



Les soins virtuels au Canada

Renforcement des données
et de l'information



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-125-7 (PDF)

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins virtuels au Canada : renforcement des données et de l'information*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *Virtual Care in Canada: Strengthening Data and Information*.

ISBN 978-1-77479-124-0 (PDF)

Table des matières

Remerciements	4
Sommaire	4
Introduction	6
Partenariats : mise à profit de l'expertise de chacun	8
Mesure des soins virtuels	9
Indicateurs recommandés	13
Mesures des expériences déclarées par les patients recommandées	15
Normes et gouvernance de données	17
Données sur la facturation des médecins	18
Normes relatives aux données sur les soins de santé primaires	18
Considérations relatives à l'équité dans les soins virtuels	20
Avancement des données en appui aux soins virtuels	21
Que savons-nous au sujet des données sur les soins virtuels au Canada en ce moment?	22
Données de base disponibles sur les soins virtuels : regard sur l'accès	23
Conclusion	31
Annexe	33
Texte de remplacement pour les figures	33
Références	36

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu voir le jour sans l'aide et l'appui généreux de nombreux organismes et personnes, notamment les représentants des régions sanitaires, les représentants des organismes de santé et des ministères de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et des patients de partout au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier Inforoute Santé du Canada et les organismes partenaires du Réseau canadien pour l'évaluation de la santé numérique de leur précieuse collaboration. Ensemble, nous combinons notre expertise pour soutenir l'adoption d'une approche pancanadienne complète à l'égard de l'évaluation de la santé numérique, y compris la mesure et l'analyse des soins virtuels.

L'ICIS tient également à remercier les membres du groupe consultatif d'experts sur les mesures des expériences des soins virtuels déclarées par les patients et du groupe consultatif interprovincial sur les mesures axées sur les patients pour leurs précieuses contributions.

Enfin, l'ICIS souhaite remercier Maria J. Santana et l'équipe des soins axés sur la personne de l'Université de Calgary pour leur analyse environnementale sur la mesure des expériences des soins virtuels. Pour obtenir une copie de l'analyse environnementale, écrivez à soinsvirtuels@icis.ca.

Les analyses et les conclusions qui figurent dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Sommaire

Pour les décideurs des systèmes de santé, de nombreuses questions sur les soins virtuels demeurent sans réponse. C'est pourquoi le présent rapport examine la question des données et de l'information sur les soins virtuels au Canada. Il présente un aperçu des données sur les soins virtuels détenues par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les provinces et les territoires ainsi que les organisations pancanadiennes de santé. Il propose aussi des nouveaux domaines d'intérêt pancanadien touchant la mesure de la qualité et de l'accessibilité des soins virtuels.

Bon nombre d'autorités compétentes dispensaient déjà des services sous forme virtuelle avant le début de la pandémie. Le type et l'étendue de ces services variaient toutefois selon les caractéristiques géographiques et démographiques et selon les priorités en matière d'investissement. En 2020-2021, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu des ententes bilatérales avec le gouvernement du Canada aux fins de nouveaux investissements dans les soins virtuels. Ces ententes ont permis aux autorités compétentes d'affecter des sommes aux priorités locales et ont mené à la mise à l'essai de diverses solutions de soins

virtuels au pays. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont fourni des données de base à l'ICIS, pour l'aider à évaluer les progrès qui seront accomplis avec ces investissements, à établir une base de connaissances sur les soins virtuels et à cerner les lacunes à ce chapitre.

Pour combler ces lacunes, l'ICIS a mené des analyses documentaires et des consultations auprès des patients, des membres du grand public, des cliniciens et des décideurs des systèmes de santé afin de définir un petit ensemble d'indicateurs permettant de rendre compte publiquement des progrès réalisés dans la mise en œuvre des soins virtuels et des résultats généraux des systèmes de santé. L'ICIS recommande ainsi l'adoption et le suivi des indicateurs suivants :

- Visites potentiellement évitables au service d'urgence;
- Caractère approprié du mode de prestation des soins (expérience déclarée par le patient et par le dispensateur);
- Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale;
- Accès aux soins virtuels pour les populations mal servies.

En ce qui concerne les autorités compétentes qui ont la possibilité d'étendre la collecte des mesures des expériences déclarées par les patients (MEDP) aux soins virtuels, l'ICIS recommande également les mesures suivantes :

- Communication avec le dispensateur de soins;
- Respect et sécurité culturelle;
- Choix du patient en ce qui a trait au mode de consultation;
- Utilisation des soins virtuels — expérience générale du patient.

L'un des objectifs à long terme consiste à obtenir des données normalisées de grande qualité à l'échelle de tous les milieux de soins et à créer des indicateurs fiables permettant de suivre les progrès au fil du temps. Mais pour ce faire, il faut disposer d'un plus grand nombre de données intersectorielles afin de pouvoir examiner les soins de santé sous l'angle d'un processus (comprenant les modes virtuels) et non pas sous l'angle d'une interaction ponctuelle. Il faut également en savoir plus sur les services de soins de santé virtuels dispensés au privé. D'ici là, il est possible de tirer parti de nouvelles normes et des travaux analytiques préliminaires de l'ICIS présentés dans ce rapport.

Pour étendre l'accès aux soins virtuels à tous les Canadiens, il faut d'abord se pencher sur l'étendue des données requises — elles doivent permettre d'évaluer la pertinence des soins, l'expérience des patients et l'optimisation des ressources dans le contexte de mise en œuvre des soins virtuels. L'ICIS souhaite continuer d'analyser l'état des soins virtuels avec les planificateurs des systèmes de santé, les patients et les dispensateurs de soins, car ces travaux permettront de concevoir et de gérer des modèles de prestation de soins et de services efficaces qui répondent aux besoins des Canadiens.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a fait des soins virtuels un mode de prestation de services omniprésent dans la plupart des secteurs de soins au Canada. D'abord instaurés en tant que mesure de distanciation physique visant à réduire la propagation du nouveau coronavirus, les soins virtuels ont désormais une portée qui dépasse largement le cadre de la pandémie. Ils ont le potentiel d'améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales ou éloignées du Canada, de réduire les coûts engagés par les systèmes de santé et les patients et d'accélérer l'accès aux soins de santé en général. Pour réaliser ce potentiel et pour s'assurer que les soins virtuels sont dispensés de façon équitable et appropriée et qu'ils procurent une expérience positive pour les patients et les dispensateurs de soins, il faut d'abord examiner et évaluer les données sur les soins virtuels.

Selon le Sondage canadien sur la santé numérique 2021 d'Inforoute Santé du Canada, 73 % des Canadiens ont eu au moins une interaction médicale¹ sous forme virtuelle en 2021; parmi les répondants qui ont pris part à une consultation virtuelle, 90 % se sont dits satisfaits des soins reçus¹. Les changements touchant les modes de prestation ont surtout visé le secteur des soins de santé primaires où sont utilisés la plupart des services de soins virtuels^{2,3}. La majorité des Canadiens se disent également intéressés par des consultations virtuelles avec les dispensateurs de soins — par téléphone (69 %), vidéo (56 %) et messagerie sécurisée (57 %)¹. Un rapport récent du groupe de travail sur les soins virtuels révèle en outre que certains médecins ne sont pas enclins à reprendre les consultations en personne⁴. Compte tenu de l'intérêt qu'ils suscitent chez les patients et les dispensateurs de soins, il faut s'attendre à ce que les soins virtuels continuent de faire partie intégrante des modèles de prestation des soins.

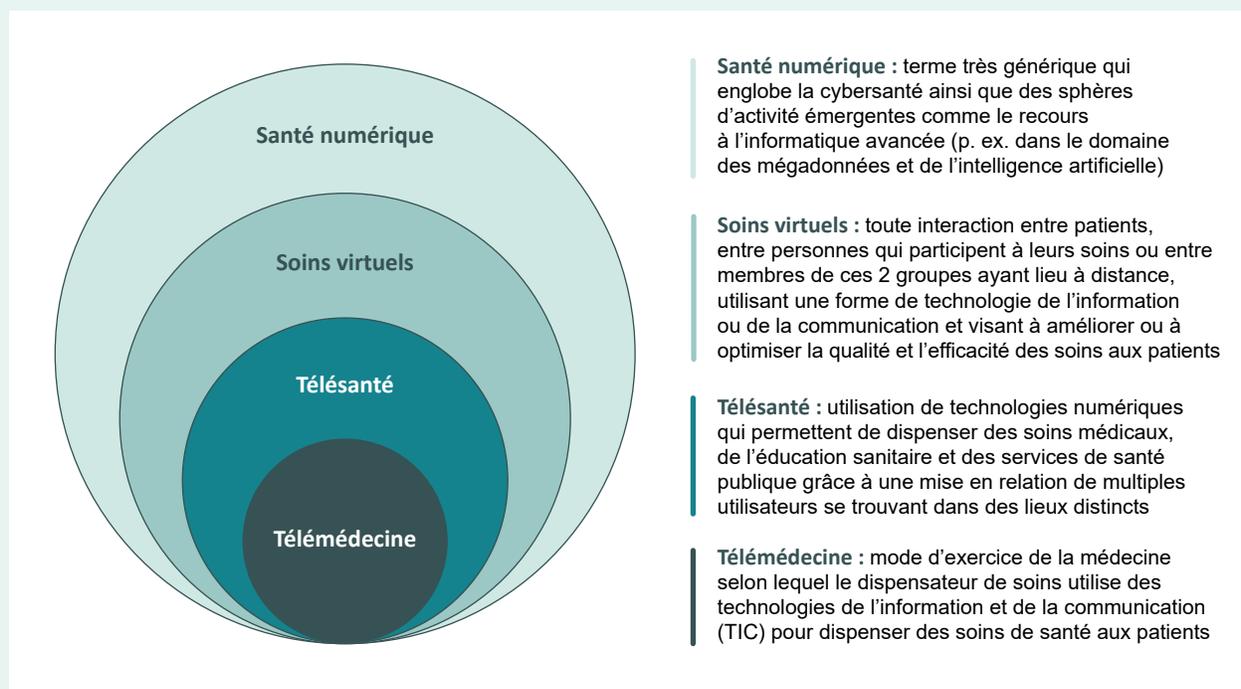
Même si certaines autorités compétentes, en particulier les régions rurales et éloignées, offrent des services virtuels depuis des dizaines d'années, il faudra l'arrivée de la pandémie au début de 2020 pour véritablement transformer le secteur des soins virtuels au pays, par exemple, inciter les provinces et territoires à adopter rapidement des codes de facturation temporaires afin de rémunérer les médecins offrant des soins virtuels, et accélérer la mise en place de nombreux nouveaux outils de soins virtuels en vue de dispenser les services de santé financés par le secteur public de façon sécuritaire⁵. Alors que les autorités compétentes doivent composer avec de nombreux défis touchant les systèmes de santé, la mise en œuvre et l'évaluation des soins virtuels offrent la possibilité d'optimiser le recours à différents modes de prestation dans les systèmes de santé du Canada et de faire en sorte que tous les Canadiens tirent profit de cette transformation.

i. Par interaction médicale, on entend une consultation — en personne ou en mode virtuel — auprès d'un médecin de famille, d'un spécialiste, d'un dispensateur de soins dans une clinique sans rendez-vous ou d'un autre type de dispensateur de soins, l'obtention ou l'exécution d'une ordonnance, une évaluation de l'état de santé en ligne, une visite au service d'urgence ou un appel téléphonique à un service de télétriage ou à une infirmière d'une ligne info-santé.

