférable de s'emparer de ces quatre recommandations concrètes et de les mettre en œuvre maintenant. Elles constituent toutes des cas parfaitement clairs, où tous les principes chers au Canada sont reflétés dans les exemples.

Section 4. Recommandations, questions de mise en œuvre et gouvernance

4.1 Gouvernance et questions de mise en œuvre

Les systèmes de soins de santé du Canada sont gérés, organisés et fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux. La mise en œuvre des recommandations de ce rapport serait idéalement gérée à l'échelle nationale avec une responsabilité partagée entre les provinces et territoires, les OPS et Santé Canada. Cela nécessitera des discussions et une organisation pendant et après le Sommet de juin 2021. Nous reconnaissons que cet ensemble de questions n'est pas simple.

Nous proposons une série d'observations sur la structure actuelle du secteur de la santé numérique au Canada et sur la manière dont elle doit être gérée pour servir au mieux les systèmes de santé canadiens et leurs patients. Il n'est plus l'heure de faire des chèques aux petits fournisseurs en pleine croissance qui emploient moins de 100 personnes et tentent de développer un ensemble stable de produits. La politique réussie a donné naissance à un secteur robuste et en pleine croissance qui emploie désormais des dizaines de milliers de personnes dans tout le pays. Nombre de ces entreprises sont désormais des acteurs internationaux. Les soins de santé sont un secteur d'exportation en pleine expansion, tout comme l'éducation l'était il y a vingt ans. Il s'agira de bons emplois propres de l'économie du savoir.

Le rôle du gouvernement change dans cette nouvelle décennie. Santé Canada devra restructurer les OPS pour cette nouvelle réalité. La bonne nouvelle, c'est que ces organisations en sont toutes bien conscientes et qu'elles s'y préparent. Il existe un cadre solide sur ce sujet¹⁰. Une nouvelle industrie passe par trois phases sur une période de plusieurs décennies : 1) Subventionner, 2) Stabiliser et 3) Encourager la concurrence.

Avant la pandémie, le Canada était, de manière générale, encore dans la phase de stabilisation. Avec l'incroyable niveau d'investissement de ces dix-huit derniers mois, nous sommes maintenant fermement entrés dans la phase d'encouragement de la concurrence. Cela signifie que les gouvernements auront un rôle très différent à l'avenir. La figure 20 présente le modèle.

Mise en œuvre et gouvernance

L'intention du gouvernement d'intervenir pour influencer et réglementer les industries dans l'intérêt public évolue en trois étapes :



Figure 20 : Cadre en trois étapes décrivant le rôle de l'innovation gouvernementale, selon Christensen et coll., 2010

Je participe à Inforoute depuis 2004, au tout début de la phase de « subvention », lorsque je dirigeais l'équipe de conseillers en gestion pour le plan stratégique à six domaines cette année-là. Inforoute et les provinces et territoires ont jeté les bases d'une industrie. Inforoute a mis en place des domaines de financement et a créé un processus à accès restreint pour mener à bien les premiers projets, puis pour les étendre et les diffuser dans tout le pays. L'imagerie diagnostique, les laboratoires, les médicaments, les registres et d'autres domaines ont été financés. À l'origine, les systèmes hospitaliers et médicaux ne l'étaient pas. Une Architecture de solutions du dossier de santé électronique (SDSE) a été publiée, puis mise à jour, pour guider le développement durable de DSE interopérables partout au Canada²³. Les programmes informatiques de la santé ont été encouragés, et les fournisseurs ont reçu des signaux indiquant qu'une subvention importante était à venir. L'argent a coulé à flots. Dans les tranches ultérieures, Inforoute s'est étendue au temps d'attente (bien que cet argent ait été réaffecté), à la santé publique et à la télésanté. Dans certaines régions du pays, les provinces devançaient Inforoute dans le financement des systèmes de médecins et des systèmes hospitaliers.

Dans la phase de stabilisation, Inforoute et les provinces ont parlé de propagation et de mise à l'échelle. De nouveaux fonds ont été mis à disposition pour les systèmes de médecins, puis pour la télésanté. Les Prix X ont été décernés pour l'innovation, et de surprenantes jeunes pousses sont entrées dans le jeu et dans l'architecture.

L'utilisation significative aux États-Unis a stabilisé le marché du DSE hospitalier et l'a réduit à quelques acteurs dominants. McKesson, Siemens et GE ont tous quitté le marché canadien. Les fournisseurs restants étaient Cerner, Meditech, Epic et Allscripts, plus quelques acteurs spécialisés au Québec et dans l'est de l'Ontario. Sur le marché des ordinateurs de bureau des médecins, la compagnie de téléphone et la pharmacie ont agi comme des consolidateurs : plus de 18 petits DME ont été regroupés en ce qui est maintenant trois grands concurrents. Dans d'autres segments du marché, des acteurs nationaux ont émergé, tels que PointClickCare et AlayaCare. Dans le cas de la prescription de médicaments, un nouvel entrant stable a été créé par le gouvernement : PrescripTion. Autour de cette fondation stable, une autre douzaine d'entreprises de taille et d'envergure ont vu le jour et servent aujourd'hui l'industrie.

