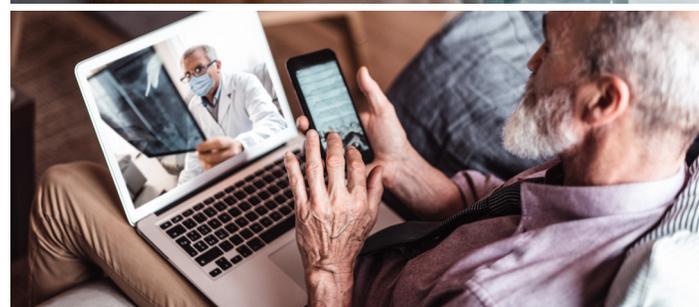
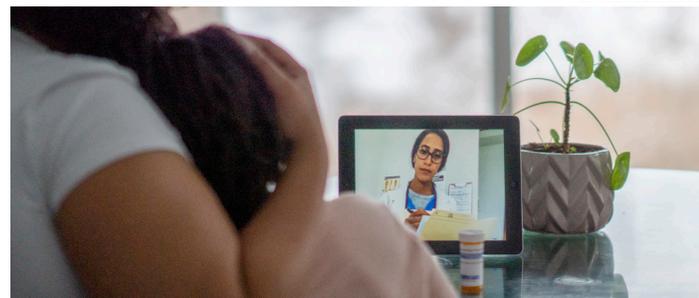


LES SOINS VIRTUELS AU CANADA : PROGRÈS ET POSSIBILITÉS

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES SOINS VIRTUELS

FÉVRIER 2022





RÉSUMÉ

La pandémie de COVID-19, qui a éclaté au début du printemps de 2020 et forcé l'imposition de la distanciation physique pour prévenir les infections, a grandement contribué à l'adoption des soins virtuels au Canada et ailleurs dans le monde, adoption qui a été au-delà des prévisions que le Groupe de travail sur les soins virtuels (GTSV) **avait publiées en février 2020 dans son premier rapport.**

Du jour au lendemain, les médecins et les patients ont dû se tourner vers des outils de soins virtuels comme le téléphone et la vidéoconférence pour tous les problèmes de santé, sauf ceux dont la gravité nécessitait des soins en personne. Cette transformation radicale des conditions de prestation des soins s'est accompagnée d'un investissement massif du gouvernement fédéral dans les soins virtuels et de la création d'une table fédérale-provinciale-territoriale visant leur développement.

Dans la foulée de ces changements, de nombreuses recommandations du premier rapport du GTSV ont été mises en œuvre, de concert avec le lancement de plusieurs initiatives par des organisations médicales et de santé et le développement de ressources destinées aux praticiens. Le Groupe estime par contre qu'il reste beaucoup de travail à faire pour mettre en place les cadres législatifs, réglementaires et de rémunération qui s'imposent pour faire en sorte que l'excellence des soins virtuels fasse partie intégrante du système de santé.

L'évolution de la situation ne fait pas que des heureux. En effet, avant l'émergence du variant Omicron, **certains médecins étaient réticents à revenir à la prestation de soins en personne.** À ce moment, la pandémie semblait s'essouffler, et on commençait à remettre en question le recours généralisé aux modalités virtuelles recommandé pour limiter les infections afin de favoriser une prestation plus adéquate des soins – ce qui veut dire, dans de nombreux cas, en personne.



Les membres du GTSV souscrivent toujours aux principes derrière les recommandations de leur rapport, ainsi qu'aux recommandations elles-mêmes.

Deux enjeux sont ressortis des discussions des sous-groupes du GTSV reconstitués : l'**ÉQUITÉ** et la **PERTINENCE DES SOINS VIRTUELS**. Un troisième enjeu soulevé dans le rapport initial, à savoir la croissance de l'offre de soins virtuels par des entreprises privées et le paiement de ces soins à l'extérieur du système de santé public, fait l'objet de préoccupations grandissantes.

S'appuyant sur un examen de l'avancée des soins virtuels depuis la publication de son premier rapport, le GTSV réitère deux de ses recommandations initiales, et en formule quatre nouvelles

Recommandations réitérées

1. Établir un cadre de gouvernance pancanadien favorisant la prestation de soins virtuels axés sur la qualité.
2. Faire en sorte que les normes définies par les organismes de réglementation médicaux favorisent la prestation de soins virtuels sécuritaires par du personnel compétent.



Nouvelles recommandations

1. Veiller à ce que des services de soins virtuels adéquats soient intégrés aux systèmes de santé publics.
2. Faire de l'équité un principe fondamental de la prestation des soins virtuels au Canada.
3. Promouvoir l'établissement d'orientations pour aider les fournisseurs et les patients à utiliser correctement les soins virtuels.
4. Presser les gouvernements et les associations médicales provinciales et territoriales d'inclure, dans leurs ententes négociées, les éléments suivants relativement aux soins virtuels :
 - ajout permanent de codes de facturation des soins virtuels dans les grilles tarifaires;
 - rémunération des médecins au même tarif, que les soins soient prodigués virtuellement ou en personne;
 - établissement d'un juste équilibre entre les soins en personne et virtuels, sans plafonner arbitrairement le volume des services de soins virtuels;
 - mise en place d'un mécanisme de paiement des services de soins virtuels pouvant être délégué de façon appropriée à d'autres personnes aptes à les prodiguer qui travaillent au sein du même cabinet médical;
 - mise en place d'un mécanisme de paiement des services de soins virtuels offerts de manière asynchrone par courriels ou messages textes sécurisés;
 - mise en place d'un mécanisme de paiement pour la gestion des portails auxquels les patients ont accès et où ils peuvent entrer des renseignements personnels.

Selon le GTSV, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations nationales devront fournir des efforts supplémentaires pour intégrer de manière optimale les soins virtuels dans le secteur canadien des soins de santé. La création d'un cadre pancanadien régissant les soins virtuels demeure prioritaire, et le GTSV recommande de s'inspirer de l'approche multilatérale inclusive mise de l'avant par le Groupe de travail de l'Alberta sur les soins virtuels pour établir, dans les autres provinces et territoires, des cadres équitables entourant la prestation de soins virtuels. Compte tenu du nombre important d'initiatives concernant les soins virtuels au pays, le GTSV croit que l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada devraient continuer de soutenir ses rencontres et ses groupes de travail en fonction des besoins pour que les médecins puissent faire front commun.

INTRODUCTION

Le 11 février 2020, l'Association médicale canadienne (AMC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont publié le rapport du Groupe de travail sur les soins virtuels (GTSV), une feuille de route pour élargir la prestation des soins virtuels au Canada. Depuis la publication du rapport, l'avènement de la pandémie de COVID-19 a accéléré considérablement l'adoption des soins virtuels au Canada et ailleurs dans le monde.

Durant l'été et l'automne 2021, l'AMC, le Collège royal et le CMFC ont convenu qu'il serait opportun que le GTSV produise une nouvelle version de son rapport pour faire état de l'évolution de l'utilisation des soins virtuels au Canada depuis la première publication. Le GTSV a donc reconstitué ses quatre sous-groupes pour qu'ils évaluent les progrès réalisés dans la mise en œuvre de leurs recommandations initiales et mettent à jour ces recommandations ou en formulent de nouvelles, si nécessaire.

Les sous-groupes sont les suivants :

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

Le mandat des sous-groupes demeure inchangé : 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.

La définition des [soins virtuels](#) utilisée par le GTSV demeure également inchangée : 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 maximiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients.

MISE EN CONTEXTE

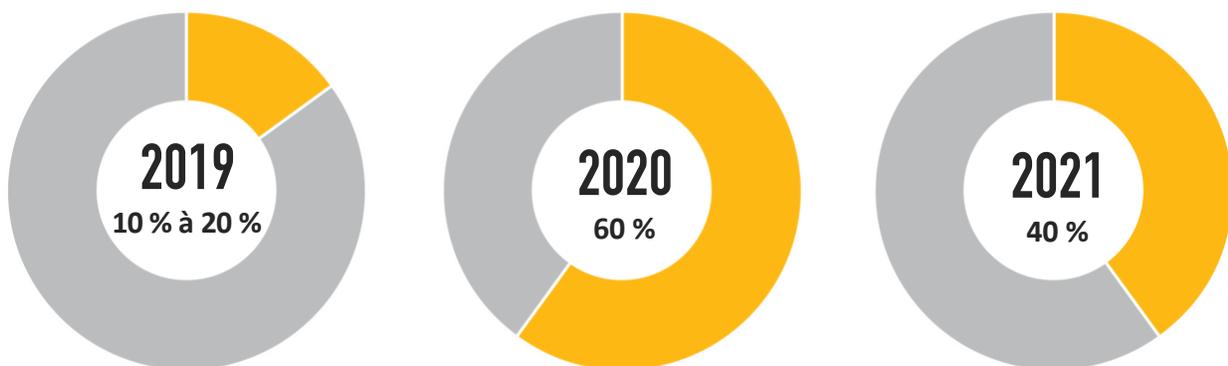
Le GTSV a publié son premier rapport le 11 février 2020. Le même jour, l'Organisation mondiale de la santé a nommé « COVID-19 » la maladie causée par le nouveau coronavirus, dont le premier cas au Canada avait été rapporté le 25 janvier. Depuis, la COVID-19 a tué des millions de personnes, mais aussi transformé les sociétés et leurs systèmes de soins de santé. Dans ce contexte, les soins virtuels ont pris une ampleur considérable, bien au-delà de ce qu'aurait pu prévoir le GTSV.

