

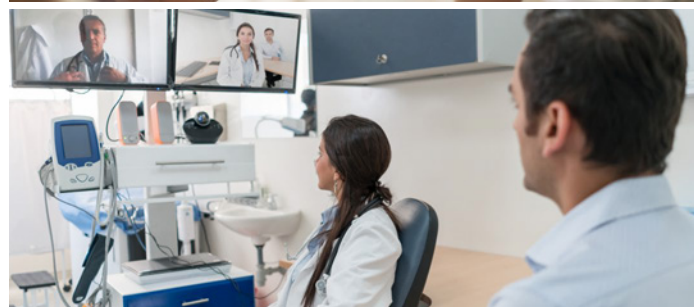


SOINS VIRTUELS

RECOMMANDATIONS POUR LA CRÉATION D'UN CADRE PANCANADIEN

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES SOINS VIRTUELS

FÉVRIER 2020



RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS VIRTUELS

SOMMAIRE

Le Groupe de travail sur les soins virtuels (GTSV) a été créé par l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Puisque ces organisations représentent les médecins, le GTSV s'est concentré sur des enjeux importants pour eux, mais espère que ses recommandations seront pertinentes pour tous les membres des équipes de soins et qu'elles profiteront aux patients. Le rapport a été créé en partenariat avec des représentants des patients, des familles et des proches aidants qui ont apporté leurs points de vue en s'inspirant de leurs expériences.

Le GTSV a adopté une approche pancanadienne pour les soins virtuels et croit fermement qu'un leadership national en la matière est nécessaire.

Ce rapport vise à exposer les mesures nécessaires à la promotion de l'excellence en soins virtuels au Canada et ouvre la voie à de plus amples discussions ainsi qu'à des efforts plus ciblés.

DÉFINITION DES SOINS VIRTUELS?

Dans ce rapport, les soins virtuels ont été définis comme « toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces deux groupes ayant lieu à distance, utilisant une 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 »¹.

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS VIRTUELS

Le mandat du GTSV est de définir des principes et des recommandations afin de promouvoir une approche pancanadienne relativement à la prestation par l'entremise de moyens virtuels de services médicaux assurés par l'État.

ÉTAT ACTUEL DES SOINS VIRTUELS AU CANADA

Les technologies permettant de prodiguer des soins virtuels, comme la télémédecine et la télésanté existent depuis des décennies. D'ailleurs, depuis au moins trente ans, des gens travaillent à l'adoption des soins virtuels, mais la plupart des mesures ont été prises à l'échelle provinciale ou territoriale sans cadre national.

¹ Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, et coll. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J. Telemed Telecare* 2018; vol. 24, n° 9 : p. 608–615.

Au Canada, la majorité des cabinets médicaux et des établissements de soins de santé utilisent une forme quelconque de dossier médical électronique, et la majorité des ménages ont accès à Internet. Pourtant, le Canada continue d'accuser du retard lorsqu'il est question d'utiliser des modes de communication électroniques pour prodiguer des soins virtuels assurés par l'État.

L'intérêt soulevé récemment pour la mise en place de stratégies de santé numérique a grimpé en flèche, ce qui s'explique par les défis constants associés à l'accès rapide et pratique aux soins de santé, et aux demandes des clients et des patients. Les pressions demandant l'amélioration de l'accès aux soins, l'équité dans la prestation de soins et la réduction des coûts rendent les soins virtuels d'autant plus pertinents.

Il faut impérativement donner aux médecins canadiens qui travaillent dans le système public les moyens de suivre le rythme. La lenteur avec laquelle on adapte actuellement les modes de rémunération en vigueur au Canada laisse toute la place au secteur privé non assuré pour ce qui est des soins virtuels, qui restent donc en marge des régimes d'assurance maladie provinciaux. Or, cette situation ne reflète ni les attentes des Canadiennes et des Canadiens ni les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

LE GTSV A CRÉÉ QUATRE SOUS-GROUPES DE TRAVAIL POUR S'ATTAQUER AUX PRINCIPAUX OBSTACLES AUX SOINS VIRTUELS :

1. INTEROPÉRABILITÉ ET GOUVERNANCE

L'interopérabilité dans le système de santé est essentielle à la prestation de soins virtuels complets. Ce sous-groupe de travail a ciblé les obstacles à l'échange de renseignements sur la santé et a proposé des solutions. Il a adopté une définition large de l'interopérabilité qui tient compte de la capacité technique à échanger des renseignements et des facteurs juridiques, politiques et d'organisation du travail qui permettent l'interopérabilité.

2. PERMIS D'EXERCICE ET QUALITÉ DES SOINS

Ce sous-groupe de travail avait pour mandat de déterminer les obstacles aux soins virtuels créés par les différentes exigences liées au permis d'exercice au Canada et de proposer des solutions. Il s'est aussi intéressé à la qualité des soins virtuels, qu'ils complètent les soins en personne (contexte de soins intégrés) ou qu'ils soient utilisés seuls (contexte de soins ponctuels). Le sous-groupe appuie des processus simplifiés de demande et de délivrance du permis d'exercice qui permettent aux médecins qualifiés d'offrir des soins virtuels sans égard aux frontières provinciales et territoriales. Les principes et les recommandations renforcent aussi la nécessité pour les soins virtuels de se conformer aux normes de soins de grande qualité.

3. MODES DE RÉMUNÉRATION

La rémunération des médecins pour les soins virtuels est un obstacle important à l'adoption des outils numériques. Ce sous-groupe de travail a établi les grandes lignes des modes de rémunération pour la prestation de soins virtuels et a formulé des recommandations afin d'augmenter l'adoption des soins virtuels au Canada.

4. ÉDUCATION MÉDICALE

Ce sous-groupe de travail s'est occupé des enjeux liés à la formation des étudiants en médecine, des résidents et des médecins en exercice quant à l'utilisation de plateformes et d'outils virtuels afin d'offrir des soins de qualité. Il a noté que pour que le système de soins de santé tire pleinement profit des avantages des soins virtuels, ces derniers doivent être intégrés aux programmes d'études en médecine et de développement professionnel continu.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU GTSV

- Élaborer des normes nationales encadrant l'accès aux informations sur la santé des patients.
- Soutenir les efforts de la Fédération des ordres des médecins du Canada en vue de simplifier les processus de demande et de délivrance du permis d'exercice aux médecins qualifiés capables de prodiguer des soins virtuels partout au pays, sans égard aux frontières provinciales et territoriales.
- Encourager les gouvernements et les associations médicales provinciales et territoriales à concevoir des grilles tarifaires ne conférant d'avantage fiscal ni aux consultations virtuelles ni à celles en personne.
- Solliciter la participation du Consortium CanMEDS à l'intégration et à la mise à jour des compétences requises en matière de soins virtuels pour les apprenants au premier cycle, au postdoctorat et en développement professionnel continu.
- Établir une terminologie normalisée partout au pays pour les soins virtuels.

CONCLUSION

Considérant la demande élevée et le fait qu'on a la capacité d'améliorer l'accès aux soins virtuels, on peut s'attendre à une prévalence accrue des soins virtuels dans le système de soins de santé canadien, mais un cadre national est nécessaire pour établir des critères d'excellence qui assurent la qualité des services de santé et qui appuient la continuité des soins au sein des équipes de soins. En l'absence d'un tel cadre, ces soins resteront fragmentés et offerts de manière inéquitable, ce qui minerait la continuité des soins et pourrait mener à des problèmes de qualité. Les principes et les recommandations énoncés dans ce rapport sont les éléments de haut niveau qui devraient être inclus dans un cadre national.

AVANT-PROPOS

L'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada reconnaissent que les soins virtuels ont le potentiel de transformer les méthodes de travail des médecins et la prestation des soins de santé au Canada. C'est pourquoi, plus tôt cette année, ils ont formé un groupe de travail chargé de produire un rapport sur cette question.

Le Groupe de travail sur les soins virtuels s'est vu confier le mandat de définir des principes et des recommandations afin de promouvoir une approche pancanadienne relativement à la prestation par l'entremise de moyens virtuels de services médicaux assurés par l'État.

En tant que coprésidents, nous tenons à saluer les efforts des membres du Groupe de travail sur les soins virtuels et à remercier l'équipe pour la dernière version de ce rapport adoptée par les trois organismes commanditaires.



D^r Ewan Affleck,
C.M., B. Sc., MDCM, CCMF

Collège des médecins de famille
du Canada



D^r Douglas Hedden,
M.D., FRCSC

Collège royal des médecins et
chirurgiens du Canada



D^{re} F. Gigi Osler,
B. Sc. (Méd.), M.D., FRCSC

Association médicale canadienne



INTRODUCTION

« Nous devons changer qui nous sommes, en tant que professionnels de la santé, pour travailler dans un environnement numérique, car nous prodiguons en grande partie des soins analogiques dans un monde numérique. »

D^r Ewan Affleck

Coprésident, Groupe de travail sur les soins virtuels

« Pour évaluer le potentiel des soins virtuels, nous devons collaborer avec des personnes qui en ont fait l'expérience pour veiller à ce que la technologie adoptée améliore non seulement les résultats, mais aussi l'expérience des patients. »

Julie Drury

Représentante des patients,
Groupe de travail sur les soins virtuels

Créé en mars 2019 par l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Groupe de travail sur les soins virtuels (GTSV) a pour mandat d'élaborer une stratégie de promotion de la prestation par l'entremise de moyens virtuels de soins médicaux assurés par l'État. L'ensemble des recommandations et principes énoncés dans le rapport peuvent encadrer une approche pancanadienne de virtualisation des services de santé.

L'un des objectifs fondamentaux du GTSV était de veiller à ce que les attentes et l'expérience des patients, des familles et des proches aidants ainsi que les questions d'équité et de sécurité des patients restent prioritaires dans la mise en place d'un milieu propice à la prestation de soins virtuels.

Au Canada, la majorité des cabinets médicaux et des établissements de soins de santé utilisent une forme quelconque de dossier médical électronique, et la majorité des ménages ont accès à Internet. Pourtant, le Canada continue d'accuser du retard lorsqu'il est question d'utiliser des modes de communication électroniques pour

échanger de l'information médicale entre établissements de soins de santé et prodiguer des soins assurés par l'État.

Dans l'accomplissement de son mandat, le GTSV a mis en évidence des occasions :

- d'éliminer les obstacles à la prestation de soins virtuels pour les personnes qui devraient consulter un médecin en personne si elles n'avaient pas ce choix, tant dans leur province ou territoire qu'à l'extérieur de ceux-ci;
- de favoriser l'établissement de lois, de politiques et de normes permettant aux médecins de prodiguer des soins virtuels sans égard à la province ou au territoire où eux-mêmes ou leurs patients se trouvent;
- de favoriser l'interopérabilité et la connectivité dans tous les établissements de soins de santé du Canada pour ce qui est de l'échange d'information médicale;
- d'établir à l'intention des apprenants et médecins en exercice des stratégies de formation en matière de prestation de soins virtuels.

Le GTSV était coprésidé par des représentants du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association médicale canadienne. Ses membres (voir la liste à l'annexe I) ont été choisis pour représenter le Forum médical canadien, les associations médicales provinciales et territoriales (AMPT) et le public. Des représentants des patients, des familles et des proches aidants ont participé aux activités de chaque sous-groupe et à toutes les discussions du Groupe de travail sur les soins virtuels.

Aux fins du présent rapport, la définition retenue pour désigner la notion de soins virtuels est celle – admise et inclusive – proposée par l'Hôpital Women's College de Toronto :

« Les soins virtuels ont été *définis* comme toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces deux groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information ou des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients¹. »



Dans cette définition, « à distance » s'applique à toute interaction médicale où le médecin et le patient ne sont pas face à face, et « personnes qui participent à leurs soins » désigne l'ensemble des fournisseurs de soins de santé, des membres de la famille du patient et des proches aidants qui s'en occupent et qui ont besoin d'information pour prodiguer des soins.

Dans le présent document, « télémédecine » désigne tout « service médical offert à distance à l'aide des technologies de l'information et des communications », selon la définition proposée par la Fédération des ordres de médecins du Canada².

Bien que le GTSV soit conscient de l'intérêt soulevé récemment par le potentiel de diverses formes d'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé et de la médecine, il considère que ces notions outrepassent la portée du présent rapport.

Le GTSV croit que par souci d'efficacité, les soins virtuels doivent être prodigués dans une perspective de respect – et non d'altération – des principes de qualité définis par l'Institut de médecine des États-Unis en matière de soins, lesquels soulignent que les soins de santé doivent être à la fois sécuritaires, efficaces, axés sur le patient, efficaces, équitables et prodigués dans des délais raisonnables³. Par conséquent, la question de la qualité des soins de santé virtuels doit tenir compte de la participation des patients, de la collaboration interprofessionnelle, de la coordination des soins de santé et de la prestation de soins empreints de compassion.

On commence à s'inquiéter de la possibilité que le gain rapide de popularité des dossiers médicaux électroniques (DME) et la croissance du secteur des technologies numériques de la santé aient joué un rôle dans l'augmentation de l'incidence de l'épuisement professionnel chez les médecins. Le GTSV considère cette association plausible, mais il croit qu'il est possible d'en limiter la portée en adoptant une approche réfléchie de la conception et du déploiement des technologies de l'information en santé, une approche permettant de gérer le flux de travail en toute convivialité et témoignant d'un souci d'éviter que la prestation de soins virtuels ne fasse peser un poids supplémentaire sur les épaules des médecins.

Le GTSV reconnaît qu'au Canada comme ailleurs, les intérêts commerciaux jouent un rôle majeur dans la promotion des soins virtuels. Plusieurs exemples cités dans le rapport illustrent d'ailleurs cet état de fait. Or, bien que les efforts et les investissements du secteur privé soient d'importants vecteurs d'innovation en matière de soins virtuels, les membres du groupe notent que le fait de lui confier la gestion de l'information sur la santé ne favorise pas toujours une haute qualité en matière de soins de santé; ils croient d'ailleurs fermement que pour être optimaux, les soins virtuels devraient être intégrés au système de soins de santé public. La relation qui unit le système public et les entreprises technologiques du domaine de la santé est complexe et riche en zones grises. Il faut donc approcher la situation en s'appuyant sur les principes fondamentaux de qualité des soins de santé.

Pour mener ses activités, le GTSV a choisi de se diviser en quatre sous-groupes pour traiter les thèmes suivants relativement à la prestation de soins virtuels :

- Interopérabilité et gouvernance
- Permis d'exercice et qualité des soins
- Modes de rémunération
- Éducation médicale

La version définitive du rapport du GTSV s'appuie sur les principes et les recommandations de chacun des sous-groupes.

CONTEXTE

« Non seulement les soins virtuels peuvent améliorer les soins et l'accès aux soins, mais ils peuvent aussi améliorer l'efficacité des médecins. »

D^{re} Gigi Osler

Coprésidente, Groupe de travail sur les soins virtuels

Les technologies permettant de prodiguer des soins autrement qu'en personne – comme la télémédecine et la télésanté – existent depuis des décennies. Or, depuis quelques années, l'intérêt des milieux de soins de santé pour le sujet a augmenté de manière fulgurante.

Deux principaux facteurs expliquent cette hausse d'intérêt, le premier étant la difficulté constante d'offrir un accès rapide aux soins de santé, et le fait que la situation risque de s'aggraver en raison du vieillissement de la population et de la pénurie mondiale de professionnels de la santé. Le deuxième facteur est – ou sera – la demande des patients et des clients. Un sondage Ipsos mené en 2018 dans 27 pays a révélé que seuls 10 % des répondants avaient fait appel à la télémédecine, mais que plus de quatre sur dix (44 %) l'auraient fait si ce service avait été offert⁴. En outre, l'amélioration de l'accessibilité et de l'équité en matière de soins de santé, la démocratisation de l'information sur la santé et la promesse de réduction des coûts sont toutes des questions qui ont contribué à l'engouement pour les soins virtuels. De plus, les communications virtuelles marquent presque toutes les facettes de la vie quotidienne (emplettes, opérations bancaires, vie sociale, vie scolaire), et leur omniprésence est déterminante dans l'établissement des attentes en matière de soins virtuels.

Lors de son assemblée annuelle de 2018, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a adopté une résolution demandant aux gouvernements d'évaluer leur utilisation actuelle et potentielle des technologies de santé numériques⁵. Des pays comme l'Angleterre⁶, la France⁷ et l'Australie⁸ ont aussi récemment publié des documents stratégiques axés sur la santé numérique.

HISTOIRE DES SOINS VIRTUELS AU CANADA

Le Canada a été un pionnier de la première heure dans le développement des soins virtuels grâce aux travaux de feu le Dr Maxwell House, de l'Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador, qui, dans les années 1970, effectuait des consultations virtuelles par téléphone avec des gens de régions éloignées de la province⁹. Depuis, toutefois, le Canada a été devancé par d'autres pays. On pourrait argumenter que le chef de file mondial en soins virtuels est Kaiser Permanente, une organisation des États-Unis couvrant 12 millions de participants de régimes d'assurance maladie. Les soins de santé sont financés selon un modèle par capitation et un système de primes mensuelles. En 2016, environ la moitié des interactions entre les patients et les équipes de soins auraient été virtuelles. L'essentiel de ces interactions a été réalisé par messages sécurisés entre un patient et son équipe de soins (30 millions de messages échangés); ensuite, par rendez-vous téléphonique (6,2 millions); et enfin, par consultation vidéo (100 000)¹⁰. – ce qui montre la grande importance du téléphone et de la messagerie sécurisée dans le domaine des soins virtuels. Dans le futur, Kaiser compte intégrer le suivi à distance à l'éventail de soins de santé qu'elle offre.