Les soins virtuels sont un volet de la santé numérique

Les soins virtuels désignent toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces 2 groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information ou de la communication et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients⁶. Ils comprennent la prestation de services au moyen de diverses technologies numériques, en mode synchrone ou asynchrone, et incluent la télésanté et la télémédecine. La santé numérique englobe les soins virtuels et d'autres éléments, comme le recours à des dispositifs, des algorithmes et des applications qui appuient la prise de décisions et la communication fondée sur la collaboration dans l'ensemble du continuum de soins⁷. Le présent rapport est axé sur les soins virtuels et non sur la santé numérique dont la portée est plus vaste (figure 1).

Figure 1 Santé numérique



Remarque

Inspiré du [concept de l'American Association for Family Practice](#). L'ICIS a ajouté santé numérique.

Sources

Santé numérique : Organisation mondiale de la santé. [Digital health](#). Consulté le 1^{er} mars 2022.

Soins virtuels : Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care. [Virtual Care: A Framework for a Patient-Centric System](#). 2015.

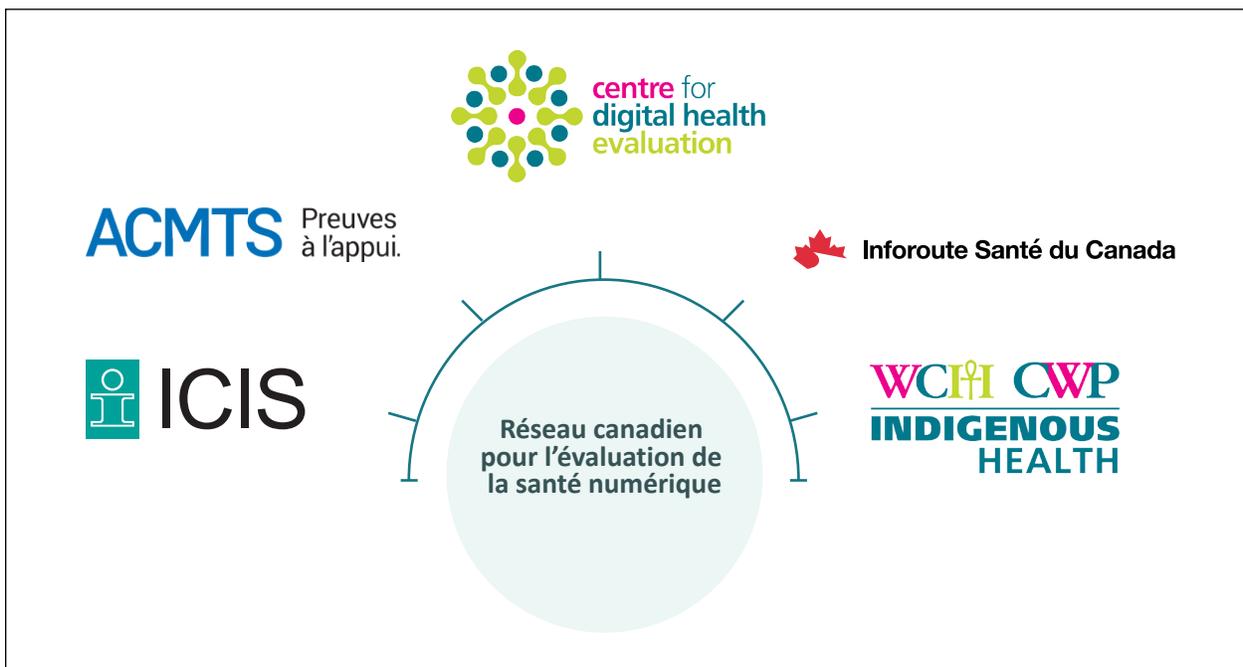
Télésanté : Telligen, Great Plains Telehealth Resource and Assistance Center. [Telehealth Start-Up and Resource Guide](#). 2014.

Télémédecine : CHIEF Executive Forum. [Virtual Care in Canada: Lexicon](#). Sans date.

Partenariats : mise à profit de l'expertise de chacun

L'ICIS collabore avec de nombreux organismes de santé et partenaires, en fournissant des analyses et de l'information utiles pour les patients et leur famille, les décideurs des systèmes de santé et les chercheurs de partout au pays. Grâce aux partenariats établis pour les soins virtuels, nous évitons le chevauchement des efforts et le dédoublement des coûts tout en nous assurant que les politiques et les décisions qui influent sur la santé reposent sur des données exactes, comparables et objectives. Le 3 mai 2020, le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de 240,5 millions de dollars pour accélérer l'usage d'outils virtuels et de solutions numériques afin d'appuyer les Canadiens. De ce montant, 200 millions aident les provinces et les territoires à accélérer leurs efforts pour répondre aux besoins en matière de soins de santé⁸. Dans le cadre de cet investissement, la mise en place d'une stratégie nationale pour l'évaluation de la santé numérique a été recommandée, ce qui a mené à la création du Réseau canadien pour l'évaluation de la santé numérique (le Réseau)⁹. Le Réseau réunit plusieurs organismes collaborateurs : Inforoute Santé du Canada (Inforoute), l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), l'ICIS, le Centre for Digital Health Evaluation (CDHE) et le Centre for Wise Practices in Indigenous Health du Women's College Hospital (figure 2). L'ICIS combine ainsi son expertise à celle des organismes partenaires du Réseau pour soutenir l'adoption d'une approche pancanadienne complète à l'égard de l'évaluation de la santé numérique⁹, y compris la mesure et l'analyse des soins virtuels et des technologies de soins virtuels¹⁰.

Figure 2 Partenariats



L'ICIS collabore aussi avec Inforoute et Excellence en santé Canada pour appuyer leur travail sur le projet collaboratif de conception Soins virtuels ensemble¹¹, dans le cadre duquel des cabinets et organismes communautaires de soins primaires de partout au Canada préparent, mettent en œuvre et évaluent des outils et pratiques de soins virtuels. Ce travail de l'ICIS favorise l'alignement sur les mesures et les évaluations proposées, ainsi que l'échange d'information entre des organismes de santé pancanadiens de premier plan engagés à améliorer les données et les résultats pour la santé des Canadiens.

Les données que nous avons recueillies au fil des ans révèlent que les soins virtuels peuvent améliorer l'accès aux soins et aider les patients à assurer une meilleure prise en charge de leurs soins et à économiser du temps et de l'argent. Au cours de la dernière année particulièrement, les partenariats pancanadiens ont entrepris le processus de gestion des changements touchant les soins virtuels afin de fournir aux dispensateurs, aux patients et à leurs partenaires de soins essentiels les outils dont ils ont besoin pour favoriser la transformation des soins — afin qu'un plus grand nombre de personnes aient accès à des soins virtuels équitables, sécuritaires et de grande qualité.



— Shelagh Maloney

vice-présidente exécutive, Engagement et Marketing, Inforoute Santé du Canada

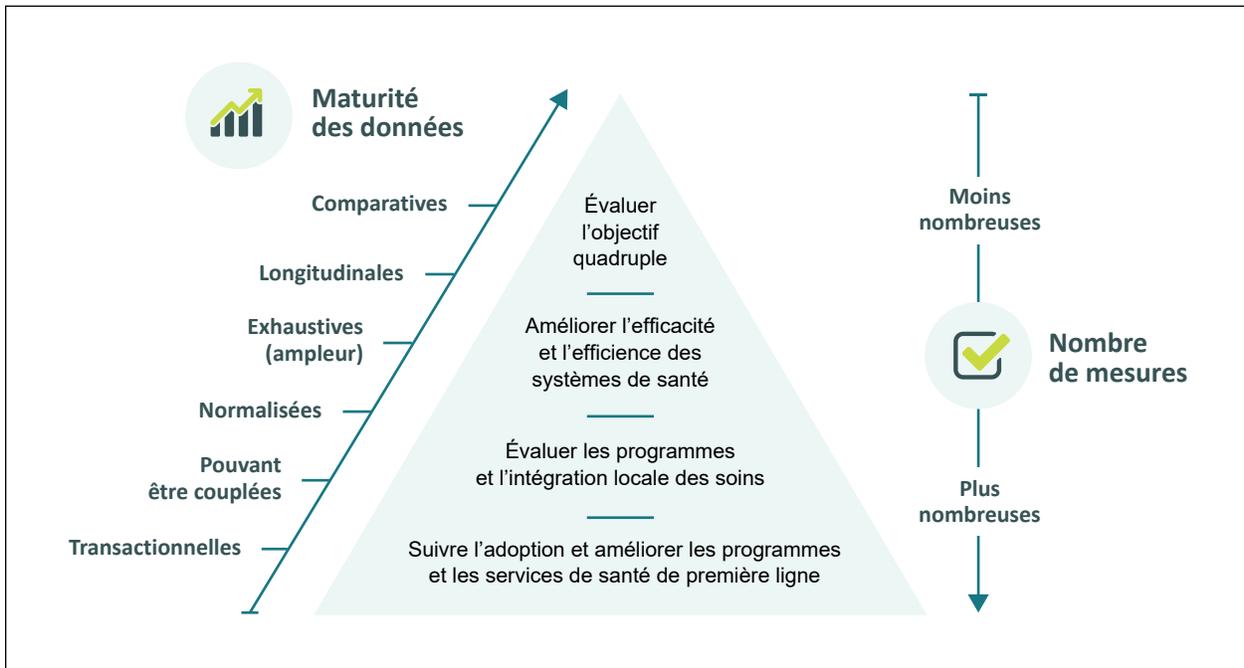
Mesure des soins virtuels

Pour parvenir à étoffer les données sur les soins virtuels au Canada et à optimiser la mine d'information qui s'en dégage, il faut d'abord évaluer les données disponibles et définir de nouvelles sources de données susceptibles de combler les besoins prioritaires en information des décideurs des systèmes de santé ainsi que des patients et leur famille. Ces données et normes jettent les bases de mesures et d'indicateurs qui fournissent de l'information comparable et exploitable permettant aux décideurs de mesurer les progrès au fil du temps.