À l'avenir, la tâche à accomplir par le gouvernement sera différente. M. Christensen montre clairement pourquoi les approches passées ne fonctionneront pas au cours de la présente décennie en matière de santé numérique au Canada. À mon avis, l'utilisation de ces anciennes méthodes d'émission de chèques et de planification centralisée nuira au progrès plutôt que de le favoriser. L'achat d'une mauvaise technologie entrave en fait l'adoption d'une meilleure technologie par les cliniciens et les patients qui l'utilisent. Il faut faire très attention à ne pas permettre aux organismes gouvernementaux de proposer des produits concurrents dans des situations où de bons produits commerciaux sont disponibles. Inforoute et les autres OPS doivent gérer la concurrence entre les acteurs canadiens et mondiaux des soins de santé numériques qui offrent des services aux systèmes de santé, aux employeurs, aux cliniciens et directement aux Canadiens. Le Bureau de la concurrence a pour mandat de veiller à ce que les entreprises et les consommateurs canadiens prospèrent dans un marché concurrentiel et innovateur. Inforoute devra peut-être établir une relation de travail beaucoup plus étroite avec le Bureau. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Excellence en santé Canada et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) joueront chacun un rôle important dans la gestion de cette industrie vaste et concurrentielle au profit des Canadiens.

Lorsque nous parlons de normes dans ce contexte, nous devons être réalistes quant aux programmes d'évaluation et d'attribution de titres de compétences au niveau provincial et territorial. Les fournisseurs mondiaux peuvent ne pas se présenter pour être évalués ou ne pas être disposés à respecter nos règles provinciales. Il y aura des questions commerciales qui devront être prises en compte et des questions de commerce interprovincial. Il y a aussi la question de la création d'emplois et du soutien continu à l'industrie.

« ... nous devrions aborder les soins virtuels avec le moins de réglementation possible (à l'exception de la réglementation de la pratique médicale proprement dite). Le problème avec la réglementation, c'est que le gouvernement adopte une approche qui consiste à accumuler un grand nombre d'exigences inutiles pour l'application technologique, puis à s'immiscer dans la conception de l'interface utilisateur, ce qui a pour effet d'étouffer l'innovation et les délais de mise sur le marché – les exemples sont nombreux... » – le directeur d'une société de logiciels

Le processus d'appel d'offres d'Inforoute, actuellement volontaire, constitue un bon point de départ pour l'établissement d'un ensemble commun d'exigences simples. Les entretiens avec les fournisseurs ont montré que la plupart de ces entreprises souhaitent un ensemble de règles claires qui régissent le commerce dans ce secteur important.

Il se pourrait bien que l'ensemble actuel d'organisations pancanadiennes de soins de santé ne soit pas en mesure de gérer ce nouveau rôle. Santé Canada reconnaîtra que des recommandations similaires ont été formulées dans le rapport de Naylor et dans d'autres rapports sur la compétitivité du Canada en matière de soins de santé (p. ex. Naylor²⁴, Forest et Martin²⁵, Thompson [non publié]).

En l'absence de réforme constitutionnelle, la meilleure solution consiste à mettre en place un arrangement solide sous l'égide du CDoM et de la table FPT sur les soins virtuels, qui crée un système national et soutient les OPS nationales pour gérer la concurrence et les normes dans tout le pays.

RECOMMANDATION 49 : Santé Canada doit revoir les mandats des organisations pancanadiennes de soins de santé pour s'assurer qu'elles exercent une gouvernance nationale claire des soins virtuels et de l'industrie de la santé numérique. Avec le soutien des gouvernements des provinces et des territoires, une structure convenue pour la gestion des normes nationales doit être mise au point.

Remarque sur les normes :

Un système de santé bien géré et la sécurité et la surveillance de la santé publique exigent que cette question soit traitée maintenant. C'est pourquoi nous recommandons un courriel sécurisé pour tous, un format numérique utilisable pour les tests de laboratoire et les ordonnances, le droit des patients d'accéder aux données, les rapports des hôpitaux et des médecins sur demande et d'autres éléments fondamentaux.

Le présent rapport a, pour l'essentiel, respecté les limites des éléments fondamentaux : Protection des renseignements personnels et sécurité, Normes et intégration des données, et Technologie (approvisionnement,

normes et opérations). Nous les commentons à plusieurs reprises d'un point de vue politique, mais nous nous sommes tenus à l'écart des questions d'exécution détaillées. En ce qui concerne les normes en particulier, nous avons utilisé les expressions « format numérique utilisable » et « lisible et consultable » pour décrire l'idée qu'une approche de ces questions basée sur des normes est absolument nécessaire. Elle l'est. Mais nous respectons le fait qu'il s'agit d'un ensemble de questions difficiles. Cela nous rappelle la vieille blague sur les normes. Les normes sont comme les brosses à dents : tout le monde en a une et je ne veux pas utiliser la vôtre.

Voici quelques réflexions pour encadrer la discussion sur les normes :

Des normes plus strictes peuvent être appropriées. Des copies PDF d'enregistrement et une messagerie sécurisée décente seraient une amélioration en 2023. Tirons parti des codes QR sur papier et des autres technologies existantes pour parvenir rapidement à un avenir fondé sur des normes.