En comparaison, le *Rapport 2015 sur la télésanté au Canada* – le plus récent – fait état de 411 778 consultations de télésanté (vidéoconférences) pour l'année 2014, ce qui représente à peine 0,15 % des 270,3 millions de services facturables dénombrés par l'Institut canadien d'information sur la santé en 2015-2016¹¹. Les télésoins à domicile, c'est-à-dire l'utilisation de technologies numériques pour faire le suivi de paramètres tels que la pression artérielle, sont aussi beaucoup moins répandus ici : on estime que seulement 24 000 Canadiennes et Canadiens ont participé à un programme du genre entre 2010 et 2016. Par ailleurs, le rapport ne présente aucune observation sur l'utilisation de la messagerie sécurisée dans la prestation de soins virtuels au Canada. Il importe cependant de préciser que les chiffres présentés ont augmenté depuis. Selon le Réseau Télémédecine Ontario (RTO), plus d'un million de consultations vidéo ont eu lieu en 2018-2019, mais leur pourcentage par rapport au volume de service total couvert par l'Assurance santé de l'Ontario resterait plutôt faible¹².

Il existe toutefois d'autres initiatives canadiennes visant à accroître l'accès aux soins de santé par voie téléphonique et par messagerie sécurisée. Par exemple, en Alberta, l'initiative Connect Care vient d'amorcer le déploiement d'une plateforme dont les fonctionnalités comprennent la messagerie sécurisée et d'autres outils de prestation de soins virtuels (la même technologie que celle utilisée par Kaiser Permanente)¹³. Le nouveau système de dossiers médicaux électroniques des Territoires du Nord-Ouest permet également l'échange de messages sécurisés entre les membres des équipes de soins à l'échelle du territoire. De plus, la mise en place de portails propres à chaque établissement de soins de santé permettant aux patients d'échanger des messages sécurisés avec le personnel, d'obtenir les résultats de ses analyses de laboratoire et de consulter d'autres éléments de son propre dossier tend à se généraliser.

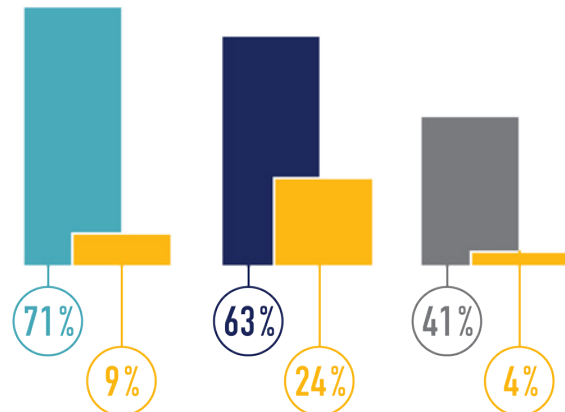
DEMANDE DE SOINS VIRTUELS AU CANADA

Les deux facteurs mondiaux énoncés plus haut sont très pertinents pour le Canada. Les soins virtuels pourraient aider à gérer en partie l'énorme augmentation de la demande de soins continus à domicile et en établissement (soins payants et soins informels non payants) à laquelle on s'attend avec le vieillissement de la population.

En outre, il y a un écart entre la demande des clients et des patients et l'offre de services. Dans un sondage Ipsos mené en 2018 pour l'Association médicale canadienne, moins d'une personne sur dix (8 %) au Canada a dit avoir effectué une visite ou une consultation virtuelle. Les répondants ont toutefois manifesté un grand intérêt à l'égard de ce type de rencontres : sept sur dix (69 %) ont déclaré qu'ils en profiteraient s'ils le pouvaient, et près de quatre sur dix (37 %) ont précisé qu'ils le feraient pour la totalité ou pour plus de la moitié de leurs consultations médicales¹⁴.

De récents sondages d'Inforoute Santé du Canada montrent un écart clair entre les services électroniques auxquels les patients voudraient avoir accès et ce que les médecins offrent actuellement. Par exemple :

- **71 %** des Canadiennes et Canadiens aimeraient pouvoir **prendre rendez-vous** en ligne, mais seuls 9 % des médecins de famille offrent cette option;
- **63 %** des Canadiennes et Canadiens aimeraient pouvoir **communiquer par courriel** avec leur fournisseur de soins de santé, mais seuls 24 % des médecins de famille offrent ce service;
- **41 %** des Canadiennes et Canadiens aimeraient avoir des **consultations vidéo** avec leur fournisseur de soins de santé, mais seuls 4 % des médecins de famille offrent cette option^{15,16}.



Les grandes lignes de ces observations sur les services offerts par les médecins de famille se retrouvent également dans les conclusions de l'édition de 2019 de *l'Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical*, qui montre que plus de la moitié des médecins de famille et une proportion similaire des médecins d'autres spécialités interrogés n'offrent aucun des services électroniques comprenant un volet interactif¹⁷.

SOINS VIRTUELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Le secteur privé commence à offrir des soins virtuels directement aux patients et aux employeurs, moyennant certains frais. Par exemple, le service **getmaple.ca** fait miroiter la possibilité de clavarder en pyjama avec un médecin dans le cadre de consultations en ligne, et fait la promotion d'autres services tels que la rédaction d'ordonnances et de certificats de maladie. Une consultation coûte 49 \$ en semaine, et 79 \$ la fin de semaine et les jours fériés. Le prix du forfait familial est de 50 \$ par mois, et getmaple.ca propose également des services pour entreprises¹⁸.



Une consultation coûte :

49 \$ en semaine

79 \$ la fin de semaine et les jours fériés

Le prix du forfait familial :

50 \$ par mois

L'offre de soins virtuels privés ne se limite pas aux soins primaires. Par exemple, au Québec, un service fondé par six dermatologues a commencé à offrir aux patients la possibilité d'obtenir une consultation par courriel en envoyant des photos de leurs lésions cutanées. Les clients peuvent ainsi obtenir un diagnostic et une ordonnance en 72 heures, moyennant des frais de 179,99 \$, ou en 24 heures, pour 249,99 \$¹⁹. Dans le domaine du suivi à distance, Cloud DX offre à ses abonnés la surveillance de la pression artérielle, du poids et de paramètres cardiaques, ainsi que l'accès à une équipe de soins cliniques²⁰.

Des assureurs privés commencent à couvrir certains services de soins virtuels. En novembre 2017, la compagnie d'assurance vie Great-West a annoncé qu'elle proposerait les services d'une entreprise de soins virtuels aux employeurs de l'Ontario et du Québec²¹. Puis, en mars 2018, Sun Life a déclaré être le premier assureur au Canada à offrir des soins de santé virtuels à ses clients d'un océan à l'autre, en précisant que les services, initialement fournis par trois entreprises, seraient accessibles sur son application mobile²².

Ailleurs dans le monde, le National Health Service (NHS) d'Angleterre a récemment lancé GP at hand, une solution de prise de rendez-vous, de consultations médicales vidéo, d'obtention d'ordonnances et de demande de consultation auprès d'un spécialiste au moyen d'un téléphone intelligent²³. Ce service est offert par Babylon, une entreprise de santé numérique qui a conclu un partenariat avec TELUS Santé en mars 2019 afin d'offrir des services de santé virtuels au Canada, en commençant par la Colombie-Britannique²⁴. Babylon est présente sur ce marché provincial; elle apporte une nouvelle dimension aux soins virtuels grâce à son algorithme assisté par intelligence artificielle, qui permet aux patients d'évaluer leurs symptômes pour ensuite décider s'ils veulent procéder à une consultation vidéo ou en personne²⁵.

Une attention croissante est accordée à l'élargissement du rôle des soins virtuels dans les régimes publics d'assurance maladie du Canada. Par exemple, le Dr Sacha Bhatia et Will Falk ont présenté 10 suggestions qu'ils ont qualifiées d'étapes concrètes vers la « virtualisation » des soins de santé au Canada, notamment l'intégration de la cybersanté dans les ententes de responsabilité et l'adoption d'une approche conçue pour prioriser le numérique dès le départ dans le système de paiement et de prestations des services²⁶.

INTERVENTIONS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN MATIÈRE DE SOINS VIRTUELS

À ce sujet, le gouvernement fédéral n'est pas en reste. En 1997, le ministre canadien de la Santé a créé un conseil consultatif de 24 membres pour l'assister dans l'élaboration d'une stratégie nationale sur l'infrastructure de la santé au pays. Les consultations ont ratissé large, et le rapport définitif, déposé en 1999, comprenait 39 recommandations²⁷. L'une des principales retombées fut la création d'Inforoute Santé du Canada en 2001, un organisme dont les activités ont été financées à hauteur de 2 milliards de dollars par le gouvernement fédéral depuis sa création²⁸. Inforoute Santé du Canada a sans aucun doute joué un rôle clé pour inciter les médecins à adopter les dossiers médicaux électroniques (DME) et les dossiers de santé électroniques (DSE). On estime qu'en 1999, à peine plus d'un médecin sur dix (12,5 %) utilisait les DME²⁹ tandis qu'en 2017, on parlait de plus de huit médecins sur dix (82,4 %)³⁰.

INTERVENTIONS DES PROVINCES ET TERRITOIRES EN MATIÈRE DE SOINS VIRTUELS

Du côté des provinces, en automne 2019, le gouvernement de l'Ontario a annoncé la mise en place d'une stratégie proactive appelée Priorité au numérique³¹. Un guide destiné aux fournisseurs souhaitant créer de nouvelles équipes de santé en Ontario énonce des objectifs ambitieux en matière d'accès aux soins virtuels et à l'information médicale pour les patients³². Récemment, l'Association médicale de l'Ontario et le gouvernement provincial ont conclu une entente établissant que les consultations vidéo réalisées par l'entremise de la plateforme du RTO seraient rémunérées selon un tarif à l'acte équivalent aux consultations en personne. À terme, l'objectif est d'accroître l'offre et l'accessibilité des autres moyens de consultation virtuelle (p. ex., messagerie sécurisée et appels audio) et de technologies qui ne font pas partie du RTO, le tout dans le cadre du programme public de télémédecine de la province.

Des initiatives visant à donner aux patients accès à leur propre dossier médical progressent bon train en Alberta, au Québec, en Saskatchewan et en Ontario. Des associations médicales comme celle de Terre-Neuve-et-Labrador ont, de plus, produit des documents stratégiques et de discussion pour traiter de la question des soins virtuels³³.

SOUS-GROUPE SUR L'INTEROPÉRABILITÉ ET LA GOUVERNANCE

Le mandat du sous-groupe sur l'interopérabilité et la gouvernance était :

- de cibler les éléments défavorables à l'interopérabilité des technologies de l'information qui freinent l'échange de données relatives à la santé entre établissements de soins;
- de cibler les obstacles attribuables aux normes de gouvernance en vigueur (p. ex., lois, confidentialité, responsabilité, gestion) relativement à l'échange d'information sur la santé entre établissements et d'une province ou d'un territoire à l'autre (sans égard aux frontières qui les délimitent);
- de concevoir une feuille de route détaillée expliquant comment les services de santé peuvent prodiguer des soins virtuels de qualité au sein d'une structure basée sur l'interopérabilité.

L'interopérabilité numérique de tous les éléments du système de soins de santé est essentielle à l'adoption d'une approche unifiée (pancanadienne) relativement à la prestation de soins virtuels.

Actuellement, il ne semble pas y avoir d'indicateur exhaustif sur l'interopérabilité en santé au Canada, et les données dont on dispose montrent qu'il reste beaucoup de travail à faire.

CONNECTIVITÉ DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

Les données les plus récentes sur la connectivité des DME proviennent de sondages menés en 2018 par Inforoute Santé du Canada auprès du public et des médecins. Lorsqu'on les a questionnés sur les fonctionnalités des DME, les médecins de famille ont signalé ce qui suit :

- 59 % des répondants ont indiqué qu'ils pouvaient faire une demande de consultation auprès d'un spécialiste ou d'un autre fournisseur;
- 29 % ont indiqué qu'ils pouvaient recevoir une confirmation électronique d'un rendez-vous pour un patient pour lequel ils avaient fait une demande de consultation;
- 25 % ont indiqué qu'ils pouvaient recevoir des messages électroniques ou des notes cliniques de pharmacies communautaires;
- 16 % ont indiqué qu'ils pouvaient échanger des résumés cliniques par voie électronique avec des médecins ne travaillant pas dans leur cabinet¹⁶.

Le sondage de 2018 auprès des adultes canadiens a révélé de faibles niveaux de connectivité entre les patients et les médecins :

- 22 % des répondants ont indiqué qu'ils pouvaient accéder à leur dossier médical par voie électronique;
- 17 % ont indiqué qu'ils pouvaient prendre rendez-vous par voie électronique;
- 10 % ont indiqué qu'ils pouvaient consulter un fournisseur de soins en ligne;
- 10 % ont indiqué qu'ils pouvaient envoyer un message électronique à leur médecin ou à leur établissement de soins de santé habituel¹⁵.

À l'heure actuelle, il ne semble exister aucune information accessible sur la connectivité entre les autres points de service dans le système de soins de santé.

En 2018, la Table sectorielle de stratégie économique du Canada sur les sciences biologiques et la santé a mis l'accent sur l'interopérabilité dans son appel à l'établissement d'une stratégie nationale sur la santé numérique. Elle recommande que « la stratégie fournisse des directives nationales claires et précises sur la confidentialité, la gouvernance des données, le partage et les cadres de sécurité, qui sont harmonisées entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, afin d'éliminer les obstacles à l'interopérabilité des systèmes numériques de soins de santé³⁴. La question de la confidentialité des informations médicales personnelles demandera une attention particulière dans le contexte où elles sont partagées entre plusieurs fournisseurs de soins de santé et points de service. La plupart des études sur le sujet ont été publiées il y a moins de 10 ans. Un rapport de 2015 du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario traite du partage d'information dans le « cercle de soins » et souligne la complexité du consentement dans ce contexte³⁵.

DOSSIERS « UNIQUES » DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Au Canada, les Territoires du Nord-Ouest sont les plus avancés dans le dossier de l'interopérabilité de leur système de soins de santé. En effet, dans ce territoire de 45 000 habitants répartis dans 33 localités, l'ensemble des médecins et pratiquement tous les fournisseurs de soins de santé consultent le même dossier pour un patient donné. Après avoir dressé la liste des difficultés rencontrées en 17 ans de déploiement, le D^r Ewan Affleck, ancien administrateur en chef des renseignements médicaux des Territoires du Nord-Ouest, suggère que l'atteinte de l'interopérabilité pourrait relever davantage d'une question de culture que d'obstacles technologiques ou logiciels³⁶.

À la fin de 2018, Inforoute Santé du Canada a lancé ACCÈS 2022, une initiative visant à améliorer l'accès des Canadiennes et Canadiens aux informations relatives à leur santé. L'initiative prévoit notamment la conception de la Passerelle ACCÈS, une plateforme qui favorisera la connectivité entre les DME, les DSE et les services de santé utilisés par la population canadienne³⁷. Parallèlement, Inforoute Santé du Canada élabore un cadre de confiance exhaustif afin de soutenir cette initiative. Ce cadre sera composé d'un ensemble de règles administratives, techniques et juridiques destinées à guider les utilisateurs des systèmes de santé numériques partagés pour qu'ils aient tout ce qu'il leur faut pour se connecter et échanger des données d'une manière qui répond aux besoins et aux attentes de la population canadienne. À l'échelle provinciale, les Services de santé de l'Alberta déploient actuellement un système intégré de renseignements cliniques (Connect Care) dans les établissements et pour le personnel d'environ 30 % des services de santé prodigués dans la province¹³. En ce moment, on ne prévoit pas élargir ce système à l'ensemble des médecins communautaires ou exerçant dans un cadre autre que celui des Services de santé de l'Alberta.

Le sous-groupe sur l'interopérabilité et la gouvernance a envisagé l'interopérabilité du système d'un point de vue pancanadien et conclu que tout système devra être conçu de manière à permettre à tout patient et aux membres de sa famille de consulter l'ensemble de son dossier, où qu'il soit traité au Canada.



Les notions de propriété de l'information médicale et d'accès à cette information entrent souvent en contradiction. Les modèles de propriété qui ont cours légal aujourd'hui dans le domaine de la santé ont essentiellement été conçus pour un écosystème analogique, et peuvent sembler anachroniques dans un environnement de santé numérique. Bien que, de plus en plus, les normes privilégient la conception d'architectures de l'information axées sur le patient, souvent, cela ne se reflète pas dans les lois, les politiques relatives à la santé ou l'architecture de l'information relative à la santé. Les modèles désuets de propriété de l'information et de responsabilité des dépositaires à leur égard peuvent nuire à la virtualisation des soins.

La conception d'une charte des *droits et responsabilités des patients en matière d'information médicale* pourrait servir de modèle de base pour repenser le cadre politique pancanadien à cet égard. Le comité de la Voix des patients à l'AMC³⁸ pourrait se pencher sur l'élaboration d'une telle charte, puisque ce projet respecte l'esprit de la stratégie de l'AMC.

L'échange d'informations sur la santé est à la base de tous les soins virtuels. Les modes de transmission entre les services, au sein des cercles de soins et entre les patients et les fournisseurs peuvent être complexes, et dépendent de lois, de politiques, de normes, d'organisation du travail, de technologie et de gouvernance pouvant présenter certaines divergences, ce qui peut nuire à la capacité d'offrir des soins virtuels.