L'ICIS a démontré qu'il était en mesure d'appuyer les activités pancanadiennes de mesure et de faire émerger des consensus concernant la comparabilité des données et la transparence. Par exemple, il a récemment dirigé l'élaboration d'un ensemble ciblé de 12 indicateurs pancanadiens (qui font désormais l'objet d'une diffusion publique) pour aider les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) à concrétiser les engagements qu'ils ont pris dans le cadre de [l'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#).

Comme le montre la pyramide présentée à la figure 3, il y a plusieurs types de mesures et d'indicateurs et plusieurs façons d'en faire usage au sein des systèmes de santé. Les mesures associées au segment inférieur de la pyramide reposent sur des données transactionnelles, comme le nombre de patients qui utilisent une technologie donnée ou le nombre de visites virtuelles. Ces mesures fournissent de l'information importante qui permet de cerner l'adoption et l'utilisation des services de santé. Pour pouvoir répondre à des questions complexes liées à l'efficacité des modèles de soins, à la qualité et à la sécurité des soins et à l'optimisation des investissements dans les systèmes de santé (segments supérieurs de la pyramide), il faut disposer de données plus matures.

Figure 3 Mesure de la performance des systèmes de santé



En 2020-2021, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu des ententes bilatérales avec le gouvernement du Canada en vue de faire progresser les priorités en matière de soins virtuels pour lutter contre la COVID-19⁸.ⁱⁱ Dans le cadre de ces engagements, l'ICIS a travaillé avec des partenaires provinciaux et territoriaux afin de définir un petit ensemble d'indicateurs pancanadiens sur les soins virtuels qui concordent avec son Cadre de mesure de la performance du système de santé¹² et les principes de l'objectif quadruple décrits dans le cadre pancanadien d'évaluation de la santé numérique du Réseau. Les indicateurs envisagés ont pour objectif

- d'appuyer les décideurs dans leur analyse de l'efficacité des soins dispensés sous forme virtuelle;
- de cerner les possibilités d'amélioration en matière de prestation de soins virtuels;
- de favoriser la transparence et la responsabilisation;
- de faciliter la mise en commun des pratiques exemplaires;
- de donner voix aux patients et aux dispensateurs de soins dans les systèmes de santé.

Pour établir ce petit ensemble d'indicateurs, nous avons recueilli les points de vue de représentants des ministères et d'experts de la mesure dans le cadre de discussions interprovinciales, de réunions dirigées par l'ICIS avec des cliniciens et des patients, et de sondages auprès d'intervenants provinciaux et territoriaux. L'ICIS a également effectué des analyses documentaires et environnementales pour tracer un bilan des activités de mesure des soins virtuels au Canada et ailleurs. Pour orienter les recommandations visant les MEDP, l'ICIS a demandé à l'équipe des soins axés sur la personne de l'Université de Calgary de mener une analyse environnementale pour jauger l'état actuel des outils de sondage sur l'expérience des patients en soins virtuels en usage au Canada et ailleursⁱⁱⁱ. Ces travaux ont révélé que même si des mesures communes étaient utilisées dans la littérature didactique pour évaluer l'expérience des patients, aucune mesure uniforme sur les soins virtuels dispensés aux patients n'a été validée à l'échelle du Canada.

Les travaux ont donc permis de cerner des lacunes en matière d'information et de les classer selon les grands thèmes ci-dessous. Bon nombre d'aspects concordent avec plus d'un thème, si bien qu'on les voit parfois organisés autrement dans le cadre de mesure de la performance de certaines autorités compétentes. Par exemple, certains intervenants peuvent classer un aspect sous le thème de la qualité et de la sécurité tandis que d'autres l'affectent au thème de la pertinence. Une catégorie distincte n'a pas été établie pour l'équité puisqu'il s'agit d'un thème transversal essentiel qui s'applique à tous les aspects.

ii. Le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec ont conclu une entente asymétrique distincte.

iii. Pour obtenir une copie de l'analyse environnementale, écrivez à soinsvirtuels@icis.ca.

Optimisation des ressources

- Incidence des soins virtuels sur les déplacements à des fins médicales et la facturation interprovinciale
- Surutilisation des services ou des soins de faible valeur

Qualité et sécurité

- Communication avec le dispensateur de soins
- Sécurité culturelle, respect et dignité, prestation de services axés sur la personne
- Incidence des soins virtuels sur le suivi, les soins et les résultats post-chirurgicaux

Pertinence

- Caractère approprié de la prescription
- Caractère approprié du mode de prestation du point de vue des patients et des dispensateurs

Accès

- Accès aux soins pour les populations mal servies
- Économies de temps et d'argent pour les patients et les dispensateurs de soins
- Mesure dans laquelle la personne est à l'aise d'utiliser les technologies (patients et dispensateurs de soins)
- Accès aux services de santé mentale

Nous avons veillé à circonscrire les lacunes en matière d'information à un petit ensemble de mesures proposées capables de brosse un portrait juste de la transformation complexe des soins de santé à l'intention des décideurs. Les indicateurs ont été priorisés en fonction de plusieurs critères, dont les suivants :

- Les indicateurs doivent cadrer avec au moins 2 dimensions du Cadre de mesure de la performance du système de santé.
- Au moins un indicateur doit tirer parti d'une source de données existante.
- Au moins un indicateur doit reposer sur des données déclarées par les patients.
- Au moins un indicateur doit être propre au secteur de soins.

En février 2022, les indicateurs ont été présentés au public dans le cadre d'un sondage et de groupes de discussion pancanadiens, ainsi qu'aux participants à la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques. Ce processus a conduit à la liste restreinte d'indicateurs ci-dessous.

Indicateurs recommandés

Visites potentiellement évitables au service d'urgence

Si les soins virtuels parviennent à accroître l'accès des patients aux soins primaires, les visites au service d'urgence pour des problèmes de santé pouvant être traités en médecine familiale devraient diminuer au fil du temps. Cet indicateur vise à déterminer si l'accès aux soins primaires a été élargi, en mesurant le nombre de visites au service d'urgence pour des problèmes de santé liés à la médecine familiale qui auraient pu être évitées au moyen de soins virtuels appropriés. Les données utilisées pour le calcul de cet indicateur proviendraient du Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS. L'élaboration de l'indicateur reposerait sur des travaux existants de l'ICIS¹³ et d'autres organismes comme Santé Alberta¹⁴ portant sur les affections pouvant être traitées en médecine familiale.

Caractère approprié du mode de prestation des soins (expérience déclarée par le patient)

Cet indicateur vise à déterminer si l'expérience de consultation virtuelle a aidé le patient et répondu à ses besoins. Les soins ne doivent souffrir aucun compromis. Il faut donc que les Canadiens aient le sentiment de recevoir les soins dont ils ont besoin, peu importe le mode de prestation. Cet indicateur permettrait de déterminer au fil du temps si les modes utilisés pour offrir des soins aux patients et à leur famille conviennent à leurs besoins. Il est possible de tirer parti d'outils de sondage existants pour recueillir les données nécessaires au calcul de cet indicateur, notamment le Sondage canadien sur la santé numérique d'Inforoute^{iv} et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ou encore d'autres enquêtes de Statistique Canada.

Caractère approprié du mode de prestation des soins (expérience déclarée par le dispensateur)

Tant que les patients auront la possibilité de recourir à des soins virtuels, les dispensateurs de soins devront offrir une combinaison appropriée de services en personne et de services virtuels en vue de répondre aux besoins de leurs patients. Cet indicateur rendrait compte du point de vue du dispensateur concernant le caractère approprié du mode de prestation et permettrait d'évaluer si les outils sont utilisés efficacement. Il permettrait aussi de déterminer au fil du temps si les programmes de gestion du changement et le soutien à l'utilisation des technologies destinés aux cliniciens ont l'effet escompté. Il serait possible d'utiliser les outils de sondage existants, en collaborant avec Inforoute et des associations de professionnels de la santé, pour recueillir les données nécessaires au calcul de cet indicateur.

iv. Ce sondage peut inclure des données sur des services de santé qui dépassent le cadre des services dispensés par le secteur public.

Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale

Cet indicateur vise à mesurer le nombre médian de jours d'attente pour des services de counseling continus¹⁵.^v. Les temps d'attente pourraient être stratifiés en fonction du mode de prestation (en personne ou virtuel).

Les données provinciales et territoriales agrégées soumises à l'ICIS en vertu d'une définition consensuelle seraient utilisées. Cet indicateur permettrait de déterminer au fil du temps si le temps d'attente pour un rendez-vous de counseling virtuel est moins long que le temps d'attente pour un rendez-vous en personne. Cette information revêt un caractère très pertinent au vu des efforts que déploient les gouvernements provinciaux et territoriaux pour accroître les services de santé mentale dispensés virtuellement, en particulier depuis que la pandémie a souligné la nécessité d'intervenir à ce chapitre.

Accès aux soins virtuels pour les populations mal servies

Cet indicateur vise à mesurer l'accès des populations mal servies ou résidant dans des régions éloignées à des soins dispensés sous forme virtuelle. Lors de l'analyse des populations mal servies, il importe d'explorer le concept d'accès pour les patients qui ne sont pas inscrits auprès d'un dispensateur de soins primaires. Les participants à la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques ont récemment défini la tenue de travaux sur l'inscription des patients auprès des dispensateurs de soins comme une priorité. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada pourrait être une source de données aux fins de cet indicateur, de même que les registres provinciaux et territoriaux des personnes non inscrites auprès d'un dispensateur. Cet indicateur permettrait de déterminer au fil du temps si les patients non inscrits auprès d'un dispensateur et les autres populations mal servies obtiennent des soins plus rapidement et plus fréquemment grâce aux modes virtuels, et si les soins virtuels favorisent la continuité des soins chez les patients mal servis ou résidant dans des régions éloignées.

v. Le counseling virtuel inclut toute forme de counseling synchrone offert par téléphone ou en ligne (vidéoconférence et clavardage). Le counseling en personne renvoie au fait que le client et le dispensateur se trouvent dans le même lieu physique. Les services de counseling incluent uniquement les services financés par le secteur public qui sont principalement fournis, coordonnés ou chapeautés par le gouvernement. Les services de toxicomanie autonomes et les services d'intervention en situation de crise ou sans rendez-vous figurent parmi les services qui ne sont pas pris en compte aux fins de l'indicateur.