Les normes américaines seront certainement un refuge important à prendre en compte pour les normes hospitalières, étant donné que tous nos principaux DME hospitaliers sont établis aux États-Unis : Blue Button a survécu le plus longtemps et est piloté par l'Office of the National Coordinator américain :

[https://www.healthit.gov/topic/health-it-initiatives/blue-button.](https://www.healthit.gov/topic/health-it-initiatives/blue-button)

Une norme plus moderne est « SMART on FHIR » – dossier patient accessible par le biais de la loi *Cures Act* :

[https://www.nature.com/articles/s41746-020-00358-4.](https://www.nature.com/articles/s41746-020-00358-4)

L'identité centrale est importante et constitue déjà un problème pour les gouvernements. Le consensus est faible au niveau national et, bien qu'utile, il ne résout pas tous les problèmes. Par exemple, le problème du « walled garden » (jardin clos), qui fait que les données ne peuvent toujours pas être récupérées, oblige à utiliser des API ouvertes pour que les patients puissent y avoir accès. Comme nous le savons, les fournisseurs peuvent manipuler l'accès forcé aux API pour fournir un échange de données médiocre en réduisant le rendement, en modifiant les formats de données, en limitant le débit, en bloquant la sécurité, etc. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762678/.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762678/)

La question clé par laquelle il faut commencer est probablement la suivante : « Que veulent les patients? » Les patients semblent bien placés pour gérer les flux de renseignements dans leur cercle de soins. Encore une fois, cela dépend probablement de la personnalité de chacun. Voici trois personnages types :

- 1) Les patients férus de technologie? Ils veulent être en mesure de combiner leurs applications personnelles (suivi de régime, constantes et vêtements) avec leurs dossiers médicaux. Ils veulent comprendre ce que la médecine occidentale recommande, en dépit de leurs préjugés personnels et de leurs méthodes mixtes.
- 2) Les patients médicalement conscients? Ils veulent contrôler toutes les données pertinentes. Ils veulent trouver un moyen d'obliger les spécialistes et les médecins à lire les renseignements qu'ils ont recueillis lorsqu'ils les aident à se soigner.
- 3) Les patients dépendants à forte utilisation et leurs soignants? Ils veulent plus de renseignements sur les services d'aide à la gestion des soins. Ils veulent avoir le sentiment que leurs proches sont protégés, tout en se sentant soutenus dans la prise en charge directe du patient. Ils ne veulent pas perdre de temps sans avoir accès à un soutien ou sans trouver un traitement qui puisse avoir une incidence sur leur qualité de vie.

Nos recommandations politiques ont cherché à répondre à ces besoins en préconisant la création d'un environnement riche en données, dans lequel les éléments de données peuvent être combinés et qui renvoie la prise de décision au patient (ou au soignant). Nous n'en sommes encore qu'au début du parcours vers un ensemble de données significatives gérées par les patients. Cela signifie qu'il existe peu de normes communes existantes bien utilisées dont on pourrait se servir pour consolider les données suffisamment bien pour donner une valeur égale aux patients. Cela signifie que nous devons commencer par quelque chose qui apporte de la valeur en l'état : résumés de sortie orientés vers le patient, exportations de données longitudinales du dossier du patient par le biais de PDF, ordonnances et tests de laboratoire en ligne.

Nous pouvons également connecter l'avenir en utilisant des technologies plus anciennes. Avec les télécopies, les courriels, les messages texte ou même les PDF, il est possible d'imprimer un code QR ou une URL qui renvoie les consommateurs avertis à un jeton public pour ce patient. Cela permet une lisibilité de faible technicité, tout en créant un rappel créatif vers des portails mieux équipés pour récupérer les données par le biais d'API basées sur la numérisation.

D'où l'expression « format numérique utilisable ».

4.2 Sommaire des recommandations :

Dans le tableau 1, nous résumons nos recommandations en donnant des indications préliminaires sur les responsables, le calendrier et d'autres commentaires concernant la mise en œuvre. Nous suggérons que ce tableau soit examiné par les gouvernements individuellement avant le Sommet de juin 2021, puis abordé à ce moment-là. Avant le Sommet, nous demandons aux gouvernements de compiler les recommandations qui sont déjà en cours ou dont la mise en œuvre est prévue.

Plusieurs de ces recommandations pourraient être traitées par des déclarations nationales audacieuses du gouvernement fédéral. Cela pourrait favoriser ou entraver la mise en œuvre de ces recommandations, compte tenu de la nature des relations fédérales-provinciales au Canada. Il serait peut-être préférable que la table FPT sur les soins virtuels présente à la Conférence des sous-ministres de la Santé une série de recommandations dont elle sait qu'elles sont déjà bien soutenues par la majorité des PT et par le gouvernement fédéral. Un tel consensus national de base pourrait encore être utilisé par les politiciens fédéraux pour les annonces et les engagements gouvernementaux, s'ils le souhaitent.