Le fait de convaincre l'ensemble des provinces et des territoires d'adhérer à une norme pancanadienne sur l'échange d'informations relatives à la santé optimiserait le potentiel des soins virtuels au Canada. Les efforts actuels de provinces comme l'Ontario et l'Alberta pour établir des lignes directrices à cet effet pourraient servir de base à l'élaboration d'une norme pancanadienne – de même que les travaux d'Inforoute santé du Canada relatifs à la mise en œuvre de la Passerelle ACCÈS.

Il faudra également convenir d'une architecture technique standardisée fixant des normes techniques et relatives aux langages de données pour garantir l'interopérabilité des éléments nécessaires à la prestation de soins virtuels partout au pays. Un cadre de ce genre pourrait être adopté par l'ensemble des provinces et territoires, à titre de norme pancanadienne.

L'élaboration de ce cadre pourrait s'appuyer sur divers travaux visant déjà à créer une architecture technique normalisée au Canada – par exemple, les normes de conformité technique fixées par OntarioMD³⁹ (certification relative aux caractéristiques techniques et à la conformité); les normes d'interopérabilité⁴⁰ d'Inforoute santé du Canada; les cadres de confiance qui existent déjà et les travaux réalisés par Inforoute santé du Canada dans le cadre d'ACCÈS 2022. Une « coalition de pionniers » pourrait endosser cette architecture technique normalisée et en faire la promotion.

Puisqu'au Canada la prestation de soins de santé repose de plus en plus sur des équipes interdisciplinaires, ce genre de contexte devra également être encadré.

OBSTACLES JURIDIQUES ET POLITIQUES EN MATIÈRE DE SOINS VIRTUELS

Il existe des obstacles juridiques et politiques à la mise en œuvre de soins virtuels efficaces axés sur le patient à l'échelle pancanadienne. L'établissement d'un cadre pourrait permettre de cerner l'ensemble des obstacles intergouvernementaux et propres à chaque province et territoire en ce qui a trait aux lois et aux politiques – quels éléments nuisent à la mise en œuvre d'un système de soins virtuels pancanadien? Une fois ces éléments définis, on pourrait concevoir un projet visant l'établissement d'un cadre juridique et politique propice à la prestation de soins virtuels.

Le Canada ne s'est doté d'aucune norme nationale permettant aux patients d'accéder à leurs propres informations médicales où qu'ils se trouvent au pays. À l'échelle locale, certains peuvent accéder, au moyen d'applications, à leurs informations médicales sur des portails destinés aux patients. Dans bon nombre de provinces et territoires, la multiplication de ces portails rend plus difficile la mise en place d'une architecture d'information axée sur le patient. L'établissement d'une stratégie pancanadienne relativement à l'accessibilité de l'information pour les patients pourrait rendre possible l'obtention de renseignements médicaux complets par leur propriétaire, et ce, partout au pays. Ces travaux pourraient s'appuyer sur la stratégie ACCÈS 2022 d'Inforoute santé du Canada. En outre, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé conjugue actuellement sa campagne *Meilleurs ensemble : main dans la main avec les familles* avec d'autres programmes favorisant l'établissement de partenariats avec les patients, les familles et les proches aidants, notamment pour ce qui est de l'accès à l'information sur la santé et autres sujets connexes.

L'interopérabilité des systèmes d'information sur la santé dépend de la capacité à identifier clairement les patients et les fournisseurs, un facteur essentiel à la sécurisation et à l'efficacité des systèmes et à leur capacité à rendre possibles les soins virtuels. En ce moment, au Canada, les identifiants et les informations relatives aux dossiers des patients et des fournisseurs ne peuvent être transmis d'une province ou d'un territoire à l'autre – et, dans certaines régions, d'un établissement à l'autre.

L'établissement d'un cadre pourrait mettre à contribution des initiatives déjà en cours, notamment :

- la création du numéro d'identification médicale du Canada (registre pancanadien des fournisseurs de soins, utilisé par les organismes de réglementation médicaux)⁴¹;
- les travaux d'Inforoute santé du Canada relativement à l'identité numérique⁴².

Pour traiter les questions liées à la gouvernance, le sous-groupe considère que cette notion, au sens large, englobe l'ensemble des mécanismes de supervision (fédéraux, provinciaux, territoriaux et régionaux) qui ont une incidence sur la mise en œuvre d'un système d'information sur la santé pouvant fonctionner en toute interopérabilité. Le sous-groupe a remarqué que la délégation constitutionnelle de la responsabilité et de la planification des questions inhérentes à la santé aux provinces et aux territoires a nui à l'interopérabilité pancanadienne des services. La définition de principes dédiés à l'établissement d'une architecture d'information axée sur le patient pourrait atténuer les répercussions de cet obstacle fondamental en matière de gouvernance, ou aider à le surmonter.

La protection de la vie privée des patients et la confidentialité des informations échangées doivent prévaloir quand il s'agit de prodiguer des soins par l'entremise de moyens virtuels ou en personne. Parmi les éléments à prendre en considération, notons la sûreté des logiciels et des infrastructures de communication utilisés lors des échanges entre les médecins et leurs patients; le stockage de l'information et la prévention des accès par de tierces parties non autorisées; l'entretien de dossiers de soins virtuels appropriés; et la question de leur accessibilité à des fins de consultation par les patients et les proches aidants, et à des fins d'audit médical.

Les considérations générales qui sous-tendent les recommandations du sous-groupe sont les suivantes :

- Aucun effort ne devrait être ménagé pour tirer profit des travaux et des progrès réalisés à ce jour par les parties prenantes du système et les experts en la matière.
- Il faudrait encourager et maintenir les partenariats entre les parties prenantes et les experts.
- Les pratiques exemplaires héritées des travaux déjà réalisés et les leçons qui en ont été tirées devraient être prises en compte.
- Toute activité future doit être soutenue par un plan de communication clair.

PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS DÉGAGÉS PAR LE SOUS-GROUPE

INTEROPÉRABILITÉ

Principes

- Dans un écosystème axé sur les soins virtuels, l'ensemble des informations longitudinales sur la santé d'un patient doit être *fonctionnellement* accessible comme s'il s'agissait d'un dossier numérique unique pouvant être consulté au besoin par tous les intervenants du cercle de soins, où qu'ils se trouvent.
- Dans un écosystème axé sur les soins virtuels, les patients et les membres de leur famille devraient pouvoir accéder à l'ensemble des informations médicales qui les concernent (y compris celles relatives aux services sociaux), selon des protocoles respectant les principes relatifs à la propriété, à la responsabilité des dépositaires, à l'autonomie, à la sécurité, à la protection de la vie privée, à l'intégrité des données et à la qualité des soins.
- Dans un écosystème axé sur les soins virtuels, il faudrait miser sur un ensemble d'options technologiques visant à favoriser la pleine intégration en temps réel des communications entre les fournisseurs de soins, le personnel, les patients et les membres de leur famille. Ces options devraient couvrir l'ensemble des soins, indépendamment de la discipline des divers intervenants et du lieu où ils se trouvent. Cela permettrait de *créer des équipes de soins multidisciplinaires réparties de manière fluide* dans un concept de cercle de soins axés sur le patient.
- Les soins virtuels devraient être soutenus par :
 - Un registre systémique pancanadien assignant un identifiant unique à chaque patient;
 - Un registre systémique pancanadien assignant un identifiant unique à chaque fournisseur de soins.
- Un écosystème axé sur les soins virtuels devrait viser l'excellence en matière d'unification systémique des technologies de l'information, et gérer cet aspect de manière efficiente, efficace et durable sans compromettre les paramètres dont dépend la qualité des soins. À cette fin, il est recommandé de considérer les objectifs suivants :
 - normaliser l'architecture de l'information sur la santé dans tout le système;
 - limiter le nombre d'applications et de solutions en vigueur, si possible;
 - normaliser l'échange d'informations sur la santé dans l'ensemble du système;
 - normaliser les applications utilisées à l'échelle du système;
 - normaliser les technologies utilisées à l'échelle du système;
 - adopter un format de données universel;
 - privilégier des solutions fédérées et favorisant l'intraopérabilité;
 - fournir de l'information médicale à l'aide de plateformes technologiques neutres permettant d'obtenir les renseignements nécessaires à point nommé et à partir des bons appareils.

RECOMMANDATIONS

1. Rédiger une charte nationale des droits et responsabilités des patients en matière d'information médicale.
 2. Établir un cadre pancanadien favorisant une architecture d'information médicale systémique axée sur le patient, pouvant fonctionner en toute interopérabilité et permettant la prestation de soins virtuels.
Ce cadre comprendra :
 - des lignes directrices régissant l'échange d'informations sur la santé;
 - un cadre transférable d'élaboration de lois et politiques sur l'utilisation de technologies informatiques dans le domaine de la santé;
 - l'établissement d'une architecture technique;
 - des lignes directrices relatives à l'inscription des patients et des fournisseurs dans un registre.
 3. Élaborer des normes nationales encadrant l'accès aux informations sur la santé des patients.
 4. Établir un cadre de collaboration interprofessionnelle favorisant la prestation de soins virtuels à l'échelle pancanadienne.
-

GOVERNANCE

Principes

- Un écosystème axé sur les soins virtuels devrait être soutenu par une structure de gouvernance systémique, ainsi que par un plan stratégique, une feuille de route et un ensemble de politiques favorisant et protégeant la qualité des soins, la continuité des activités et la sécurité tout en visant l'atténuation des risques et la protection de la vie privée.
- Un écosystème axé sur les soins virtuels devrait être soutenu par un ensemble de politiques rigoureuses destinées à protéger la vie privée des patients et la sécurisation des informations sur leur santé ainsi qu'à encadrer les modalités de consultation des informations devant être consultées au besoin, dans l'esprit de favoriser des soins de qualité et des services axés sur le respect des volontés du propriétaire de ces informations.

RECOMMANDATIONS

5. Établir un cadre de gouvernance pancanadien favorisant la prestation de soins virtuels axés sur la qualité.
6. Encadrer les enjeux relatifs à la protection de la vie privée et à la sécurisation des informations sur la santé afin de favoriser la prestation de soins virtuels à l'échelle pancanadienne.

SOUS-GROUPE SUR LE PERMIS D'EXERCICE ET LA QUALITÉ DES SOINS

« Les soins virtuels sont un outil, et non l'issue des soins de santé. Nous sommes dans une courbe d'apprentissage pour le moment, [...] pour ce qui est de déterminer quand il est approprié d'utiliser les soins virtuels et quand il est plus avisé d'utiliser des soins en personne. [...] Cela [les soins virtuels] ne pourra jamais remplacer le contact physique et les interventions, qui devront toujours être faites en personne. Je crois que les soins virtuels fonctionnent mieux dans des relations longitudinales entre le fournisseur de soins et le patient. Ils se comprennent, ils se connaissent personnellement, ils se font confiance. »

D^r Rob Williams, médecin hygiéniste en chef
Réseau Télémédecine Ontario

« Actuellement, les patients canadiens sont nombreux à vouloir décider quand ils vont recevoir des soins. [...] C'est un continuum. Je crois que nous devons être très prudents et très, très observateurs. Je crois que pour le moment, au Canada, la plupart d'entre nous [...] considèrent que les soins virtuels complètent les soins primaires déjà offerts. »

D^{re} Linda Inkpen
Présidente, Fédération des
ordres des médecins du Canada

Le mandat du sous-groupe sur le permis d'exercice et la qualité des soins était :

- de cibler les obstacles à la prestation de soins virtuels au Canada liés aux exigences relatives au permis d'exercice et de proposer des mécanismes pour limiter leurs effets négatifs;
- de cibler et prioriser les enjeux relatifs aux normes en vigueur dans le domaine des soins virtuels et aux enjeux connexes en matière de qualité des soins (p. ex., continuité des soins) et de proposer des mécanismes pour s'y attaquer :
 - en contexte de soins intégrés (quand les soins virtuels sont offerts parallèlement aux soins en personne);
 - en contexte de soins ponctuels (quand les soins sont uniquement prodigués par l'entremise de moyens virtuels).

L'article 92 de la *Loi constitutionnelle* établit que la réglementation des corps professionnels relève des provinces et des territoires, et l'article 93 leur confère des pouvoirs semblables sur l'éducation⁴³. Adoptée en 1912, la *Loi médicale du Canada* a entraîné la création du Conseil médical du Canada, qui vise à établir une norme nationale quant à la transférabilité du permis d'exercice⁴⁴. Les normes acceptées par les organismes délivrant les permis d'exercice et par les facultés de médecine ont été énoncées en 1992⁴⁵. C'est la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) qui a conçu des normes de base sur l'obtention d'un permis d'exercice au Canada⁴⁶.

EXIGENCES ACTUELLES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCICE DES MÉDECINS QUI OFFRENT DES SOINS VIRTUELS

Tous les organismes de réglementation de la médecine au Canada ont des normes ou des politiques sur les exigences relatives au permis d'exercice pour les médecins offrant des services de télémédecine ou de télésoin. Ces règles varient : huit provinces et territoires ont des exigences concernant le permis des médecins qui proviennent d'une autre province et qui offrent des soins de télésoin à des patients se trouvant sur leur territoire. La Saskatchewan offre un permis spécifique pour l'exercice de la télémédecine⁴⁷, et le Nouveau-Brunswick permet à des médecins d'autres provinces ou territoires de fournir des services à ses citoyens en vertu de son règlement sur la télémédecine⁴⁸. Quatre provinces (Colombie-Britannique, Ontario, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador) ne précisent pas qu'un médecin ayant un permis d'exercice dans une autre province doit aussi détenir

son permis d'exercice dans la province où il souhaite offrir des soins virtuels. La politique sur la télémédecine de la FOMC soumet onze recommandations aux organismes responsables des permis d'exercice. Ces recommandations concernent l'offre de soins de télésanté dans l'ensemble des provinces et territoires, sans égard aux frontières qui les délimitent². L'Association canadienne de protection médicale recommande toutefois aux médecins de faire attention aux diverses exigences propres aux autorités médicales locales, puisqu'elles pourraient être évoquées en cas d'action en justice⁴⁹.

La question du permis d'exercice national a été soulevée dans d'autres États fédérés. L'Australie a été en mesure de mettre en place un permis d'exercice national au terme d'une entente du Conseil des gouvernements australiens en 2008 (entre les neuf gouvernements étatiques et territoriaux et le gouvernement fédéral). L'entente visait à établir un système unique d'autorisation d'exercice et de certification pour les professions de la santé agréées partout au pays. À la suite de l'entente, tous les gouvernements étaient tenus de légiférer en ce sens, emboîtant le pas au Queensland, qui fut le premier à le faire en 2009⁵⁰.

Les États-Unis tentent une approche rapide au permis d'exercice par un accord interétatique sur le permis d'exercice de la médecine (Interstate Medical Licensure Compact [IMLC]), qui compte maintenant 28 États et un territoire. Le principe de base de l'IMLC est que la pratique de la médecine se tient à l'endroit où le patient reçoit les soins, ce qui signifie que le médecin doit avoir un permis d'exercice délivré par la commission médicale de l'État où le patient se trouve⁵¹.

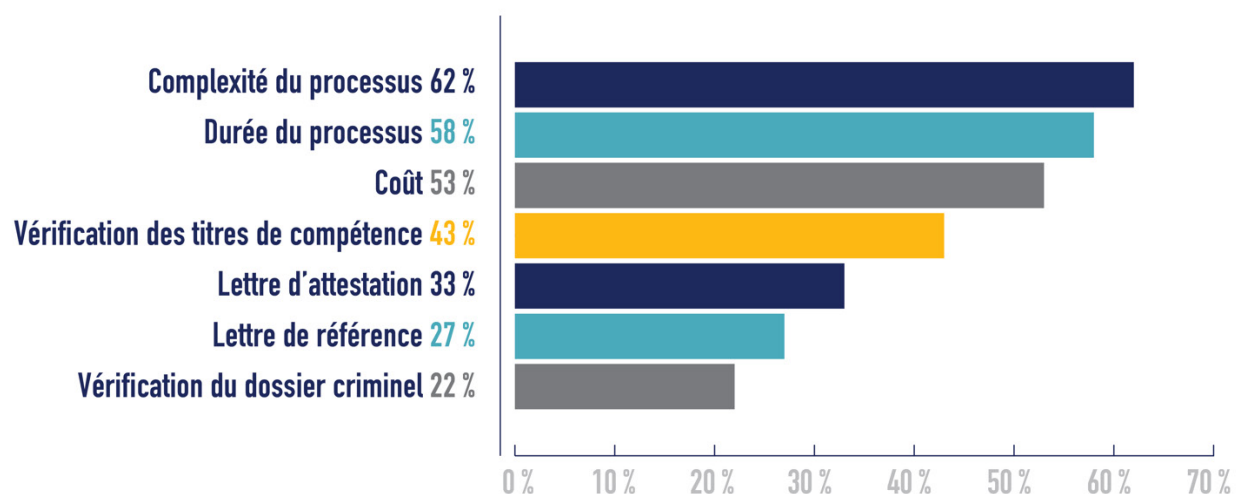
PERMIS D'EXERCICE NATIONAL

La question du permis d'exercice national est très importante pour les médecins canadiens. Les résultats de 2019 de l'*Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical* montrent que près de la moitié (43 %) des répondants avait fait des demandes de permis dans une province ou un territoire autre qu'à l'endroit de délivrance de leur premier permis. Plusieurs obstacles ont été mentionnés par les médecins qui avaient cherché à faire cette démarche, comme le montre la figure 1.

Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical – édition 2019

Figure 1. Obstacles rencontrés par les médecins souhaitant obtenir un permis d'exercice dans une autre province ou un autre territoire

Obstacles qualifiés d'assez importants ou de très importants



Plus de neuf répondants sur dix (91 %) étaient assez ou très favorables à la création d'un permis d'exercice national qui leur permettrait d'offrir leurs services partout au pays. Par ailleurs, près d'un médecin sur deux (45 %) a indiqué qu'il chercherait probablement des occasions de suppléance dans une autre province ou un autre territoire si les permis nationaux devenaient réalité, et un sur trois (39 %) a indiqué qu'il fournirait probablement des soins virtuels à des patients d'autres provinces ou territoires. Près des trois quarts des répondants à l'Enquête (74 %) croient que la délivrance d'un permis d'exercice national améliorerait l'accès aux soins⁵².

La Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) travaille actuellement à trois initiatives qui devraient grandement faciliter le processus d'obtention d'un permis pancanadien pour les suppléances et la télémédecine :

- Télémédecine : possibilité de soutenir la télémédecine dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada en permettant aux titulaires d'un permis d'exercice de pratiquer la médecine partout au pays;
- Délivrance accélérée des permis : possibilité d'accélérer la délivrance des permis aux médecins qui en détiennent déjà un dans une autre province ou dans un autre territoire et qui envisagent de déménager ailleurs (ou d'obtenir un deuxième permis);
- Transfert de permis : considération d'une entente de transférabilité des permis qui permettrait aux médecins de travailler pendant un nombre de jours maximal dans une autre province ou un autre territoire en ayant uniquement le permis de leur province ou territoire de résidence

On s'attend à ce que ces initiatives prennent une ou deux années pour se réaliser. D'autres renseignements seront dévoilés au fil du temps.

QUALITÉ DES SOINS

En 2001, l'Institut de médecine des États-Unis a proposé un concept de la qualité en six volets : sécurité, efficacité, soins axés sur les patients, rapidité, efficience et équité³. Un des problèmes soulevés, qui touche plusieurs de ces volets, est le risque que les soins virtuels nuisent à la continuité des soins. Dans un rapport pour la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Robert Reid et ses collègues ont ciblé trois concepts centraux à la continuité :

- continuité informationnelle (utilisation d'information sur des événements et des circonstances passés pour guider les soins actuels);
- continuité relationnelle (relation continue entre un patient et un ou plusieurs fournisseurs de soins);
- continuité de la prise en charge (offre de services rapides et complémentaires dans un plan de gestion partagée des services⁵³).

L'utilisation sporadique des soins virtuels à l'extérieur d'une relation continue et sans lien avec un DME basé dans un cabinet local nuit aux éléments ci-dessus. Les lignes directrices 2019 de l'OMS *recommandent la télémédecine entre le client et le fournisseur, à la condition qu'elle complète et non qu'elle remplace les soins en personne*⁵⁴. Toutefois, cette recommandation doit être évaluée à la lumière des difficultés d'accès aux soins, qui posent problème au Canada et dans de nombreux autres pays. Les préférences personnelles des patients doivent également être prises en compte, surtout quand les soins virtuels sont la seule option envisageable.

Un récent sondage mené aux États-Unis a comparé les réponses d'utilisateurs et de non-utilisateurs de LiveHealth Online (LHO), un fournisseur de soins de télésanté. Le sondage a révélé que les utilisateurs étaient moins susceptibles d'avoir une source habituelle de soins primaires. Près de la moitié d'entre eux déclaraient avoir choisi LHO pour leur plus récente consultation parce qu'ils n'avaient pas pu rencontrer leur médecin le jour même en raison d'un manque de disponibilité ou parce que le cabinet était fermé⁵⁵.

Récemment, une évaluation complète du système GP at hand en Angleterre a révélé que ce système *semblait entraîner certaines répercussions sur la continuité des soins fournis, bien que la plupart des patients n'estimaient pas qu'il s'agissait là d'un problème important. La majorité des patients avaient délibérément choisi l'accès plutôt que la continuité des soins et étaient satisfaits de leur choix*⁵⁶.

PLATEFORMES NUMÉRIQUES ET CONTINUITÉ DES SOINS

Le potentiel des plateformes numériques en matière de continuité des soins et d'accessibilité – elles facilitent la demande de consultation et la communication entre généralistes et spécialistes – a également suscité de l'intérêt. Au Canada, l'une des initiatives prometteuses est le service de consultation électronique BASE (Building Access to Specialists through eConsultation) de Champlain. Cet outil Web sécurisé donne aux fournisseurs de soins de santé primaires un accès rapide aux ressources qu'il leur faut pour prodiguer des soins spécialisés à leurs patients. Le service leur permet de soumettre des questions non urgentes aux spécialistes participants à propos de cas précis. Les questions sont traitées et assignées à un spécialiste approprié, à qui l'on demande de répondre en sept jours ou moins (le délai de réponse moyen est de deux jours). Ce service de consultation électronique, lancé à Ottawa en 2010, est maintenant offert dans toute la province de l'Ontario, et il gagne du terrain partout au pays⁵⁷.

En ce qui concerne les autres volets de la qualité des soins, dans le domaine de la sécurité et de l'efficacité, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a mené plusieurs revues des données probantes sur l'utilisation de la télésanté dans divers domaines, dont les maladies chroniques, les soins maternels et pédiatriques et la santé mentale. En matière d'efficacité, d'ailleurs, la question se pose : les soins virtuels remplaceront-ils les rendez-vous en personne, ou resteront-ils complémentaires⁵⁸?

Pour ce qui est de l'équité, l'évaluation de GP at hand a montré que les services de Babylon étaient peu utilisés par les personnes âgées et les personnes aux besoins complexes, et que les gens qui n'avaient pas accès à un téléphone intelligent ou qui n'étaient pas à l'aise avec ce type d'appareil étaient moins susceptibles d'avoir recours aux services. De plus, comme les utilisateurs doivent payer pour obtenir des soins virtuels, il est évident que la question de l'équité pourrait poser problème.

LIGNES DIRECTRICES EN VIGUEUR POUR LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS VIRTUELS

Plusieurs ressources publiées présentent des lignes directrices sur la mise en œuvre des soins virtuels ainsi que des conseils aux médecins qui souhaitent y prendre part. Ces lignes directrices encadrent notamment l'établissement de protocoles clairs relativement à l'identification des médecins et des patients; la définition des responsabilités réglementaires des médecins; l'envoi électronique de résumés des rendez-vous aux patients et à leur fournisseur de soins de santé habituel; et la désignation de ressources auxquelles le patient pourrait s'adresser pour un suivi, par exemple s'il a besoin de directives supplémentaires ou si son état s'aggrave⁵⁹.

L'Organisation de normes en santé, qui élabore les normes utilisées par Agrément Canada, a publié des normes pour la santé virtuelle, qui soulignent le rôle du patient et de sa famille dans la conception et l'utilisation des services de soins de santé virtuels. Elles indiquent, par exemple, que *le service de télésanté est offert à l'aide d'une approche axée sur le patient qui insiste sur la participation du patient, la relation patient-clinicien et la qualité des soins*⁶⁰.

La question de la prestation de soins virtuels de qualité aux populations autochtones requiert une attention toute particulière. En effet, les solutions améliorant l'accès aux soins sont bien accueillies dans les communautés vivant en région éloignée. Toutefois, comme beaucoup d'entre elles n'ont pas accès à Internet haute vitesse, la communication en ligne peut poser problème. L'amélioration des soins virtuels offerts dans ces communautés repose sur la participation de leurs membres à l'élaboration de solutions. Les soins virtuels doivent être vus comme une solution complémentaire aux visites en personne, et non comme une solution de remplacement.

CONSIDÉRATIONS

Les recommandations énoncées par le sous-groupe appuient fortement l'élimination des obstacles restreignant la capacité des médecins qualifiés à offrir des soins virtuels, ainsi que les initiatives qui font actuellement avancer le dossier de l'établissement d'un permis d'exercice national.

De plus, les membres du sous-groupe croient fermement qu'idéalement, les soins virtuels devraient être intégrés à l'éventail de services déjà offerts aux patients par l'entremise de leur clinique de soins primaires ou de leur équipe de soins hospitaliers spécialisés. Selon eux, l'adoption d'une approche allant en ce sens est essentielle pour cadrer avec les six volets de la qualité des soins définis par l'Institut de médecine des États-Unis. Le modèle de Centre de médecine de famille conçu par le Collège des médecins de famille du Canada propose une définition claire aux établissements de soins primaires du Canada, et de nombreuses provinces s'en sont inspirées dans l'élaboration de leurs réformes des soins primaires⁶¹.

Le choix des types d'interactions à tenir par l'entremise de moyens virtuels ou en personne revient au médecin et à son équipe, sur consultation du patient. Il doit tenir compte de devoirs professionnels liés, entre autres, à la pertinence des soins, à la protection de la vie privée du patient et à la sécurité. Les médecins qui travaillent pour des autorités sanitaires ou en milieu hospitalier pourraient être tenus d'utiliser les applications et outils approuvés ou fournis par leurs établissements de soins. Toutefois, les médecins devraient être consultés à l'étape de la sélection et de la mise en œuvre de ces applications et outils.

Les soins virtuels doivent être vus comme des moments ponctuels dans la succession d'interventions qui jalonnent le parcours longitudinal du patient. Parmi les éléments devant être pris en compte, notons l'établissement d'un processus de suivi clair à la suite d'une consultation virtuelle; l'intégration de processus de demandes de consultation efficaces auprès des laboratoires, des services d'imagerie, des pharmacies et des services spécialisés locaux; la transmission, à la suite d'une consultation virtuelle, des renseignements cliniques aux autres professionnels de la santé qui s'occupent du patient (comme cela se fait déjà entre professionnels des milieux ruraux et urbains et entre corps professionnels dans les équipes de soins).

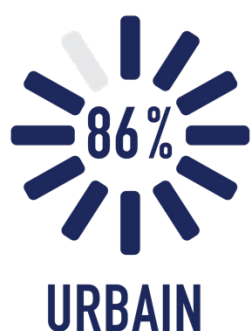
Ceci dit, le sous-groupe a également tenu compte du fait que certains patients préfèrent s'en tenir à des soins virtuels ponctuels, non intégrés à leur suivi régulier. Or, le sous-groupe croit que ce genre de soins virtuels ponctuels devrait faire l'objet d'une vigilance toute particulière pour maintenir la qualité des soins prodigués. Parmi les éléments devant être surveillés, notons l'établissement de protocoles clairs relativement à l'identification des médecins et des patients; la définition des responsabilités réglementaires des médecins, l'envoi électronique de résumés des rendez-vous aux patients; et la désignation de ressources auxquelles le patient pourrait s'adresser pour un suivi s'il a besoin de directives supplémentaires.

Compte tenu de la prévalence accrue des soins virtuels, les membres du sous-groupe croient également que la prudence est de mise : un resserrement est nécessaire pour surveiller les potentiels effets néfastes des soins virtuels, tant sur les activités des médecins en tant que personnes que sur le système en général. Certains ont exprimé la crainte que la non-intégration des soins virtuels et leur prestation sur une base ponctuelle nuisent de manière indue au travail des médecins qui continuent de prodiguer des soins complexes en personne, aux services des urgences ou dans les milieux de soins de courte durée, par exemple. Compte tenu de l'ampleur que sont appelés à prendre les soins virtuels dans le monde de la médecine, le sous-groupe était aussi d'avis qu'il fallait mettre en place des mesures pour veiller à ce que les médecins ne perdent pas leur capacité de prodiguer des soins en personne.

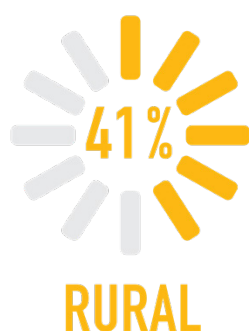
Les médecins qui offrent des soins virtuels doivent également tenir compte des questions de responsabilité. Avec l'avènement des cliniques virtuelles, les médecins qui pensent à se tourner vers des plateformes virtuelles pour offrir leurs services doivent tenir compte d'enjeux juridiques comme :

- les exigences particulières qui pourraient s'appliquer en ce qui a trait à leur permis d'exercice;
- les autres normes et lignes directrices en vigueur en matière de télémédecine, notamment pour ce qui est de la protection de la vie privée, de la sécurité informatique, du consentement, de la documentation et des ordonnances en ligne;
- la confirmation de l'identité des personnes responsables des dossiers médicaux auprès du propriétaire ou de l'exploitant de la clinique virtuelle pour en garantir l'accessibilité à une date ultérieure, au besoin.

Les multiples facettes des soins virtuels soulèvent des questions juridiques nouvelles et épineuses – et ce n'est pas fini. Les médecins sont encouragés à se renseigner relativement aux modalités de prestation de soins virtuels qui pourraient être associées à des responsabilités légales et éthiques. Ils devraient également veiller à se doter d'une assurance responsabilité convenable, adaptée aux divers aspects des services de santé qu'ils offrent par l'entremise de moyens virtuels.



Télécharger du contenu à un minimum de 50 mégabits par seconde
Téléverser à raison de 10 mégabits par seconde



Bien que les soins virtuels aient bel et bien le potentiel d'améliorer l'accessibilité des soins médicaux et de santé, il faut reconnaître qu'ils ont aussi le potentiel d'accentuer les inégalités à cet égard, tant d'un point de vue géographique que socioéconomique. Les connexions Internet offertes en milieu rural ne sont souvent pas à la hauteur de celles offertes dans les centres urbains. Selon le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, à l'échelle nationale, 86 % des ménages peuvent télécharger du contenu à un minimum de 50 mégabits par seconde et en téléverser à raison de 10 mégabits

par seconde. Pourtant, seuls 41 % des ménages établis en milieu rural bénéficient d'une telle connectivité⁶². On observe également un gradient socioéconomique pour ce qui est de l'utilisation d'Internet et de la présence d'un ordinateur à la maison. On estime qu'en 2017, dans le quintile de revenu inférieur, seuls deux ménages sur trois avaient un ordinateur (63 %) ou accès à Internet à la maison (69 %), comparativement à plus de neuf ménages sur dix dans les trois quintiles de revenu supérieurs⁶³. On pourrait aussi émettre des hypothèses sur l'existence d'inégalités en matière de littératie en santé numérique, bien qu'on ne dispose d'aucune donnée récente à ce sujet.

Les questions relatives à l'équité entrent également en jeu lorsqu'il est question de certains patients handicapés (p. ex., handicaps visuels ou auditifs) qui pourraient avoir du mal à s'assurer un accès à des services de santé virtuels au même titre que les autres patients. L'intégration des soins virtuels à l'éventail de services offerts dans divers domaines nécessite une étude minutieuse et la considération des contextes particuliers. Cela est essentiel pour garantir un accès équitable aux soins de santé et le maintien de leur qualité. Les professionnels de la santé qui offrent des soins virtuels doivent toujours tenir compte du fait que les patients n'ont pas tous les mêmes moyens technologiques, en raison de la variabilité et de l'accessibilité des ressources et des infrastructures selon les milieux et les contextes. Par ailleurs, le degré d'aisance des patients peut varier quant à l'utilisation des diverses options technologiques.

PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS DÉGAGÉS PAR LE SOUS-GROUPE

PERMIS D'EXERCICE

Principes

- Les procédures et processus associés à la demande et à la délivrance du permis d'exercice ne devraient pas constituer un obstacle à la prestation de soins médicaux par l'intermédiaire de plateformes virtuelles.
- L'élimination des obstacles superflus à la délivrance du permis d'exercice et nuisant à la prestation de soins virtuels appropriés, y compris les obstacles de nature constitutionnelle, doit relever d'un effort collectif mené conjointement par les gouvernements, les organismes de réglementation médicaux et les autres parties prenantes.

RECOMMANDATIONS

7. Soutenir les efforts de la Fédération des ordres des médecins du Canada en vue de simplifier les processus de demande et de délivrance du permis d'exercice aux médecins qualifiés capables de prodiguer des soins virtuels partout au pays, sans égard aux frontières provinciales et territoriales.

QUALITÉ DES SOINS

Principes

- Les services de soins virtuels doivent en tout temps viser la prestation de soins de qualité et être assujettis aux mêmes normes de rendement clinique qui s'appliquent aux soins en personne, notamment en ce qui a trait aux processus :
 - de demande et d'offre de services de consultation;
 - de suivi auprès du patient;
 - de consignation au dossier et de documentation;
 - associés aux services de laboratoire et de diagnostic.
- En aucun cas les services de soins virtuels ne devraient être vus comme une solution de rechange aux services de base existants, ni faire de concurrence à ces services ou incarner un compromis relativement à leur prestation.

- Les décisions cliniques prises lors de la prestation de soins virtuels devraient s'appuyer sur les principes fondamentaux et éthiques guidant l'exercice de la profession médicale. Les modalités de prestation de soins virtuels appropriés devraient être déterminées en fonction du contexte clinique, de la probabilité d'obtenir de bons résultats et d'un dialogue éclairé avec le patient.
- Les services médicaux virtuels devraient être prodigués dans le cadre d'une relation médecin-patient existante ou par une équipe de soins primaires ou spécialisés de façon à :
 - favoriser la continuité des soins;
 - favoriser la prestation de soins à proximité du domicile;
 - décourager les consultations virtuelles sans rendez-vous, particulièrement si elles risquent de fragmenter les soins prodigués à un patient donné.
- La mise en œuvre des technologies et des systèmes de soins virtuels doit être évaluée de façon à garantir leur sûreté et leur conformité aux normes de qualité des soins.
- Les médecins et le personnel soignant qu'ils côtoient dans leur environnement professionnel ont besoin d'un cadre rigoureux en matière de responsabilité pour préserver leur capacité d'offrir des soins virtuels de qualité.
- Il faudra accorder une attention particulière aux besoins et aux exigences linguistiques, culturelles et fonctionnelles propres aux peuples autochtones du Canada en matière de prestation de soins virtuels.
- Un écosystème axé sur les soins virtuels devrait être soutenu par un ensemble de politiques rigoureuses destinées à protéger la vie privée des patients et la sécurisation des informations sur leur santé ainsi qu'à encadrer les modalités de consultation des informations devant être consultées au besoin, dans l'esprit de favoriser des soins de qualité et des services axés sur le respect des volontés du propriétaire de ces informations.