Pour réduire le risque de transmission du virus, on a introduit des mesures sanitaires mettant l'accent sur la distanciation physique. Conséquence : les médecins ont réalisé la vaste majorité de leurs consultations de routine avec leurs patients de manière virtuelle – principalement par téléphone, mais aussi par vidéoconférence et messages textes. Pour soutenir les soins virtuels, différents codes de facturation connexes ont rapidement été créés partout au pays au printemps 2021.

« À certains égards, la pandémie a catalysé la révolution des soins virtuels »,

avance le Dr Sacha Bhatia, titulaire de la chaire de recherche F.M.-Hill sur les solutions de système de santé et responsable des innovations médicales à l'Hôpital Women's College, lors d'une [conférence du Collège Massey](#) tenue en mai 2020.

Soins virtuels au Canada



Selon une [analyse d'Inforoute Santé du Canada](#) publiée en juin 2021, la proportion des consultations virtuelles au Canada, tous types de fournisseurs confondus, était de 10 % à 20 % en 2019, avant de grimper à 60 % en avril 2020, puis de redescendre à 40 % pour l'année 2021. Selon un [sondage réalisé par KPMG](#), 31 % des Canadiens qui ont dit avoir un médecin de famille ne l'avaient pas consulté, virtuellement ou en personne, depuis le début de la pandémie.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en février 2020, dans les provinces où les données étaient disponibles, 48 % des médecins avaient fourni au moins un service de santé virtuel; en septembre, cette proportion était de 83 % (voir figure). L'ICIS a ajouté que « le changement s'est avéré encore plus grand en ce qui concerne l'accès des Canadiens aux services de santé virtuels : dans les mêmes provinces, la proportion de personnes qui ont reçu au moins un service de santé virtuel est passée de 6 % à 56 %, ce pourcentage variant cependant d'une province à l'autre ».

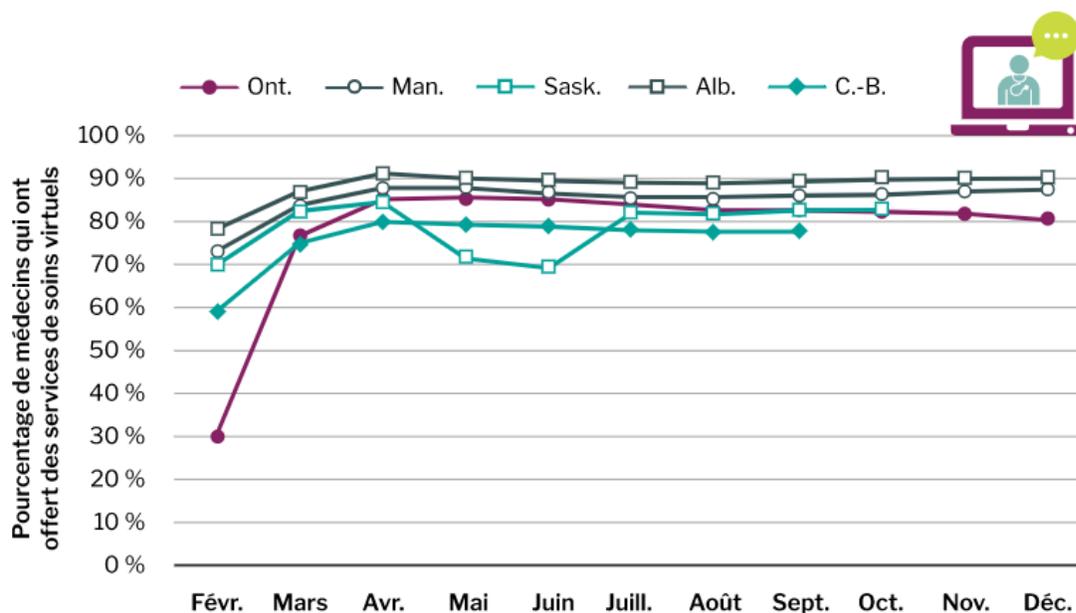


Figure reproduite avec la permission de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Hausse des services de santé virtuels offerts par les médecins. Publiée le 19 août 2021, consultée le 19 janvier 2022. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-points-saillants-de-lincidence-de-la-covid-19/hausse-des>

Dans ce rapport publié en août 2021, l'ICIS précise qu'« à l'avenir, des données et de l'information de qualité supérieure sur l'équité en matière d'accès aux soins virtuels, aux services et aux résultats serviront de base à l'amélioration des rapports sur la prestation des soins de santé virtuels ».

Une étude publiée dans le CMAJ a révélé qu'en Ontario, 71,1 % des consultations de soins primaires avaient eu lieu virtuellement durant les quatre premiers mois de 2020 (du 11 mars au 28 juillet), soit au début de la pandémie, contre 1,2 % pour la même période en 2019 (du 12 mars au 29 juillet). Interrogés sur le mode de consultation de janvier à avril 2021, les patients ont répondu dans une proportion de 38 % que la plus récente consultation avait eu lieu virtuellement (pour les consultations les plus récentes avec des médecins de famille, la proportion montait à 52 %).

71,1 %

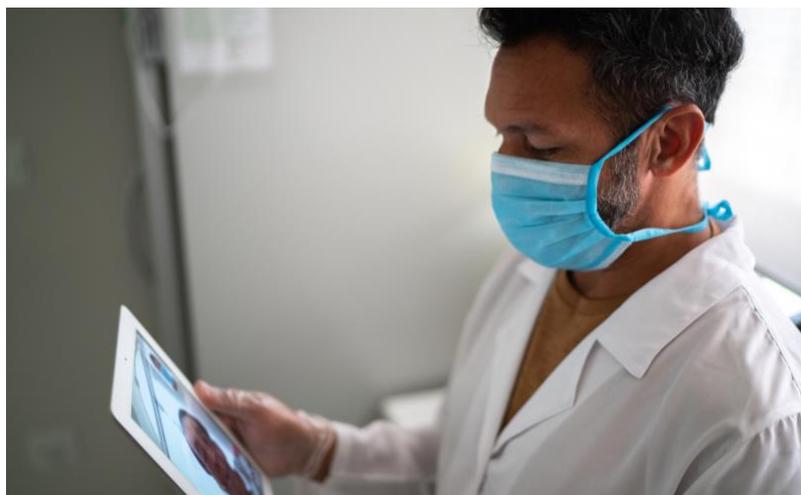
VS

1,2 %

des consultations de soins primaires Ontario 11 mars – 28 juillet 2020

des consultations de soins primaires Ontario 12 mars – 29 juillet 2019

Les patients étaient généralement très satisfaits des soins virtuels reçus durant la première partie de la pandémie, presque autant que des soins en personne. L'AMC a effectué un [sondage national](#) auprès de 1 800 personnes en mai 2020 : **91 % des répondants ont affirmé avoir été satisfaits ou entièrement satisfaits des soins virtuels reçus**. De plus, 42 % de ceux ayant fait l'expérience des soins virtuels depuis le début de la pandémie ont indiqué qu'ils préféreraient à l'avenir un contact initial virtuel avec leur médecin.



Dans un [sondage](#) mené au printemps 2021 auprès de plus de 3 000 personnes ayant eu un AVC ou atteintes d'une cardiopathie ou d'une défaillance vasculaire, **80 % des répondants ont indiqué avoir eu une consultation virtuelle durant la pandémie**. Une proportion semblable d'entre eux a déclaré que cette modalité était pratique, et 60 %, qu'une consultation virtuelle était aussi satisfaisante qu'une consultation en personne.

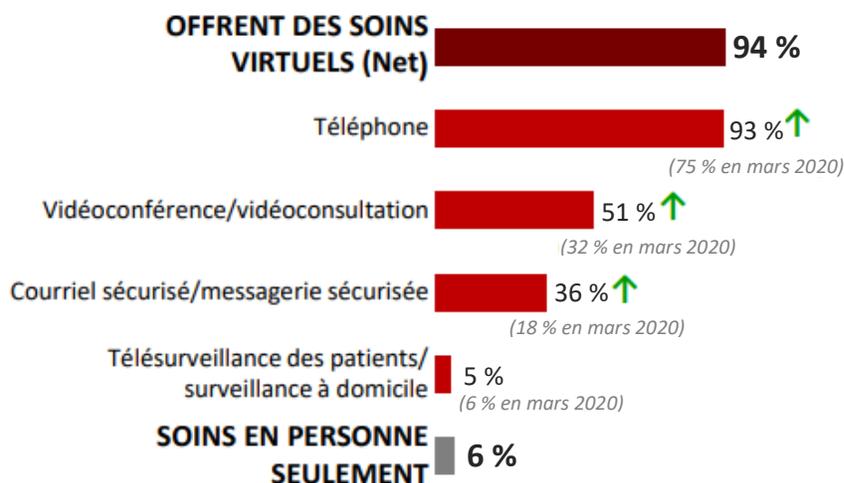
Dans le sondage de KPMG, 56 % des répondants ont jugé que leur médecin de famille utilisait efficacement les soins virtuels ou la télémédecine, tandis qu'un autre [sondage réalisé par le CMFC](#) au même moment a conclu que les patients trouvaient les soins par téléphone moins satisfaisants que les soins en personne.

Inforoute Santé du Canada et l'AMC ont effectué un [sondage](#) auprès d'un peu plus de 2 000 médecins canadiens en avril et en mai 2021, dont les résultats ont été publiés en août 2021. Tous les répondants ou presque ont affirmé qu'ils **continueront à offrir des soins virtuels après la pandémie**, et 64 % d'entre eux, qu'ils maintiendront ou augmenteront leur fréquence actuelle de prestation.

Parmi les répondants, 94 % ont déclaré offrir actuellement des soins virtuels, selon différentes modalités (voir figure).

Selon plus de 70 % d'entre eux, les soins virtuels améliorent l'accès pour les patients et sont propices à des soins efficaces et de qualité.

OFFRENT ACTUELLEMENT DES SOINS VIRTUELS (% DES MÉDECINS)



Source : Sondage national des médecins du Canada 2021 mené par Inforoute Santé du Canada et l'Association médicale canadienne. Figure utilisée avec la permission d'Inforoute Santé du Canada et de l'Association médicale canadienne.

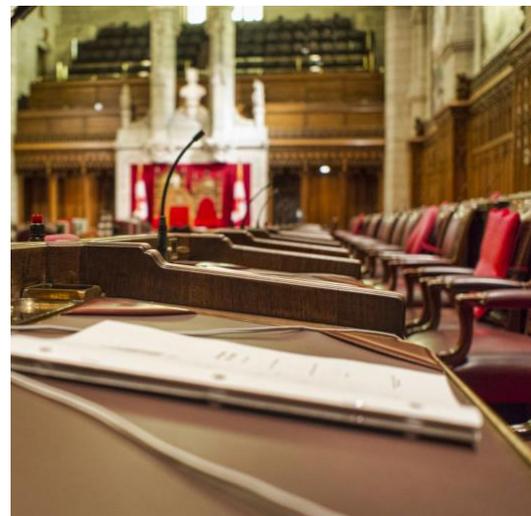
À l'automne 2021, les gouvernements ont commencé à exprimer le souhait que les médecins reviennent graduellement vers les soins en personne. En Colombie-Britannique, des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et une dirigeante du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique ont publié une [lettre](#) datée du 3 septembre, où ils pressent les médecins de reprendre les consultations en personne lorsque c'est approprié. En Ontario, le 13 octobre 2021, le médecin hygiéniste en chef, un sous-ministre adjoint à la Santé et la registraire et cheffe de la direction de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ont envoyé une [lettre semblable](#). **En voici un extrait :**

« Il y a une limite à ce que l'on peut faire virtuellement, et il est souvent difficile de respecter les normes de soin de cette manière... Un grand nombre de patients ne peuvent recevoir les soins auxquels ils ont droit dans un environnement uniquement virtuel. » [Traduction]

Jusqu'à maintenant, l'Alberta est la seule province à avoir indiqué que les consultations virtuelles seront intégrées à ses grilles tarifaires de manière permanente.

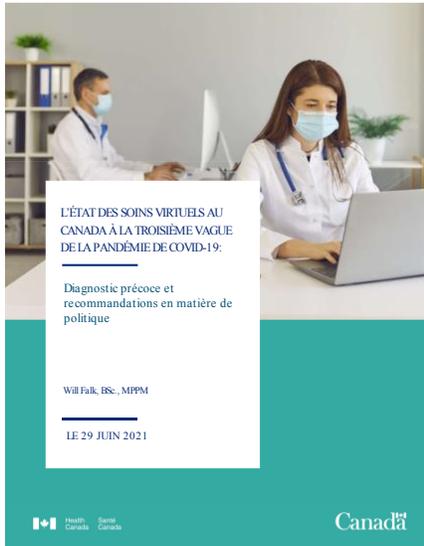
Le 3 mai 2020, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de **240,5 millions de dollars** pour accélérer l'utilisation des outils virtuels et des solutions numériques. De ce montant, 200 millions de dollars ont servi à aider les provinces et les territoires à accroître leurs efforts pour répondre aux besoins en soins de santé au moyen d'approches et d'outils virtuels; le reste a servi à financer des initiatives de soins virtuels en santé mentale.

En mars 2020, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont mis sur pied une table de coordination des soins virtuels et des outils numériques, laquelle a approuvé, plus tard la même année, un [cadre stratégique provisoire](#) définissant les obstacles et les possibilités pour l'adoption à long terme des services virtuels comme partie intégrante des systèmes de santé canadiens financés par l'État.



Ces obstacles et possibilités ont été classés dans les catégories suivantes :

- Approches axées sur le patient et la communauté
- Équité en matière d'accès aux soins
- Structures de rémunération et structures incitatives pour les prestataires
- Pertinence, innocuité et qualité des soins
- Gestion du changement par les fournisseurs
- Obtention de permis d'exercice



Le GTSV reconnaît la valeur du travail de M. Falk, mais estime que ce dernier omet de mentionner la nécessité d'une gouvernance et d'une harmonisation des politiques à l'échelle canadienne pour que l'on puisse offrir de véritables soins virtuels axés sur le patient.

Will Falk, un expert des politiques en santé numérique, a été mandaté pour valider le cadre et formuler des recommandations en vue de faire évoluer les soins virtuels au Canada. Le rapport qu'il a produit a servi de base à un sommet sur les soins virtuels organisé par le gouvernement fédéral les 22 et 23 juin 2021.

Ce rapport, intitulé [*L'état des soins virtuels au Canada à la troisième vague de la pandémie de COVID-19 : Diagnostic précoce et recommandations en matière de politique*](#), a été officiellement publié le 29 juin 2021.

Dans son rapport, M. Falk résume ses recommandations comme suit :

1. Les soins sont des soins. Les soins virtuels ne sont plus un traitement d'appoint.
2. Les principaux éléments d'information sur la santé – résultats de tests diagnostiques, ordonnances, consultations et orientations – doivent toujours être créés dans un format numérique utilisable.
3. Les politiques de paiement ne doivent pas favoriser une modalité de soins par rapport à une autre, sauf lorsque des raisons cliniques le justifient.
4. Les gouvernements doivent changer d'état d'esprit et passer du paiement de technologies particulières au paiement des résultats et services souhaités (ce qui permet aux prestataires et aux patients de faire des choix technologiques dans un cadre normalisé).
5. Le permis d'exercer doit être modernisé. Un accord-cadre national sur le permis d'exercer devrait être l'objectif.
6. Une nouvelle approche de la gestion du changement clinique et de l'éducation médicale est nécessaire pour garantir que nous conservons le meilleur de ce que nous avons appris et que nous recueillons de nouvelles données pour améliorer encore les normes de pratique.
7. L'équité d'accès doit être une priorité.
8. L'expérience de l'utilisateur doit être une priorité pour l'élaboration et l'adoption de système.

En octobre, Santé Canada a publié un [rapport de synthèse](#) sur le Sommet. On y conclut que « même si l'objet du Sommet était de faciliter la mise en place appropriée de soins virtuels dans le système public de soins de santé, il est évident que bon nombre des lacunes stratégiques actuelles traduisent également des changements nécessaires pour corriger des problèmes plus vastes à l'échelle de l'ensemble du système de santé qui pourraient soutenir l'approche générale du Canada en matière de fourniture de services de santé ». Le rapport indique aussi que la table fédérale-provinciale-territoriale sur les soins virtuels et les outils numériques se servira des propositions soumises afin d'établir un plan d'action pour les 12 à 18 mois suivants.

En mars 2021, on a annoncé la création du [Réseau canadien pour l'évaluation de la santé numérique](#), qui vise à renforcer les capacités canadiennes en matière d'évaluation des interventions de santé numérique. Recevant le soutien financier de Santé Canada, le Réseau est dirigé par le Centre for Digital Health Evaluation (CDHE) de l'Hôpital Women's College, en collaboration avec l'ACMTS, Inforoute Santé du Canada, l'ICIS et le Centre for Wise Practices in Indigenous Health.



Depuis le printemps 2020, l'AMC et diverses autres organisations médicales ont créé plusieurs **ressources et outils** pour aider les médecins et les patients à mieux utiliser les soins virtuels pendant la pandémie. Certaines organisations, comme l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), ont lancé une impressionnante série de webinaires pour apprendre aux médecins comment utiliser adéquatement les soins virtuels.

Durant la Conférence nationale de l'AMC sur les politiques de santé, en octobre 2020, les participants, qui provenaient de la plupart des associations médicales provinciales et territoriales, ont longuement étudié la question de la rémunération des soins virtuels.

Plus tard, à l'été 2021, l'AMC a tenu un sommet en trois parties, lors desquelles des médecins, des patients et d'autres intervenants du système de santé ont pu discuter de ce qu'il fallait faire pour rebâtir le système et le rendre plus équitable dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les soins virtuels ont été évoqués lors de nombreuses tables rondes. Les participants ont souligné que, s'ils avaient élargi l'accès aux soins pour certaines personnes pendant la pandémie, les soins virtuels avaient aussi contribué à accentuer la fracture numérique, certains patients n'ayant pas les connaissances ou les outils technologiques nécessaires pour en tirer avantage – alors qu'ils constituaient souvent la seule option.

Le 30 août 2021, le CMFC a publié un énoncé de position, [Renforcer les soins de santé – L'accès bien pensé](#), insistant sur la nécessité d'assurer « l'accès à des soins de santé primaires complets, globaux, continus, et de haute qualité, à proximité du domicile ». L'énoncé indiquait aussi que, selon les médecins de famille, les soins virtuels améliorent l'accès, « mais au détriment de la qualité ».

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA / LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Énoncé de position

Renforcer les soins de santé – L'accès bien pensé

(le 30 août 2021, Mississauga, Ont.) L'accès à des soins de santé primaires complets, globaux, continus, et de haute qualité, à proximité du domicile, est un élément fondamental d'un système de soins de santé efficace. Les pratiques de médecine de famille jouent un rôle crucial dans la prestation de tels soins au Canada. Les patients reconnaissent la valeur de leur médecin de famille et déclarent systématiquement qu'ils préfèrent les consulter pour leurs besoins de santé. L'**accès bien pensé** doit comprendre l'accès à un médecin de famille et à une équipe qui vous connaît.

Malgré le travail infatigable des médecins de famille et de leurs équipes, l'accessibilité aux soins primaires est une préoccupation de tous les patients. L'adoption des soins virtuels, catalysée par la pandémie de COVID-19, présente une série de possibilités, mais aussi des obstacles quant à l'accès à des soins primaires de qualité. Pour combler les lacunes, on recourt de plus en plus aux services à but lucratif qui offrent un accès à des soins épisodiques dispensés par des fournisseurs peu familiers, ce qui menace l'efficacité du système et la continuité des soins.

Les médecins de famille signalent que les soins virtuels **améliorent l'accès**, mais au détriment de la **qualité**, surtout lorsqu'il s'agit de cas plus complexes, y compris les nouveaux diagnostics, les plans de traitement et les services en santé mentale.

Les soins virtuels devaient être un moyen de faciliter l'accès des patients à un médecin de famille qui fait régulièrement un suivi de leur santé et soutient les soins de santé au fil du temps. Les soins virtuels doivent être mis en œuvre de façon à répondre aux besoins des médecins et des patients, et en fonction du contexte et de la nature du problème envisagé. Dans certains cas, l'interaction en personne est irremplaçable, tant pour l'examen clinique que pour l'établissement d'une relation durable.

On devrait soutenir et privilégier la continuité des soins dispensés par un médecin de famille travaillant en étroite collaboration avec une équipe dévouée; ceci est un déterminant essentiel des résultats pour le patient. L'**accès bien pensé** est synonyme d'un accès pratique à un médecin de famille et à une équipe dévouée qui vous connaît, quand vous en avez besoin, et pour tout problème de santé ou affection.

Le Collège des médecins de famille du Canada | Renforcer les soins de santé – L'accès bien pensé |

Il précisait toutefois que « les soins virtuels devraient être un moyen de faciliter l'accès des patients à un médecin de famille qui fait régulièrement un suivi de leur santé et soutient les soins de santé au fil du temps ». Le document remettait implicitement en question le fait que de plus en plus d'entreprises privées offrent des services virtuels intermittents qui ne permettent pas l'établissement d'une relation entre les patients et leurs médecins de famille.

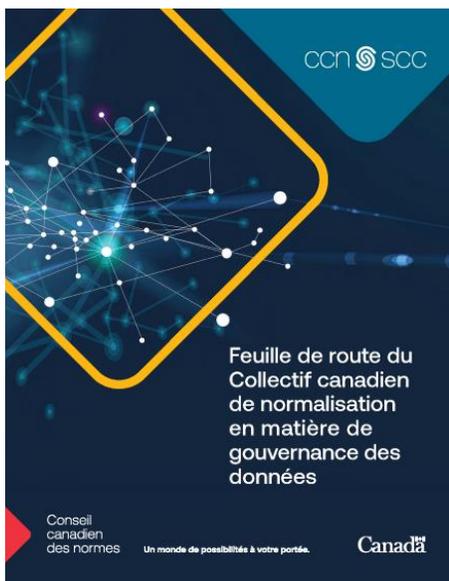
Cela dit, il n'y a pas que le GTSV et les gouvernements qui ont contribué à faire avancer la réflexion sur les soins virtuels et les outils numériques au Canada durant la pandémie.

Le 30 juillet 2020, le Bureau de la concurrence a lancé une [étude de marché](#) du secteur des soins de santé au Canada « afin de mieux comprendre les obstacles actuels ou éventuels à l'innovation et au choix, et les possibilités de changement, dans les services de santé numériques ». Le Bureau devrait publier son rapport au printemps 2022.

En 2020, Santé Canada a octroyé un financement à [Inforoute Santé du Canada](#) pour l'aider à montrer la voie et à favoriser la collaboration en matière d'interopérabilité à l'échelle pancanadienne. **Deux enjeux en lien avec l'interopérabilité, enjeux prioritaires pour 2022, ont émergé des consultations avec les parties prenantes :**

- L'adoption du modèle IPS (International Patient Summary) pour partager les résumés de dossiers des patients entre diverses solutions et ainsi faciliter les transitions entre les milieux de soins et la circulation des patients entre les provinces et territoires.
- L'adoption d'un service de messagerie sécurisée compatible avec les différentes solutions pour favoriser une collaboration plus sûre et plus efficiente dans tout le cercle de soins. Certaines solutions offrent un service de messagerie sécurisée, mais ce service fonctionne en vase clos et ne peut permettre de communiquer avec les utilisateurs d'autres solutions.

Inforoute Santé du Canada a indiqué qu'elle déployait des efforts pour faciliter et accélérer la collaboration entre les partenaires afin qu'ils établissent des spécifications qui permettront de régler les deux problèmes décrits ci-dessus.



Le 28 juin 2021, le Conseil canadien des normes a publié la [Feuille de route du Collectif canadien de normalisation en matière de gouvernance des données](#), qui décrit le paysage normatif du Canada, actuel et souhaité. La feuille de route propose aussi 35 recommandations pour combler les lacunes et signaler des domaines qui bénéficieraient de cadres normatifs ou de mécanismes d'évaluation de la conformité. L'un des cas d'utilisation élaborés en vue de faciliter les discussions concernait les données sur la santé communautaire et présentait une analyse des failles des données dans le système de santé.

Excellence en santé Canada a [annoncé un partenariat](#) avec Inforoute Santé du Canada pour améliorer la gestion du changement en soins virtuels. Lancé en octobre 2021 dans le cadre de cette initiative, le projet collaboratif Soins virtuels ensemble permet aux cabinets et organismes communautaires de soins primaires partout au Canada de préparer, d'adopter et d'évaluer des outils et des pratiques de soins virtuels. Ce projet prendra fin en mars 2022.

Depuis le début de la pandémie, on assiste au Canada à une hausse marquée du recours aux services privés de soins virtuels, qui sont payés par les particuliers ou offerts par certains employeurs à titre d'avantages supplémentaires non couverts par les régimes d'assurance des provinces et territoires.

Dans une [évaluation des soins virtuels au Canada](#) qu'elle a publiée en juin 2021, l'ACMTS liste 12 entreprises privées proposant un éventail de services de soins virtuels, la plupart payés par les particuliers et certains couverts par un régime d'assurance privé ou public. Les articles de journaux qui, au fil de la pandémie, ont documenté l'augmentation des soins virtuels privés contenaient souvent des critiques selon lesquelles cette tendance nuit à l'accès universel aux soins de santé et à la continuité des soins.

SOUS-GROUPE SUR L'INTEROPÉRABILITÉ ET LA GOUVERNANCE

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, plusieurs initiatives ont été déployées à l'échelle nationale pour mettre en œuvre les recommandations formulées par le GTSV et ce sous-groupe dans le rapport initial.

- Santé Canada a mis sur pied un groupe fédéral-provincial-territorial composé d'experts-conseils ayant pour mandat d'évaluer les initiatives de soins virtuels.
- L'AMC a produit une déclaration provisoire sur la gouvernance des renseignements personnels sur la santé en collaboration avec des représentants des patients du groupe [Voix des patients à l'AMC](#).
- Le ministère de la Santé de l'Ontario élabore actuellement une nouvelle approche concernant les politiques en matière de renseignements sur la santé.
- L'Agence de la santé publique du Canada a créé un groupe de travail qui se penchera sur une nouvelle stratégie pancanadienne de données sur la santé.
- Digital Health Canada a publié un lexique sur les soins virtuels.
- Inforoute Santé du Canada a conçu, en collaboration avec des partenaires, des normes visant l'interopérabilité, notamment en ce qui concerne la messagerie sécurisée et l'adoption d'un modèle international pour faciliter le transfert des résumés des dossiers des patients entre les systèmes.
- Un regroupement des principaux intervenants en santé de l'Alberta travaille à l'élaboration de normes systémiques qui encadreront la conception des soins virtuels.

Dans son rapport, le GTSV a recommandé que l'on rédige une charte des droits des patients en matière de renseignements sur la santé. L'AMC a travaillé en ce sens en produisant une déclaration sur la gouvernance des renseignements personnels sur la santé, en collaboration avec des représentants des patients du groupe Voix des patients à l'AMC. Le groupe de travail a indiqué que cette déclaration repose sur le principe d'une gouvernance centrée sur le patient qui donne à celui-ci un accès exhaustif, libre et équitable à ses renseignements et lui permet d'exercer un meilleur contrôle sur ceux-ci.

Sur le plan de l'interopérabilité et de la gouvernance, le GTSV a recommandé l'établissement d'un cadre pancanadien favorisant une architecture d'information médicale systémique. C'est un dossier que fait actuellement avancer le comité consultatif d'experts de la Stratégie pancanadienne de données sur la santé.

Le GTSV appuie les efforts du Groupe de travail de l'Alberta sur les soins virtuels, qui [a proposé](#) une approche multilatérale élargie pour établir des politiques qui régiront les soins virtuels et assurer leur gouvernance, en recommandant prioritairement la création d'un organisme de coordination auquel pourraient participer concrètement les patients. On pense que ce modèle concerté, qui s'appuie sur des principes, pourrait être utilisé dans les autres provinces et territoires. Cette approche en équipe appliquée à la gouvernance renvoie aussi à une des recommandations initiales du GTSV, à savoir la mise en place d'un cadre de collaboration interprofessionnelle favorisant la prestation de soins virtuels à l'échelle pancanadienne.

Malgré ces progrès, le GTSV est d'avis qu'il reste beaucoup de travail à faire au chapitre de la gouvernance et de l'interopérabilité des soins virtuels, concernant notamment :

- la convergence des efforts et des initiatives qui visent la gouvernance des soins virtuels, plus particulièrement l'uniformisation de l'approche adoptée au sein du système politique canadien, ce qui représente un défi permanent (l'AMC, entre autres organisations de santé nationales, est selon certains bien positionnée pour exercer un leadership dans ce domaine);
- la collaboration réelle avec les patients pour élaborer un modèle normatif de gouvernance des soins virtuels.

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

Tout au long de la pandémie, ce sont les autorités réglementaires provinciales et territoriales qui ont établi les exigences relativement aux permis d'exercice pour les médecins fournissant des soins virtuels. Louise Sweatman et Christine Laviolette ont colligé ces exigences dans une [revue](#) publiée en juillet 2021. Les auteures notent qu'en raison des différentes exigences applicables, il est difficile pour les prestataires de services de prodiguer des soins à des patients d'autres provinces et territoires. Elles ajoutent que « si la création d'un permis pancanadien a déjà été envisagée, il n'existe toujours pas de guichet unique permettant à un groupe de fournisseurs de soins de santé d'exercer leur profession partout au pays ».

Dans un [compte rendu](#) publié en août 2020, l'ACMTS explique que la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) travaillait sur trois projets concernant les permis d'exercice de la médecine. Après avoir exploré la possibilité de créer un permis unique pour faciliter la prestation de soins virtuels partout au Canada, la FOMC a annoncé, à l'automne 2021, qu'elle avait suspendu ses travaux dans ce domaine. Elle a aussi cessé de travailler sur un permis « mobile » permettant aux médecins qui ont déjà un permis dans leur province ou territoire de travailler ailleurs au pays pendant une courte période. Cela dit, la FOMC a tout de même créé un cadre de [délivrance accélérée des permis](#) pour les médecins qui ont déjà obtenu, au moyen de la procédure normale, une autorisation

dans une autre province ou un autre territoire (permis d'exercice de la médecine, licence du Conseil médical du Canada ou certification par le CMFC ou le Collège royal) et qui ont un dossier professionnel sans tache.

Dans la première moitié de 2022, un groupe de travail interne devrait déposer la mise à jour d'un document de 2019 sur le cadre de la FOMC en matière de soins virtuels, le but étant de traiter, de développer ou de clarifier certains éléments dans une optique postpandémique. Comme pour toutes les initiatives de cette nature, la FOMC rappelle que les différents ordres pourront à leur discrétion adopter ou adapter le cadre et les recommandations, selon ce qu'ils estiment approprié ou possible de faire.

Si la création d'un permis d'exercice pancanadien représente un enjeu important pour de nombreux intervenants, on a toutefois fait concrètement peu de choses en ce sens depuis la publication du premier rapport du GTSV. En fait, certains ordres ont même rehaussé leurs exigences et demandent que les médecins détiennent un permis d'exercice sur leur territoire s'ils veulent être autorisés à y fournir des soins virtuels. Par exemple, la nouvelle [déclaration provisoire sur les soins virtuels de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario \(OMCO\)](#) précise que les médecins qui prodiguent des soins virtuels à des patients de l'Ontario doivent avoir en leur possession une attestation d'inscription à l'OMCO, à moins que ce ne soit dans l'intérêt supérieur du patient qu'un médecin non inscrit lui fournisse ce genre de soins.

Selon le groupe de travail, les Canadiens qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire, que ce soit pour des raisons personnelles ou professionnelles, ou qui ont une résidence dans plusieurs provinces ou territoires, devraient continuer d'avoir virtuellement accès à leur médecin attitré, si c'est nécessaire. De plus, le groupe de travail craint qu'un resserrement de la réglementation entourant la prestation des soins virtuels ne nuise aux Canadiens des régions mal desservies qui, n'ayant pas à proximité une gamme complète de services de soins tertiaires, doivent se rendre dans une autre région pour recevoir des soins spécialisés.

Pour ce qui est de la qualité des soins, le premier rapport du GTSV a fait le constat suivant : « 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. » L'équité est généralement considérée comme l'une des pierres angulaires d'un système de santé de qualité.

La pandémie de COVID-19 ayant creusé les inégalités d'accès à tous les types de soins, notamment virtuels, la question de l'équité suscite des préoccupations grandissantes. C'est pourquoi la table fédérale-provinciale-territoriale sur les soins virtuels et les outils numériques a confié au groupe de travail sur l'accès équitable, présidé par le Dr Ewan Affleck, la mission d'énoncer des principes directeurs favorisant un accès équitable aux soins virtuels.

Dans son ultime rapport, [Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité](#), le groupe de travail note que « le Canada ne dispose pas d'une approche pancanadienne définie ou d'une vision de l'équité dans les services de soins virtuels », et que cela « contribue aux inégalités sous-jacentes dans la prestation de soins numériques de haute qualité et peut les exacerber ».



On ajoute ceci :

Un manque de données sur la santé liées à l'équité rend difficile la compréhension de l'ampleur du problème au Canada, ainsi que la détermination de l'incidence différentielle sur les populations mal desservies. La rareté de données désagrégées, en particulier, est un problème important pour concevoir des services de soins virtuels de manière équitable.

[...] il est essentiel d'examiner à la fois les déterminants sociaux et les déterminants numériques de la santé dans l'examen des obstacles à l'équité en matière d'accès aux soins virtuels. Dans la littérature, il existe une tendance générale à se concentrer sur les déterminants sociaux dans l'étude des inégalités en matière de santé, ce qui, dans le contexte de la santé numérique, conduit à l'exclusion de facteurs uniquement numériques importants qui créent des conditions propices à l'inégalité dans les soins virtuels.

Le rapport contient plusieurs recommandations basées sur la nécessité d'instaurer une vision pancanadienne de l'équité en matière de soins numériques, pour veiller à ce que tous les Canadiens puissent profiter de soins virtuels équitables et axés sur le patient et le proche aidant, et fournis par des personnes bien outillées.

Durant la pandémie, de nombreuses personnes et organisations ont reconnu le besoin d'améliorer l'équité dans la prestation des soins virtuels. C'est le cas de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, dont l'énoncé de position résume bien la situation : « Une action concertée est nécessaire pour se concentrer sur les groupes susceptibles de rencontrer des obstacles à l'accès aux soins de santé virtuels, notamment les personnes âgées, les salariés à faible revenu, les communautés nordiques/éloignées, les nouveaux arrivants, les populations autochtones, les personnes handicapées, les personnes en situation d'itinérance et les personnes faiblement alphabétisées. »

Un nombre sans précédent de médecins qui n'avaient auparavant aucune expérience des soins virtuels ont soudainement été forcés de faire des consultations par téléphone ou vidéoconférence. Plusieurs initiatives ont été lancées pour que des normes adéquates de soins soient maintenues.

Dans plusieurs provinces, les autorités réglementaires ont procédé à l'examen et à la mise à jour de leurs lignes directrices régissant la prestation des soins virtuels. Par exemple, l'Association canadienne de protection médicale a [regroupé](#) des articles, des balados et des activités d'apprentissage à l'intention de ses membres.

Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique a mis à jour ses [normes de pratique](#) en juin 2021 (révision le 2 novembre 2021). Cela donne un aperçu de l'approche préconisée par les organismes de réglementation en matière de soins virtuels. **Voici un extrait du document :**

Les soins virtuels font partie intégrante des soins médicaux. Les membres qui offrent des soins virtuels sont tenus de respecter les mêmes normes éthiques et professionnelles, ainsi que les mêmes obligations légales, que celles se rapportant aux soins en personne. Le recours aux modalités virtuelles peut non seulement pallier un accès difficile aux soins, mais aussi accroître l'efficacité et l'efficience de la prestation des services médicaux. Les soins virtuels peuvent s'avérer très bénéfiques pour les patients (p. ex., ceux vivant dans des régions éloignées, ou ayant des problèmes de mobilité). Cependant, ils peuvent aussi exacerber les inégalités pour les personnes n'ayant pas accès aux technologies, ayant une faible littéracie numérique ou éprouvant de la difficulté à participer à des communications virtuelles. Les membres doivent toujours mettre l'équité au cœur de leur approche, mais aussi comprendre et aplanir les obstacles qui empêchent leurs patients de participer aux soins virtuels. [Traduction]

En novembre 2021, le Collège des Médecins et chirurgiens du Manitoba a mis en place une [nouvelle norme de pratique en médecine virtuelle](#), qui exige un modèle mixte axé sur l'équilibre entre les soins en personne et les soins virtuels.

L'AMC et certaines associations médicales provinciales ont elles aussi rapidement recommandé à leurs membres des pratiques exemplaires concernant les soins virtuels. Le [Guide sur les soins virtuels](#), produit par l'AMC, le CMFC

et le Collège royal, est un bon exemple d'outil conçu à cet effet. Il aborde des facteurs clés à prendre en compte pour offrir des soins sécuritaires, efficaces et efficients, notamment en ce qui a trait à l'intégration des soins virtuels au travail en clinique, aux exigences technologiques et au champ d'exercice. Certaines organisations, dont l'AMC, ont aussi diffusé des conseils pour aider la population générale à utiliser les soins virtuels le plus efficacement possible.

Une grande incertitude demeure quant aux conséquences de la prestation d'une large proportion des soins en mode virtuel. Durant la conférence du Collège Massey, en mai 2020, le Dr Bhatia a fait l'observation suivante :

Nous avons agi rapidement pour protéger nos patients et nos fournisseurs... mais si la situation devient permanente, nous devons commencer à en étudier les conséquences. Le Canada pourrait devenir un chef de file mondial dans l'évaluation des répercussions des soins virtuels et de l'adaptation des modèles de soins.
[Traduction]

Le Dr Bhatia ajoute qu'il reste encore à établir de nombreuses normes de pratique entourant les soins virtuels.

Comme il y a une insuffisance de données sur les conséquences des soins virtuels, il est difficile d'instaurer des lignes directrices sur leur utilisation optimale en contexte clinique. Le groupe de travail estime toutefois qu'il pourrait être profitable d'établir – comme le propose l'Association médicale de l'Ontario – des normes nationales encadrant la prestation de soins virtuels, si cette modalité est celle choisie par le patient et son médecin.

Au fil de l'évolution de la pandémie, on a de plus en plus remis en question la pertinence des soins prodigués virtuellement. Un volume croissant de plaintes a été déposé auprès des autorités réglementaires par des patients qui n'étaient pas en mesure d'avoir accès à des soins en personne, mais aussi par des urgentologues et des spécialistes qui ont indiqué que les patients qu'on leur envoyait n'avaient pas été, au préalable, vus en personne ni adéquatement examinés par un médecin de soins primaires. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, dans certaines régions, les autorités réglementaires et les gouvernements ont dit d'une seule voix aux médecins d'arrêter de prioriser les soins virtuels parce qu'il était redevenu sécuritaire de fournir des soins en personne.

La nouvelle norme de pratique du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba donne explicitement des exemples de soins virtuels non conformes :

- médecins qui ne proposent pas des consultations en personne, même durant une pandémie, à moins d'un avis contraire d'une autorité sanitaire;
- entreprises de services médicaux virtuels qui n'offrent pas de rendez-vous en personne avec le même médecin dans un délai rapide;
- médecins qui restreignent sans raison valable leurs consultations en personne, ou qui n'offrent qu'un très petit nombre de rendez-vous en personne.

La pertinence des soins virtuels, comme celle de toute autre forme de services de santé, est nécessairement sujette à interprétation parce qu'elle se rapporte à l'évaluation d'une relation et d'une expérience entre un patient et son fournisseur de soins. L'utilisation appropriée des soins virtuels doit constituer un élément de base d'une formation en santé numérique (voir la section sur l'éducation médicale), et ne doit pas être régie par des normes fixes, mais plutôt encadrée par des lignes directrices générales.

Le groupe de travail considère un modèle de soins hybride comme préférable. Ainsi, un cabinet ou un praticien peut avec discernement combiner les soins en personne et les soins virtuels en tenant compte de la nature des problèmes de santé du patient et de ses besoins. Le groupe de travail insiste aussi sur le fait que les soins virtuels doivent être prodigués dans le cadre d'une relation suivie avec un médecin de famille, un spécialiste ou leur équipe de soins.

SOUS-GROUPE SUR LES MODES DE RÉMUNÉRATION

Au cours des semaines qui ont suivi la déclaration de la pandémie, toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont revu leurs codes de facturation pour faciliter la prestation des soins virtuels. Voici un résumé de ces changements :



Terre-Neuve-et-Labrador

Un nouveau code temporaire de facturation d'évaluation virtuelle en période de pandémie (42 \$) a été ajouté pour les médecins de famille et les consultants, avec un maximum quotidien de 40 patients. Le code a par la suite été réservé aux médecins de famille seulement. Les spécialistes (en établissement et en clinique privée) peuvent dorénavant utiliser les codes habituels pour les consultations et les réévaluations dans la section de télémédecine de la grille tarifaire des services médicaux. Il a été précisé que tous les changements sont temporaires; ils ont été reconduits une fois et resteront probablement valides jusqu'à ce que des codes permanents soient négociés. Pour que les codes de facturation provisoires puissent être utilisés, le patient et le médecin doivent tous deux se trouver à Terre-Neuve-et-Labrador.



Île-du-Prince-Édouard

Pendant la pandémie, il était possible de facturer les soins virtuels pour certains services si l'on utilisait les technologies approuvées par Santé Î.-P.-É. (téléphone et plateformes de vidéoconférence sécurisées). Les spécialistes ont aussi pu facturer les consultations avec les patients envoyés par les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé, ainsi que les visites subséquentes concernant un même diagnostic.



Nouvelle-Écosse

Des codes de soins virtuels, dont la validité a été étendue rétrospectivement au 13 mars 2020, ont été créés; ils permettent d'utiliser les codes de facturation des services en personne pour les soins virtuels. Le gouvernement a fourni à ses frais des licences Zoom aux médecins. Les cliniques sans rendez-vous ne peuvent utiliser les codes de soins virtuels.



Nouveau-Brunswick

En mars 2020, le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) se sont entendus pour créer un code unique de soins virtuels, à 45 \$. Ce code a été supprimé par la suite; dans la grille tarifaire, tous les soins non interventionnels sont maintenant facturés selon les taux en personne existants. Les soins virtuels comprennent entre autres les visites, les consultations, les consultations externes à l'hôpital, les soins de suivi, la psychothérapie et les soins psychiatriques, tant qu'un examen physique n'est pas nécessaire. Cet arrangement se poursuivra jusqu'en mars 2022; le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et la SMNB réévalueront alors la situation en fonction des données recueillies.



Québec

Pour les médecins de famille du Québec, le même taux et la même nomenclature s'appliquent aux soins virtuels et aux consultations en personne. Il n'y a aucun plafond et aucune limite. La seule condition est que le médecin doit se trouver en sol québécois lorsqu'il donne le service. Quant aux spécialistes, ils peuvent utiliser les codes existants pour facturer les services offerts par téléphone ou vidéoconférence, jusqu'à un maximum de 300 dollars de l'heure. Cependant, les médecins rémunérés selon un mode mixte ne peuvent pas facturer plus de 195 dollars de l'heure en télémédecine. Si l'on ajoute l'indemnité quotidienne, cela correspond à 300 dollars de l'heure. Dans le cas des soins virtuels, les médecins comme les patients doivent être dans la province. Cette restriction ne s'applique pas aux médecins hors Québec qui voient des patients dont ils assurent le suivi.



Ontario

Une grille tarifaire détaillée et des modificateurs de code ont été mis en place pour que les médecins de l'Ontario puissent facturer leurs consultations virtuelles en recourant à différents codes, selon qu'ils utilisent ou non le système du Réseau Télémédecine Ontario. Ces codes resteront valides jusqu'en septembre 2022. Plus récemment, on a demandé aux médecins de l'Ontario de préciser si les consultations virtuelles qu'ils facturaient se faisaient par téléphone ou vidéoconférence.



Manitoba

En mars-avril 2020, le Manitoba a instauré des honoraires temporaires pour les consultations et visites en cabinet virtuelles, les consultations virtuelles de soins personnels à domicile, les séances de psychothérapie virtuelles et les soins psychiatriques prodigués virtuellement. Le taux applicable aux consultations virtuelles équivaut à une consultation dans un bloc de pratique régional ou à une consultation de suivi en personne. À l'automne 2020, d'autres codes de facturation ont été négociés pour les consultations virtuelles complètes rémunérées à un taux équivalent à celui des examens complets en personne et, pour les médecins de famille, des honoraires dépendant de l'âge pour les consultations virtuelles des patients (aînés). Les services virtuels, qui peuvent être fournis par téléphone ou vidéoconférence, ne sont couverts que si le patient et le médecin sont au Manitoba. Un arrangement permet aux médecins de la province de continuer à offrir des services facturables à leurs patients résidant dans le nord-ouest de l'Ontario, au Nunavut et en Saskatchewan. Les fonctionnaires ont confirmé que ces honoraires allaient demeurer en vigueur tant que durera la pandémie.



Saskatchewan

La nouvelle entente négociée dans le cadre d'un projet pilote de deux ans inclut des codes de facturation pour les soins virtuels. Le gouvernement s'engage aussi à continuer de financer les services lorsque le projet prendra fin. Des codes temporaires ont été mis en place jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle entente, en janvier 2021. Les services par vidéoconférence et par téléphone sont traités de la même manière. Les mêmes codes et descripteurs que ceux des services en personne sont utilisés, mais ils correspondent à 90 % des honoraires (pendant la durée du projet pilote). Un code de soins virtuels restreint a été créé à l'intention des cliniques qui n'offrent que des services virtuels. Ce code restreint s'applique aux consultations ponctuelles faites avec des patients qui ne sont pas rattachés aux cliniques, et dans les cas où ni le médecin ni le patient ne s'attendent à établir une relation suivie; il s'accompagne d'une rémunération à 70 % du taux pour les consultations en personne des médecins de famille. Les médecins ont un plafond annuel de 3 000 services virtuels.



Alberta

Le gouvernement de l'Alberta a établi des codes de soins virtuels pour les communications brèves avec les patients par téléphone, vidéoconférence ou courriel, les suivis avec des spécialistes, les consultations virtuelles avec des spécialistes ainsi que les séances de psychothérapie virtuelles. Ces nouveaux codes ont été intégrés de manière permanente à la grille tarifaire en juin 2020.



Colombie-Britannique

On a élargi provisoirement la définition des services de télésanté pour y inclure les services par téléphone, en plus de ceux offerts au moyen de technologies vidéo. Il était possible de demander le remboursement des frais liés aux consultations, aux visites en cabinet ou aux services non interventionnels dans les cas où aucun code de télésanté n'existait. On a créé des codes temporaires se rapportant à la COVID-19 pour soutenir la prise en charge efficace des patients et la planification de leurs soins durant la crise. Les quotas quotidiens des médecins de famille ont été suspendus, puis réinstaurés le 1^{er} octobre 2020.



Yukon

Des codes de soins virtuels pour les services par téléphone et vidéoconférence, rémunérés comme des consultations en personne, ont été négociés au début de la pandémie. Depuis la fin de l'état d'urgence, de nouveaux codes de soins virtuels ont été intégrés au protocole d'entente entre l'Association médicale du Yukon et le gouvernement. Les consultations virtuelles sont rémunérées à environ 90 % du taux des consultations en personne.



Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Renseignements non disponibles.



Au fil de l'évolution de la pandémie, on a prolongé la période de validité des changements apportés aux codes de facturation pour faciliter les soins virtuels, là où ces codes étaient assortis d'une date d'expiration. Cependant, à la fin de novembre 2021, seule l'Alberta avait annoncé que ces changements seraient permanents. Selon le groupe de travail, parmi ces changements, beaucoup sont positifs et conformes aux recommandations de son rapport initial. Cela dit, le GTSV a aussi ciblé certains éléments problématiques mis en lumière par la pandémie :

- restrictions en vigueur ou planifiées en vue de plafonner la rémunération des médecins pour les soins virtuels;
- autorisation nécessaire du paiement des soins virtuels délégués;
- paiements appropriés pour assurer la gestion des portails pour les patients;
- paiement des soins asynchrones (p. ex., courriels) – existe seulement en Colombie-Britannique et en Alberta;
- nécessité de faire des soins virtuels un service assuré.

Pour combler ces lacunes, le groupe de travail fait les recommandations suivantes :

Les gouvernements et les associations médicales provinciales et territoriales doivent inclure, dans leurs ententes négociées, les éléments suivants relativement aux soins virtuels :

- ajout permanent de codes de facturation des soins virtuels dans les grilles tarifaires;
- rémunération des médecins au même tarif, que les soins soient prodigués virtuellement ou en personne;
- établissement d'un juste équilibre entre les soins en personne et virtuels, sans plafonner arbitrairement le volume des services de soins virtuels;
- mise en place d'un mécanisme de paiement des services de soins virtuels pouvant être délégué de façon appropriée à d'autres personnes aptes à les prodiguer qui travaillent au sein du même cabinet médical;
- mise en place d'un mécanisme de paiement des services de soins virtuels offerts de manière asynchrone par courriels ou messages texte sécurisés;
- mise en place d'un mécanisme de paiement pour la gestion des portails auxquels les patients ont accès et où ils peuvent entrer des renseignements personnels.

Le groupe de travail est aussi d'avis que toutes les parties prenantes doivent poursuivre l'élaboration de politiques, ainsi que les investissements dans les infrastructures, pour améliorer l'accès aux soins virtuels, mais aussi leur qualité et leur efficacité.

SOUS-GROUPE SUR L'ÉDUCATION MÉDICALE

Depuis le début de la pandémie, les restrictions imposées en raison de la situation sanitaire ont eu des répercussions sur l'éducation médicale. Dans la plupart des cas, on a assisté à l'accélération de l'utilisation des méthodes virtuelles d'enseignement, au baccalauréat comme aux cycles supérieurs; les cours qui étaient auparavant donnés en personne ont par la suite été donnés au moyen de Zoom ou d'autres plateformes virtuelles.

Dans un [article](#) du *CMAJ* publié en août 2020, on présente les différentes répercussions de la COVID-19 sur l'éducation médicale aux cycles supérieurs, en mettant l'accent sur le virage vers l'apprentissage à distance. En voici les points saillants :

- Les technologies et les nouveaux outils d'apprentissage, dont les ressources en ligne, les simulations, la vidéoconférence et la réalité virtuelle, doivent être adoptés pleinement pour faciliter l'éducation médicale.
- Les examens écrits à l'échelle nationale doivent être transposés dans un format en ligne fiable.
- Les facultés doivent élargir leurs horizons pour améliorer la formation médicale – plus particulièrement en repérant les succès précoces et en adoptant des méthodes créatives d'enseignement.
- L'enseignement par vidéoconférence peut présenter des défis, mais aussi des occasions d'améliorer la prestation et l'organisation de l'éducation médicale. En effet, les établissements – peu importe où ils se trouvent – peuvent offrir leurs cours et programmes à l'échelle nationale, et des conférenciers de partout dans le monde peuvent y participer.
- Les résidents, qui sont souvent au fait des nouvelles technologies, peuvent aider leurs superviseurs à apprivoiser les ressources en ligne et la télémédecine.

Le groupe de travail croit que ces éléments méritent qu'on s'y attarde.

Ironiquement, l'obligation de passer à l'enseignement virtuel depuis le début de la pandémie n'a pas vraiment contribué à l'accélération des changements nécessaires pour améliorer l'enseignement et l'évaluation des soins virtuels. Vers la fin de 2021, par contre, on a vu que la situation commençait à changer.

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a formé une équipe de travail sur l'éducation médicale qui a pour mandat d'élaborer une matrice de formation pour l'enseignement des soins virtuels. Plus particulièrement, cette équipe devra « déterminer les possibilités et les solutions qui s'imposent pour que les apprenants en médecine puissent participer pleinement à tout le continuum des soins virtuels en milieu clinique », le tout en suivant les recommandations du rapport initial du GTSV.

La publication d'un rapport est prévue d'ici la fin de l'année universitaire.

Le nouveau référentiel de compétences CanMEDS sortira en 2025. On évalue actuellement comment on peut y intégrer les soins virtuels et les nouvelles technologies. Cette échéance peut paraître éloignée, mais cela veut dire que, d'ici là, les soins virtuels resteront d'actualité.

La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) évalue actuellement les soins virtuels du point de vue de la formation médicale et du bien-être.

- Il y a énormément de différences au chapitre des soins virtuels au pays en ce qui a trait à la théorie enseignée aux résidents et la pratique.
- À cause de la pandémie, la formation des résidents s'est faite virtuellement, et cela a eu un impact considérable sur leur bien-être. La FMEQ travaille à faire en sorte que les résidents se sentent soutenus et apprennent dans un environnement sûr.

Depuis le printemps 2020, un autre élément est revenu très souvent dans les webinaires et les cours où l'on parlait des soins virtuels : la nécessité d'enseigner aux étudiants comment utiliser correctement les plateformes virtuelles pour prodiguer les soins appropriés. Le groupe de travail estime qu'il est essentiel que les étudiants participent activement à leur formation clinique, virtuellement ou en personne.

En terminant, le groupe de travail souhaiterait insister sur un des principes adoptés dans son rapport initial, à savoir que les programmes d'éducation médicale devraient veiller à ce que les milieux d'apprentissage offrent des soins virtuels qui répondent à trois critères : « présence d'un enseignant expérimenté; existence d'infrastructures de soutien appropriées; et présence de patients dont les problèmes de santé peuvent être évalués et traités par l'entremise de moyens virtuels en toute sécurité ».

CONCLUSION

Depuis la publication du rapport initial du GTSV et les bouleversements de la pandémie de COVID-19, de nombreux médecins se sont tournés, presque du jour au lendemain, vers les outils virtuels pour fournir des soins à leurs patients. Cependant, alors que la pandémie semblait s'estomper avant l'émergence du variant Omicron, on commençait à remettre en question le « tout virtuel » que l'on avait recommandé pour prévenir la transmission, afin de privilégier une prestation de soins plus appropriée – c'est-à-dire, dans de nombreux cas, en personne.

En raison des événements qui se sont produits depuis février 2020, on a pu grandement faire avancer la mise en œuvre des recommandations du GTSV et de ses sous-groupes. L'intégration optimale des soins virtuels dans le système canadien des soins de santé nécessitera des efforts supplémentaires de la part des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des organisations nationales. Plus précisément, il faut une adhésion universelle aux principes qui sous-tendent la conception et le déploiement des soins virtuels, de même qu'une harmonisation, entre les provinces et territoires, de la gouvernance et des politiques en la matière.

La croissance soutenue des entreprises privées offrant des services de soins virtuels à l'extérieur du système de santé public requiert une attention immédiate. Il s'agit de l'un des multiples problèmes à régler pour faire en sorte que les services virtuels contribuent à améliorer l'accès à des soins de santé sûrs et équitables – ce qui n'est actuellement pas le cas, de l'avis du GTSV.



ANNEXE I

Membres du Groupe de travail sur les soins virtuels – 2021

Coprésidents

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

Membres

Adel Arezki	Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada
D ^{re} Debbie Brace	Médecins résidents du Canada
D ^{re} Ann Collins	Association médicale canadienne
D ^r Bernard Ho	Médecins résidents du Canada
D ^r Kendall Ho	Université de la Colombie-Britannique
Toni Leamon	Voix des patients à l'AMC
D ^r Mike MacGillivray	Médecins résidents du Canada
Neha Malhotra	Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada
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 Jeff Sisler	Collège des médecins de famille du Canada
Robert Thompson	Association médicale de Terre-Neuve-et-Labrador
D ^{re} Maureen Topps	Conseil médical du Canada

Observateurs

D ^{re} Fleur-Ange Lefebvre	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^{re} Heidi Oetter	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^r Dennis Desai	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	Alberta Health Services
D ^{re} Ann Collins	Association médicale canadienne
Sarah Hutchison	Dirigeante en santé – Toronto (Ontario)
David Price	Voix des patients à l'AMC

Permis d'exercice et qualité des soins

D ^{re} Heidi Oetter – Présidente	Fédération des ordres des médecins du Canada
D ^r Dennis Desai	Association canadienne de protection médicale
D ^{re} 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 ^{re} Gigi Osler	Forum médical canadien
D ^r Paul Sawchuk	Collège des médecins de famille du Canada
Claire Snyman	Voix des patients à l'AMC
Victor Tylor	Association médicale de l'Alberta

Éducation médicale

D ^{re} Geneviève Moineau – Présidente	Association des facultés de médecine du Canada
Adel Arezki	Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada
D ^{re} Debbie Brace	Médecins résidents du Canada
D ^r Mark Dermer	Dialogue Health Technologies
D ^r Dennis Desai	Association canadienne de protection médicale
D ^{re} Nancy Fowler	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r Kenneth Harris	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^r Kendall Ho	Université de la Colombie-Britannique
Toni Leamon	Voix des patients à l'AMC
Neha Malhotra	Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada

Secrétariat

D ^{re} Francine Lemire	Collège des médecins de famille du Canada
D ^{re} Susan Moffatt-Bruce	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Timothy Smith	Association médicale canadienne
Owen Adams	Association médicale canadienne
Jennifer Kitts	Association médicale canadienne
Nadia Potvin-Piché	Association médicale canadienne

Remerciements :

Le GTSV souhaite saluer l'expertise et la contribution remarquable de Pat Rich, qui a fourni son aide aux sous-groupes et a compilé ce rapport. Nous le remercions du fond du cœur.