Mesures des expériences déclarées par les patients recommandées

Outre le petit ensemble d'indicateurs pancanadiens ci-dessus, l'ICIS suggère aux autorités compétentes qui souhaitent évaluer leurs propres services et harmoniser leurs activités à celles des autres autorités compétentes d'adopter les MEDP ci-dessous. Les consultations publiques ont confirmé l'importance de tenir compte du point de vue du patient dans les activités de mesure, soulignant l'importance du respect et de la confiance envers les dispensateurs, et de la continuité des soins.

Communication avec le dispensateur de soins

- Mesure de l'expérience du patient qui concerne l'interaction avec le dispensateur de soins durant la consultation virtuelle

Respect et sécurité culturelle

- Mesure de l'expérience du patient qui concerne le respect et la sécurité culturelle durant la consultation virtuelle

Choix du patient en ce qui a trait au mode de consultation

- Mesure de l'expérience du patient qui concerne la capacité à choisir le mode de consultation, que ce soit en personne ou sous forme virtuelle (p. ex. par téléphone, par vidéo)

Utilisation des soins virtuels — expérience générale du patient

- Mesure de l'expérience du patient qui concerne l'expérience générale des soins virtuels

L'une des MEDP préconisées se penche sur la sécurité culturelle et le respect durant la consultation médicale. L'ICIS reconnaît qu'aucune mesure ne permet à elle seule de déterminer si les soins dispensés sont sécuritaires sur le plan culturel. Toutefois, cette mesure peut fournir de l'information importante sur l'expérience de certaines personnes, comme les membres de groupes racialisés et les Autochtones. Pour en savoir plus, consultez le document *Mesurer la sécurité culturelle dans les systèmes de santé*¹⁶.

Les soins virtuels dépendent beaucoup du patient et de sa capacité à décrire ses symptômes. Si un patient n'est pas capable de bien s'exprimer ou de décrire ses symptômes, peut-on vraiment bien le soigner?



— Participant à un groupe de discussion, février 2022

Mesure de l'expérience du dispensateur

Les consultations que l'ICIS a menées auprès des intervenants ont souligné encore une fois que les options offertes par les dispensateurs de soins influent sur les choix et les expériences des patients. L'ICIS préconise le maintien des activités visant à recueillir les points de vue des dispensateurs, en ce qui a trait particulièrement aux soins virtuels.

- Inforoute Santé du Canada sonde périodiquement les médecins, en collaboration avec l'Association médicale canadienne, afin de mieux connaître leur utilisation des technologies de la santé numérique et de l'information, y compris leurs perceptions et leurs expériences relatives aux soins virtuels. Selon le Sondage national des médecins du Canada 2021, bien que les médecins ont dit percevoir les avantages des soins virtuels pour les patients et pour eux-mêmes, ils ont également indiqué que leur plus grande difficulté était d'examiner les patients virtuellement¹⁷.
- Les enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, qui sondent les patients et les dispensateurs de soins dans 11 pays développés, comprennent également des questions sur l'utilisation et l'expérience des soins virtuels. L'enquête de 2019 réalisée auprès des médecins de soins primaires révèle que l'utilisation du dossier médical électronique (DME) a augmenté au Canada par rapport à l'enquête précédente. Toutefois, le pourcentage de cabinets de soins primaires canadiens à offrir à leurs patients la possibilité de consulter le résumé de leur consultation en ligne et de demander des renouvellements d'ordonnance en ligne était inférieur à la moyenne des pays du Fonds du Commonwealth¹⁸.

Les modèles de prestation de soins virtuels sont en train de changer au Canada. Bien que la plupart des autorités compétentes dispensaient déjà des services virtuellement¹⁹, la pandémie en a accéléré l'adoption. À l'heure actuelle, la collecte de données sur les soins virtuels au Canada est fragmentaire : la pandémie a accentué les défis que soulevaient déjà l'actualité des données, les coûts et le fardeau de la collecte. Il demeure donc essentiel de tirer parti des sources de données existantes et de trouver des possibilités de recueillir de nouvelles données normalisées afin de mieux appuyer les intervenants des systèmes de santé, les patients et leur famille.

Normes et gouvernance de données

Des normes de données définissent la structure de chacune des 30 banques de données de l'ICIS et assurent une collecte d'information fiable, comparable et exacte sur les systèmes de santé. Grâce à elles, les systèmes recueillent, organisent, échangent, stockent et interprètent l'information sur la santé selon une terminologie commune et des modalités identiques. La Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS, par exemple, sert de répertoire de données pancanadien^{vi} sur les sorties des patients hospitalisés en soins de courte durée. Elle repose sur des normes de données matures et, corollairement, favorise la production d'information cruciale à l'intention des intervenants. Les données normalisées de la BDGP ont joué un rôle déterminant durant la pandémie. Elles ont permis aux décideurs d'analyser les répercussions de la COVID-19 sur les systèmes de santé canadiens²⁰, notamment sur les séjours à l'hôpital, les chirurgies et les admissions aux unités de soins intensifs²¹. Elles ont également fourni de l'information cruciale, en ce qui a trait notamment aux méfaits causés par l'utilisation de substances psychoactives²².

Les normes et les outils qui appuient la collecte de données dans les milieux des soins de courte durée sont bien établis. Toutefois, en raison du déploiement accéléré des soins virtuels durant la pandémie, des méthodes et des domaines de mise en œuvre et d'amélioration des normes devaient être définis afin de pouvoir mesurer l'incidence des soins virtuels sur les systèmes de santé et évaluer l'équité sur le plan de l'accès et les résultats pour les patients. L'ICIS a donc entrepris des travaux à ce chapitre, dont les suivants :

- créer des normes analytiques permettant de repérer la prestation de services virtuels dans les données sur la facturation des médecins;
- améliorer les normes qui régissent les données sur les soins de santé primaires et collaborer avec Inforoute afin d'établir des normes de données interopérables;
- élaborer et améliorer des normes, afin de recueillir de l'information pertinente sur les soins virtuels dans les banques de données de l'ICIS;
- recommander un ensemble normalisé de MEDP.

vi. Le Québec soumet ses données sur les soins de courte durée à la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS.

Données sur la facturation des médecins

Au début de la pandémie, les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ont travaillé de concert avec les associations médicales en vue d'intégrer les soins virtuels aux types de services dispensés par les médecins. Ils ont créé de nouveaux codes de facturation des médecins, modifié les règles de facturation pour les codes existants et établi des lignes directrices sur les technologies permises pour la prestation de services virtuels²³. Grâce à ces améliorations, les ministères de la Santé ont été en mesure d'isoler la prestation de soins virtuels dans les données relatives aux demandes de remboursement des médecins. Comme chaque autorité compétente utilise sa propre norme en matière de données sur la facturation des médecins, l'ICIS recueille l'information, puis catégorise les diverses normes en fonction d'un cadre commun appelé Système de groupement national (SGN)²⁴. Le SGN sert à classer les codes de facturation des médecins en catégories de services comparables. Il fait l'objet d'améliorations et de mises à jour périodiques en fonction des changements apportés aux codes de facturation des médecins, comme la mise en œuvre de nouveaux codes de facturation pour les soins virtuels. En tenant à jour le SGN, l'ICIS favorise la déclaration de données pancanadiennes comparables sur les services offerts par les médecins, y compris ceux dispensés en mode virtuel.

Normes relatives aux données sur les soins de santé primaires

L'ICIS montre également la voie à suivre pour faire avancer les normes qui régissent les données sur les soins de santé primaires et ainsi améliorer la saisie des services virtuels²⁵. La collecte de données normalisées et comparables sur les soins de santé primaires est une composante essentielle de l'amélioration des soins cliniques, de la sécurité des patients et de la qualité des services. Plusieurs modifications ont été apportées récemment au *Fichier minimal pancanadien du DME en lien avec les soins de santé primaires pour la mesure de la performance, version 1.1*, dont une mise à jour des 2 éléments de données suivants :

- l'élément Mode de visite ou de communication, qui permet d'indiquer les soins virtuels;
- l'élément Type de dispensateur, qui permet de préciser qui a fourni les soins en fonction de la profession ou de la désignation (voir l'encadré **Normes de données en appui aux soins virtuels**).

Les normes communes en matière de données pour l'interopérabilité, y compris l'échange de données et le contenu, sont l'épine dorsale des données sur la santé dans le secteur de la santé et doivent être définies, adoptées, évoluées et soutenues de façon uniforme.



— Rapport 2 du Comité consultatif d'experts : Bâtir la Fondation canadienne des données sur la santé²⁶

Des éléments de données sur la race et l'identité autochtone ont également été ajoutés aux normes cette année. Ces éléments permettront de mieux comprendre et de réduire les inégalités en santé dans le secteur des soins primaires, y compris des soins virtuels. Des travaux sont prévus pour améliorer la saisie normalisée de la raison de la visite en soins primaires (ou problème de santé) et pour élaborer des normes liées aux médicaments prescrits en soins de santé primaires.

Ces normes permettront de soutenir la prise de décisions cliniques et relatives au système de santé de multiples façons, qu'il s'agisse d'examiner les visites au service d'urgence ou les hospitalisations potentiellement évitables chez une cohorte de patients atteints d'une maladie chronique précise en soins de santé primaires ou de tirer parti des possibilités d'utilisation décrites dans l'analyse menée conjointement par l'ICIS et l'Alliance pour des communautés en santé²⁷.

Normes de données en appui aux soins virtuels

Les normes d'information suivantes ont été élaborées et mises en œuvre dans les bases de données de l'ICIS afin d'assurer la collecte et la déclaration uniformes des données sur les soins virtuels :

Mode de visite ou de communication : Désigne le mode de visite ou de communication utilisé dans le cadre de l'interaction entre le client et le dispensateur de soins (p. ex. en personne, par courriel, par téléphone, par messagerie texte). Jumelé à d'autres éléments de données faisant l'objet d'une collecte dans les bases de données de l'ICIS, le mode de visite ou de communication fournit de l'information sur l'utilisation appropriée de la technologie dans divers modèles de soins, l'effet des modes de visite ou de communication sur la qualité des soins, la corrélation entre l'équité en santé et les résultats pour la santé, et les pratiques exemplaires en matière de soins.