RECOMMANDATIONS

8. Établir un cadre national pour fixer des règles relatives à la sûreté des technologies et systèmes de soins virtuels.
9. Faire en sorte que les normes définies par les organismes de réglementation médicaux favorisent la prestation de soins virtuels sécuritaires par du personnel compétent.
10. Établir un cadre national en matière de responsabilité médicale pour ce qui est des soins virtuels.
11. Établir un cadre de définition de normes relatives à la prestation de soins virtuels dans les communautés autochtones du Canada.

SOUS-GROUPE SUR LES MODES DE RÉMUNÉRATION

Le mandat du sous-groupe sur les modes de rémunération était :

- de passer en revue les modes de rémunération en vigueur au Canada en ce qui a trait aux soins virtuels, y compris les limites et les obstacles à ces derniers;
- d'énoncer des principes directeurs pour la conception de modes de rémunération applicables à la prestation de soins virtuels financés par l'État;
- de créer une feuille de route détaillée pour aider les provinces et territoires à mettre en œuvre des modes de rémunération et à soutenir les infrastructures nécessaires à la prestation de soins virtuels financés par l'État.

Le sous-groupe s'est penché exclusivement sur les modes de rémunération des médecins; il n'a pas examiné la situation des autres fournisseurs de soins de santé. Le rapport concerne principalement les systèmes de rémunération provinciaux et territoriaux applicables aux services médicaux assurés prodigués par des fournisseurs qui se trouvent dans la même province ou le même territoire que leurs patients. Il existe déjà des ententes bilatérales qui encadrent la facturation interprovinciale et qui constituent un système pancanadien de rémunération des services médicaux. Toutefois, à l'heure actuelle, il est difficile de prédire comment ce système s'adaptera à l'avènement des soins virtuels.

Le sous-groupe a concentré ses délibérations sur la prestation de soins virtuels sans égard au lieu de résidence, de travail ou autre des patients et des médecins. Dans presque tous les territoires et provinces, on trouve des établissements disposant de systèmes de télémédecine bien implantés, et les médecins rémunérés à l'acte qui les utilisent ont accès à des codes de facturation détaillés. Bien que, de toute évidence, ces systèmes fassent partie du paysage actuel en matière de soins virtuels, le sous-groupe ne s'est pas concentré sur les règles relatives à leurs codes de facturation – sauf pour souligner qu'elles jettent de très bonnes bases pour établir des codes s'appliquant aux services virtuels prodigués aux patients, entre fournisseurs ou hors des établissements.

La médecine numérique est en pleine – et rapide – expansion, et il faut impérativement donner aux médecins canadiens qui travaillent dans le système public les moyens de suivre le rythme. La lenteur avec laquelle on adapte actuellement les modes de rémunération en vigueur au Canada laisse toute la place au secteur privé non assuré pour ce qui est des soins virtuels, qui restent donc en marge des régimes d'assurance maladie provinciaux. Or, cette situation ne reflète ni les attentes des Canadiennes et des Canadiens ni les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les soins virtuels ont le potentiel d'accélérer l'accès aux soins, surtout lorsqu'ils sont pleinement intégrés à l'organisation du travail dans le domaine des soins primaires. Ils ne sont pas seulement conçus pour répondre aux besoins des patients ayant des problèmes de mobilité ou vivant en milieu rural ou éloigné. Dans un cabinet véritablement axé sur le patient, les soins virtuels doivent servir à offrir aux patients un accès qui répond à leurs besoins, selon leurs préférences, faute de quoi ils risquent de se tourner vers les cliniques virtuelles privées sans rendez-vous.

Les associations médicales et les administrations provinciales devraient créer des programmes pour inciter les médecins à s'approprier les applications et les outils de soins virtuels. Ces programmes pourraient, entre autres, être axés sur des mesures incitatives, sur la gestion du changement et sur des conseils relatifs aux applications qui s'intègrent aux DME et aux systèmes d'information provinciaux.

MODÈLES DE RÉMUNÉRATION EN VIGUEUR EN MATIÈRE DE SOINS VIRTUELS

- Dans le *Sondage national des médecins 2014*, moins de 1 médecin sur 20 a indiqué recevoir une rétribution pour les consultations par courriel avec les patients, et seulement 1 sur 10 pour celles avec d'autres médecins⁶⁴. Toutefois, les choses commencent à changer. Selon un survol de la situation pancanadienne observée en 2015, sept provinces et territoires rémunéraient les spécialistes pour les consultations électroniques, et deux rémunéraient le médecin traitant⁶⁵.
- La rétribution des interactions médecin-patient en ligne est encore limitée à quelques provinces. La Colombie-Britannique dispose depuis plus de 10 ans de codes de facturation permettant aux omnipraticiens d'exercer la télémédecine, de même que l'Ontario (pour les médecins inscrits au Réseau Télémédecine Ontario) et l'Alberta. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse, quant à lui, a soutenu un projet pilote visant la prestation de services par voie téléphonique et électronique. L'inscription de patients à MyHealthNS – le dossier de santé personnel que les patients peuvent consulter en ligne pour obtenir les résultats de leurs tests – pourrait rapporter jusqu'à 12 000 \$ par année aux médecins de famille de la province, l'objectif étant de les inciter à utiliser la technologie pour communiquer avec leurs patients. Toutefois, ce projet n'admet plus de nouveaux membres depuis août 2019, en attendant la fin de la transition vers un nouveau fournisseur de logiciel⁶⁶.
- Voici quelques exemples récents de coexistence entre le régime public et les régimes privés pour la prestation de soins virtuels financés par l'État. À l'automne 2018, le service Maple a entamé un projet pilote de six mois visant à offrir des consultations virtuelles à l'hôpital Western de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), un établissement de 27 lits qui a de la difficulté à combler ses besoins en matière d'effectif médical. Le service était offert par neuf médecins de l'Î.-P.-É., de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario autorisés à exercer dans la province⁶⁷. En mars 2019, TELUS Santé s'est associée à Babylon pour lancer une application permettant aux résidents de la Colombie-Britannique de consulter un médecin par vidéoconférence à l'aide de leur téléphone intelligent. Ces interactions sont couvertes par le régime d'assurance maladie de la province²⁴. TELUS prévoit aussi d'intégrer la plateforme Babylon à ses systèmes de DME.

Pour ce qui est des soins virtuels, les modes de rémunération peuvent être divisés en deux groupes : la rémunération à l'acte et les autres modes de rémunération.

MODES DE RÉMUNÉRATION AUTRES QU'À L'ACTE

Les autres modes de rémunération – par capitation, paiements groupés, honoraires forfaitaires, salaires, modèles hybrides – ne nuisent généralement pas à la prestation de soins virtuels. Ils s'appuient largement sur l'idée de prodiguer au patient des services aussi efficaces et efficaces que possible. Les règles relatives à la facturation et les primes auxquelles sont assujettis ces modes de rémunération ne nuisent pas à la prestation des soins ou à leur qualité. Sauf si d'autres règles et restrictions non liées à la rémunération s'appliquent, rien n'empêche les médecins payés selon un mode de rémunération autre qu'à l'acte d'utiliser des outils de soins virtuels pour répondre aux besoins des patients. Autre avantage de ces modes : on peut facilement les adapter en fonction des changements technologiques et des préférences des patients.

Comme ils ne nuisent pas à l'adoption des soins virtuels, il est inutile d'approfondir l'analyse de ces modes de rémunération dans le présent rapport; il suffit de souligner qu'ils devraient être mis de l'avant dans les milieux et les contextes où l'adoption des soins virtuels constitue une priorité.

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

Cela dit, la rémunération à l'acte est le mode qui prévaut au Canada, et son adaptation à la prestation de soins virtuels pose d'importantes difficultés. Dans les provinces et les territoires où il n'existe aucun cadre d'intégration des soins virtuels aux codes de facturation, les médecins rémunérés à l'acte ne reçoivent généralement aucune rétribution pour l'utilisation d'outils de soins virtuels. Certains utilisent le téléphone, les courriels et les textos pour parler de divers enjeux avec les patients, mais ils ne reçoivent aucune rétribution à cet effet. Cette situation nuit à la généralisation du recours à ces outils. Au Canada, l'exploitation du plein potentiel des soins virtuels restera impossible tant que l'on n'aura pas apporté d'importants changements aux systèmes de rémunération à l'acte.

Le remplacement des modes de rémunération à l'acte pourrait être une option viable à long terme (les Territoires du Nord-Ouest l'ont fait en 2001), mais cela ne se fera pas du jour au lendemain, et il s'agit d'un projet complexe qui risque d'entraîner du mécontentement chez certaines parties prenantes. Certaines parties du système de soins primaires ont commencé à délaisser ce mode de rémunération, et elles ont fait bien du progrès à cet égard. Toutefois, la rémunération à l'acte reste fermement enracinée dans les systèmes de paiement provinciaux et territoriaux qui s'appliquent à la plupart des médecins de famille et des spécialistes. Or, ces derniers doivent intégrer les soins virtuels à leurs pratiques dès maintenant. L'adaptation du système de rémunération à l'acte est donc essentielle pour assurer une progression rapide sur ce plan.

SURVOL DE LA SITUATION DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

LE MODÈLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Colombie-Britannique est la province bénéficiant de l'approche la plus complète en matière de facturation des soins virtuels. Voici certains de ses éléments constitutifs :

- **Télésanté – vidéo.** « Service de télésanté » désigne un service de santé offert à distance au moyen d'images vidéo transmises en direct entre le patient et un médecin situé dans un lieu approuvé. Si le médecin n'est pas dans un lieu approuvé par les autorités sanitaires en place, il est tenu responsable de la confidentialité et de la sécurisation de la transmission. Si la téléconsultation nécessite un suivi en personne, elle doit être facturée comme une consultation mineure – sauf si plus de six mois se sont écoulés. Les services vidéo sont généralement facturables sur une base unitaire par patient, par jour et par médecin.
- **Prise en charge téléphonique.** Le code relatif à la prise en charge téléphonique en médecine générale (G14076) s'applique aux conversations cliniques entre un patient (ou son représentant médical) et un médecin ou autre professionnel de la santé autorisé travaillant dans un cabinet de médecine générale admissible. Il ne s'applique pas aux avis de rendez-vous et aux appels relatifs aux demandes de consultation, aux renouvellements d'ordonnance et aux traitements anticoagulants. Les médecins salariés, sous contrat ou payés à la séance et dont les ententes prévoient la prestation de ces services n'y ont pas droit. Les médecins peuvent facturer un maximum de 1 500 services de prise en charge téléphonique par année civile (les fonctions de facturation comprises dans les DME peuvent faciliter le suivi du nombre facturé).
- **Conseils médicaux par courriel ou messagerie texte.** Ce code s'applique aux échanges bilatéraux entre un patient (ou son représentant médical) et son médecin. La tâche peut être facturée même lorsqu'elle est déléguée à un adjoint médical ou à un autre professionnel de la santé. Dans tous les cas, le nom de la personne contactée, le mode de communication (téléphone, courriel, messagerie texte) et la description des conseils fournis doivent être consignés au dossier. Le code ne s'applique pas aux avis de rendez-vous et aux appels relatifs aux demandes de consultation, aux renouvellements d'ordonnance et aux traitements anticoagulants⁶⁸.

Les soins virtuels sont maintenant bien intégrés au modèle en vigueur en Colombie-Britannique, tant pour les patients suivis par un médecin de famille que pour ceux dont ce n'est pas le cas et qui veulent obtenir des services de santé par l'entremise de moyens virtuels.

À l'heure actuelle, aucune autre province ne propose une approche de rémunération aussi complète, quoique l'Ontario gagne rapidement du terrain. Toutes les autres provinces se contentent de systèmes où les codes de facturation ne s'appliquent qu'à certains aspects des soins virtuels, de projets pilotes ou d'un maintien du statu quo en attendant de voir évoluer les choses. De manière générale, les consultations vidéo sont limitées à certains sites de télésanté autorisés, et les codes relatifs à l'utilisation du téléphone, des courriels et de la messagerie texte sont restreints à certains besoins bien précis. Les codes de consultation interprofessionnels (p. ex., consultation électronique) sont de plus en plus répandus. Ils sont définis selon l'utilisation de moyens de communication synchrones (vidéo et téléphone) ou asynchrones (courriel et messagerie texte).

ALBERTA

En Alberta, certains services virtuels peuvent être facturés au régime d'assurance maladie sous certaines conditions. Par exemple, un médecin peut facturer une vidéoconférence sécurisée s'il a déjà établi une relation avec le patient, s'il utilise un système sécurisé conforme aux lignes directrices énoncées par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta et si lui et sa clinique ont soumis une évaluation des effets sur la vie privée⁶⁹.

SASKATCHEWAN

En Saskatchewan, la rémunération des services de télémédecine vidéo « est limitée aux établissements et aux médecins autorisés par la Direction générale des services médicaux. L'établissement et le médecin doivent se trouver en Saskatchewan ». Les codes téléphoniques sont réservés à des cas précis : communication à distance avec du personnel infirmier, suivi de traitement anticoagulant, suivi des patients diabétiques qui prennent de l'insuline et consultations à distance entre médecins (consultations électroniques). Dans certains cas, la réception de télécopies, de courriels et d'appels téléphoniques provenant d'autres professionnels de la santé peut être facturée⁷⁰. En outre, la Saskatchewan finance plusieurs projets pilotes novateurs.

MANITOBA

La situation du Manitoba ressemble beaucoup à celle de la Saskatchewan⁷¹.

ONTARIO

Le Réseau Télémédecine Ontario (RTO), quant à lui, a entrepris divers projets pilotes en Ontario de 2017 à 2019. Une évaluation préliminaire réalisée auprès de 194 fournisseurs a révélé un degré de satisfaction élevé chez les patients. Aucune surutilisation n'a été relevée, et les consultations virtuelles remplacent les consultations en personne dans des circonstances appropriées. Toutefois, la plupart des fournisseurs affirment que les soins virtuels ne leur ont pas permis de gagner du temps. Par conséquent, il a été recommandé d'autoriser les fournisseurs à choisir la plateforme de consultation virtuelle qui leur convient le mieux et de leur offrir du soutien pour garantir une distribution équitable des soins virtuels primaires⁷².

L'Ontario a également adopté des mesures visant à accroître considérablement le nombre de consultations vidéo. En effet, la province s'est engagée à intégrer les soins virtuels à l'éventail de soins couverts par le régime public. La plateforme du RTO permet aux médecins et aux patients de tenir des consultations vidéo à partir de leurs propres appareils partout dans la province. Les médecins recevront une rétribution en fonction des activités cliniques, comme pour les consultations en personne. Dans les phases à venir, on prévoit que les médecins pourront proposer une plus vaste gamme de modes de consultation (p. ex., messagerie texte) et exploiter les technologies de soins virtuels les mieux adaptées aux besoins de leurs patients (p. ex., celles que le RTO n'offre pas en ce moment). Les soins virtuels non couverts par le programme provincial et nécessitant une technologie qui ne fait pas partie de l'éventail proposé par le Réseau Télémédecine Ontario resteront autorisés.

Pour ce qui est de la rémunération des médecins, les régimes provinciaux exigent habituellement un permis d'exercice délivré par le Collège responsable de la province ou du territoire et un numéro de facturation valide pour le régime de cette province ou de ce territoire. En outre, les médecins sont tenus d'émettre des factures conformes aux grilles tarifaires en vigueur dans leur lieu d'exercice. Ainsi, il faut se demander dans quelles circonstances les régimes des provinces et des territoires devraient autoriser la facturation des soins virtuels qui outrepassent d'une manière ou d'une autre leurs frontières respectives.

Actuellement, les soins prodigués en personne par un professionnel vers qui le patient a été dirigé dans une autre province ou un autre territoire sont généralement autorisés par les régimes publics d'assurance maladie.

L'intégration des soins virtuels prodigués selon des modalités semblables aux régimes provinciaux et territoriaux représenterait une expansion des services raisonnable et contrôlée. Il s'agit d'une mesure qui permettrait d'éviter aux patients des déplacements inutiles et d'améliorer la capacité du système de soins de santé à répondre à leurs besoins.

Il n'en demeure pas moins que la prestation de soins virtuels entre un médecin de famille et un patient dans deux provinces différentes n'est pas une situation idéale. Nonobstant les questions de rémunération, il est préférable de viser des relations ininterrompues entre médecin de famille et patient dans la prestation de soins primaires. Or, ce type de lien est difficile à établir uniquement dans le cadre de consultations virtuelles. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un examen physique s'impose.