« Cette décision dépasse mon niveau de rémunération. » – Donald Rumsfeld (ancien secrétaire à la Défense des États-Unis)

Tableau 1 : Sommaire des recommandations

RECOMMANDATIONS	Échéancier	Responsabilité	Commentaires
Les soins sont des soins. Les soins virtuels devraient rester un service financé par l'État qui peut être utilisé par les cliniciens lorsqu'ils le jugent approprié, en consultation avec leurs patients.	Déjà en place	Tous	Depuis le début de la troisième vague, les soins virtuels ont été normalisés en tant qu'élément essentiel de la prestation de soins dans tout le pays.
Toutes les modalités de soins doivent être continuellement évaluées par rapport au quadruple objectif pour s'assurer qu'elles améliorent l'expérience du patient, la santé de la population, la réduction des coûts et la vie professionnelle des prestataires de soins de santé (Bodenheimer et Sinsky, 2014) ⁹ .	En cours	Nationale	
Un examen pratique des interprétations et des règles administratives relatives à la protection de la vie privée et à la sécurité devrait être entrepris dans le contexte des enseignements tirés de l'année écoulée. Il devrait s'agir d'une nouvelle évaluation précisément conçue pour réduire les interprétations trop prudentes et peu pratiques.	Dès que possible	OPS	

<p>Chaque PT devrait de toute urgence procéder à un inventaire objectif des systèmes informatiques et de leur performance en cas de pandémie. Mettre en place des solutions de rechange, le cas échéant. Chaque PT disposera d'un plan de développement des systèmes d'information existants et prévus.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Provinces et territoires</p>	
<p>Il faudrait établir des rapports transparents sur les niveaux d'utilisation et sur l'expérience d'utilisateur pour tous les systèmes de soins virtuels existants (probablement pour tous les systèmes numériques). La rétroaction des patients et des prestataires doit être facilement accessible et transparent pour tous les utilisateurs.</p>	<p>En cours Système formel en place dans les deux ans</p>	<p>Provinces et territoires ICIS et Inforoute</p>	
<p>Les MEDP pour l'expérience utilisateur devraient incorporer des mesures de logiciels non liés à la santé (par exemple, Net Promoter Score [taux de recommandation net], cotes des boutiques d'application) qui sont normes communes à toutes les industries afin de permettre la comparabilité et d'éviter la création de services uniquement liés à la santé qui sont inférieurs aux normes.</p>	<p>En cours</p>	<p>Tous</p>	
<p>Conserver les téléphones comme modalité admissible dans les codes de facturation des soins virtuels. La valeur de la vidéo par rapport au téléphone a été surévaluée. Le téléphone a été un élément fondamental pour l'équité et l'accès.</p>	<p>Déjà en place</p>	<p>Provinces et territoires</p>	

<p>Les gouvernements doivent passer de la création de capacités et de l'octroi de subventions à la gestion d'une santé numérique mature et concurrentielle. Cette recommandation est développée dans la section 4. Planification de la mise en œuvre.</p>	6 mois	Tous	
<p>Élaborer des processus de rétroaction et de surveillance afin de s'assurer que les décisions politiques en matière de soins virtuels favorisent l'équité et de déterminer toute conséquence inévitable involontaire du développement des soins virtuels au Canada.</p>	En cours	Tous les systèmes de santé	Il s'agit désormais d'une préoccupation d'équité générale pour chacun des systèmes de santé.
<p>Des patients différents auront besoin de modalités et de combinaisons de services différentes pour que notre système soit centré sur le patient et favorise la continuité des soins. Nous devons faire preuve d'humilité et de souplesse dans les règles, les règlements et les politiques de nos systèmes pour permettre la poursuite de l'innovation à un rythme soutenu.</p>	En cours; vérification annuelle	Négociations des honoraires au niveau PT	
<p>Toute personne a le droit de recevoir ses données de soins de santé dans un format numérique utilisable d'ici le 1^{er} avril 2023. Cela doit inclure la capacité simple à mettre en œuvre de donner procuration à un membre de la famille et d'échanger de l'information au sein d'un cercle de soins.</p>	2 ans	Provinces et territoires Inforoute pour la surveillance	
<p>Élaborer des processus de rétroaction et de surveillance afin de s'assurer que les décisions politiques en matière de soins virtuels favorisent l'équité et de</p>	En cours	Tous les systèmes de santé	Il s'agit désormais d'une préoccupation d'équité générale pour chacun des systèmes de santé.

déterminer toute conséquence inéquitable involontaire du développement des soins virtuels au Canada.			
Des patients différents auront besoin de modalités et de combinaisons de services différentes pour que notre système soit centré sur le patient et favorise la continuité des soins. Nous devons faire preuve d'humilité et de souplesse dans les règles, les règlements et les politiques de nos systèmes pour permettre la poursuite de l'innovation à un rythme soutenu.	En cours; vérification annuelle	Négociations des honoraires au niveau PT	
Toute personne a le droit de recevoir ses données de soins de santé dans un format numérique utilisable d'ici le 1 ^{er} avril 2023. Cela doit inclure la capacité simple à mettre en œuvre de donner procuration à un membre de la famille et d'échanger de l'information au sein d'un cercle de soins. ⁴	2 ans	Provinces et territoires Inforoute pour la surveillance	
Tous les DME de soins primaires doivent disposer d'un résumé sur demande dans un format numérique utilisable, lisible par machine et consultable à compter du 1 ^{er} avril 2023. Une somme modique appropriée sera payée par le gouvernement au nom des consommateurs demandeurs.	2 ans	Provinces et territoires Inforoute	
Tous les DME de soins primaires doivent disposer d'un résumé sur	2 ans	Provinces et territoires	

⁴ Remarque : L'auteur a déclaré un conflit d'intérêts avec Santé Canada ou AlayaCare (l'un des deux). Il est actionnaire.

<p>demande dans un format numérique utilisable, lisible par machine et consultable à compter du 1^{er} avril 2023. Une somme modique appropriée sera payée par le gouvernement au nom des consommateurs demandeurs.</p>		Inforoute	
<p>Un service temporaire de réhabilitation des dossiers papier doit être mis à la disposition des fournisseurs de services (à leurs frais) pour leur permettre de répondre aux demandes d'information des patients pendant les exercices 2022 à 2026 afin de faciliter la transition vers un monde entièrement numérique.</p>	2 ans	Provinces et territoires	Devrait-il y avoir un service national?
<p>Une petite redevance mensuelle (25 cents) devrait être versée chaque mois aux fournisseurs à titre de frais d'information pour la prestation d'un service de dossier médical personnel (c'est-à-dire le portail) qui est activement utilisé par les consommateurs. Cette redevance devrait avoir une période limitée de cinq ans, à mesure qu'elle devient une partie normale du flux de travail des fournisseurs de services de santé (en diminuant de 5 cents par mois chaque année).</p>	2 ans	Sujet de discussion. Ce pourrait être un bon moyen pour les OPS de payer pour la transparence de l'information.	
<p>Tous les services et portails de renseignements médicaux personnels soutenus par le gouvernement doivent faire état publiquement des utilisateurs actifs mensuels, du taux de recommandation net et de toute autre MRDP qui pourrait être demandée par les organismes de la santé pancanadiens afin de recevoir un paiement.</p>	1 an	Provinces et territoires ICIS	

<p>Les fournisseurs canadiens de services d'information et de communication en matière de santé doivent publier et prendre en charge des interfaces de programmation d'applications (API) utilisables. Inforoute devrait établir des normes strictes pour les API de base.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Inforoute</p>	
<p>Lorsque les fournisseurs facturent des honoraires, ceux-ci doivent être publiés de manière transparente et faire l'objet d'un examen commercial. Les fournisseurs ne devraient pas être autorisés à utiliser leur position dominante dans un secteur pour imposer l'utilisation de leur système dans un autre secteur de la santé.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Inforoute</p>	
<p>Établir un partenariat avec les communautés individuelles pour concevoir conjointement la prestation des soins et l'infrastructure en fonction de leurs besoins et de leurs souhaits. Collaborer avec les partenaires et les organisations de santé autochtones afin de garantir des approches générales pour répondre aux besoins de santé d'une manière culturellement sûre et appropriée, y compris en tenant compte de la langue et des besoins spécifiques des communautés individuelles.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Provinces et territoires, gouvernement du Canada</p>	
<p>Fournir un financement fédéral en partenariat avec l'AGSPN pour développer un groupe de soutien informatique accrédité par la bande et la communauté afin de travailler avec les communautés en vue de développer l'initiation à la technologie.</p>	<p>En cours</p>	<p>Gouvernement du Canada</p>	

Tous les soins virtuels, quelle qu'en soit la modalité, devraient être couverts par tous les barèmes d'honoraires.	Dès que possible	Provinces et territoires	Objet de mises à jour et de discussions annuelles
Tous les patients qui le souhaitent devraient avoir accès le jour même à une porte d'entrée virtuelle qui les relie au reste du système de soins de santé. Il y a au moins trois façons dont cela devrait se réaliser en 2021 : porte d'entrée provinciale ou régionale, porte d'entrée aux (grands) groupes de pratique, programme d'aide aux employeurs.	1 an	Provinces et territoires	
L'intégralité des aiguillages et consultations doit s'effectuer électroniquement d'ici le 1 ^{er} avril 2023.	2 ans	Provinces et territoires	
Renforcer la mise en œuvre des programmes de suivi des patients. Fournir des enveloppes de financement permanentes neutres par rapport au système, permettant l'achat de forfaits de matériel, de logiciels et de services aptes à concurrencer avec le modèle de consultation de surveillance en personne.	2 ans	Provinces et territoires	
Créer un centre temporaire d'accès à des spécialistes pour promouvoir un accès virtuel rapide aux soins spécialisés. Pour réduire les temps d'attente, cette capacité permettra un triage virtuel pour déterminer les consultations qui doivent avoir lieu en personne.	Dès que possible	Provinces et territoires	

Entamer des négociations fondées sur des principes en comprenant que la modernisation du système sera une responsabilité partagée sur plusieurs années. Plusieurs principes ont été proposés.	Dès que possible	Provinces et territoires	
La capitation, le salaire et le regroupement des services sont préférables, car ils permettent le choix et le changement de modalité.	2 ans	Provinces et territoires	
Lorsque la rémunération à l'acte doit être utilisée, elle doit être payée dans un rapport de 1:3:5:5 pour la messagerie : téléphone : vidéo : physique. Triage des visites virtuelles par téléphone/vidéo à 50 % (mais pas la messagerie).	1 an	Provinces et territoires	Ce ne sont que des conseils. La situation sur le terrain et les antécédents de négociation nécessiteront des variations locales.
Les frais de consultations sans rendez-vous devraient être divisés en une partie informationnelle égale à environ 25 % pour encourager la continuité des soins. Cela devrait s'appliquer aux consultations en personne et virtuelles sans rendez-vous.	1 an	Provinces et territoires	
Un système formel de codes de communication devrait être établi pour les communications entre collègues. Il faudrait prévoir un financement global des codes de messagerie de base, de consultation électronique, d'aiguillage électronique et de téléconférence qui permet de rémunérer correctement les fournisseurs qui collaborent dans un système adapté pour les patients.	1 an	Provinces et territoires	

<p>Ne pas faire d'investissements d'infrastructure importants dans les plateformes vidéo de base. Limiter les coûts de changement de technologie et éviter la dépendance vis-à-vis des fournisseurs.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Tous</p>	
<p>Créer un nouveau modèle de financement pour que les prestataires et les hôpitaux puissent acheter et gérer de nouvelles technologies numériques qui fonctionnent pour eux et leurs patients. Il s'agirait probablement d'un code technique ou « code T » fournissant un montant modeste, mais approprié pour payer les dépenses d'infrastructure.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Provinces et territoires</p>	
<p>L'Association médicale canadienne, de concert avec Excellence en santé Canada, le Collège royal et d'autres associations de spécialiste devraient procéder à un examen spécialité par spécialité afin de déterminer les services qu'il convient d'offrir virtuellement. Cet examen doit être explicitement séparé de l'examen du remboursement et de la discussion sur la rémunération.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>ALV</p>	
<p>Veiller à ne pas réintroduire une réglementation inutile dans la relation patient-fournisseur concernant le choix de la modalité de consultation.</p>	<p>Dès que possible</p>	<p>Provinces et territoires</p>	
<p>Le courrier électronique clinique sécurisé pour les communications avec les patients et entre pairs devrait être disponible à l'achat pour tous les fournisseurs. Les décideurs politiques devraient consciemment préparer</p>	<p>6 mois</p>	<p>Provinces et territoires</p>	

<p>l'avenir de ces systèmes de messagerie en maintenant des coûts de changement faibles à l'avenir.</p>			
<p>Comprendre les mesures actuelles des résultats et de l'expérience des clients recueillies par les principaux fournisseurs de logiciels canadiens qui sont en concurrence dans le domaine des soins de santé et les incorporer dans nos programmes nationaux de mesures des résultats déclarés par le patient et de mesures des expériences déclarées par les patients.</p>	1 an		
<p>Attribuer à Excellence en santé Canada le rôle de chef de file pour mettre à l'échelle et diffuser l'innovation en matière de soins virtuels dans la pratique clinique dans tout le Canada. Cela sera fait en partenariat avec Inforoute Santé du Canada, qui fournira des orientations et un soutien pour se procurer et mettre en œuvre les outils.</p>	1 an	Excellence en santé Canada	Ce programme pourrait s'inspirer de l'excellent programme SLD+.
<p>Confier au Centre for Digital Health Evaluation le rôle principal dans l'évaluation de la diffusion et de l'échelle des soins virtuels.</p>	6 mois	CDHE	
<p>Un examen détaillé de l'enseignement médical à l'heure des soins virtuels devrait être entrepris par un groupe universitaire approprié.</p>	En cours et	Organisations spécialisées, ACESI, AFMC et AFPC	
<p>Le travail de collaboration doit se poursuivre en vue d'une approche nationale en matière de permis d'exercer.</p>	En cours	AMC	

Tous les fournisseurs doivent obtenir un courriel sécurisé comme condition d'obtention d'un permis d'exercer; le télécopieur ne sera plus considéré comme un moyen de communication sécurisé.	1 an	Confuse	
Les patients qui reçoivent des soins spécialisés au-delà des frontières provinciales devraient avoir le droit d'obtenir des soins de suivi virtuels avec le même fournisseur, au-delà des frontières provinciales et territoriales. Le permis d'exercer devrait l'autoriser.	1 an	Chaque PT	
Les étudiants de l'extérieur de la province devraient avoir droit à des consultations virtuelles avec leur propre médecin dans leur province ou territoire d'origine. Le permis d'exercer devrait l'autoriser. Les règles de protection des renseignements personnels devraient permettre l'échange de renseignements sanitaires entre les administrations à la demande des patients et de leurs fournisseurs.	1 an	Chaque PT	
Le permis d'exercer devrait permettre aux francophones d'avoir un accès virtuel à un spécialiste francophone dans une autre province, plutôt qu'à un spécialiste anglophone dans leur province, et vice versa.	1 an	Provinces et territoires	
Le permis d'exercer devrait permettre une pratique pancanadienne par des cliniciens pouvant parler les langues autochtones dans toutes les régions du pays. Il convient d'envisager la	1 an	Gouvernement du Canada	

création d'un centre d'excellence pour ces services.			
Santé Canada doit revoir les mandats des organisations pancanadiennes de soins de santé pour s'assurer qu'elles exercent une gouvernance nationale claire des soins virtuels et de l'industrie de la santé numérique. Avec le soutien des gouvernements des provinces et des territoires, une structure convenue pour la gestion des normes nationales doit être mise au point.	6 mois	Gouvernement du Canada	C'est un problème évoqué depuis des années. Une petite, mais importante partie d'un problème plus vaste

Références

1. Bhatia, R. S., Shojania, K. G. et Levinson, W. Cost of contact: redesigning healthcare in the age of COVID. *BMJ Quality & Safety* 30, 236-239 (2021).
2. Mehrotra, A., Bhatia, R. S. et Snoswell, C. L. Paying for Telemedicine After the Pandemic. *JAMA* 325, 431-432 (2021).
3. Inforoute Santé du Canada. Expériences des soins de santé vécues par ces Canadiens durant la pandémie de COVID-19 : Adoption des soins virtuels. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3836-experiences-des-soins-de-sante-durant-la-covid-19-declarees-par-des-canadiens/view-document?Itemid=189> (2021).
4. Kelley, L., et al. Exploring how virtual primary care visits affect patient burden of treatment. *International Journal of Medical Informatics* 104228 (2020).
5. Inforoute Santé du Canada. Sujet de sondage : Consultations virtuelles. https://regards.infoway-inforoute.ca/consultations_virtuelles/?_gl=1*1nq75io*_ga*MTQ5MjQ1MDI2Ni4xNjI3MDQwNzk4*_ga_1WN643RB5E*MTYyNzA0MTU2MC4xLjEuMTYyNzA0MTU3NS4w.
6. Glauser, W. Virtual care is here to stay, but major challenges remain. *CMAJ* 192, E868 (2020).
7. Hodgkins, M., Barron, M., Jevaji, S. et Lloyd, S. Physician requirements for adoption of telehealth following the SARS-CoV-2 pandemic. *npj Digital Medicine* 4, 19 (2021).
8. Kaiser Permanente. Most e-visit users didn't need follow-up care. <https://spotlight.kaiserpermanente.org/e-visit-research/> (2020).
9. Bodenheimer, T. et Sinsky, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine* 12, 573-576 (2014).
10. Christensen, C. M., Grossman, J. H. et Hwang, J. The innovator's prescription. A disruptive Solution for (2010).
11. Wodchis, W. P. High Cost Users: Driving Value with a Patient-Centred Health System. (2013).
12. Wodchis, W. P., Austin, P. C. et Henry, D. A. A 3-year study of high-cost users of health care. *CMAJ* 188, 182-188 (2016).
13. Powers, L. Stay-at-home order needed to control third wave of COVID-19 in Ontario, science advisers say Social Sharing. CBC (2021).
14. Wang, J., et al. Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling study. *CMAJ* 192, E1347 (2020).
15. Semple, J. L. et Armstrong, K. A. Mobile applications for postoperative monitoring after discharge. *CMAJ* 189, E22 (2017).
16. Commission de la santé mentale du Canada. La cybersanté mentale au Canada : Transformer le système de santé mentale grâce à la technologie. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-11/MHCC_E-Mental_Health-Briefing_Document_fr.pdf.pdf (2014).
17. Sharp, M. Ontario youth helping build virtual mental health hubs during COVID-19. *Canada's National Observer* (2021).
18. Inforoute Santé du Canada. Remote Patient Monitoring: Update to Health Canada's Virtual Care Expert Working Group. (2021).
19. Nguyen, O. T., et al. The impact of asynchronous e-visits on clinical outcomes and healthcare delivery: A systematic review. *Journal of medical Internet research*.

20. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Billing Integrity Program. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp/billing-integrity-program>.
21. OTN. Virtual Visits Solution Requirements: Version 1.1.1. <https://www-origin.otn.ca/wp-content/uploads/2020/03/virtual-visits-solution-standard1-1-1-1.pdf> (2020).
22. Rogers, E. Diffusion of innovations. Free Press (1962).
23. Inforoute Santé du Canada. Architecture SDSE : un cadre d'interopérabilité pour le DSE. <https://www.inforoute.ca/fr/component/edocman/292-architecture-sdse-rapport-complet/view-document?Itemid=189> (2006).
24. Naylor, D., et al. Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada : Rapport final du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-final-groupe-consultatif-innovation-soins-sante.html> (2015).
25. Forest, P.-G. et Martin, D. Ajustées à l'objectif : Observations et recommandations de l'examen externe des organisations pancanadiennes de santé – Rapport de synthèse. <https://www.canada.ca/fr/santecanada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/observations-recommandations-examen-externe-organisations-pancanadiennes-sante.html> (2018).

Acronymes

- API** Interface de programmation d'applications
- CDHE** Centre for Digital Health Evaluation
- ICIS** Institut canadien d'information sur la santé
- CdCP** Coût du contact physique
- DME** Dossier médical électronique
- RA** Rémunération à l'acte
- LEO** Satellite en orbite basse
- IAA** Infirmier ou infirmière auxiliaire autorisé(e)
- IP** Infirmier praticien
- TRN** Taux de recommandation net
- RTO** Réseau Télémédecine Ontario
- CSVO** Clinique de soins virtuels de l'Ontario
- FSP** Fournisseur de soins primaires
- MEDP** Mesures des expériences déclarées par les patients
- MRDP** Mesures des résultats déclarés par les patients
- SVTR** Services virtuels en temps réel
- EU** Expérience d'utilisateur

Glossaire⁵

Messagerie asynchrone : Englobe les modalités de soins virtuels que sont la messagerie sécurisée (p. ex., par le biais d'un portail de patients), le courriel ou la messagerie textuelle.

⁵ Fourni par le Centre for Digital Health Evaluation (CDHE).

Modes de rémunération de rechange (MRR) : Il s'agit de solutions de rechange à la rémunération à l'acte (c.-à-d. la capitation) pour les médecins, qui sont souvent destinées à promouvoir des soins fondés sur la valeur.

Cercle de soins : Le patient, ses soignants et les membres de sa famille (à la demande du patient).

Pertinence clinique : Désigne la question de savoir si les services de soins de santé fournis sont adaptés aux symptômes présentés par un patient.

Coûts du contact physique (CdCP) : Coûts pour les patients de la prestation de soins en personne, y compris les coûts financiers et de commodité (p. ex., garde d'enfants, stationnement, temps libre, déplacements) et les risques pour la santé (p. ex., exposition virale dans les salles d'attente).

Professionnel de la santé ou fournisseur de soins de santé : Désigne toute personne ou institution (p. ex., médecins, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, pharmaciens, hôpitaux, laboratoires) qui fournit des services de soins de santé aux patients.

Modalité : Fait référence à la méthode par laquelle les soins sont dispensés, par exemple en personne, par téléphone, par vidéo, par messagerie asynchrone et par télésurveillance. Nous constatons que des technologies antérieures (p. ex., la radio, la télévision, les messages d'intérêt public, les panneaux routiers) ont été utilisées pendant la pandémie. Les technologies futures s'ajouteront bel et bien à cette liste et devront être envisagées lors de la rédaction des règlements ou des tarifs (p. ex., réalité virtuelle, voix, bricolage supervisé).

Équipes Santé Ontario (ESO) : Soutiennent les patients tout au long du continuum de soins par le biais d'une équipe de professionnels de la santé et d'organisations dans une certaine zone géographique, y compris les hôpitaux, les médecins et les fournisseurs de soins à domicile et communautaires. Plus précisément, l'objectif de chaque ESO est que les patients reçoivent tous les soins d'une équipe de professionnels de la santé afin d'aider les patients à naviguer dans le système et à faire la transition facilement entre les différents fournisseurs et services de santé au sein d'une ESO.

Fournisseurs de soins primaires (FSP) : Désignent un sous-groupe de professionnels de la santé ou de fournisseurs de soins de santé qui fournissent des services de soins primaires (p. ex., médecin de famille, infirmière praticienne, infirmière autorisée, travailleur social, diététicienne, pharmacien).

Quadruple objectif : Cadre en quatre dimensions pour l'évaluation des soins de santé : *améliorer l'expérience du patient, améliorer la santé de la population, réduire les coûts et améliorer la vie professionnelle des professionnels de la santé.*

Soins virtuels : Désignent toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces groupes ayant lieu à distance, utilisant toute forme de technologie de l'information ou des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients.

Consultations virtuelles : Désignent des modalités synchrones de fourniture de soins virtuels, notamment par téléphone et vidéoconférence, pour lesquelles l'équivalent serait un rendez-vous en personne.

Remerciements :

Dans la préparation de ce diagnostic, j'ai été soutenu par une superbe équipe du Centre for Digital Health Evaluation. Michael Cheung, Leah Kelley, Karen Palmer et Denise Zarn ont consacré leur temps et leur leadership éclairé à ce projet. Individuellement et collectivement, ce sont d'excellents collègues.

Plusieurs personnes ont lu les premières ébauches et beaucoup d'autres ont participé aux entretiens. Au total, plus de 100 personnes ont apporté leurs idées et leurs commentaires. Je souhaite remercier chacun d'entre eux. Je tiens à remercier tout particulièrement les D^{rs} Payal Agarwal, Sacha Bhatia, Onil Bhattacharyya et Trevor Jamieson pour leur soutien et leur rétroaction.

Les soins virtuels ont évolué rapidement au cours des quatorze derniers mois et continueront dans cette voie. En prenant un cliché ponctuel d'une telle évolution, je risque de me tromper sur certains points. J'espère que le contenu de ma présentation pourra vous être utile dans vos délibérations pendant que nous travaillons ensemble à l'amélioration des soins de santé au Canada.

WF

Déclaration des affiliations et conflits d'intérêt de l'auteur : Membre du Woman's College Hospital Institute for Health Sustainability and Virtual Care Innovation, professeur adjoint et cadre en résidence de la Rotman School of Management de l'Université de Toronto, agrégé supérieur du CD Howe Institute.

Investisseur, conseiller et directeur de plusieurs entreprises en démarrage dans le secteur de la santé numérique mentionnées dans le rapport ou en lien avec le domaine, notamment Alayacare, ThinkResearch, Verto Health et FirstHx. Au cours des dernières années, l'auteur a fourni des conseils ou fait à l'occasion des discours dans plus d'une douzaine d'entreprises, d'associations, d'organismes gouvernementaux et de sociétés du secteur des soins de santé, à la fois directement et par l'intermédiaire de Satov Consultants. Il est également associé retraité (et pensionné) de PwC Canada. Une liste complète des conflits d'intérêts a été déposée auprès de Santé Canada avant le début de ce travail et a été mise à jour au cours du projet.