Type de dispensateur : Indique qui a fourni les soins en fonction de la profession ou de la désignation. Les activités de consultation ont révélé que les décideurs aimeraient savoir quels types de professionnels de la santé dispensent des services de soins virtuels, et qu'ils accordent la priorité à ces questions stratégiques dans leur autorité compétente. La saisie de données normalisées sur le type de dispensateur peut permettre de répondre à des questions clés liées aux coûts, au déroulement des tâches, à la continuité des soins ainsi qu'à la planification de la main-d'œuvre.

Considérations relatives à l'équité dans les soins virtuels

Les avantages potentiellement associés aux soins virtuels comprennent l'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins, du rapport coût-efficacité et de la satisfaction des patients et des dispensateurs. Le téléphone par exemple, à titre de principal mode de prestation des soins virtuels au cours de la pandémie²⁸, peut favoriser l'équité en matière d'accès, surtout pour les personnes qui résident dans des régions où il est difficile d'accéder à des réseaux à large bande en vue d'effectuer une consultation par vidéo²⁹. Les données de 2020 de l'Ontario révèlent que le recours aux soins virtuels a augmenté dans tous les groupes d'âge et les quintiles de revenus durant la pandémie³⁰.

Bien que ces résultats donnent à penser que l'accès aux soins virtuels par téléphone est équitable, d'aucuns s'inquiètent d'une exacerbation des iniquités en matière d'accès et de résultats à l'échelle des patients qui résident dans des régions nordiques, rurales ou éloignées³¹, qui ont épuisé les données ou les minutes d'appel de leur téléphone cellulaire ou qui ont un accès limité à des espaces privés pour effectuer des visites en mode virtuel³². Les participants aux groupes de discussion ont souligné que peu importe le mode de prestation des soins, les iniquités observées dans les soins dispensés en personne vont se transposer aux soins virtuels si aucun effort n'est déployé pour résoudre les véritables causes des iniquités.

Le fardeau des soins sous forme virtuelle doit être beaucoup plus élevé. Nous devons nous assurer d'interagir avec respect malgré la distance qui nous sépare.



— Participant à un groupe de discussion, février 2022

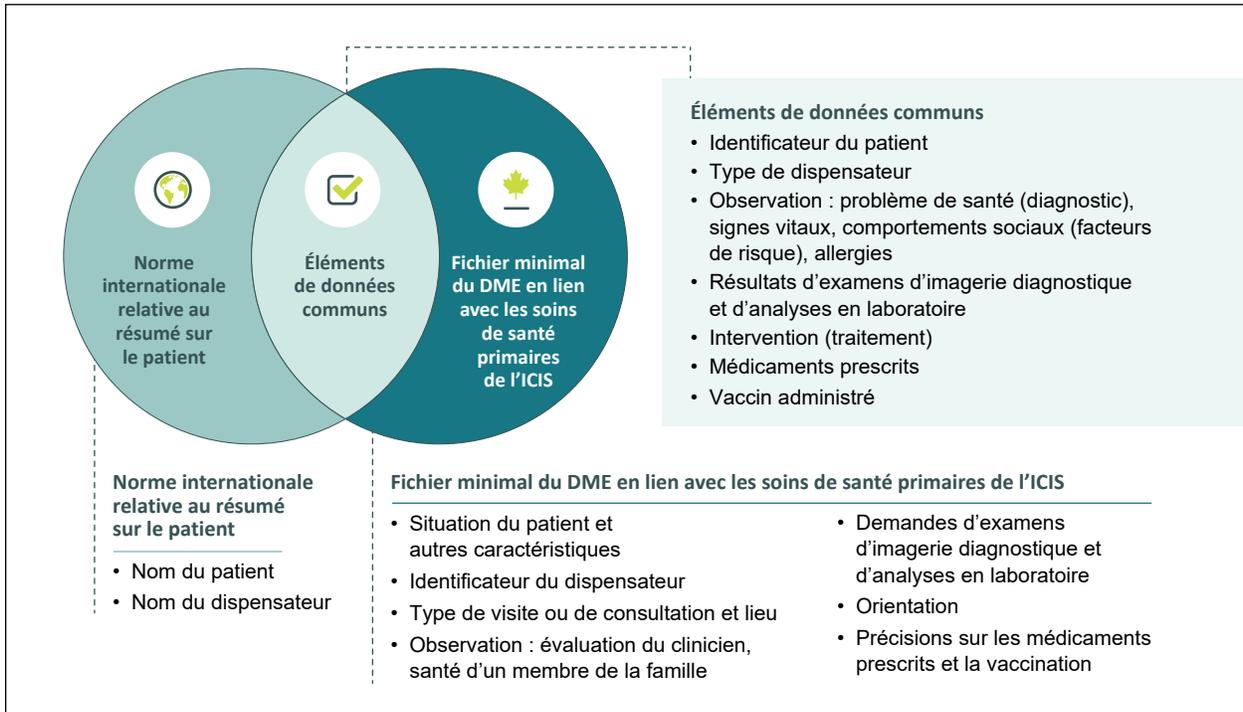
Qu'il s'agisse d'accéder à des soins virtuels ou en personne, les Autochtones et les membres des autres groupes racialisés se heurtent à de la discrimination et à des obstacles dans les systèmes de santé du Canada qui peuvent leur porter préjudice^{33, 34}. Les activités de mesure et de diffusion d'information sur la sécurité culturelle permettent de s'assurer que les systèmes de santé et les dispensateurs de soins fournissent des soins équitables et respectueux de la culture.

L'ICIS a donc publié un document intitulé *Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada*³⁵ et réuni des directives dans une trousse d'outils sur la mesure des inégalités en santé³⁶ dans l'objectif d'uniformiser les activités de collecte et d'assurer la qualité des données recueillies dans ses banques de données. Ces normes et ces ressources visent à favoriser la saisie uniforme de données sociodémographiques et l'analyse de l'iniquité en santé — une démarche essentielle pour s'assurer que les soins virtuels sont accessibles à tous les groupes. L'information sur la race et l'identité autochtone et sur le niveau d'études figure ainsi dans le Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens³⁷ et dans le nouveau fichier minimal du DME en lien avec les soins de santé primaires mentionné précédemment.

Avancement des données en appui aux soins virtuels

Alors que les systèmes de santé provinciaux et territoriaux réfléchissent à l'avenir des soins de santé primaires, on demande un meilleur accès aux données et une normalisation améliorée pour soutenir cette transformation. L'interopérabilité est une composante essentielle du partage d'information numérique sur la santé à l'échelle des sources, des normes et des autorités compétentes. Elle exige une normalisation des activités, afin que les données, notamment celles tirées des résumés sur les patients, suivent les patients au fil de leur cheminement dans les systèmes de santé. Le résumé sur le patient brosse un portrait général de l'état de santé : il fournit de l'information importante, notamment sur les allergies ou les médicaments prescrits, et facilite la continuité des soins en demeurant associé au patient tandis qu'il chemine dans les divers milieux de soins. La *International Patient Summary* est une norme internationale qui définit les données nécessaires à la création d'un résumé sur le patient. Les résumés sur les patients permettent d'échanger de l'information essentielle sur la santé de la personne dans un contexte clinique, mais ils ne suffisent pas. Des normes complémentaires liées aux données de base (comme les normes relatives aux données sur les soins de santé primaires) doivent être mises en place afin de pouvoir utiliser les données à des fins cliniques et à des fins de mesure de la performance des systèmes de santé. Le *Fichier minimal pancanadien du DME en lien avec les soins de santé primaires pour la mesure de la performance*²⁵ procure une base solide pour la création de résumés sur les patients (figure 4) — un domaine d'intérêt particulier sur le plan des soins virtuels — en plus de définir un fichier de données comparables permettant d'analyser l'utilisation des soins virtuels. Sous la direction d'Inforoute, l'ICIS, les provinces et les territoires travaillent de concert à l'élaboration d'un résumé sur le patient pour le Canada.

Figure 4 Norme internationale relative au résumé sur le patient et fichier minimal du DME en lien avec les soins de santé primaires de l'ICIS : sommaire des éléments de données communs



Remarque

L'ICIS a passé en revue les éléments de données de base de la norme internationale, mais il n'a pas examiné les éléments de données facultatifs. Les groupes de codes sont par ailleurs exclus.

Que savons-nous au sujet des données sur les soins virtuels au Canada en ce moment?

La prestation de soins virtuels a connu une hausse fulgurante au début de la pandémie, la proportion de services dispensés en mode virtuel variant selon le nombre de cas de COVID-19 et les changements apportés aux restrictions sanitaires à l'échelle locale³⁸. Des lignes directrices sur l'utilisation appropriée des soins virtuels ont été mises en place dans certains domaines de spécialité³⁹ et quelques organismes de réglementation, organismes de santé publique et gouvernements ont formulé des directives concernant la reprise des soins en personne⁴⁰. Toutefois, nul ne sait encore où se situera le juste équilibre entre les soins en personne et les soins virtuels. Il sera primordial de maintenir l'accès à des données sur les soins virtuels afin de pouvoir surveiller les fluctuations dans les tendances et la mise en œuvre continue des services de santé virtuels.

Les données de l'ICIS peuvent contribuer à combler les lacunes en matière de données et de mesures. L'ICIS héberge en effet des données pancanadiennes comparables exhaustives qui peuvent être couplées. Ces données, qui portent sur l'ensemble du continuum des soins de santé, proviennent de nombreuses sources. Au cours des derniers mois, l'ICIS a diffusé plusieurs produits axés sur les soins virtuels afin de répondre aux besoins des intervenants en matière d'information. En tirant parti de ses banques de données — notamment celles qui contiennent des données sur la facturation des médecins, la main-d'œuvre de la santé et les hôpitaux et des données d'enquête — l'ICIS a commencé à examiner l'incidence des soins virtuels sur les systèmes de santé et les patients du Canada. Veuillez visiter la page Web [Les soins virtuels au Canada](#) de l'ICIS pour en savoir plus sur ses travaux analytiques à ce chapitre.

L'ICIS diffuse plus de 100 indicateurs de santé qui fournissent de l'information à différentes échelles (emplacement géographique, organisation ou entité administrative) et permettent de suivre les progrès au fil du temps. Les intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels sa vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur la santé, en parallèle avec ses rapports et analyses fondés sur des données probantes.

Données de base disponibles sur les soins virtuels : regard sur l'accès

Afin d'appuyer les ententes bilatérales des gouvernements FPT, l'ICIS collabore avec les autorités compétentes du Canada en vue de recueillir des données de base permettant de mieux comprendre les répercussions des soins virtuels, notamment de ceux instaurés à la suite des investissements du gouvernement du Canada en la matière⁸. Une bonne part des données préliminaires que l'ICIS a reçues des provinces et territoires jusqu'à maintenant n'est pas normalisée et porte sur des projets et des activités menés à l'échelle locale. Toutefois, une fois couplées aux données de l'ICIS et d'autres organismes pancanadiens, elles mettent en lumière le thème de l'accès. Par exemple, l'ICIS a travaillé de concert avec des partenaires d'Inforoute afin de tirer parti des mesures d'utilisation (en date du 31 mars 2021) soumises dans le cadre des projets sur les soins virtuels du programme de réaction rapide^{41, 42}. Ces données donnent un aperçu des solutions de soins virtuels (dont les consultations électroniques et la télésurveillance à domicile) et des services électroniques en santé mentale⁴¹ faisant l'objet d'une diffusion à l'échelle provinciale et territoriale. Les données d'Inforoute permettent également de calculer le nombre total de patients à accéder virtuellement à leur résultat au test de dépistage de la COVID-19, par province et territoire^{vii}.

vii. Il est important de souligner que les données du programme de réaction rapide sur le nombre de consultations électroniques excluent les consultations par téléphone.

Accès : consultations électroniques ainsi que vidéoconférence, messagerie et comptes courriel sécurisés

Les données révèlent qu'entre mars 2020 et juin 2021, la proportion de consultations et de visites auprès de médecins de famille effectuées en mode virtuel se chiffrait, en moyenne, entre 27 % et 57 % dans les 5 provinces suivantes : Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique⁴³.

Les données préliminaires donnent également à penser que les investissements dans des solutions de vidéoconférence, de messagerie et de comptes courriel sécurisés se soldent par une utilisation accrue de ces outils virtuels dans un contexte où les dispensateurs de soins habituels ne peuvent pas effectuer de consultations en personne. Les données préliminaires de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique indiquent que le nombre de comptes de dispensateurs de soins, que le recours à la technologie (dispensateurs et patients) et que le nombre d'appels de soutien ont augmenté. Des données préliminaires ponctuelles soumises à l'ICIS par la Saskatchewan font état de mesures semblables. En Alberta, les systèmes actuels sont par ailleurs en mesure de rendre compte de l'adoption des services, par exemple de comptes courriel sécurisés et de messagerie sécurisée (échanges bidirectionnels entre les dispensateurs et les patients). Les données que l'ICIS a reçues de l'Alberta pour la période de mai 2021 à janvier 2022 révèlent en outre que 37 800 messages, en moyenne, sont envoyés aux patients albertains chaque mois et que les patients envoient, en moyenne, 9 500 messages par mois.

Enfin, les données que Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont acheminées à Inforoute dans le cadre du programme de réaction rapide⁴² soulignent que les dispensateurs, les patients et les autres Canadiens sont prêts à recourir aux technologies disponibles et au mode virtuel pour accéder rapidement à de l'information et à des soins.



Pleins feux : incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé du Canada

La pandémie de COVID-19 a amené les Canadiens à accéder autrement à leurs soins de santé : les soins virtuels figurent désormais parmi les modes de traitement utilisés par les médecins du service d'urgence, les médecins de soins primaires et les médecins spécialistes. [Au cours des 13 premiers mois de la pandémie, l'activité des médecins de famille est demeurée inférieure à ce qu'elle était avant la pandémie](#)³⁸. La plus forte baisse concernait les services dispensés aux enfants et aux jeunes de 0 à 17 ans, tandis que les services dispensés aux patients de 65 ans et plus (qui représentent habituellement environ le tiers de l'activité des médecins) affichaient la plus faible baisse dans la plupart des provinces (une province a affiché une légère hausse). On peut en conclure que les adultes âgés atteints de maladies chroniques ont quand même pu avoir accès à leur médecin de famille³⁸.

Gestion des maladies chroniques, santé mentale et utilisation de substances

Qu'il y ait pandémie ou non, les maladies chroniques, de même que les problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances psychoactives, figurent parmi les priorités des systèmes de santé. En 2020-2021, les motifs d'hospitalisation les plus courants (outre l'accouchement) étaient l'infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) et l'insuffisance cardiaque, suivis des troubles liés à l'utilisation de substances⁴⁴.

Pour bon nombre de Canadiens, l'obtention de soins pour des maladies chroniques dépendait de l'accès à des soins virtuels. Par exemple, les données préliminaires que la Nouvelle-Écosse a fournies à l'ICIS pour la période de mars à décembre 2020 révèlent que des soins virtuels ont été dispensés dans de nombreux domaines de spécialité, mais que ce sont les patients atteints de maladies chroniques (625 000 services virtuels) et ceux atteints de maladies intermittentes (près de 500 000 services virtuels) qui ont reçu le plus de soins sous cette forme dans la province.



Pleins feux : enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth

L'ICIS diffuse périodiquement les résultats du Canada aux enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Ces enquêtes sondent les patients et les dispensateurs de soins dans 11 pays développés au sujet de leurs expériences et de leurs interactions liées aux soins de santé.

[L'enquête de 2021, qui était réalisée auprès de personnes âgées de 65 ans et plus](#), fournit de l'information précieuse sur la façon donc ce groupe a utilisé les soins virtuels durant la pandémie. En 2021, les Canadiens âgés ont été plus nombreux à avoir eu un rendez-vous médical virtuel que les adultes âgés des autres pays (71 % contre 39 %)⁴⁵. Toutefois, ils ont également été plus nombreux à avoir eu un rendez-vous annulé ou reporté par rapport à la moyenne du Fonds du Commonwealth (29 % contre 19 %). Près d'un quart des Canadiens âgés surveillaient par ailleurs leur santé au moyen d'un appareil numérique (23 %). Les Canadiens âgés atteints d'un plus grand nombre de maladies chroniques et disposant d'un revenu familial plus élevé étaient plus susceptibles d'avoir eu des rendez-vous médicaux virtuels et d'avoir surveillé leur santé au moyen d'un appareil numérique.

À l'automne 2021, le Nunavut a lancé un programme de prise en charge virtuelle de maladies chroniques dirigé par des infirmières praticiennes afin d'élargir l'accès aux soins. Ce programme, auquel participe une équipe d'infirmières praticiennes désignées, vise à favoriser la détection précoce de maladies conformément à des lignes directrices révisées en matière de dépistage, et à soutenir la continuité des soins en veillant à ce que tous les patients du programme soient inscrits au registre. En plus d'améliorer les résultats pour la santé de manière générale et de permettre l'obtention de soins en temps opportun, le programme devrait contribuer à réduire les dépenses du système, c'est-à-dire limiter le nombre de patients devant être évacués et transférés d'urgence vers un plus grand établissement en raison de l'aggravation d'une maladie.

Selon le premier rapport transmis à l'ICIS, plus de 100 nouveaux patients ont été inscrits au programme et plus de 90 % des participants au programme ont indiqué que le rendez-vous virtuel avec l'infirmière praticienne avait renforcé leur confiance à l'égard de la prise en charge de leur maladie chronique (ils se sont dits d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé). Le programme continuera de faire l'objet d'une évaluation grâce à des activités soutenues de collecte de données (sondages sur les expériences et les résultats déclarés par les patients réalisés par les équipes de soins et saisie de données administratives sur place).

La pandémie ayant par ailleurs souligné la nécessité de préserver la santé mentale au même titre que le bien-être physique⁴⁶, les gouvernements provinciaux et territoriaux multiplient les efforts pour accroître le nombre de services de santé mentale offerts virtuellement. À cet égard, 81 % des participants à un sondage mené par Inforoute en 2021 ont indiqué qu'une consultation virtuelle avait facilité la prise en charge de leur problème de santé mentale¹. Soulignons toutefois que les soins virtuels ne conviennent pas à tous les problèmes de santé mentale. Pour certaines affections mentales graves, dont les troubles de l'alimentation, il peut être plus avantageux de recourir à des consultations en personne, sans compter que les obstacles peuvent s'accroître pour ceux qui subissent des iniquités⁴⁷. D'autres travaux doivent être menés afin de cerner l'ampleur des données disponibles sur la prestation de services de santé mentale virtuels. Des lignes directrices doivent également être formulées pour guider le recours à ces services dans le cas de certaines affections et populations bien précises.



Pleins feux : sondage du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, en partenariat avec d'autres organismes, a examiné [les perceptions et les expériences des patients et des praticiens en ce qui touche les services et le soutien virtuels](#) offerts dans une situation d'utilisation de substances, de troubles liés à l'utilisation de substances et de troubles concomitants. Selon les patients qui font appel à ces services et mesures de soutien, les principaux obstacles à l'accès concernent le coût des services dispensés au privé, la croyance qu'un client ne peut pas établir un lien avec le dispensateur de soins au cours d'une consultation virtuelle, et l'absence d'un espace privé à partir duquel accéder aux services³². Les médecins praticiens ont déclaré que le principal obstacle pour eux et les clients était la courbe d'apprentissage technique abrupte. Pour assurer un accès équitable, il faudra donc instaurer des options souples de prestation de services afin d'aplanir les obstacles auxquels se heurtent les personnes dont le revenu est moins élevé ou celles qui n'ont pas accès à un téléphone ou à Internet, par exemple. Le sondage révèle aussi que l'âge et le sexe influent sur la mesure dans laquelle la personne accède aux services virtuels et se sent à l'aise de le faire³².

Expérience des patients

Il existe plusieurs sources de données sur les expériences déclarées par les patients, c'est-à-dire plusieurs instruments visant à évaluer l'adoption des soins virtuels et la satisfaction à l'égard de ceux-ci. Par exemple, le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé⁴⁸ de l'Ontario demande aux patients s'ils ont effectué une consultation en mode virtuel au cours des 12 derniers mois. Selon les résultats transmis à l'ICIS, l'adoption des soins virtuels a considérablement augmenté en Ontario entre la première période de référence (de mai 2019 à mars 2020) et la deuxième (de juin à juillet 2021), passant de 9,5 % à 72,1 %. Des données sur l'expérience des patients ont également été recueillies au Nunavut, dans le cadre du programme de prise en charge virtuelle de maladies chroniques dirigé par des infirmières praticiennes. Les résultats sont très majoritairement positifs et révèlent que les patients sont très satisfaits de leur expérience.