En formulant ses recommandations sur les modes de rémunération, le sous-groupe a relevé ces quelques questions d'ordre général, dont certaines outrepassent celle de la rémunération :

- L'intégration des nouveaux outils de soins virtuels aux systèmes de gestion des dossiers cliniques (DME) doit garantir une documentation appropriée pour ce qui est des enjeux relatifs aux soins et à la responsabilité, ainsi qu'à des fins d'audit.
- Les solutions de soins virtuels devraient soutenir le principe de médecine familiale selon lequel il faut favoriser la prestation de soins à proximité du domicile.
- Les cadres balisant la rémunération des soins virtuels devraient comprendre des dispositions visant à éviter la fragmentation des soins. Ils devraient soutenir les médecins qui prodiguent des soins à leurs propres patients ou à ceux qu'on a dirigés vers eux.
- Les patients qui n'ont pas de médecin de famille doivent tout de même pouvoir obtenir des soins virtuels au besoin. Les gouvernements et les associations médicales doivent viser des modèles de soins virtuels qui favorisent la continuité des soins qui leur sont prodigués et, éventuellement, l'officialisation de leur lien avec un médecin traitant – le but étant d'éviter que les soins virtuels fassent office de cliniques sans rendez-vous pour ces patients.
- Les médecins et autres professionnels de la santé auront besoin de soutien en matière de gestion du changement dans le cadre du déploiement des services de soins virtuels afin de partir du bon pied et d'établir des pratiques efficaces assurant la prestation de soins de qualité.
- Certains types de services virtuels entraînent des problèmes particuliers en ce qui a trait à l'établissement de codes de facturation. Par exemple, lors d'une journée donnée, un échange de cinq courriels peut remplacer une consultation en personne. Est-ce que chaque courriel devrait être facturable? Devrait-on privilégier un tarif au cas et à la journée, ou encore d'autres modes de rémunération comme des allocations générales ou des codes à l'heure? Pour le moment, on ne connaît pas la réponse à ces questions. Il faudra procéder à des essais et à des évaluations.

Comme ce sont les gouvernements qui reçoivent la facture, en bons défenseurs du système de soins de santé, les médecins veulent garantir que la facturation à l'acte des soins virtuels n'entraîne pas une surutilisation de ressources ou la prestation de soins inappropriés. Bien que cela ne s'appuie pas sur des données probantes, on craint, à un certain degré, que l'assouplissement des règles relatives à la prestation de soins virtuels entraîne une augmentation du volume de soins inutiles. Or, l'évaluation des projets pilotes du RTO en matière de soins virtuels ne valide pas ces craintes⁷². En effet, il est difficile d'imaginer que la prestation de soins virtuels à l'un de ses propres patients ou à un patient qui a été dirigé vers un spécialiste puisse changer quoi que ce soit d'autre que le mode de prestation des mêmes soins. Cela pourrait même désengorger les services des urgences et les centres de soins d'urgence.

La facture pourrait effectivement grimper si les soins virtuels permettaient d'offrir un suivi régulier aux patients qui n'ont actuellement pas de médecin de famille. Si un suivi est approprié et médicalement nécessaire, toute augmentation des coûts serait toutefois assortie d'une solution à un problème d'accessibilité majeur, et les citoyens sauraient que l'on respecte leur droit légitime d'obtenir les soins de santé dont ils ont besoin.

La crainte que la possibilité d'accéder à un médecin par simple voie virtuelle risque d'entraîner une utilisation non essentielle et frivole des ressources n'est pas près de s'estomper. Face à ce genre de préoccupations, il faut améliorer les systèmes et les processus pour mieux trier les cas et les traiter convenablement. Par exemple, il a été suggéré de confier aux lignes Info-Santé 811 des provinces qui en disposent le soin de trier les demandes et de diriger les patients vers les fournisseurs de soins virtuels dont ils ont besoin. L'évaluation et l'amélioration des modes de prestation des soins basés sur des données probantes les plus économiques et les mieux axées sur le patient devraient se faire en continu, au fil de l'intégration des soins virtuels à l'éventail de services assurés par l'État.

Dans la plupart des provinces et territoires, le fait de limiter l'accès aux soins virtuels en ne permettant pas la facturation à l'acte force les patients ayant besoin de soins médicaux à comparer les inconvénients et les coûts associés aux visites en personne au prix de services virtuels privés, voire même à envisager de souscrire une assurance privée qui couvrirait les soins virtuels. Cette approche va à l'encontre de l'idée de services médicaux essentiels financés par l'État sur laquelle repose le système de soins de santé canadien.

Les modes de rémunération autres qu'à l'acte se prêtent mieux au changement technologique. Toutefois, tant qu'ils ne seront pas adoptés à grande échelle, il faudra apporter des modifications au mode de rémunération à l'acte, qui est prédominant à l'heure actuelle.

PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS DÉGAGÉS PAR LE SOUS-GROUPE

Principes

- Les services médicaux prodigués par l’entremise de moyens virtuels devraient faire partie de l’éventail de soins assurés et rémunérés de manière analogue aux services offerts en personne. Dans un système de rémunération à l’acte, les normes en vigueur relativement aux rencontres en personne devraient aussi s’appliquer aux soins virtuels.
- Les autres modes de rémunération – p. ex., par capitation, salaire, honoraires forfaitaires, paiements groupés – ne nuisent aucunement à la prestation de soins virtuels et devraient être privilégiés par les milieux qui offrent ces services.
- Plusieurs normes de facturation devront être établies pour couvrir l’éventail de canaux de communication utilisés dans le cadre des activités rémunérées des médecins (p. ex., visite, séance, cas, allocation générale). Parmi les éléments qui devraient être pris en considération, notons ceci :
 - a. Les services fournis par un médecin pour déléguer des soins à d’autres professionnels devraient être facturables.
 - b. Les nouvelles réalités inhérentes à l’exercice de la médecine devraient être intégrées aux grilles tarifaires – p. ex., gestion des portails des patients et suivis à distance.
 - c. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient revoir leurs limites (de volume) en matière de soins virtuels et songer à les éliminer s’il s’avère qu’elles nuisent à la prestation de soins médicaux appropriés.
 - d. Les services médicaux qui nécessitent un rendez-vous en personne, mais qui peuvent être offerts par l’entremise de moyens virtuels (p. ex., certains renouvellements d’ordonnances, suivi relatif à des résultats de tests) devraient pouvoir être facturés au régime d’assurance maladie de la province ou du territoire.

RECOMMANDATIONS

12. Encourager les gouvernements et les associations médicales provinciales et territoriales à concevoir des grilles tarifaires ne conférant d’avantage fiscal ni aux consultations virtuelles ni à celles en personne.
13. Encourager la conception de programmes de développement du leadership à l’échelle du pays, des provinces, des territoires, et des établissements de soins partout au pays pour aborder les enjeux relatifs à la transformation du système de soins de santé afin de créer des offres de service axées sur l’intégration des soins virtuels, et encourager les médecins à participer à ces programmes.

SOUS-GROUPE SUR L'ÉDUCATION MÉDICALE

« De nos jours, les professionnels de la santé doivent maîtriser diverses compétences liées à l'utilisation de dispositifs numériques ou aux solutions en ligne », et il est maintenant essentiel de « maîtriser ces compétences indispensables à tous les professionnels de la santé⁷³ »

D^r Bertalan Meskó,
médecin futuriste

Le mandat du sous-groupe sur l'éducation médicale était :

- de cibler les obstacles attribuables aux lacunes du continuum de l'éducation médicale (premier cycle universitaire, formation postdoctorale et formation continue) en ce qui a trait à la prestation de soins virtuels de qualité au Canada;
- d'élaborer des stratégies visant à atténuer les conséquences de ces lacunes;
- de concevoir une feuille de route détaillée pour favoriser la mise en œuvre de ces stratégies.

Pour que le système de soins de santé tire pleinement profit des avantages des soins virtuels, ces derniers doivent être intégrés aux programmes d'études en médecine et de développement professionnel continu. Comme l'enseignant et médecin futuriste Bertalan Meskó l'a écrit, les soins virtuels et la santé numérique ne sont pas seulement une question de changement de plateforme; ils nécessitent une transformation culturelle⁷⁴.

ÉDUCATION MÉDICALE ACTUELLE

Un sondage de 2012 sur la santé numérique dans les programmes universitaires de premier cycle des 17 facultés de médecine canadiennes a ciblé d'importantes difficultés. Notons d'abord l'absence d'un langage commun entre les facultés pour parler de santé numérique. Bien que la moitié des facultés mentionnaient l'utilisation de DME et de DSE dans l'enseignement, il n'y avait pas d'approche uniforme, et les répondants sentaient que les ressources des facultés pour soutenir les soins numériques n'étaient pas développées⁷⁵.

Conçu dans les années 1990 par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le référentiel des compétences CanMEDS vise à encadrer le développement des compétences liées à l'ensemble des disciplines médicales. En 2017, le Collège royal s'est allié à 12 organismes du domaine de la santé pour former le Consortium CanMEDS⁷⁶. En 2015, un groupe de travail sur la cybersanté de CanMEDS a défini une gamme de compétences pour chacun des sept rôles clés des médecins, notamment le rôle d'expert : *adopter une variété de technologies de l'information et de communication pour prodiguer des soins axés sur le patient et offrir des conseils d'expert à différentes populations dans divers contextes*⁷⁷. Récemment, des articles ont souligné la nécessité de créer de nouvelles approches tenant notamment compte de bonnes pratiques en soins virtuels à adopter pour favoriser l'efficacité dans la prestation de ce genre de soins⁷⁸. Rahul Sharma et ses collègues ont proposé des compétences de base en soins virtuels qui soulignent les différences entre ces soins et les pratiques à adopter au chevet des patients⁷⁹. Le Dr Eric Topol a récemment fait une revue de la façon dont les citoyens en Angleterre et les travailleurs du National Health Service (NHS) devront être préparés à l'avènement des soins virtuels et de domaines connexes, comme la génomique, la robotique et l'intelligence artificielle⁸⁰. L'Association médicale américaine a publié un guide en 12 étapes détaillées pour favoriser la mise en œuvre de la surveillance à distance de l'état des patients⁸¹.

Le sous-groupe sur l'éducation médicale a examiné plusieurs aspects devant être pris en compte dans l'éducation médicale et en ce qui a trait aux soins virtuels : principes, compétences, milieux d'apprentissage, sécurité des patients et des apprenants, développement professionnel du corps professoral, évaluation de l'apprenant, évaluation des programmes et agrément, entre autres. L'établissement de principes en matière de soins virtuels dans l'éducation médicale est une première étape essentielle : au minimum, ces principes devraient tenir compte des grands enjeux qui touchent les volets clinique, médicolégal, pédagogique et social.

De plus en plus, les médecins en formation et en exercice seront tenus de posséder les compétences nécessaires pour offrir des soins à des populations de densités variables par l'entremise de moyens technologiques qui évoluent rapidement. Il est devenu essentiel de savoir tirer le plein potentiel des technologies virtuelles pour améliorer les soins aux patients. L'enseignement des soins virtuels nécessite essentiellement les mêmes ressources pédagogiques que tous les autres aspects de l'éducation médicale en milieu interprofessionnel, ce qui inclut un enseignant expérimenté qui connaît bien les meilleures pratiques en vigueur, des infrastructures de soutien appropriées sur les lieux de consultation et des patients dont les problèmes de santé sont propices à l'apprentissage.

Les médecins en formation et en exercice seront également tenus de maîtriser les compétences nécessaires à la prestation de soins virtuels et de savoir déterminer quand ces soins sont appropriés ou non, en gardant en tête qu'ils doivent être vus comme un outil (voir l'annexe II). Différents modes de communication et de collecte de données en constante évolution seront appelés à être utilisés. Les appareils d'autosurveillance portatifs fourniront des données auxquelles les médecins n'avaient pas accès par le passé.

Les apprenants devraient être exposés aux technologies de soins virtuels à la faculté de médecine et lors de leur résidence. C'est donc à ce moment qu'ils devraient être évalués sur leurs connaissances des principes liés aux soins virtuels et leurs compétences à cet égard, et ce, tout au long de leur parcours, selon diverses méthodes.

Comme les soins virtuels constituent une nouvelle réalité, les milieux d'apprentissage doivent d'abord s'assurer que les enseignants connaissent suffisamment bien les meilleures pratiques en vigueur et les outils utilisés pour évaluer et traiter les patients à distance. Heureusement, la courbe d'apprentissage n'est pas longue, ni particulièrement abrupte.

Les soins virtuels peuvent être prodigués au moyen de modes de communication synchrones ou asynchrones. La communication asynchrone est caractérisée par l'échange de messages surtout écrits, mais parfois vocaux (comme la messagerie vocale).

La communication synchrone, quant à elle, se fait par appels audio ou vidéo. Les milieux d'apprentissage qui enseignent les soins virtuels doivent disposer d'outils appropriés pour favoriser la communication avec les patients. Comme toute autre technologie médicale, les outils liés aux soins virtuels doivent être conviviaux et sécurisés, notamment sur le plan de la protection de la vie privée. Pour se procurer les outils les mieux adaptés à leur situation, les organisations devront solliciter l'expertise des personnes qui s'y connaissent bien en la matière au sein de leurs équipes cliniques, ou alors celle de consultants externes.

ENJEUX RELATIFS À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Dans les milieux de formation médicale décentralisée, l'enjeu crucial de la sécurité des patients est lié à l'emplacement du superviseur par rapport à l'apprenant et au patient, ainsi qu'à sa capacité de superviser convenablement l'examen du patient et de valider les décisions thérapeutiques.

Voici quelques cas de figure et ce qui pourrait en découler en ce qui a trait à la sécurité du patient et à la supervision :

1. *Le superviseur et l'apprenant sont au même endroit, et le patient est à distance (supervision sur les lieux) :*
Aucun risque pour le patient, puisque le superviseur peut directement observer l'apprenant et que tous deux peuvent baser leurs décisions sur la situation en contexte de prestation de soins virtuels.
2. *Le superviseur et le patient sont au même endroit, et l'apprenant est à distance :* Situation peu probable, dont il est difficile de voir les avantages pédagogiques. Aucun risque pour le patient, puisqu'il se trouve avec le superviseur.
3. *L'apprenant et le patient sont au même endroit, et le superviseur est à distance (supervision virtuelle) :*
Ce scénario introduit un risque. Le superviseur est incapable de valider les conclusions de l'examen physique réalisé par l'apprenant, à moins que d'autres moyens technologiques lui permettent de le faire. Les technologies de soins virtuels permettent probablement de superviser l'évaluation de l'état de santé mentale d'un patient et certains types d'examens physiques. Dans ces circonstances, il revient au superviseur de trancher la question du devoir de diligence et de déterminer si l'évaluation du patient doit être complétée par un médecin pleinement qualifié. Il pourrait être tentant de s'en remettre aux conclusions non vérifiées de l'apprenant. L'état d'avancement du parcours d'apprentissage doit donc être pris en compte. Ce cas de figure présente un risque plus élevé.
4. *Toutes les personnes impliquées sont séparées et communiquent par l'entremise de moyens virtuels :*
Cas de figure probable hors des heures ouvrables ou sur appel. Le patient ne peut subir d'examen physique. L'apprenant et le superviseur doivent donc déterminer si son cas peut être pris en charge par l'entremise de moyens virtuels ou s'il doit être examiné en personne.
5. *Le superviseur et l'apprenant proviennent d'établissements, de provinces ou de territoires différents et ont une entente de « supervision virtuelle » (n° 3) :* La probabilité de ce cas de figure est incertaine. C'est le cas de figure n° 3, avec une difficulté supplémentaire : le superviseur n'est pas affilié à la même université que l'apprenant ou n'exerce pas la médecine dans la même province ou le même territoire. Le fait que le superviseur risque de moins bien connaître l'apprenant, ses objectifs d'apprentissage et le milieu de soins où il se trouve pose un risque supplémentaire. Ce cas de figure présente le risque le plus élevé.

À la suite d'une revue de la documentation sur l'évaluation des apprenants dans des milieux qui offrent des soins virtuels, le sous-groupe a constaté que la recherche s'intéresse très peu au sujet. Or, l'acquisition des compétences nécessaires pour exceller dans ces milieux doit commencer dès le début de l'éducation médicale, à la faculté de médecine. Ce processus doit se poursuivre durant la résidence, puis ces compétences doivent être peaufinées durant les premières années d'exercice.

DIFFICULTÉS ACTUELLES

1. **Déterminer le caractère approprié des soins virtuels**
 - a. Tout d'abord, les apprenants devraient recevoir une formation et être évalués sur leur capacité à déterminer si un patient peut être évalué selon les modalités prévues dans le cadre de la prestation de soins virtuels. Le patient est-il suffisamment malade pour nécessiter un examen physique ou des soins d'urgence? La capacité des apprenants à trier les cas et à déterminer quels patients peuvent être traités par l'entremise de moyens virtuels doit faire l'objet d'une évaluation.
2. **Communication**
 - a. Les méthodes et les styles de communication appliqués en soins virtuels diffèrent grandement de ceux appliqués dans les milieux cliniques traditionnels. Les apprenants doivent apprendre à communiquer avec les patients de manière à déterminer les signes et symptômes de l'affection. Ils doivent aussi savoir expliquer les concepts de manière à pouvoir recueillir de l'information sans procéder eux-mêmes à un examen physique du patient.
3. **Utilisation de la technologie**
 - a. L'avènement des soins virtuels a ouvert la porte à de nombreuses innovations, notamment technologiques. Même s'ils baignent dans ce contexte, les apprenants seront exposés à une multitude d'outils; ils devront impérativement apprendre comment et quand les utiliser.

STRATÉGIES

1. **Déterminer le caractère approprié des soins virtuels**
 - a. Cela pourrait se faire par des évaluations formatives, et les apprenants pourraient être exposés à plus de situations cliniques qui leur permettraient d'acquérir de l'expérience en vue de cibler les cas pouvant être traités par l'entremise de moyens virtuels.
 - b. Les connaissances des apprenants et leur compréhension des principaux concepts peuvent également être évaluées par des examens écrits où ils doivent déterminer si certains patients pourraient être traités selon les modalités prévues pour la prestation de soins virtuels.
2. **Communication**
 - a. Les aptitudes de communication devraient être examinées au moyen d'évaluations formatives et de mentorat avec des superviseurs qui s'y connaissent bien dans le domaine des soins virtuels.
 - b. Des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) officiels peuvent être utilisés pour évaluer les aptitudes de communication des apprenants dans leurs interactions avec les patients en contexte de prestation de soins virtuels.
 - c. De plus, il serait important de demander aux patients ce qu'ils ont pensé de leur expérience avec les apprenants. Le fait de leur demander de fournir leur propre évaluation des aptitudes de communication des apprenants et de l'efficacité de leurs interactions aurait des effets très positifs.
3. **Utilisation de la technologie**
 - a. Dans le but de lever les craintes relatives à l'utilisation des technologies fournies pour la prestation de soins virtuels par les apprenants, il faut les évaluer en procédant à des simulations technologiques visant à déterminer s'ils sont capables d'utiliser ces technologies de façon appropriée et efficace.

L'évaluation des programmes de formation doit être précédée d'une collecte de données efficace. Ces évaluations permettent d'émettre des affirmations relatives à la qualité des programmes et de répondre aux questions portant sur leur efficacité – p. ex., sont-ils utiles pour les participants? Les stratégies de recrutement fonctionnent-elles? Le personnel possède-t-il la formation et les compétences nécessaires pour offrir ces services? Les participants sont-ils satisfaits?

Malgré toute l'expérience que peuvent avoir les cliniciens en matière de soins virtuels et d'enseignement, les facultés de médecine devront mettre sur pied des ressources de développement professionnel pour soutenir les médecins qui prodiguent des soins virtuels, qui enseignent et qui évaluent les apprenants pour veiller à ce qu'ils comprennent bien les compétences et les principes particuliers qui doivent entrer en ligne de compte.

EXIGENCES EN MATIÈRE D'AGRÉMENT

En ce moment, au Canada, les exigences relatives à l'agrément au premier cycle universitaire, au postdoctorat et à la formation continue ne mentionnent pas explicitement les soins virtuels, mais elles n'empêchent pas non plus leur inclusion dans les programmes. Les normes actuelles encadrant les questions liées aux ressources, aux milieux et aux interactions avec les patients sont suffisamment générales pour s'appliquer à la fois aux milieux de soins « traditionnels » et à ceux offrant des soins virtuels. Il est possible de les interpréter en ce sens.

À cet égard, les données recueillies n'ont pas révélé de différences dans les normes d'agrément que l'on observe ailleurs. Même dans les pays plus avancés sur le plan de l'intégration des soins virtuels (p. ex., l'Australie), les programmes de formation n'ont pas subi de transformations visant explicitement une adaptation au progrès technologique.

Toutefois, les exigences relatives à l'agrément mentionnent que les facultés et les programmes sont responsables de répondre aux besoins de la population qu'ils servent et d'utiliser la bonne technologie pour ce faire. Compte tenu du gain de popularité des soins virtuels, il ne serait pas étonnant que la formation sur diverses méthodes de prestations de soins virtuels soit ajoutée à ces exigences.

PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS DÉGAGÉS PAR LE SOUS-GROUPE

Principes

- La formation sur les soins virtuels doit être intégrée à celle offerte dans les services de santé de manière à ce que les fournisseurs et les administrateurs puissent se préparer à travailler dans un écosystème où les soins virtuels sont pleinement déployés.
- Les exigences des *normes existantes* devraient être présentées explicitement de manière à ce que les soins virtuels soient simplement vus comme une autre modalité de prestation de soins, et non comme un sujet à part.
- Les programmes d'éducation médicale devraient veiller à ce que les milieux d'apprentissage offrant des soins virtuels répondent à trois critères fondamentaux :
 - présence d'un enseignant expérimenté;
 - existence d'infrastructures de soutien appropriées;
 - présence de patients dont les problèmes de santé peuvent être évalués et traités par l'entremise de moyens virtuels en toute sécurité.
- Selon les situations, les médecins qui offrent des services de soins virtuels devraient être tenus de maintenir leur capacité de procéder à des examens physiques en personne.
- La sécurité des patients et l'efficacité de la formation devraient être au cœur des priorités relatives aux soins virtuels.
- La prise en charge des apprenants en formation relativement à la prestation de soins virtuels devrait être assujettie aux normes suivantes :
 - L'attitude, les connaissances et les compétences devraient être évaluées à l'aide de méthodes diversifiées et appropriées tout au long de la formation et dans la pratique.
 - Selon l'avancement de son parcours, l'apprenant devrait être supervisé selon un modèle permettant la vérification des observations de l'examen physique si elles sont déterminantes pour les soins du patient.

RECOMMANDATIONS

- 
14. Solliciter la participation du Consortium CanMEDS à l'intégration et à la mise à jour des compétences requises en matière de soins virtuels pour les apprenants au premier cycle, au postdoctorat et en développement professionnel continu.
 15. Solliciter l'aide du réseau de développement professionnel du corps professoral de l'Association des facultés de médecine du Canada pour entreprendre une analyse contextuelle dans le but de cibler les ressources dont disposent actuellement les enseignants cliniques des milieux qui offrent des soins virtuels, et pour concevoir un plan national de développement professionnel des enseignants en matière de soins virtuels.
 16. Créer un cadre exhaustif d'évaluation des programmes applicable à toutes les facettes des soins virtuels dans l'éducation médicale.
 17. Soutenir et reconnaître le savoir et la formation sur les soins virtuels détenus par le corps professoral.
 18. Établir une terminologie normalisée partout au pays pour les soins virtuels.
 19. Créer des normes d'agrément nationales en matière de soins virtuels.

CONCLUSION

Au rythme actuel, il faudra probablement de nombreuses années au Canada pour atteindre le niveau de soins virtuels présentement fourni par des systèmes comme celui de Kaiser Permanente. Par ailleurs, si l'on ne se penche pas sur des enjeux majeurs comme ceux relatifs aux normes, au permis d'exercice, à la qualité des soins, à la rémunération et à l'éducation médicale, la prestation de soins virtuels financés par l'État risque de rester en marge du principal modèle de soins unissant les médecins et les patients.

Considérant la demande élevée et le fait qu'on a la capacité d'améliorer l'accès aux soins virtuels, on peut s'attendre à une prévalence accrue des soins virtuels dans le système de soins de santé canadien, mais ces soins resteront fragmentés et offerts de manière inéquitable si l'on ne prend pas des mesures appropriées pour corriger le tir.

Selon le Groupe de travail sur les soins virtuels, la décision de recourir aux soins virtuels devrait être prise s'il s'agit d'une option raisonnable ou supérieure pour offrir des soins sécuritaires, accessibles et d'excellente qualité aux patients, comparativement aux consultations en personne. Les technologies de soins virtuels, comme les autres outils de communication que l'on utilise en médecine, devraient permettre ou améliorer la communication avec les patients de manière à favoriser la collecte d'information et le renforcement des relations.

Les recommandations énoncées dans le présent rapport décrivent les mesures que les médecins canadiens estiment nécessaires pour optimiser l'utilisation que font les médecins et les patients des outils et plateformes de soins virtuels de manière à ce que les médecins puissent faire le tour de la question et répondre aux besoins des patients. Le succès des soins virtuels repose sur la collaboration interprofessionnelle. Idéalement, ce rapport lancera un dialogue entre professionnels et travailleurs de la santé afin de promouvoir l'excellence dans la prestation de soins virtuels complets.

Les pratiques exemplaires continueront d'évoluer, portées par l'innovation technologique et l'adaptation du secteur. Il est donc essentiel que toutes les parties prenantes du système collaborent entre elles et fassent preuve de souplesse. Les médecins et les professionnels de la santé devront impérativement s'unir pour devenir des vecteurs de changement et favoriser l'adoption de soins virtuels selon des modalités raisonnables, la promotion de soins virtuels s'appuyant sur des données probantes et la création conjointe de normes par l'amélioration continue de la qualité des soins offerts.

Un leadership national sera nécessaire pour établir des pratiques de soins virtuels fondées sur la qualité et répondant véritablement aux besoins de la population canadienne.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS VIRTUELS

1. Rédiger une charte nationale des droits et responsabilités des patients en matière d'information médicale.
2. Établir un cadre pancanadien favorisant une architecture d'information médicale systémique axée sur le patient, pouvant fonctionner en toute interopérabilité et permettant la prestation de soins virtuels. Ce cadre comprendra :
 - des lignes directrices régissant l'échange d'informations sur la santé;
 - un cadre transférable d'élaboration de lois et politiques sur l'utilisation de technologies informatiques dans le domaine de la santé;
 - l'établissement d'une architecture technique;
 - des lignes directrices relatives à l'inscription des patients et des fournisseurs dans un registre.
3. Élaborer des normes nationales encadrant l'accès aux informations sur la santé des patients.
4. Établir un cadre de collaboration interprofessionnelle favorisant la prestation de soins virtuels à l'échelle pancanadienne.
5. Établir un cadre de gouvernance pancanadien favorisant la prestation de soins virtuels axés sur la qualité.
6. Encadrer les enjeux relatifs à la protection de la vie privée et à la sécurisation des informations sur la santé afin de favoriser la prestation de soins virtuels à l'échelle pancanadienne.
7. Soutenir les efforts de la Fédération des ordres des médecins du Canada en vue de simplifier les processus de demande et de délivrance du permis d'exercice aux médecins qualifiés capables de prodiguer des soins virtuels partout au pays, sans égard aux frontières provinciales et territoriales.
8. Établir un cadre national pour fixer des règles relatives à la sécurité des technologies et systèmes de soins virtuels.
9. Faire en sorte que les normes définies par les organismes de réglementation médicaux favorisent la prestation de soins virtuels sécuritaires par du personnel compétent.
10. Établir un cadre national en matière de responsabilité médicale pour ce qui est des soins virtuels.
11. Établir un cadre de définition de normes relatives à la prestation de soins virtuels dans les communautés autochtones du Canada.
12. Encourager les gouvernements et les associations médicales provinciales et territoriales à concevoir des grilles tarifaires ne conférant d'avantage fiscal ni aux consultations virtuelles ni à celles en personne.
13. Encourager la conception de programmes de développement du leadership à l'échelle du pays, des provinces, des territoires, et des établissements de soins partout au pays pour aborder les enjeux relatifs à la transformation du système de soins de santé afin de créer des offres de service axées sur l'intégration des soins virtuels, et encourager les médecins à participer à ces programmes.
14. Solliciter la participation du Consortium CanMEDS à l'intégration et à la mise à jour des compétences requises en matière de soins virtuels pour les apprenants au premier cycle, au postdoctorat et en développement professionnel continu.

15. Solliciter l'aide du réseau de développement professionnel du corps professoral de l'Association des facultés de médecine du Canada pour entreprendre une analyse contextuelle dans le but de cibler les ressources dont disposent actuellement les enseignants cliniques des milieux qui offrent des soins virtuels, et pour concevoir un plan national de développement professionnel des enseignants en matière de soins virtuels.
16. Créer un cadre exhaustif d'évaluation des programmes applicable à toutes les facettes des soins virtuels dans l'éducation médicale.
17. Soutenir et reconnaître le savoir et la formation sur les soins virtuels détenus par le corps professoral.
18. Établir une terminologie normalisée partout au pays pour les soins virtuels.
19. Créer des normes d'agrément nationales en matière de soins virtuels.

ANNEXE I

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS VIRTUELS

Coprésidents

D ^r Ewan Affleck	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r Douglas Hedden	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^{re} Gigi Osler	Association médicale canadienne

Membres

Adel Arezki	Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada
Todd Coopee	Médecins résidents du Canada
Julie Drury	Voix des patients à l'AMC
D ^r Devin Hasanally	Médecins résidents du Canada
Hanene Mankour	Fédération médicale étudiante du Québec
D ^{re} Veronica McKinney	Université de la Saskatchewan
D ^{re} Geneviève Moineau	Association des facultés de médecine du Canada
D ^r John Pawlovich	Société de la médecine rurale du Canada
D ^{re} Debra Pugh	Conseil médical du Canada
D ^r Cecil Rorabeck	Forum médical canadien
D ^r Jeff Sisler	Collège des médecins de famille du Canada
Robert Thompson	Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador
D ^r Richard Tytus	Association médicale canadienne

Observateurs

Fleur-Ange Lefebvre	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^{re} Heidi Oetter	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^r Daniel Tardif	Association canadienne de protection médicale

MEMBRES DES SOUS-GROUPES

Interopérabilité et gouvernance

D ^r Ewan Affleck – Président	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r Mohamed Alarakhia	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r Jonathan Choy	Services de santé de l'Alberta
Sarah Hutchison	OntarioMD
Todd Coopee	Médecins résidents du Canada
David Price	Voix des patients à l'AMC
D ^r Richard Tytus	Association médicale canadienne

Permis d'exercice et qualité des soins

D ^{re} Heidi Oetter – Présidente	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^r Michael Benusic	Médecins résidents du Canada
Fleur-Ange Lefebvre	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^{re} Gigi Osler	Association médicale canadienne
D ^r Jeff Sisler	Collège des médecins de famille du Canada
Eddy Szczerbinski	Voix des patients à l'AMC

Modes de rémunération

Robert Thompson – Président	Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador
D ^r Paul Babyn	Autorité sanitaire de la Saskatchewan
D ^r Cecil Rorabeck	Forum médical canadien
D ^r Paul Sawchuk	Collège des médecins de famille du Canada
Roger Stoddard	Voix des patients à l'AMC
Victor Taylor	Association médicale de l'Alberta

Éducation médicale

D ^{re} Geneviève Moineau – Coprésidente	Association des facultés de médecine du Canada
D ^r Andrew Padmos – Coprésident	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^r Douglas Bell	Association canadienne de protection médicale
D ^r Mark Dermer	Dialogue
D ^{re} Nancy Fowler	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r Devin Hasanally	Médecins résidents du Canada
D ^r Kenneth Harris	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^r Douglas Hedden	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^r Kendall Ho	Université de la Colombie-Britannique
D ^{re} Anna Karwowska	Association des facultés de médecine du Canada
Toni Leamon	Voix des patients à l'AMC
Rishi Sharma	Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada

Secrétariat

D ^{re} Francine Lemire	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r Andrew Padmos	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Timothy Smith	Association médicale canadienne
Owen Adams	Association médicale canadienne
Jennifer Kitts	Association médicale canadienne
Sharon Roy	Association médicale canadienne

REMERCIEMENTS

Le Groupe de travail sur les soins virtuels aimerait souligner l'expertise et le travail rigoureux de Pat Rich, à qui l'on doit la compilation de la version définitive du présent rapport. Il a réussi à respecter un échéancier extrêmement serré pour donner plus de latitude aux divers organismes participants. Nous le remercions du fond du cœur.

ANNEXE II

COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À LA PRESTATION DE SOINS VIRTUEL

1. Expert médical

- a. Comprendre les applications et les limites des soins virtuels; savoir quand indiquer au patient qu'il doit subir un examen en personne.
- b. Comprendre les balises juridiques qui encadrent la prestation de soins d'une province ou d'un territoire à l'autre.
- c. Se tenir au courant des modes de communication et de collecte de données privilégiés, notamment en ce qui a trait aux dispositifs portatifs.

2. Professionnel

- a. Veiller à protéger la vie privée du patient et à obtenir son consentement pour toute évaluation par consultation vidéo et tout transfert de données.
- b. Veiller à ce que le devoir de diligence du médecin soit dûment respecté en ce qui a trait aux soins, aux résultats de l'évaluation, aux décisions thérapeutiques et aux principes de consignation de l'information médicale.
- c. Veiller à ce qu'une supervision appropriée soit en place lorsque des apprenants et autres professionnels de la santé participent aux soins.

3. Communicateur

- a. Veiller à ce que les technologies de communication soient utilisées efficacement et connaître les limites de la technologie.
- b. Comprendre le rôle de la sécurisation dans les modes de communication électroniques.
- c. Connaître les règles d'étiquette en vigueur en matière de télésanté et les appliquer.
- d. Être en mesure d'aider les patients à utiliser la technologie.

4. Collaborateur

- a. Travailler avec l'équipe de soins en contexte médical pour veiller à ce que les interactions virtuelles s'inscrivent dans le cadre d'un système ou d'un programme de soins continus, et à ce qu'elles fassent l'objet d'un suivi au besoin.
- b. Savoir gérer les situations où les membres de l'équipe se trouvent à différents endroits (p. ex., l'apprenant est avec le patient, ou avec le superviseur).

5. Promoteur de la santé

- a. Voir les soins virtuels comme un moyen de surmonter les problèmes d'accessibilité et permettre aux populations et aux patients qui ne reçoivent pas des services adéquats d'obtenir des soins.
- b. Promouvoir l'accès à la technologie comme moyen de réduire les longs déplacements.
- c. Utiliser la technologie existante pour offrir au patient de choisir le type de consultation qu'il préfère.

6. **Érudit**

- a. Évaluer régulièrement les méthodes dans le but d'améliorer les pratiques exemplaires en matière de technologie de l'information et de communication.

7. **Leader**

- a. Passer les processus en revue et envisager des mécanismes d'amélioration appropriés.
- b. Veiller à ce que la technologie ne nuise pas à la relation médecin-patient.