Enfin, Inforoute sonde périodiquement les Canadiens au sujet de leurs expériences de soins virtuels. Son Sondage canadien sur la santé numérique révèle d'ailleurs que les Canadiens ont généralement des expériences positives de soins virtuels et que 71 % des répondants estiment que la relation avec le professionnel de la santé était la même que lors d'une consultation en personne¹.

L'ICIS a fait rapport d'expériences positives du point de vue du patient dans les milieux de soins de courte durée durant la pandémie⁴⁹. Toutefois, la collecte de données portant à la fois sur les expériences des patients et des dispensateurs permettra d'évaluer si les consultations virtuelles conduisent à des expériences positives pour les patients.



Pleins feux : soins virtuels — un virage pour les Canadiens qui reçoivent des services dispensés par les médecins

Depuis le début de la pandémie en 2020, [les Canadiens ont reçu plus de services virtuels que jamais auparavant](#). Ceux-ci représentaient en effet entre 24 % et 42 % de tous les services reçus par les patients, selon la province⁵⁰. Les disparités liées au revenu étaient faibles, alors que celles liées au groupe d'âge étaient plus marquées : les adultes de 18 à 64 ans ont reçu la plus grande proportion de services sous forme virtuelle (35 %) comparativement aux jeunes et aux personnes âgées dont la proportion de services reçus sous forme virtuelle était de 29 %.

Services d'urgence et soins virtuels

L'adoption des soins virtuels nous mène à explorer leurs éventuelles répercussions sur les visites au service d'urgence. Selon la publication de l'ICIS qui traitait de l'incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé au Canada, les services d'urgence ont enregistré en moyenne quelque 9 300 visites de moins par jour au Canada entre mars 2020 et juin 2021, comparativement à 2019⁵¹. Nul ne sait toutefois si cette baisse observée au cours de la première année de pandémie découle d'une hésitation à se faire soigner à l'hôpital, d'une capacité limitée en matière de médecins ou de besoins moins marqués en soins de santé. Des travaux de recherche préliminaires menés en Ontario entre février et juillet 2021 montrent également une baisse du nombre de visites au service d'urgence comparativement à 2019. Ils révèlent aussi qu'il n'y a pas de corrélation flagrante entre le pourcentage de soins que les médecins de famille ont dispensés sous forme virtuelle et le nombre de visites au service d'urgence⁵². L'ICIS s'est engagé à tirer parti de toutes les données disponibles sur les services de médecins et les visites au service d'urgence pour examiner plus en détail le lien entre les soins virtuels et la possible transposition des interactions médicales en soins primaires au service d'urgence.

J'ai appelé mon médecin de famille pour discuter du problème au lieu d'aller au service d'urgence où j'aurais attendu des heures avant de voir un médecin. Une consultation téléphonique a permis de régler la situation dans ce cas-ci.



— Participant à un groupe de discussion, février 2022



Pleins feux : soins virtuels — un virage pour les médecins au Canada

[Les médecins ont été plus nombreux à fournir des soins virtuels pendant la première année de la pandémie](#) (entre 79 % et 90 %, selon la province)⁵³ que l'année précédente. La prestation de soins virtuels variait selon la spécialité médicale : les médecins de famille affichaient la proportion la plus élevée de services virtuels (42 %) comparativement aux médecins spécialistes (23 %) et aux chirurgiens spécialisés (12 %). La proportion variait aussi selon le sexe, les médecins de famille de sexe féminin ayant fourni une proportion plus élevée de soins virtuels que leurs collègues de sexe masculin. Ces variations relèvent probablement des différences observées dans les profils de pratique de chaque groupe.

Collectivités rurales et éloignées

Il peut être avantageux pour les patients des collectivités rurales et éloignées d'avoir accès à des soins virtuels. Le programme de soutien virtuel en temps réel (Real-Time Virtual Support pathways) de la Colombie-Britannique renforce l'équité en santé dans les collectivités rurales, éloignées et autochtones de la province, en mettant les dispensateurs de soins et les patients en lien avec des médecins du programme par plateforme Zoom ou téléphone. Les données de mai 2020 à juin 2021 transmises à l'ICIS révèlent une hausse substantielle du nombre de médecins (plus de 2 fois plus nombreux) et de patients (plus de 80 fois plus nombreux) à utiliser le programme mensuellement. Il semble donc y avoir amélioration de l'accès aux soins pour les patients de ces collectivités.

Bien que ces données soient encourageantes, il ne faut pas oublier que les patients des régions éloignées peuvent avoir de la difficulté à obtenir des soins virtuels faute d'accès à Internet ou à des modes de communication appropriés. Des études montrent également que les résidents des régions nordiques vivent parfois à l'étroit, ce qui leur laisse peu d'espace d'intimité pour discuter de leur santé³¹. Les patients atteints de maladies chroniques peuvent eux aussi avoir de la difficulté à accéder à des soins virtuels⁵⁴. Selon les données préliminaires reçues de la Nouvelle-Écosse, les patients des régions rurales ont reçu plus de services médicaux (en personne ou sous forme virtuelle) que les patients des petits et grands centres de population en 2019 et 2020. Il faut dire que la Nouvelle-Écosse compte plus d'habitants en milieu rural que d'habitants en grand centre urbain. Soulignons toutefois que ce sont les patients des régions urbaines qui ont reçu la plus grande proportion de leurs soins sous forme virtuelle. Il se peut donc que les patients des régions rurales se heurtent à des obstacles à l'accès aux soins virtuels.

Les soins virtuels peuvent améliorer les choses dans les collectivités rurales à bien des égards. C'est une occasion de vous rendre plus disponible pour vos patients. Et pour y parvenir en médecine rurale, il faut se sentir soutenus. Vous ne pouvez pas être un expert en tout. Les soins virtuels peuvent vous aider à ce chapitre. Ils vous permettent d'amener des experts dans la salle d'examen avec vous. Ainsi, les soins deviennent soudainement beaucoup plus globaux lorsque nous travaillons en équipe.



— Dre Katharine Smart
pédiatre et présidente de l'Association médicale canadienne

Conclusion

Les données récentes recueillies auprès des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que dans le cadre de consultations rigoureuses sur les priorités en matière d'information permettent de mieux comprendre l'état actuel et les possibilités d'exploration des soins virtuels au Canada. En mettant l'accent sur les domaines de mesure prioritaires définis lors des consultations — notamment l'utilisation des services d'urgence, l'accès aux services de santé mentale, l'accès des populations mal servies et la pertinence des services virtuels, c'est-à-dire leur capacité à répondre aux besoins des patients — nous pouvons établir une base de connaissances qui permettra aux décideurs de tirer parti des outils existants pour élaborer des stratégies de prestation de soins de grande qualité axées sur le patient.

Il ne sera pas évident de trouver un juste équilibre entre les soins virtuels et les soins en personne : il faudra tenir compte de plusieurs facteurs, comme les besoins des patients en matière de soins de santé, l'accès aux technologies et à l'infrastructure, le financement et la réglementation des modèles de prestation de soins virtuels, et la formation des dispensateurs. De nouveaux travaux analytiques devront être menés sur plusieurs thèmes, dont les coûts liés aux médecins qui offrent des soins virtuels, afin de pouvoir analyser l'effet des services de soins virtuels ainsi que les facteurs qui influent sur le maintien d'un juste équilibre entre ces 2 modes de prestation.

La prestation dans le secteur privé de soins, financés par les secteurs public et privé, au moyen de plateformes de soins virtuels devra également être examinée. Ce nouvel enjeu pourrait avoir une incidence notable sur le secteur des soins de santé, en particulier sur les soins de santé primaires et les services communautaires liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances. Il faudra donc de meilleures données pour comprendre les tendances et les répercussions de ces nouvelles approches en matière de prestation de soins.

La pandémie a drainé les ressources des systèmes de santé et engendré un changement dans les modes de prestation des services de soins de santé. La compréhension et l'adoption des changements et des nouveaux paradigmes en matière de prestation de soins de santé exigent une analyse soutenue et un dialogue continu entre les partenaires des systèmes de santé. L'ICIS est bien placé pour faciliter ces conversations et pour appuyer les chercheurs et les partenaires des systèmes de santé qui souhaitent examiner les répercussions des services de santé virtuels sur la qualité des soins et les systèmes de santé. Au fil du temps, l'élaboration d'indicateurs et la déclaration de leurs résultats permettront aux planificateurs des systèmes de santé et aux dispensateurs de comprendre ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré, de s'inspirer des pratiques exemplaires et des réussites, et de concevoir et gérer des services qui répondent mieux aux besoins des Canadiens.

Annexe

Texte de remplacement pour les figures

Texte de remplacement pour la figure 1 : Santé numérique

La santé numérique englobe les soins virtuels, la télésanté et la télémédecine, notamment le recours à des dispositifs, des algorithmes et des applications qui appuient la prise de décisions et la communication fondée sur la collaboration dans l'ensemble du continuum de soins.

Santé numérique : terme très générique qui englobe la cybersanté ainsi que des sphères d'activité émergentes comme le recours à l'informatique avancée (p. ex. dans le domaine des mégadonnées et de l'intelligence artificielle)

Soins virtuels : toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces 2 groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information ou de la communication et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients

Télésanté : utilisation de technologies numériques qui permettent de dispenser des soins médicaux, de l'éducation sanitaire et des services de santé publique grâce à une mise en relation de multiples utilisateurs se trouvant dans des lieux distincts

Télémédecine : mode d'exercice de la médecine selon lequel le dispensateur de soins utilise des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour dispenser des soins de santé aux patients

Remarque

Inspiré du [concept de l'American Association for Family Practice](#). L'ICIS a ajouté santé numérique.

Sources

Santé numérique : Organisation mondiale de la santé. [Digital health](#). Consulté le 1^{er} mars 2022.

Soins virtuels : Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care. [Virtual Care: A Framework for a Patient-Centric System](#). 2015.

Télésanté : Telligent, Great Plains Telehealth Resource and Assistance Center. [Telehealth Start-Up and Resource Guide](#). 2014.

Télémédecine : CHIEF Executive Forum. [Virtual Care in Canada: Lexicon](#). Sans date.

Texte de remplacement pour la figure 3 : Mesure de la performance des systèmes de santé

Il y a plusieurs types de mesures et d'indicateurs et plusieurs façons d'en faire usage au sein des systèmes de santé. Ces mesures et indicateurs peuvent être regroupés selon une structure pyramidale à 4 segments.

1. Les mesures associées au segment inférieur de la pyramide reposent sur des données transactionnelles. Ces mesures permettent de suivre l'adoption et d'améliorer les programmes et les services de santé de première ligne.
2. Les mesures et données connexes associées au deuxième segment permettent d'évaluer les programmes et l'intégration locale des soins.
3. Pour leur part, les indicateurs associés au troisième segment visent généralement à améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé.
4. Enfin, les mesures associées au segment supérieur de la pyramide sont axées sur l'évaluation de l'objectif quadruple; les données permettent d'établir des points de repère en vue d'une évaluation plus rigoureuse.

Les données cheminent vers la maturité : les données transactionnelles évoluent en données pouvant être couplées, puis en données normalisées, en données exhaustives (ampleur), en données longitudinales et enfin, en données comparables.

Plus les mesures se situent près du sommet de la pyramide, plus elles exigent des données matures.

Enfin, les mesures sont plus nombreuses dans les segments inférieurs de la pyramide que dans les segments supérieurs.

Texte de remplacement pour la figure 4 : Norme internationale relative au résumé sur le patient et fichier minimal du DME en lien avec les soins de santé primaires de l'ICIS : sommaire des éléments de données communs

La norme internationale relative au résumé sur le patient contient les éléments de données suivants :

- Nom du patient
- Nom du dispensateur

Le fichier minimal du DME en lien avec les soins de santé primaires de l'ICIS contient les éléments de données suivants :

- Situation du patient et autres caractéristiques
- Identificateur du dispensateur
- Type de visite ou de consultation et lieu
- Observation : évaluation du clinicien, santé d'un membre de la famille
- Demandes d'examens d'imagerie diagnostique et d'analyses en laboratoire
- Orientation
- Précisions sur les médicaments prescrits et la vaccination

La norme internationale relative au résumé sur le patient et le fichier minimal du DME en lien avec les soins de santé primaires de l'ICIS contiennent tous deux les éléments de données suivants :

- Identificateur du patient
- Type de dispensateur
- Observation : problème de santé (diagnostic), signes vitaux, comportements sociaux (facteurs de risque), allergies
- Résultats d'examens d'imagerie diagnostique et d'analyses en laboratoire
- Intervention (traitement)
- Médicaments prescrits
- Vaccin administré

Remarque

L'ICIS a passé en revue les éléments de données de base de la norme internationale, mais il n'a pas examiné les éléments de données facultatifs. Les groupes de codes sont par ailleurs exclus.

Références

1. Inforoute Santé du Canada. [Canadian Digital Health Survey 2021: What Canadians Think. 2021.](#)
2. Inforoute Santé du Canada. [Sondage canadien sur la santé numérique : consultations virtuelles.](#) Consulté le 2 mars 2022.
3. Glazier RH, Green ME, Wu FC, et al. [Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada.](#) *Journal de l'Association médicale canadienne.* 2021.
4. Groupe de travail sur les soins virtuels. [Les soins virtuels au Canada : progrès et possibilités.](#) 2022.
5. Santé Canada. [Rapport de synthèse sur le Sommet fédéral-provincial-territorial sur les soins virtuels.](#) 2021.
6. Jamieson T, Wallace R, Armstrong K, et al. [Virtual Care: A Framework for a Patient-Centric System.](#) 2015.
7. Qure4u. [Digital health vs. virtual care: What's the difference?.](#) Consulté le 8 avril 2022.
8. Gouvernement du Canada. [Priorités pancanadiennes en matière de soins virtuels pour lutter contre la COVID-19.](#) Consulté le 2 mars 2022.
9. Centre for Digital Health Evaluation. [The Canadian Network for Digital Health Evaluation.](#) Consulté le 2 mars 2022.
10. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Approaches to Evaluations of Virtual Care in Primary Care.](#) 2022.
11. Excellence en santé Canada. [Soins virtuels ensemble.](#) Consulté le 2 mars 2022.
12. Institut canadien d'information sur la santé. [Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien.](#) 2013.
13. Institut canadien d'information sur la santé. [L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille.](#) 2015.
14. Planning, Measuring and Reporting Branch, Santé Alberta. [Family Practice Sensitive Conditions.](#) 2014.

15. Institut canadien d'information sur la santé. [Votre système de santé : En bref > Temps d'attente pour des services communautaires de counseling en santé mentale](#). Consulté le 2 mars 2022.
16. Institut canadien d'information sur la santé. [Mesurer la sécurité culturelle dans les systèmes de santé](#). 2021.
17. Association médicale canadienne, Inforoute Santé du Canada. [Sondage national des médecins du Canada 2021](#). 2021.
18. Institut canadien d'information sur la santé. [Enquête de 2019 du Fonds du Commonwealth](#). Consulté le 2 mars 2022.
19. Praxia Information Intelligence, Gartner, Inc. [Avantages et adoption de la télésanté : lier les patients et les prestataires dans l'ensemble du Canada](#). 2011.
20. Institut canadien d'information sur la santé. [L'incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé du Canada](#). Consulté le 2 mars 2022.
21. Institut canadien d'information sur la santé. [Incidence de la COVID-19 sur les services hospitaliers](#). Consulté le 2 mars 2022.
22. Institut canadien d'information sur la santé. [Votre système de santé : En bref > Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances](#). Consulté le 2 mars 2022.
23. Institut canadien d'information sur la santé. [Codes de facturation des médecins en réponse à la COVID-19](#). Consulté le 2 mars 2022.
24. Institut canadien d'information sur la santé. [Système de groupement national](#). 2016.
25. Institut canadien d'information sur la santé. [Fichier minimal pancanadien du DME en lien avec les soins de santé primaires pour la mesure de la performance, version 1.1](#). 2022.
26. Agence de la santé publique du Canada. [Stratégie pancanadienne de données sur la santé : Bâtir la Fondation canadienne des données sur la santé — Comité consultatif d'experts — Rapport 2](#). 2021.
27. Rayner J, Khan T, Chan C, Wu C. [Illustrating the patient journey through the care continuum: Leveraging structured primary care electronic medical record \(EMR\) data in Ontario, Canada using chronic obstructive pulmonary disease as a case study](#). *International Journal of Medical Informatics*. 2020.

28. Inforoute Santé du Canada. [*Expériences des soins de santé vécues par des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 : adoption des soins virtuels*](#). 2022.
29. Jaklevic MC. [*Telephone visits surge during the pandemic, but will they last?*](#) *Journal of the American Medical Association*. 2020.
30. Bhatia RS, Chu C, Pang A, et al. [*Virtual care use before and during the COVID-19 pandemic: A repeated cross-sectional study*](#). *CMAJ Open*. 2021.
31. Li J, Roerig M, Saragosa M, et al. [*Rapid Review: Virtual Primary Care in Northern, Rural and Remote Canada*](#). 2020.
32. Goodman A, Cragg S, Corace K, et al. [*Expériences et perceptions de la clientèle et des intervenants à l'égard des services et soutiens virtuels en matière d'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19*](#). 2022.
33. Turpel-Lafond ME. [*In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*](#). 2020.
34. Western University Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children Learning Network. [*“More Exposed and Less Protected” in Canada: Systemic Racism and COVID-19*](#). 2020.
35. Institut canadien d'information sur la santé. [*Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada*](#). 2022.
36. Institut canadien d'information sur la santé. [*Mesurer les inégalités en santé : trousse d'outils*](#). Consulté le 2 mars 2022.
37. Institut canadien d'information sur la santé. [*Métadonnées du Système de déclaration de l'expérience des patients canadiens*](#). Consulté le 2 mars 2022.
38. Institut canadien d'information sur la santé. [*Incidence de la COVID-19 sur les services des médecins*](#). Consulté le 2 mars 2022.
39. Dermer M. [*Guide sur les soins virtuels*](#). 2021.
40. Institut canadien d'information sur la santé. [*Analyse des interventions liées à la COVID-19 — tableaux de données*](#). 13 janvier 2022.
41. Inforoute Santé du Canada. [*Réaction rapide à la crise de la COVID-19 : collaborer avec les provinces et les territoires pour financer des solutions de soins virtuels*](#). Consulté le 2 mars 2022.

42. Inforoute Santé du Canada. [Rapport annuel 2020-2021 : célébrons 20 ans de progrès](#). 2021.
43. Institut canadien d'information sur la santé. [Aperçu des impacts de la COVID-19 sur les systèmes de soins de santé](#). Consulté le 2 mars 2022.
44. Institut canadien d'information sur la santé. [Séjours hospitaliers au Canada](#). Consulté le 2 mars 2022.
45. Institut canadien d'information sur la santé. [Enquête de 2021 du Fonds du Commonwealth](#). Consulté le 24 mars 2022.
46. Gouvernement du Canada, gouverneure générale du Canada. [Bâtir une économie résiliente : un avenir plus propre et plus sain pour nos enfants — Discours du Trône ouvrant la première session de la 44^e législature du Canada](#). 2021.
47. Commission de la santé mentale du Canada. [La COVID-19 et les personnes ayant une grave maladie mentale : document d'orientation](#). 2021.
48. Ministère de la Santé de l'Ontario. [Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé](#). Consulté le 2 mars 2022.
49. Institut canadien d'information sur la santé. [Répercussions de la COVID-19 sur l'expérience des patients dans les hôpitaux de soins de courte durée](#). Consulté le 2 mars 2022.
50. Institut canadien d'information sur la santé. [Soins virtuels : un virage pour les Canadiens qui reçoivent des services dispensés par les médecins](#). Consulté le 24 mars 2022.
51. Institut canadien d'information sur la santé. [Incidence de la COVID-19 sur les services d'urgence](#). Consulté le 2 mars 2022.
52. Kiran T, Glazier R. [Association Between Virtual Primary Care and Emergency Department Use: Preliminary Results](#). 2021.
53. Institut canadien d'information sur la santé. [Soins virtuels : un virage pour les médecins au Canada](#). Consulté le 24 mars 2022.
54. Seixas AA, Olaye IM, Wall SP, Dunn P. [Optimizing healthcare through digital health and wellness solutions to meet the needs of patients with chronic disease during the COVID-19 era](#). *Frontiers in Public Health*. 2021.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

11662-0322