RÉFÉRENCES

- ¹ Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, et coll. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare* 2018; vol. 24, n° 9 : p. 608–615.
- ² Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC). Référentiel sur la télémédecine. [En ligne]. Accessible ici : http://fmrac.ca/wp-content/uploads/2019/04/Telemedicine-Final_FR.pdf (consulté le 25 décembre 2019).
- ³ Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC. National Academies Press, 2001.
- ⁴ Ipsos. Global views on health-care 2018. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global-views-on-healthcare-2018-ipsos-global-advisor.pdf> (consulté le 25 décembre 2019).
- ⁵ Organisation mondiale de la Santé. Santé numérique A71/A/CONF.1. [En ligne]. Accessible ici : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_ACONF1-fr.pdf (consulté le 15 décembre 2019).
- ⁶ NHS England. The NHS long term plan. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhs-long-term-plan-june-2019.pdf> (consulté le 25 décembre 2019).
- ⁷ France. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route. Accélérer le virage numérique. [En ligne]. Accessible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf (consulté le 25 décembre 2019).
- ⁸ Australian Digital Health Agency. Australia's national digital health strategy: safe, seamless and secure. [En ligne]. Accessible ici : https://conversation.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/adha-strategy-doc-2ndaug_0_1.pdf (consulté le 25 décembre 2019).
- ⁹ House A, Roberts J. Telemedicine in Canada. *JAMC* 1977; vol. 117, n° 4 : p. 386–388.
- ¹⁰ Kaiser Permanente. Fact sheet. The future of care delivered today. [En ligne]. Accessible ici : https://permanente.org/wp-content/uploads/2018/05/Fact-Sheet_Telehealth_final.pdf (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹¹ Association canadienne d'informatique de la santé. 2015 Canadian telehealth report. [En ligne]. Accessible ici : <https://livecare.ca/sites/default/files/2015%20TeleHealth-Public-eBook-Final-10-9-15-secured.pdf> (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹² Pakravan P. Telemedicine in Ontario: progress to date and strategic imperatives. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.nlm.ca/nlma/event/resources/pakravan.pdf> (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹³ Services de santé de l'Alberta. Connect Care launches Nov. 3: thousands of clinicians involved to date. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.albertahealthservices.ca/news/releases/2019/Page15293.aspx> (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹⁴ Ipsos. Six in ten Canadians say they are excited about the impact artificial intelligence (AI) will have on health-care and a majority believe new technology (75%) and AI (69%) could solve existing issues our health-care system. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-08/cma_health_summit_factum_final_aug_14_2018.pdf (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹⁵ Inforoute Santé du Canada. Relier les patients pour favoriser leur santé, 2018. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3565-relier-les-patients-pour-favoriser-leur-sante-2018/view-document?Itemid=0> (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹⁶ Inforoute Santé du Canada. Sondage des médecins canadiens 2018. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3642-sondage-des-medecins-canadiens-2018/view-document?Itemid=0> (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹⁷ Association médicale canadienne. Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical (édition 2019). Q17. Outils électroniques utilisés par les patients. [En ligne]. Accessible ici : https://surveys.cma.ca/documents/SurveyPDF/CMA_Survey_Workforce2019_Q17_Electronic%20Tools-f.pdf (consulté le 25 décembre 2019).
- ¹⁸ Le service Maple. Page d'accueil. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.getmaple.ca/> (consulté le 26 décembre 2019).

-
- ¹⁹ Services de consultation numérique DermaGO. [En ligne]. Accessible ici : https://dermago.ca/index_en.html?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=brand-dermago-en&gclid=EAlaIqobChMI1_D7u8rR3wIVBECGCh0e5AVdEAAYASAAEgLKNVd_BwE (consulté le 26 décembre 2019).
- ²⁰ Solution numérique Cloud DX. À propos de Cloud DX. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.clouddx.com/#/about> (consulté le 26 décembre 2019).
- ²¹ La Great-West compagnie d'assurance vie. La Great-West devient le premier assureur national au Canada à offrir un service virtuel de soins de santé : Participation des employeurs du Québec et de l'Ontario au projet pilote du programme Dialogue. Le 14 novembre 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.greatwestlife.com/common/news/news-releases/great-west-life-first-national-insurer-in-canada-to-offer-virtua.html> (consulté le 26 décembre 2019).
- ²² La Financière Sun Life. Un médecin virtuel sur demande. Le 8 mars 2018. [En ligne]. Accessible ici : https://www.sunlife.ca/ca/About+us/Newsroom/News+releases/Announcement/Un+medecin+virtuel+sur+demande?vgnLocale=fr_CA&id=123141 (consulté le 26 décembre 2019).
- ²³ GP at Hand. À propos de nous. [En ligne]. Accessible ici : www.gpathand.nhs.uk/about-us (consulté le 26 décembre 2019).
- ²⁴ TELUS Santé. Une nouvelle application de TELUS Santé et Babylon permet aux Canadiens de consulter un médecin à partir de leur appareil mobile [communiqué de presse]. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.telussante.co/nouvelles/une-nouvelle-application-de-telus-sante-et-babylon-permet-aux-canadiens-de-consulter-un-medecin-partir-de-leur-appareil-mobile/> (consulté le 26 décembre 2019).
- ²⁵ Babylon Health. Artificial intelligence. [En ligne]. Accessible ici : www.babylonhealth.com/ai (consulté le 26 décembre 2019).
- ²⁶ Bhatia RS, Falk W. Modernizing Canada's health-care system through the virtualization of services [mémoire numérique]. Toronto : Institut C.D. Howe; 2018. [En ligne]. Accessible ici : www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/E-Brief%20277.pdf (consulté le 26 décembre 2019).
- ²⁷ Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé. Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé. Ottawa : Santé Canada, 1999.
- ²⁸ Inforoute Santé du Canada. Programmes de base. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/progres-au-canada/programmes-de-base> (consulté le 26 décembre 2019).
- ²⁹ Martin S. With CME, time is not on MDs' side: the 1999 CMA Physician Resource Questionnaire results. *JAMC* 1999; vol. 161, n° 8 : p. 935. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.JAMC.ca/content/suppl/2002/04/05/161.8.935.DC1> (consulté le 6 janvier 2020).
- ³⁰ Association médicale canadienne. Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical (édition 2017). Q22. Utilisation des dossiers électroniques. [En ligne]. Accessible ici : https://surveys.cma.ca/documents/SurveyPDF/CMA_Survey_Workforce2017_Q22_ElectronicRecords-f.pdf (consulté le 16 décembre 2019).
- ³¹ Ministère de la Santé de l'Ontario. L'Ontario accroît les soins de santé numériques et virtuels. Le 13 novembre 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2019/11/lontario-accroit-les-soins-de-sante-numeriques-et-virtuels.html> (consulté le 16 décembre 2019).
- ³² Ministère de la Santé de l'Ontario. Équipes Santé Ontario : Le document d'orientation sur les équipes Santé Ontario à l'intention des fournisseurs et des organismes de soins de santé. [En ligne]. Accessible ici : http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/ohd/docs/guidance_doc_fr.pdf (consulté le 16 décembre 2019).
- ³³ Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador. Virtual care strategy. [En ligne]. Accessible ici : http://www.nlma.nl.ca/FileManager/Position-Papers/docs/NLMA_Virtual_Care_Strategy_-_June_2019.pdf (consulté le 26 décembre 2019).
- ³⁴ Tables de stratégies économiques du Canada : Santé et sciences biologiques. [En ligne]. Accessible ici : [https://www.ic.gc.ca/eic/site/098.nsf/vwapj/ISED_SanteSciencesbiologiques.pdf/\\$file/ISED_SanteSciencesbiologiques.pdf](https://www.ic.gc.ca/eic/site/098.nsf/vwapj/ISED_SanteSciencesbiologiques.pdf/$file/ISED_SanteSciencesbiologiques.pdf) (consulté le 26 décembre 2019).

-
- ³⁵ Bureau du Commissaire à l'information et à la vie privée de l'Ontario. *Circle of care: sharing personal information for health-care purposes*. Toronto : Le Commissaire; 2015. [En ligne]. Accessible ici : www.ipc.on.ca/wp-content/uploads/resources/circle-of-care.pdf (consulté le 26 décembre 2019).
- ³⁶ Affleck E. Interoperability of electronic medical records requires more than just technical understanding. *JAMC*, 2019; vol. 191, n° 19 : p. E541.
- ³⁷ Inforoute Santé Canada. Sommaire du plan directeur 2019–2020. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/centre-de-ressources/recherche-avancee?q=Plan+directeur+2019-2020> (consulté le 25 décembre 2019).
- ³⁸ Association médicale canadienne. Voix des patients à l'AMC. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cma.ca/fr/voix-des-patients-lamc-1> (consulté le 25 décembre 2019).
- ³⁹ OntarioMD. EMR specifications library. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ontariomd.ca/emr-certification/emr-specification/library>. (consulté le 26 décembre 2019).
- ⁴⁰ Inforoute Santé du Canada. Normes canadiennes. <https://infocentral.infoway-inforoute.ca/fr/normes/canadiennes> (consulté le 26 décembre 2019).
- ⁴¹ Numéro d'identification médicale du Canada. [En ligne]. Accessible ici <https://www.minc-nimc.ca/fr/> (consulté le 26 décembre 2019).
- ⁴² Inforoute Santé du Canada. Livre blanc sur la gestion d'identité fédérée dans les soins de santé. (en anglais) [En ligne]. Accessible ici : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/resources/technical-documents/emerging-technology/2171-federated-identity-management-in-health-care-white-paper-full-report>. (consulté le 26 décembre 2019).
- ⁴³ Canada. Codification administrative des lois constitutionnelles de 1867 à 1982. [En ligne]. Accessible ici : https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/CONST_F.pdf (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁴⁴ Canada. Lois révisées du Canada (1927). Vol. III, chapitre 129. Loi prévoyant l'établissement du Conseil médical du Canada.
- ⁴⁵ Fédération des ordres des médecins du Canada, Association des facultés de médecine du Canada, Conseil médical du Canada. Licensure, postgraduate training and the qualifying examination. *JAMC*, 1992; vol. 146, n° 3 : p. 345.
- ⁴⁶ Fédération des ordres des médecins du Canada. Normes types pour l'octroi du permis d'exercice de la médecine au Canada. [En ligne]. Accessible ici : <http://fmrac.ca/wp-content/uploads/2018/04/Model-Standards-for-Medical-Registration-in-Canada-updated-February-2018.pdf> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁴⁷ Collège des Médecins et chirurgiens de la Saskatchewan. Telemedicine licensure. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/Registration/Licensure/Licence%20types/5.1-Telemedicine%20Licensure.pdf> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁴⁸ Collège des Médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick. Règlement n° 13 : Télémédecine. [En ligne]. Accessible ici : <http://cpsnb.org/fr/loi-reglement-et-lignes-directrices-medicales/reglements/391-reglement-13-telemedecine> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁴⁹ Association canadienne de protection médicale. La télémédecine – Possibilités, défis et obligations. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2013/telemedicine-challenges-and-obligations> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁵⁰ Breen K. National registration scheme at 5 years: not what it promised. *Aust Health Rev*, 2016; vol. 40, n° 6 : p. 674–678.
- ⁵¹ Interstate Medical Licensure Compact. The IMLC. [En ligne]. Accessible ici : <https://imlcc.org> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁵² Association médicale canadienne. Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical (édition 2019). Permis d'exercice national. [En ligne]. Accessible ici : https://surveys.cma.ca/en/list?p=1&ps=20&sort=title_sort%20asc&topic_facet=National%20licensure&year_facet=2019. (consulté le 25 décembre 2019).
- ⁵³ Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé; 2002. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf (consulté le 27 décembre 2019).

-
- ⁵⁴ Organisation mondiale de la Santé. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁵⁵ Liaw W, Jetty A, Coffman M, Petterson S, et coll. Disconnected: a survey of users and nonusers of telehealth and their use of primary care. *J Am Med Inform Assoc*, 2019; vol. 26, n° 5 : p. 420–428.
- ⁵⁶ Ipsos Mori. Evaluation of Babylon GP at hand: final evaluation report. [En ligne]. Accessible ici : www.hammersmithfulhamccg.nhs.uk/media/156123/Evaluation-of-Babylon-GP-at-Hand-Final-Report.pdf (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁵⁷ Champlain BASE e-Consult. Le service de consultation électronique BASE. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.champlainbaseconsult.com/> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁵⁸ L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Telehealth: summary of evidence. [En ligne]. Accessible ici : https://cadth.ca/sites/default/files/pdf/telehealth_bundle.pdf (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁵⁹ Collège des Médecins et chirurgiens de l'Alberta. Telemedicine: advice to the profession. [En ligne]. Accessible ici : http://www.cpsa.ca/wp-content/uploads/2018/10/AP_Telemedicine.pdf. (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁶⁰ Organisation de normes en santé (HSO). HSO 83001:2018 (F). – Télésanté. [En ligne]. Accessible ici : <https://healthstandards.org/fr/norme/telesante/> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁶¹ Collège des médecins de famille du Canada. Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale – Le Centre de médecine de famille. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2019. [En ligne]. Accessible ici : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_2.pdf (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁶² Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes. Fonds pour la large bande – Comblent le fossé numérique au Canada. [En ligne]. Accessible ici : <https://crtc.gc.ca/fra/internet/internet.htm> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁶³ Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes. Rapport de surveillance des communications 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://crtc.gc.ca/pubs/cmr2019-fr.pdf>. (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁶⁴ Collège des Médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Sondage national des médecins, 2014. Q16. [En ligne]. Accessible ici : <http://nationalphysicianssurvey.ca/wp-content/uploads/2014/08/2014-National-FR-Q16.pdf> (consulté le 27 décembre 2019).
- ⁶⁵ Stanistreet K, Verma J, Kirvan K, et coll. Physician remuneration for remote consults: an overview of approaches across Canada. *Healthc Q*, 2017; vol. 20, n° 3 : p. 12–15.
- ⁶⁶ Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Santé et bien-être. MyHealthNS to move to new software vendor. [En ligne]. Accessible ici : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20190807002>. (consulté le 28 décembre 2019).
- ⁶⁷ Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard. Approche novatrice en soins médicaux à l'hôpital Western. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.princeedwardisland.ca/fr/nouvelles/approche-novatrice-en-soins-medicaux-lhopital-western> (consulté le 6 janvier 2020).
- ⁶⁸ Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Medical Services Commission payment schedule, le 1^{er} novembre 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/medical-services-plan/msc-payment-schedule-november-2019.pdf> (consulté le 20 janvier 2020).
- ⁶⁹ Régime d'assurance maladie de l'Alberta. Medical procedure list, le 1^{er} octobre 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://open.alberta.ca/dataset/33fc3175-d3ea-4490-8f97-a2c6861826cc/resource/7bc6284b-1e53-43da-b844-e03cf02e973d/download/health-somb-medical-procedure-list-2019-10.pdf> (consulté le 20 janvier 2020).
- ⁷⁰ Ministère de la Santé de la Saskatchewan. Payment schedule for services provided by a physician April 1, 2019 (révisé le 7 mai 2019). [En ligne]. Accessible ici : <https://www.ehealthsask.ca/services/resources/establish-operate-practice/Documents/Payment%20Schedule%20-%20April%201%2c%202019%20-%20Final%20-%20Revised%20May%207%2c%202019.pdf>. (consulté le 28 décembre 2019).
- ⁷¹ Gouvernement du Manitoba, Santé, Âînés et Vie active. Manitoba physician's manual; le 1^{er} avril 2019. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.gov.mb.ca/health/documents/physmanual.pdf>. (consulté le 28 décembre 2019).

-
- ⁷² L'Hôpital Women's College Institute for Health Solutions et système de soins (Virtual WIHV). Enhance access to primary care: project evaluation final report. [En ligne]. Accessible ici : <https://otn.ca/wp-content/uploads/2019/08/eapc-evaluation-report.pdf>. (consulté le 28 décembre 2019).
- ⁷³ Tepper J. I, doctor. Health Quality Ontario Blog, le 21 novembre 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.hqontario.ca/Blog/autre/i-doctor>. (consulté le 28 décembre 2019).
- ⁷⁴ Meskó B, Drobini A, Bényei E, Gergely B, Gyorffy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional health-care. *mHealth*, 2017; vol. 3 : p. 38.
- ⁷⁵ Association des facultés de médecine du Canada, Inforoute Santé du Canada. Compétences en cybersanté pour l'éducation médicale prédoctorale. Ottawa, novembre 2012.
- ⁷⁶ Collège royal des Médecins et chirurgiens du Canada. À propos de CanMEDS. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f> (consulté le 2 janvier 2020).
- ⁷⁷ Ho, K. The CanMEDS 2015 eHealth expert working group report. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. [En ligne]. Accessible ici : www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/ehealth-ewg-report-e.pdf (consulté le 18 décembre 2019).
- ⁷⁸ Teichert E. Training docs on “webside manner” for virtual visits. *Mod Health-care*. Le 27 août 2016.
- ⁷⁹ Sharma R, Nachum S, Davidson K, et coll. It's not just FaceTime: core competencies for the medical virtualist. *Int J. Emerg Med*, 2019; vol. 12, n° 8. Doi :10.1186/s12245-019-0226-y.
- ⁸⁰ Health Education England. The Topol Review. Preparing the health-care workforce to deliver the digital future. [En ligne]. Accessible ici : <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf> (consulté le 26 décembre 2019).
- ⁸¹ Association médicale américaine. Digital health implementation playbook. Chicago : L'Association; 2018. [En ligne]. Accessible ici : www.ama-assn.org/system/files/2018-12/digital-health-implementation-playbook.pdf (consulté le 28 décembre 2019).

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA