

Mot de bienvenue et ouverture de l'assemblée

00:00:00

(Début de l'interprétation): Avant de commencer, j'aimerais vous rappeler de mettre vos téléphones en mode silencieux et lorsque nous passerons au vote, on m'a dit qu'il y avait un délai de 15 secondes entre le moment où les personnes en ligne reçoivent l'information et vous la recevez. Si vous voyez un petit délai de 15 secondes, ce qui peut sembler long, veuillez prendre note de ce que je viens de vous dire. Tout le monde devrait être arrivé, en personne et en ligne.

00:00:44

Je m'appelle Michael Cohen, je suis président de l'Association canadienne de protection médicale. Bienvenue à notre 118e assemblée annuelle, qui est en personne et en mode virtuel cette année. Nous sommes heureux d'accueillir plus de 120 membres du Canada aujourd'hui, ainsi que des représentants de plusieurs organisations de la santé. Merci d'avoir pris le temps de venir aujourd'hui. J'invite désormais ma collègue, la Dre Lisa Calder, à prendre la parole pour ouvrir la séance.

00:01:24

Dre Lisa Calder: Merci. Bienvenue tout le monde. (Fin de l'interprétation).

00:01:28

(En cours) à toutes et à tous.

00:01:31

(Début de l'interprétation): Je m'appelle Lisa Calder, je suis directrice générale de l'ACPM. (Fin de l'interprétation)

00:01:35

(En cours) directrice générale de l'ACPM.

00:01:39

(Début de l'interprétation): Puisque nous disposons du quorum nécessaire, je déclare l'assemblée dûment constituée et ouverte. (Fin de l'interprétation)

00:01:45

Puisque nous disposons du quorum nécessaire, je déclare l'assemblée dûment constituée et ouverte.

00:01:52

(Début de l'interprétation): Comme vous pouvez le voir, nous sommes aujourd'hui à Vancouver, en Colombie-Britannique. Pour rendre hommage au territoire où l'on se trouve aujourd'hui, j'ai le plaisir de vous présenter l'aînée et gardienne du savoir, Syexwàliya/Ann Whonnock, qui va réciter la prière d'ouverture. Syexwàliya est conseillère auprès de l'Autorité de la santé des

Premières Nations de Colombie-Britannique. Elle est très respectée pour son travail, son énergie et son engagement envers la communauté. Elle a travaillé avec de nombreuses organisations en Colombie-Britannique, où elle met à profit son savoir, ses connaissances et ses conseils pour orienter des organisations dans leur cheminement vers la sécurité culturelle.

01:02:36

J'ai eu le privilège de rencontrer Syexwàliya lors d'un congrès de la région Pacifique avec des médecins autochtones. Grâce à ses paroles, ses chants et ses actions, j'ai compris tout le respect que sa communauté avait pour elle, ainsi que le rôle intégral qu'elle a joué pour orienter plusieurs médecins dans leur travail. Syexwàliya, c'est un honneur de vous avoir parmi nous aujourd'hui au nom de l'ACPM. Je suis très heureuse de vous offrir ce tabac pour vous remercier de partager votre savoir et vos connaissances.

00:03:16

Aînée: Merci beaucoup Lisa de m'avoir présentée ainsi. (Fin de l'interprétation)

00:03:22

(Langue autochtone)

00:03:34

(Début de l'interprétation): Je suis très heureuse de vous accueillir aujourd'hui, mes amis. (Fin de l'interprétation)

00:03:41

(Langue autochtone)

00:03:47

(Début de l'interprétation): Je m'appelle Syexwàliya, mais je suis également connue sous le nom d'Ann Whonnock. Venant de la nation Squamish, c'est un honneur pour moi d'être ici aujourd'hui et de vous accueillir en territoire traditionnel non cédé de la nation Squamish, ma nation. C'est aussi le territoire de notre famille de la nation Tsleil Waututh et des Musqueam. Aujourd'hui, nous sommes ici avec le cœur et l'esprit uni pour tout le bon travail que vous faites depuis si longtemps. Je suis très impressionnée d'apprendre que vous célébrez votre 118e anniversaire à titre d'organisation, qui a vu le jour en 1901, m'a-t-on dit. Ça m'impressionne parce que Vancouver était une toute jeune ville à cette époque-là et vous étiez déjà organisés dans l'Est. Je vous demanderais de continuer à travailler ensemble.

(Langue autochtone) Voici une phrase que mon grand-père m'a apprise qui signifie de travailler ensemble et de se soutenir mutuellement. C'est ce que vous devez faire pour continuer à avancer. Mon grand-père m'a également appris qu'on a tous une énergie intérieure, une force en nous-mêmes. Il m'a dit que cette énergie nous vient du Créateur, elle entre par le sommet de la tête. Si on croit en cette énergie, elle nous aide à traverser les périodes où l'on doit faire appel au Créateur. Elle nous aide émotionnellement, mentalement, physiquement et spirituellement.

00:05:44

Quand on se retrouve tous ensemble unis, pendant que je vous récite un chant et une prière, on ne peut pas croiser les bras comme ça et on ne peut pas mettre nos mains comme ça. Je vais vous dire pourquoi. Mon grand-père m'a appris comment fonctionnait l'énergie et j'avais du mal à faire comprendre aux gens de pas croiser les avant-bras. J'ai ensuite compris qu'il fallait aider les gens à se détendre. Quand mes enfants étaient jeunes, on est allé voir le deuxième Star Wars. Pour commencer, on est allé voir le premier Star Wars. Mes jeunes enfants sont désormais des adultes. Quand j'ai vu ce qu'Obi Wan disait à Luke à propos de la force, je leur ai dit que mon grand-père disait la même chose à propos de notre énergie intérieure. Je suis donc devenue une grande adepte de Star Wars. J'ai des boucles d'oreilles du Mandalorian.

00:06:48

Mes petits-enfants ont finalement aimé Star Wars aussi. Au départ, ils ne voulaient pas les regarder et seulement aller voir Jurassic Park, mais aujourd'hui ils aiment beaucoup aussi Star Wars. Je vous raconte ça pour vous aider à vous détendre. Levez-vous s'il vous plaît, on va faire un exercice de Tai chi et de yoga. On va commencer par un chien tête inversée, peut-être la posture de l'arbre. Nos aînés croyaient que le rire est une forme de médecine et c'est ce que je fais pour vous éviter de croiser les bras ou les mains, mais de garder les bras bien détendus. C'est pour ça que je vous fais rire. On va faire un petit exercice de respiration pour s'ancrer.

00:07:39

Inspirez et expirez, gardez les paumes ouvertes, sentez l'énergie circuler entre vous, venant du Créateur et de nos ancêtres. Je vais commencer par mon chant et ensuite réciter une prière. Par la suite, j'inviterai nos hôtes à reprendre la parole.

00:08:05 (Chant)

00:09:36

Gardez les paumes ouvertes. (Fin de l'interprétation)

00:09:38(Langue autochtone)

00:09:54

(Début de l'interprétation): Je demande au Créateur de protéger et de veiller sur tous vos enfants réunis ici aujourd'hui, ainsi que leurs familles, leurs amis, les villages d'où ils viennent et les villages où ils habitent, travaillent et jouent. Je lui demande de protéger toutes ces personnes, de les aider dans leur énergie, leurs émotions, leur santé physique, émotionnelle et spirituelle et leur bien-être. Je vous demande au Créateur de faire en sorte qu'aujourd'hui soit une excellente journée et que tout le monde s'unisse pour partager son savoir, l'information et ses paroles en dans le respect et l'écoute pour créer des solutions positives pour le présent et l'avenir. Que le Créateur entende nos prières pour nos amis, leurs familles, toutes les personnes qui ont des maladies ou des blessures graves, qui attendent une chirurgie, ou qui ont eu une

chirurgie, la COVID, la COVID longue, ainsi que les autres maladies ou traitements qu'on ne peut pas tous nommer, parce ça prendrait toute la journée.

00:11:16

Veillez entendre nos prières pour la santé, le bien-être, le rétablissement, nos prières pour nos familles et amis, les personnes dans nos communautés qui vivent des traumatismes, qui sont aux prises avec l'alcoolisme, la toxicomanie. Entendez nos prières pour les personnes sans abri à cause de leurs traumatismes et difficultés, que nos prières vous permettent de les protéger et que ces personnes puissent trouver la voie vers la guérison, le bien-être et le rétablissement. Entendez nos prières pour nos amis et nos familles qui ont perdu des proches et qui vivent un deuil. Que nos prières les soulèvent et les aident à dire au revoir à leurs proches, en sachant qu'ils vont retrouver le Créateur, leurs ancêtres et ceux qui ont quitté le monde avant nous. Aidez-les dans leur guérison au cours des prochains jours.

00:12:10

Souvenez-vous, comme on m'a appris, que les proches qui nous quittent s'inquiètent pour nous et deviennent ce que j'appelle nos esprits gardiens guerriers. Ils nous envoient des signes sous forme de libellules, papillons, coccinelles, colibris, aigles ou corbeaux, même des choses invisibles. Si vous voyez une pierre, une plume ou une pièce qui brille au sol, ramassez-la parce

que c'est un signe qu'un proche est près de vous. Tenez la pierre dans la main pour faire passer vos soucis. Lavez-la sous l'eau ou dans un ruisseau. Toute l'eau de nos villes vient des rivières, alors lavez votre pierre sous cette eau pour la rafraîchir et avoir une bonne énergie. Encore une fois Créateur, faites en sorte que notre assemblée aujourd'hui soit excellente. Voilà ce que j'avais à vous dire. Merci à chacun et chacune d'entre vous. Je suis très reconnaissante que vous m'ayez invitée aujourd'hui.

00:13:45

Dr Michael T. Cohen : Merci Syexwàliya de nous avoir transmis votre savoir et vos connaissances aujourd'hui. C'est un honneur de vous avoir parmi nous et nous vous remercions d'avoir ouvert l'assemblée. Comme nous sommes réunis à Vancouver, j'aimerais souligner que nous sommes en territoire traditionnel non cédé des Nations Musqueam, Squamish et TsleilWaututh. En tant qu'organisation, nous reconnaissons toutes les Premières Nations qui étaient ici avant nous, les personnes qui habitent avec nous aujourd'hui et les sept générations à venir. J'aimerais également souligner que les bureaux de l'ACPM à Ottawa se trouvent en territoire non cédé de la nation Anishinaabeg Algonquine dont la présence ici remonte aux temps immémoriaux. Nous honorons et respectons ces territoires, les Premières nations, Inuits et Métis de l'île de la tortue. Lisa.

00:14:49

Dre Lisa Calder: Merci Mike. Je voulais vous dire quelques mots sur les protocoles que nous avons mis en place pour nous protéger de la COVID. Tous les participants sur la scène sont entièrement vaccinés et nous vous encourageons à maintenir une distance physique autant que

possible et à porter le masque quand vous ne mangez pas ou ne buvez pas. Utilisez le désinfectant à mains s'il vous plaît.

00:15:12

Dr Michael T. Cohen: Merci Lisa. J'aimerais vous présenter mes collègues, dont certains feront des présentations aujourd'hui. Je suis le Dr Michael Cohen, président actuel, et je vous présente le Dr Jean-Hugues Brossard, le président entrant; la Dre Lisa Calder, directrice générale; Todd Watkins, directeur général adjoint; Cory Garbolinsky, chef de la direction financière; la Dre Pamela Eisener-Parsche, directrice administrative, Expérience membre; le Dr Armand Aalamian, directeur administratif, Éducation; Chantz Strong, directeur administratif, Recherche et analytique; Christine Holstead, directrice administrative, Stratégie et exploitation; Leah Keith, directrice administrative, Personnel et culture; le Dr Darcy Johnson, président du comité d'audit, qui n'est pas ici mais se joindra à nous; ainsi que Domenic Crolla, chef du contentieux de l'ACPM.

00:16:05

Nous avons également trois anciens présidents parmi nous aujourd'hui: Dre Debra Boyce, Dr Jean-Joseph Condé, Dr Bill Tucker, ainsi que tous les membres du Conseil de l'ACPM. Nous accueillons aussi le Dr John Gray, anciennement directeur général de l'ACPM. Merci d'être parmi nous aujourd'hui.

00:16:24

Dans les prochaines minutes, Lisa et moi-même allons vous présenter un survol de l'année précédente et vous montrer comment l'ACPM soutient ses membres et offre une valeur ajoutée au système de santé canadien. Nous avons deux scrutatrices, les docteurs Heather Ross et Katharine Smart. Si vous avez une objection à ce qu'elles soient scrutatrices, veuillez nous le dire en utilisant la fonction « poser une question » sur Zoom ou en levant la main dans la salle. Il y a encore une fois délai de 15 secondes entre la réunion en personne et la réunion virtuelle. Pour les personnes qui sont arrivées en retard, n'oubliez pas de mettre vos téléphones en mode silencieux. Comme il n'y a pas d'objection, les docteurs Ross et Smart ont été nommées scrutatrices.

00:17:31

J'aimerais vous demander l'approbation du procès-verbal de l'assemblée 2021 qui a été affiché sur le site web de l'ACPM avant notre réunion aujourd'hui. Utilisez les fonctions du système pour proposer et appuyer la motion. Si vous avez des modifications à proposer, vous pouvez également utiliser la fonction « poser une question » ou le micro dans la salle. La motion a été proposée et appuyée. Il n'y a pas de changement au procès-verbal de l'assemblée annuelle 2021. Je vous demande désormais de passer au vote pour l'approbation du procès-verbal. Merci à tous ceux qui ont voté. Le procès-verbal de l'assemblée annuelle de 2021 est approuvé. (Fin de l'interprétation)

Faits saillants de l'année

00:00:00

Dre Lisa Calder: (Début de l'interprétation): Merci Mike et merci de votre patience. Nous apprenons à fonctionner en mode hybride. Il va sans dire que l'année écoulée a été très difficile pour vous, nos membres. Mais elle a aussi été difficile pour vos patients et tous les prestataires de soins de santé. En se penchant sur l'année écoulée et à ce que vous avez vécu, à savoir la rareté des ressources, les délais d'accès aux soins, l'évolution des champs d'exercice, les questions de bien-être et les menaces à la sécurité personnelle, on comprend que cela représente beaucoup. Malgré tout, vous avez persévéré dans votre quête de prodiguer des soins de santé sûrs et efficaces pour les Canadiens et Canadiennes. Merci.

00:00:46

Merci pour votre persévérance, votre courage et votre savoir-faire. Ce que vous faites tous les jours fait une différence dans la vie d'innombrables patients canadiens. (Fin de l'interprétation)

00:00:57

En effet, Le travail que vous faites chaque jour a une incidence concrète sur la vie d'un très grand nombre de patients et patientes canadiens.

00:01:05

(Début de l'interprétation): Tandis que vous soignez vos patients, le rôle de l'ACPM est de vous soutenir en protégeant votre intégrité professionnelle et en vous aidant à prodiguer des soins sécuritaires. Tout au long des épreuves de cette année, nous avons continué d'agir en partenariat avec vous. Nous avons fait de notre mieux pour vous épauler en modernisant l'ACPM, et ce, de manière collaborative. Permettez-moi de vous dire quelques mots sur la façon dont nous avons respecté ces engagements en vous apportant de la valeur, à la fois à vous et au système de santé canadien.

00:01:40

Si vous devez retenir un seul message de la séance d'aujourd'hui, j'aimerais que ce soit le suivant : l'ACPM est là pour ses membres ici au Canada. (Fin de l'interprétation) 00:01:52 En effet, l'ACPM est là pour ses membres où qu'ils soient au Canada.

00:01:57

(Début de l'interprétation): Rien qu'en 2021, nos médecins-conseils ont répondu à plus de 24 000 appels de membres pour aider ces membres à gérer des problèmes liés à la sécurité des patients et à prodiguer des soins médicaux sécuritaires. Nous avons également aidé nos membres à résoudre plus de 8 000 problèmes médico-légaux, qu'il s'agisse de plaintes auprès du Collège, de problèmes hospitaliers ou de poursuites civiles. Au cours de l'année écoulée, nous avons défendu les intérêts de nos membres eu égard aux enjeux découlant de la COVID19, comme le protocole de triage en soins intensifs et la reprise des soins non urgents.

00:02:31

Nous avons également fourni des conseils médico-légaux de grande qualité sur des questions allant de la prestation de l'aide médicale à mourir à la communication efficace avec les patients.

Nous avons partagé des ressources et des informations grâce à divers des canaux, comme vous le voyez à l'écran. Notre carrefour sur la COVID-19 a été utilisée par plus de 77% des membres de l'ACPM. Nous continuons d'être une source fiable de conseils empathiques.

00:03:04

Les membres communiquent directement avec nous. D'ailleurs, ce matin, lors de la séance d'éducation, nous avons entendu des membres évoquer les impacts des événements médicolégaux sur leur santé et leur bien-être. Nous savons que la santé et le bien-être des médecins a une incidence directe sur la sécurité des soins et le risque d'événements médico-légaux. C'est la raison pour laquelle nous prenons des mesures tangibles pour soutenir le bien-être des membres qui sont aux prises avec des problèmes juridiques. En 2021, nous avons créé un nouveau service de soutien auprès des médecins afin de renforcer nos efforts en matière de bien-être. Ceci comprend les actions affichées à l'écran.

00:03:40

Un élément-clé du mandat de l'ACPM consiste à indemniser les patients au nom des membres lorsque ces patients sont lésés par des soins médicaux négligents, ce qu'on appelle une faute professionnelle au Québec. Au cours des cinq dernières années, nous avons versé un total cumulatif de 1,2 G\$ de dollars en indemnisations aux patients, et un total de 276 M\$ en 2021, soit 70 M\$ de plus qu'en 2020. Nous mettons l'accent sur la prévention des préjudices subis par les patients grâce à l'éducation et au soutien des membres. Or, lorsque la preuve d'un préjudice causé par des soins négligents est sans équivoque, nous indemnisons le patient convenablement et rapidement. Nous investissons également de manière prudente afin de disposer de fonds suffisants pour indemniser les patients et soutenir les médecins aujourd'hui et à l'avenir.

00:04:39

S'agissant de placements, vous entendrez davantage parler de cette question plus tard aujourd'hui, mais je voulais quand même vous signaler que les cotisations des membres en 2023 seront réduites dans l'ensemble des régions au moyen de crédits de cotisation. Notre objectif est de maintenir une stabilité relative dans les cotisations et d'éviter d'augmenter les droits payés par nos membres. C'est en grande partie dû au rendement de nos placements que nous avons terminé l'année 2021 en bonne position financière. Cela nous permet de réduire la cotisation de nos membres en appliquant des crédits de cotisation.

00:05:22

À l'avenir, nous continuerons à faire en sorte que l'Association dispose de fonds suffisants pour indemniser les patients au nom des membres sur le long terme, et pour faire face à tout changement dans l'environnement médico-légal. À vous, Mike.

00:05:41

Dr Michael T. Cohen: Merci, Lisa, pour ce survol des moyens par lesquels nous continuons de soutenir nos membres. J'aimerais à présent vous parler de la modernisation de l'Association.

00:05:51

À l'échelle de l'organisme, nous continuons de chercher de nouvelles façons de moderniser et d'améliorer la manière dont nous soutenons les membres et contribuons à la sécurité des soins. Un élément clé de cette démarche consiste à accorder la priorité à l'équité, à la diversité et à l'inclusion ou l'EDI. L'EDI est essentielle à notre identité, à notre mode de fonctionnement et à la prestation de nos services, ainsi qu'à l'environnement dans lequel nos membres exercent leur profession. Nous savons que des membres et des patients sont victimes de racisme et d'inégalités dans l'ensemble du système, et nous reconnaissons que cela affecte considérablement les médecins, menace la sécurité des patients et crée un risque médico-légal.

00:06:28

Nous avons la responsabilité d'aborder ce risque et nous nous engageons à contribuer à atténuer les préjugés, les inégalités dans les services que nous prodiguons à nos membres et à instaurer une culture qui soutienne l'EDI. Au cours des 12 derniers mois, nous avons pris des mesures importantes à cette fin. Nous nous engageons auprès des membres et apprenons de groupes de parties prenantes et de chefs de file en matière d'EDI pour nous aider à répondre aux défis auxquels nos membres sont confrontés. Nous avons fourni aux dirigeants et aux membres du Conseil d'administration de l'ACPM une formation complète sur l'EDI et les préjugés.

00:07:06

Nous avons travaillé avec des experts-conseils du Centre canadien pour la diversité et l'inclusion afin d'évaluer notre diversité et d'examiner les moyens de rendre notre culture de travail plus inclusive et équitable. Nous continuons à renforcer la capacité de notre personnel à mieux cerner les enjeux d'EDI. Nous avons également commencé à mettre au point une stratégie à long terme en matière d'EDI que nous partagerons aujourd'hui. Lisa vous en dira davantage plus tard, mais je tiens à dire à quel point je suis fier de cette stratégie. Son élaboration est le fruit d'une collaboration entre le Conseil, la direction et les employés. Elle reflète vraiment l'engagement de l'ACPM à agir à tous les niveaux de l'organisme.

00:07:48

En tant qu'organisme, nous cherchons continuellement à moderniser et à améliorer la façon dont nous soutenons nos membres. Ce travail comprend nos efforts en matière de soutien au service de l'EDI, mais nous cherchons également à moderniser notre gouvernance. Au cours des 18 derniers mois, nous avons fait appel à des experts externes indépendants en matière de gouvernance afin de fournir aux membres du Conseil et aux dirigeants les meilleures ressources et pratiques disponibles en matière de gouvernance. Dans le cadre de ces conversations, nous avons commencé à discuter de la taille, de la composition, de la représentation, de la portée et de la structure du Conseil.

00:08:23

Nous avons également examiné la possibilité d'aligner nos procédures de gouvernance sur des pratiques plus contemporaines. Par ailleurs, notre cadre de gouvernance doit continuer de répondre aux besoins de l'Association et de ses membres. Contribuer à la sécurité des soins

médicaux est la cheville ouvrière de la mission de l'ACPM. Nous proposons activement un apprentissage continu pour aider nos membres à réduire les préjudices causés aux patients et à diminuer le risque médico-légal. En 2021, nous avons organisé un colloque virtuel pour les résidents de 17 facultés de médecine. Nous avons continué à améliorer notre guide des bonnes pratiques et nous avons proposé des activités d'apprentissage en ligne agréées et fondées sur des données probantes.

00:09:06

Notre filiale, Saegis, a également étendu sa programmation virtuelle et renforcé ses capacités d'apprentissage individuel et en groupe dirigé. En partie, le rôle de l'ACPM est de plaider en faveur d'une amélioration du système. En 2021, nous avons créé un service responsable des partenariats stratégiques. Depuis, nous avons présenté 59 mémoires aux organismes de réglementation et nous sommes intervenus auprès de gouvernements, d'ordres professionnels et de parties prenantes afin de présenter nos idées sur de multiples sujets, comme vous le voyez sur cette diapositive. Nous avons également signé l'appel à l'action des travailleurs de la santé du Canada au sujet de la crise des ressources humaines en santé, et nous avons récemment contacté les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les inviter à collaborer avec nous afin de protéger nos membres contre d'éventuels problèmes avec la justice américaine s'ils offrent des services d'avortement à des patientes autres que Canadiennes.

00:10:01

S'agissant de cette question, nous savons que la décision récente d'annuler l'arrêt Roe c. Wade a été particulièrement pénible pour nos membres. Nous savons que vous avez également des questions par rapport aux risques médico-légaux associés aux services d'avortement prodigués à des patientes américaines. Le 6 septembre prochain, nous organisons une séance virtuelle d'une heure accessible à tous nos membres dans le but de répondre à leurs questions. Cette séance comprendra un panel d'experts dans ce domaine et sera interprétée simultanément. Vous recevrez bientôt une invitation à cette séance, alors surveillez vos boîtes de réception.

00:10:40

La représentation stratégique n'est pas le seul moyen par lequel nous soutenons la sécurité des patients. L'ACPM possède la plus grande collection de données médico-légales sur les médecins au monde. Nous nous servons de ces données pour cerner des lacunes qui affectent la sécurité des patients et mettre en évidence les possibilités d'amélioration de la qualité. Nos ressources d'apprentissage sur la sécurité des soins s'appuient sur nos données. En 2021, nous avons modernisé nos activités de recherche afin de fournir des informations opportunes sur la septicémie, les événements qui ne devraient jamais se produire et la santé rurale. Nous avons également publié des manuscrits dans des revues à comité de lecture, répondu à des demandes de projets de recherche et de données, comme vous pouvez le voir sur cette diapositive.

00:11:19

En fin de compte, notre recherche soutient la sécurité des patients et contribue à prévenir les préjudices. La collaboration, tant au sein de l'ACPM qu'à l'échelle du système de santé, est

essentielle aux mises à jour que Lisa et moi venons de partager. Dans ces moments très difficiles, il est plus important que jamais de travailler main dans la main au service des besoins changeants de nos membres, de leurs patients et du système de soins de santé. Nous avons travaillé avec la Health Care Insurance Reciprocal of Canada pour créer un apprentissage visant à réduire le risque dans les soins obstétricaux.

00:11:56

Nous avons conseillé l'Association médicale de l'Ontario, Alberta Health Services, Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada au sujet de l'hésitation à se faire vacciner. Nous avons participé à une assemblée publique en Colombie-Britannique pour discuter de l'intimidation et du harcèlement des médecins, et nous avons fait partie du groupe de travail sur les soins virtuels de l'AMC visant à élaborer des stratégies en matière de soins virtuels.

00:12:21

J'espère que ces renseignements vous ont donné une idée plus précise des avantages que confère l'ACPM à ses membres, aux patients et au système de santé. (Fin de l'interprétation)

00:12:38

(Début de l'interprétation): À présent, jetons un coup d'œil à nos renseignements financiers. Nous commencerons par un message du Dr Darcy Johnson, président du comité d'audit que je vais inviter à nous rejoindre sur l'estrade. Darcy. (Fin de l'interprétation)

Rapport de 2021 du Comité d'audit

00:00:00

Dr Darcy Johnson: (Début de l'interprétation): Bonjour à tous. Merci Mike.

00:00:06

Le Comité d'audit de l'ACPM est constitué de cinq membres du Conseil et de deux experts financiers externes, tous indépendants de la direction. Le Comité se réunit trimestriellement pour veiller à la bonne conduite de nos activités, conformément aux pratiques de bonne gouvernance et de procédures opérationnelles saines. En tant que président du Comité d'audit, je suis heureux de rendre compte de nos activités concernant les états financiers de 2021 qui ont été préparés par la direction et vérifiés par le cabinet KPMG.

00:00:33

Le Comité d'audit a examiné ces états financiers avec la direction et les auditeurs. KPMG atteste que les états financiers de l'ACPM présentent correctement les résultats de l'exploitation en 2021 et la situation financière de l'Association en date du 31 décembre 2021.

00:00:50

Nous entendrons à présent notre chef de la direction financière, Cory Garbolinsky, qui nous présentera le rapport financier de 2021. (Fin de l'interprétation)

Rapport financier 2021

00:00:00

Cory Garbolinsky : (Début de l'interprétation) : Le modèle financier de l'ACPM compte plusieurs composantes interreliées : la cotisation des membres, les coûts médico-légaux, les sommes requises pour régler les réclamations à venir et notre portefeuille de placements. Nous devons disposer de fonds suffisants pour porter assistance à nos plus de 105 000 membres et pour verser, au nom de ceux-ci, une compensation financière aux patients canadiens ayant subi un préjudice découlant de soins négligents ou, au Québec, d'une faute professionnelle. Voici certains des principes clés de notre modèle financier.

00:00:58

Premier principe – la protection fondée sur la survenance de l'un événement, qui signifie que les médecins sont admissibles à une assistance à n'importe quel moment à l'avenir, même si leur adhésion à l'ACPM n'est plus active, pour autant qu'ils ou elles aient été des membres au moment de la prestation des soins en question. L'horizon financier pour le règlement de tous les dossiers pouvant découler d'une année donnée est long. En fait, nous devons détenir les fonds requis pour régler tous les dossiers possibles dans les 30 à 40 ans suivant la prestation des soins.

00:01:30

Deuxième principe – notre objectif financier est de détenir au moins un dollar d'actif pour chaque dollar de passif pour pouvoir verser des compensations appropriées aux patients et à leurs familles. Nous ne cherchons pas à générer de profits.

00:01:46

Troisième principe – les membres assument la totalité des coûts de leur protection par l'intermédiaire de leurs cotisations. Nous avons donc perçu en 2021 les sommes requises pour la protection de nos membres à l'égard de tous les événements qui, bien qu'ils aient eu lieu en 2021, pourraient n'être constatés que jusqu'à quatre décennies plus tard.

00:02:06

Quatrième principe – le modèle financier de l'ACPM comporte des mécanismes d'autocorrection. Nos résultats réels diffèrent parfois des résultats que nous avons estimés, ce qui peut créer un excédent ou un déficit temporaire. En tant qu'organisation sans but lucratif, nous ne pouvons pas verser de dividendes à nos membres, mais si nous disposons d'un excédent temporaire, nous pouvons réduire la cotisation. Laissez-moi vous expliquer comment les diverses composantes de notre modèle financier sont interreliées.

00:02:40

Notre situation de capitalisation, soit la différence entre l'actif et le passif de l'Association, est un facteur clé dans la détermination de la cotisation pour une année donnée. La cotisation sert à payer les coûts médico-légaux de la protection et de l'assistance offertes à nos 105 000 membres. L'évolution des coûts médico-légaux détermine l'ampleur de la provision

requis pour les réclamations en suspens. Par provision, on entend les sommes requises pour verser des compensations financières appropriées aux patients ayant subi un préjudice et pour assumer les futurs frais de justice et d'administration.

00:03:22

Nous disposons également d'un solide portefeuille de placements qui génère les revenus requis pour que nous puissions verser de telles compensations financières appropriées aux patients et assumer de tels futurs frais médico-légaux. Enfin, tout changement dans notre situation de capitalisation est en fonction de l'interaction des composantes financières que je viens de vous présenter.

00:03:44

Jetons maintenant un coup d'œil à nos finances de 2021. La cotisation perçue en 2021 servira à payer les coûts médico-légaux découlant des soins prodigués en 2021. Il y a une relation entre les coûts annuels estimés de la protection, tels que calculés par notre équipe d'actuaire, et la cotisation perçue. La différence entre ces deux lignes indique les ajustements apportés à la cotisation pour qu'elle reflète la situation financière dans nos quatre régions tarifaires au cours des cinq dernières années. Lorsque nous sommes en situation de surcapitalisation, comme maintenant, nous pouvons réduire la cotisation, au besoin, par l'application de crédits de cotisation.

00:04:34

Les actuaires de l'ACPM ont estimé que le coût de la protection pour 2021 s'élève à 603 M\$. Grâce à une situation financière favorable dans toutes les régions tarifaires, l'Association a pu réduire la cotisation d'environ 99,5 M\$ au total. Ainsi, la cotisation totale qui a été perçue s'est élevée à 504 M\$, ce qui correspondait à nos estimations.

00:05:04

Passons maintenant aux coûts médico-légaux. Nous percevons la cotisation pour payer les coûts médico-légaux, lesquels couvrent le versement de compensations financières aux patients ayant subi un préjudice à la suite de soins négligents ou, au Québec, d'une faute professionnelle, ainsi que les frais de justice et d'experts, les programmes éducatifs sur les soins médicaux sécuritaires et les coûts associés à la gestion de l'Association. Les compensations financières versées aux patients représentent notre charge la plus importante. Nous pouvons voir ici les compensations financières versées annuellement et les frais de justice annuels au cours des cinq dernières années.

00:05:43

En 2021, l'ACPM a versé 276 M\$ à des patients ayant subi un préjudice à la suite de soins médicaux négligents ou, au Québec, d'une faute professionnelle. Bien que le montant total annuel varie d'une année à l'autre, l'ACPM a versé dans les cinq dernières années, plus de 1,2 milliard \$ en compensations financières. Au cours de la même période, les frais de justice se sont élevés à 939 M\$. Il est important de constater que les tendances et les coûts ne

s'équivalent pas dans nos quatre régions tarifaires. Bien que 40 % de nos membres exercent en Ontario, plus de 50 % de nos coûts annuels proviennent de cette région en raison des frais de justice qui y sont plus élevés et des montants accrus que les tribunaux de la région accordent en compensations aux patients.

00:06:38

Ces variations régionales en matière de coûts font en sorte que la cotisation que les membres doivent verser varie d'une région à l'autre, puisque toutes les régions sont indépendantes et qu'aucune d'entre elles n'en subventionne une autre. La provision pour réclamations en suspens est la somme de tous les coûts médico-légaux prévus qui découleront des soins prodigués par des membres jusqu'à la fin de 2021. En ce qui concerne les soins prodigués en 2021, nous devons prévoir et nous assurer de disposer des sommes requises pour couvrir les frais liés à ces soins pour les 30 à 40 prochaines années.

00:07:16

Près des deux tiers de la provision de 4 Gmilliards \$ sont voués aux compensations versées aux patients. Nous analysons la provision chaque année et, en 2021, nous l'avons augmentée de 133 M\$ en raison d'une mise à jour des tendances quant aux coûts. Pour assurer une surveillance accrue, l'ACPM retient les services d'un examinateur en actuariat, Ernst & Young, qui effectue le calcul de cette provision de façon indépendante. La provision est par la suite vérifiée par KPMG dans le cadre de l'audit externe des états financiers de l'ACPM.

00:07:54

La composante placements de notre modèle financier est étroitement liée à la provision pour réclamations en suspens. La provision comprend une estimation des tendances en matière de paiements, que nous utilisons pour modéliser notre portefeuille de placements. Notre portefeuille de placements cible un rendement à long terme de 5 %. Nous pouvons voir ici le rendement hypothétique de nos placements en ayant recours à nos rendements cibles au cours des 10 dernières années ainsi que le rendement réellement obtenu.

00:08:30

Comme vous pouvez le constater, nous avons dépassé la cible d'environ 1,25 Gmilliard \$ au cours des 10 dernières années en raison du rendement favorable des marchés financiers, lequel a dépassé nos attentes. Ce rendement excédentaire a alimenté la croissance de la situation de l'actif net de l'ACPM, ce qui pourrait nous permettre d'abaisser la cotisation au cours des années à venir. En 2021, le rendement a été de 12,8 %, ce qui est supérieur à notre cible de 5 % et qui a contribué positivement à la situation de capitalisation.

00:09:07

Passons enfin à la situation de capitalisation qui est tributaire de toutes les autres composantes du modèle financier. La situation de capitalisation est la différence entre le montant total de l'actif de l'Association, soit principalement le portefeuille de placement, et le montant total de son passif, soit principalement la provision pour réclamations en suspens. Puisque nous adoptons une approche à long terme et fondée sur des estimations pour la gestion de nos

finances, nous optons pour une approche mesurée tant face aux insuffisances qu'aux excédents temporaires de l'actif net. Notre situation de capitalisation au cours des 10 dernières années le reflète bien.

00:09:53

À la clôture de l'exercice 2021, le montant total de notre actif se situait à 135 % du montant total du passif estimé, générant ici une surcapitalisation de 1,66 Gmilliard \$. C'est une amélioration marquée par comparaison avec la situation en 2014 où l'on constatait un déficit de 360 M\$. Cette amélioration est attribuable à un rendement des placements supérieur aux prévisions. Cette solide situation financière nous aidera à faire face à l'imprévisibilité des marchés financiers, aux fluctuations du volume de dossiers médico-légaux provoquées par la pandémie et au contexte hyperautement inflationniste actuel. Nous reconnaissons que cette situation de capitalisation est supérieure aux attentes et qu'elle pourrait nous permettre de réduire la cotisation à l'avenir. La Dre Calder reviendra sur ce point lorsqu'elle présentera la cotisation de 2023.

00:10:57

En guise de conclusion, j'aimerais résumer les points à retenir. Les diverses composantes de notre modèle financier sont interreliées et comportent des mécanismes d'autocorrection. En raison de la protection fondée sur la survenance de l'événement qu'elle offre, l'ACPM fonctionne selon un horizon financier pouvant atteindre quatre décennies, ce qui lui permet de protéger ses membres bien après leur retraite. La solidité de notre présente situation de capitalisation est principalement attribuable au fort rendement de nos placements au cours des 10 dernières années. L'ACPM gère sa situation de capitalisation principalement au moyen de l'augmentation ou de la réduction de la cotisation. Enfin, notre situation de surcapitalisation en 2021 devrait rassurer les membres et leurs patients que nous serons là pour eux au besoin. Merci!. (Fin de l'interprétation)

Cotisation globale requise par région en 2023

00:00:03

Dre Lisa Calder : (Début de l'interprétation) : Nous veillons à ce que les cotisations perçues auprès des membres soient utilisées de façon appropriée et efficace. Nous nous engageons à contenir la hausse des coûts de la protection en matière de responsabilité médicale dans le but d'optimiser la stabilité et la prévisibilité de la structure tarifaire au fil du temps. Comme il se doit, nous réduisons les cotisations lorsque nous sommes en bonne position financière et nous les augmentons avec prudence en situation déficitaire.

00:00:46

Tel qu'indiqué dans le rapport financier 2021 présenté par Cory, la situation financière de l'ACPM est solide, ce qui nous permet de réduire les cotisations de 2023 dans l'ensemble des quatre régions tarifaires. L'ACPM compte quatre régions tarifaires afin de tenir compte des variations régionales en matière de coût dans l'ensemble des régions du pays et d'assurer une répartition équitable des coûts. Ces quatre régions sont les suivantes : Colombie-Britannique et

Alberta, Ontario, Québec et Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et territoires. Chaque région est indépendante. Il n'y a pas de financement interrégional.

00:01:31

Par exemple, si une région se trouve en situation de sur- ou de sous-capitalisation, cela n'affecte pas les autres régions. La cotisation globale par région correspond au montant total qui sera perçu dans chacune des régions. La cotisation globale par membre correspond à la cotisation globale par région, divisée par le nombre de membres dans cette région. Il s'agit donc d'une moyenne et non de la véritable cotisation perçue auprès des membres. Pour établir ces cotisations, nous calculons d'abord la cotisation globale pour la région et nous nous basons sur ce calcul pour déterminer les cotisations dans cette région en fonction du code de travail.

00:02:22

Voici maintenant la cotisation globale de 2023 par région tarifaire, en commençant par la Colombie-Britannique et l'Alberta. Le coût global par membre prévu en 2023 pour la Colombie-Britannique et l'Alberta est de 4 839 \$. Toutefois, compte tenu de notre solide situation financière, nous pouvons réduire ce montant de 3 138 \$ par membre, ce qui représente une

cotisation globale de 1 702 \$. En Colombie-Britannique et en Alberta, la cotisation globale est en baisse de 56 % par comparaison avec 2022, soit une réduction de 60,3 M\$ pour un total de 48,8 M\$. Tous les membres de la Colombie-Britannique et de l'Alberta bénéficieront d'une baisse de leur cotisation.

00:03:31

Le coût de la protection en matière de responsabilité médicale est plus élevé en Ontario que partout ailleurs au pays, ce que reflète la cotisation des membres de cette région. En 2023, on prévoit que le coût de la protection en matière de responsabilité médicale en Ontario sera de 6 646 \$ par membre. Toutefois, puisque l'Ontario se trouve également en situation de surcapitalisation, la cotisation globale par membre est réduite et passe de 3 448 \$ à 3 198 \$. Cela représente une diminution de 45 % par rapport à l'an dernier. Dans l'ensemble de la région tarifaire, la réduction est de 107,8 M\$.

00:04:29

Comme nous l'avons déjà signalé, les coûts prévus pour la protection en matière de responsabilité au Québec ont progressé à un rythme plus lent que dans d'autres régions au pays. En général, pour ce qui est des compensations financières versées aux patients, nous n'avons pas constaté le même niveau de variance d'une année à l'autre au Québec que dans les trois autres régions. Ainsi, en plus d'être la plus basse au pays, la cotisation est généralement stable dans cette région. Compte tenu de la situation de surcapitalisation dans la région du Québec, nous pouvons une fois de plus y réduire la cotisation. La cotisation globale par membre est donc de 227 \$, ce qui représente une diminution de 56 % par rapport à 2022.

00:05:28

Tournons-nous maintenant vers la région Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et

territoires. En 2023, compte tenu de la situation positive de l'actif net de cette région, la cotisation globale par membre est de 345 \$, ce qui représente une diminution de 90 % par rapport à l'année dernière. Dans l'ensemble de la région tarifaire, la réduction est de 41,6 M\$.

00:06:04

Comme vous pouvez le voir, il existe d'importantes différences régionales en matière de coût de la protection et l'Ontario est de loin la région où ces coûts sont les plus élevés. L'ACPM s'est engagée à ne prélever auprès de ses membres que les sommes requises pour leur offrir une protection efficace en matière de responsabilité médicale dans le cadre de modèle durable. Nous tenons ainsi à rassurer les membres qu'ils auront accès à une assistance s'ils ont affaire face à un problème médico-légal. Nous continuerons de moderniser et d'améliorer nos services aux membres de façon à optimiser la valeur ajoutée.

00:06:47

Maintenant que je vous ai présenté la cotisation globale, voici un exemple pratique de la cotisation que les médecins de famille exerçant sous le code travail 35 auront réellement à payer en 2023, par comparaison avec 2022 dans nos quatre régions tarifaires. Le barème des cotisations 2023 est maintenant accessible sur notre site Web. À l'automne, vous recevrez un courriel une fois que les factures annuelles seront accessibles par l'intermédiaire du portail des membres sécurisé de notre site Web. Soyez assurés que l'ACPM continuera d'explorer les occasions de tirer parti de ses connaissances pour accroître la sécurité des patients et réduire les cotisations sans pour autant compromettre sa stabilité financière, sa capacité à verser au nom de ses membres des compensations financières aux patients ou encore le soutien qu'elle offre aux médecins aujourd'hui et à l'avenir. Merci. (Fin de l'interprétation)

Résultats de l'élection du Conseil de l'ACPM de 2022.

00:00:42

Dre Lisa Calder : (Début de l'interprétation) : Chaque année, environ 1/3 des postes de notre Conseil sont à pourvoir par élection. Cette année, 11 postes au Conseil ont fait l'objet d'élections dans sept régions. L'Alberta et l'Ontario ont voté. Les candidats des autres régions ont été élus par acclamation.

00:00:23

J'ai le plaisir de vous présenter les résultats de l'élection du Conseil de 2022. Nous souhaitons la bienvenue aux docteurs Oyelese, Sockanathan et Chafe, aux docteurs Mela, Halparin, Tang, Ross, Bouchard, Saoud, Gillis-Doyle et au Dr Cohen. Nous remercions tous les candidats et candidates qui se sont présentés à l'élection. À une époque où il est crucial de maintenir un leadership solide au sein de l'ACPM, ces personnes méritent notre profonde gratitude pour leur volonté de servir. (Fin de l'interprétation)

00:01:04

(En cours) Puisqu'il est crucial de nos jours de compter sur un leadership solide, ces personnes méritent notre profonde gratitude pour leur volonté de servir l'ACPM.

00:01:17

(Début de l'interprétation) : Je tiens aussi à remercier nos deux membres sortants du Conseil, les docteurs Paul Farnan et Christopher Wallace. Ce fut un réel plaisir de travailler avec chacun d'entre vous et je vous remercie pour votre engagement envers l'Association pendant votre mandat en tant que conseillers. À vous, Mike. (Fin de l'interprétation)

Motion soumise par un membre.

00:00:03

Dr Michael T. Cohen: (Début de l'interprétation): Merci Lisa. Le 15 juillet, tous les membres ont reçu un courriel de la part de l'ACPM les informant que nous avons reçu une motion des membres portant sur une révision du modèle de gouvernance de l'ACPM. Vous trouverez la motion sur la diapositive à l'écran. Laissez-moi vous expliquer le processus de la motion.

00:00:25

Premièrement, seuls les membres actifs peuvent voter sur la motion et poser des questions. Pour des raisons de temps, je demande à tous les intervenants, y compris l'auteur de la motion, de limiter leurs commentaires à deux minutes. Cela devrait nous permettre d'entendre le plus grand nombre de membres possible. La discussion sur la motion sera limitée à 25 minutes au total. Le processus de la motion des membres sera comme suit. Pour commencer, le Dr Cooper va proposer la motion. Ensuite, je demanderai que la motion soit appuyée. Une fois la motion appuyée, le Dr Cooper parlera d'abord puis nous ouvrirons le débat aux questions. Je surveillerai la discussion et je traiterai les questions en conséquence.

00:01:06

J'ai demandé aux docteurs Watkins et Eisener-Parsche de m'aider à gérer les questions de l'auditoire et des participants en ligne. Avant de présenter la motion et d'ouvrir la discussion, je veux vous donner un aperçu des aspects de la structure de la gouvernance de l'ACPM qui sont pertinents pour la motion. L'association est dirigée par un Conseil élu composé de 31 médecins qui exercent à travers le Canada et qui travaillent avec la direction pour favoriser le succès à long terme de l'association. Nous avons été constitués en société il y a plus de 100 ans par une loi du Parlement. Cette loi, ainsi que nos règlements, établit les règles qui guident la conduite de nos affaires. Le Règlement décrit les exigences et la composition du Conseil, y compris sa taille.

00:01:55

Le mandat du Conseil et de ses membres définit la façon dont le Conseil s'organise et se conduit pour s'acquitter de ses responsabilités. Il décrit aussi les responsabilités des conseillers. Comme la motion présentée aujourd'hui porte sur des modifications à notre Règlement, je veux

souligner que pour changer le Règlement de l'ACPM, il faut suivre un processus qui ne se déroule pas seulement à l'interne. (Fin de l'interprétation)

00:02:21

(En cours) J'aimerais souligner que pour changer le Règlement de l'ACPM, il faut suivre un processus qui ne se déroule pas seulement à l'interne.

00:02:36

(Début de l'interprétation): La modification du Règlement est un processus long. Il nécessite beaucoup de temps et de consultation. Nos documents constitutifs doivent aussi être approuvés par les membres et en fin de compte, par le gouvernement pour que les modifications soient adoptées. Ce processus peut prendre jusqu'à deux ans. Nous avons certainement modifié notre Règlement auparavant et comme je l'ai déjà dit, nous sommes en train de revoir nos pratiques et notre modèle de gouvernance. Alors cette discussion arrive à point.

00:03:05

Je veux remercier tous les membres qui ont pris le temps de participer à cette réunion annuelle pour discuter de cette question importante et nous aider dans la bonne gouvernance. J'invite maintenant le Dr Cooper à venir au micro et présenter la motion.

00:03:24

Dr Rob Cooper: Merci Mike. Je propose la motion suivante : que l'ACPM s'engage à effectuer un examen exhaustif de son modèle de gouvernance en vue d'apporter d'éventuelles modifications au Règlement en ce qui concerne les éléments suivants, notamment, mais sans s'y limiter : composition (y compris sa taille), représentation (géographique, des spécialités et de la diversité) et aptitudes du Conseil. L'ACPM présentera une mise à jour à l'assemblée annuelle 2023, et le rapport final sur l'examen du modèle de gouvernance (y compris les modifications au Règlement, s'il y a lieu) sera présenté à l'assemblée annuelle 2024 à des fins d'examen et d'approbation.

00:04:05

Veuillez appuyer la motion, en ligne ou en personne.

00:04:14

Dr Michael T. Cohen: La motion a été proposée et appuyée. J'invite maintenant le Dr Cooper à s'exprimer sur la motion pendant deux minutes et ensuite nous allons ouvrir la discussion.

00:04:24

Dr Rob Cooper: Merci Mike. L'ACPM est une organisation fantastique qui est gérée par et pour les médecins. Les membres du personnel sont incroyables. Ils veulent aider les médecins et ils s'occupent de nous. Je les remercie et les félicite pour leur dévouement. Comme nous l'avons entendu aujourd'hui, les Drs Calder et Watkins, ainsi que leurs équipes, ont fait un travail remarquable et ils s'engagent à moderniser l'ACPM. Le dernier vestige du 20e siècle, c'est un Conseil qui est inefficace et trop volumineux. Nous voulons suivre les meilleures pratiques de gouvernance pour que l'organisation soit durable et puisse protéger les intérêts des patients et des médecins pour l'avenir.

00:05:07

Je m'appelle Rob Cooper, je suis un médecin de famille de l'Ontario et je travaille surtout en toxicomanie. J'ai siégé au Conseil pendant 18 ans et j'ai siégé à presque tous les comités, y compris le Comité directeur. Une revue de la gouvernance s'impose. Le Conseil a adopté cette motion aujourd'hui, mais si le Conseil avait voulu le faire, il l'aurait déjà fait. Il aurait pu le faire à tout moment durant les cinq dernières années, alors que l'AMC, CMFC, OMA et Conseil médical du Canada ont fait cet exercice pour réduire leur conseil d'administration. J'aime beaucoup la vision et la mission de l'ACPM, mais on m'a dit que si je voulais qu'on revoie la gouvernance, je devais présenter la motion aujourd'hui, alors je suis ici aujourd'hui pour faire en sorte que l'ACPM s'améliore encore.

00:06:00

Je suis ici avec deux conseillers précédents qui s'inquiètent aussi de l'avenir de l'ACPM et qui ont appuyé la motion, la Dre Carole Williams et le Dr David Naysmith. Merci d'être ici. Alors quelle est la taille optimale d'un conseil d'administration? Clairement pas les 31 administrateurs qui siègent à celui de l'ACPM. Selon le Wall Street Journal, la taille optimale est de cinq à sept membres pour plusieurs organisations. Jusqu'à 15 membres sont acceptables dans des circonstances exceptionnelles. Cette motion permet à l'ACPM de procéder à un examen complet de sa gouvernance, de son Conseil, y compris de certains facteurs, dont la taille, la diversité, la géographie, la spécialité et les compétences des membres.

00:06:50

Au nom des 105 000 membres de l'ACPM, je veux remercier le personnel de l'association pour son dévouement envers les membres et pour son travail exceptionnel au quotidien pour aider les médecins du Canada. Envoyons un message et un mandat clairs à l'ACPM, indiquant que nous voulons un Conseil moderne, efficace et efficient. Nos membres le méritent. Je demande à tout le monde de voter en faveur de la motion. Merci de votre temps. (Fin de l'interprétation)

Période de questions

00:00:05

Dr Michael T. Cohen: (Début de l'interprétation): J'ouvre maintenant la discussion. Veuillez vous rapporter uniquement à la motion qui est à l'écran et vous limiter à deux minutes. Pour poser une question, vous pouvez utiliser les micros dans la salle, si vous êtes dans la salle. Rappelez-vous que seuls les membres actifs peuvent participer à la discussion.

00:00:26

Dr David Naysmith: Bonjour, je m'appelle Dr David Naysmith. Je suis à Victoria en Colombie-Britannique. J'appuie cette motion. Je suis membre comme beaucoup d'entre vous, depuis longtemps. J'ai commencé en 1983. J'ai siégé au Conseil tout comme le Dr Cooper pendant 18 ans, mon règne ayant pris fin en août 2021. Lorsque je suis arrivé au sein du Conseil en 2003, j'étais impressionné par l'engagement du Conseil, des membres, du personnel. Mon admiration s'est accrue au cours des 18 dernières années.

00:01:04

Cette association fonctionne bien, dans tous les sens du terme. Il y a environ deux ans, la Dre Calder est devenue directrice de l'ACPM avec comme mandat de moderniser l'Association. La motion du Dr Cooper qui vise à réduire la taille du Conseil est essentielle. Pensez à toutes les associations dont vous êtes membres, comme l'Association médicale canadienne et les autres. Plusieurs organisations cherchent à réduire la taille de leurs Conseils d'administration. L'ACPM doit désormais rattraper le reste du monde. Notre Conseil a déjà considéré cette possibilité, mais on a décidé que nous étions différents et qu'il ne fallait pas faire de changement. Je vous assure que nous ne sommes pas si différents que ça.

00:01:49

Si vous lisez le rapport annuel, vous verrez qu'il y a une section sur les valeurs centrales. En fait il y en a six, dont l'une porte sur l'intendance responsable. Ici on parle de gestion des finances de l'Association par le biais de cotisations. Si vous examinez les états financiers de la dernière année avant la COVID, les coûts de gouvernance étaient de \$11 900 000. Presque \$12 millions ont été dépensés pour la gouvernance. Ça doit changer. Si ce n'était qu'une question d'argent, ce serait peut-être suffisant pour changer, mais en fait, ça se rapporte à beaucoup plus. C'est une question d'efficacité, notre modèle de gouvernance date d'une autre époque.

00:02:31

Pour réduire la taille du Conseil, il faut modifier les règlements de l'Association, ce qui peut comporter des risques. Cependant, il y a d'autres enjeux qui nécessitent l'examen des règlements alors c'est vraiment le temps de le faire maintenant. Il ne faut pas attendre, il faut avancer. Comme le Dr Cohen l'a mentionné, nous comptons 31 membres, mais nous pourrions réduire la taille à 10 ou 12 personnes sans compromettre les responsabilités fiduciaires du Conseil. Merci. Je vous encourage à appuyer cette motion.

00:03:06

Dr Michael T. Cohen: Des questions en ligne ?

00:03:10

Dr Todd Watkins: Merci Mike. Nous avons une première question. Bonjour tout le monde, de la part du Dr Neenan (ph) de London en Ontario. Peut-on mesurer les résultats d'une éventuelle révision de la structure de la gouvernance? Comment pourrait-on procéder? Dr Brossard.

00:03:31

Dr Jean-Hugues Brossard: La motion qui est présentée aujourd'hui, pour moi c'est une motion favorable parce qu'on a déjà commencé à faire le travail et notre intention était de revoir la gouvernance au fil des prochaines années. Alors, ça peut se faire. Quel est le meilleur modèle de gouvernance pour l'organisation? Ce n'est pas un modèle à taille unique. Il va falloir évaluer ce qu'on va faire. On veut s'assurer de faire des changements qui vont apporter de la valeur et aider l'organisation, lui permettre d'être durable au fil du temps. Alors nous allons y penser, nous allons y travailler, nous allons vous présenter des résultats qui, je l'espère, répondront à

toutes ces questions, pour être plus durables, plus agiles et plus capables de se tourner vers l'avenir.

00:04:42

Dr Michael T. Cohen: Merci Jean-Hugues.

00:04:45

Dr Todd Watkins: Nous avons une deuxième question de la part du Dr Douglas Wilson, ici à Vancouver. Il demande si l'EDI ne va pas à l'encontre d'un plus petit Conseil. Quel impact cela aura-t-il ? Lisa ?

00:05:01

Dr Lisa Calder: Merci Dr Wilson. C'est la raison pour laquelle on voulait intégrer la modernisation dans notre stratégie. Nous voulons améliorer la diversité au sein du Conseil, y réfléchir et déterminer comment moderniser l'organisation. Il semblerait que les deux choses sont en opposition, mais en fait, c'est faisable. Il faut seulement y réfléchir de façon éclairée. Nous sommes donc prêts à faire avancer la diversité et à moderniser l'ACPM. Nous allons donc travailler avec le Conseil et avec des consultants pour ce travail et faire en sorte que nous avançons dans ces deux volets.

00:05:45

Dr Michael T. Cohen: Dre Williams.

00:05:48

Dre Carole Williams: Merci. Carole Williams, je suis médecin de famille dans une petite ville. J'ai eu de la difficulté pendant la COVID et j'essaie de survivre. J'appuie cette motion. Je l'appuie fortement. Il est temps que le Conseil devienne un peu plus agile, un peu plus concentré sur non seulement l'EDI, mais sur les compétences. Ça me stresse de voir que les postes cette année ont été obtenus par acclamation. Alors je pense qu'il faut transmettre le message au public et aux médecins de cette organisation. J'ai siégé au sein de ce Conseil pendant plus de 12 ans. C'est un Conseil formidable, une organisation formidable. Certains de mes meilleurs amis viennent d'ici. Mon avocat est encore ici. Il est assis là-bas. Le personnel est magnifique, l'organisation aussi. Il faut seulement faire certains petits ajustements.

00:06:54

Dr Michael T. Cohen: Merci Dre Williams. Y a-t-il d'autres questions?

00:06:57

Dr Todd Watkins: Merci Mike. La prochaine question vient de la Dre Susan Hayton (ph) de Saskatoon. Elle était anciennement membre du Conseil. Elle demande si le Dr Cooper peut donner des exemples de Conseils de taille différente. Pour envisager une révision, il faut savoir que l'ACPM est une organisation unique qui offre un soutien important à une profession difficile au Canada. Est-ce que ces autres exemples se comparent bien à celle d'autres organisations ?

00:07:29

Dr Michael T. Cohen: Dr Brossard.

00:07:31

Dr Jean-Hugues Brossard: C'est à moi la parole. Ces organisations ont des similitudes avec l'ACPM, mais elles ne sont pas l'ACPM. Nous sommes une organisation unique et nous allons trouver une solution qui correspond à nos besoins uniques. Nous allons trouver une façon d'avoir suffisamment de représentation. Nous sommes une organisation axée sur les membres. Nous avons donc besoin d'une représentation des membres. Nous avons aussi besoin de compétences, du bon ensemble de compétences. Nous avons besoin de diversité. Il faut donc tenir compte de ce facteur. Nous avons aussi du travail à faire au sein des comités. Ça prend du temps, ça prend des gens et ça prend tout un effectif pour arriver à faire ce travail.

00:08:19

Il y a donc plusieurs choses à prendre en considération, pour trouver un bon équilibre et le bon modèle de gouvernance. Nous allons le trouver et nous allons vous le présenter dans deux ans.

00:08:31

Dr Michael T. Cohen: Comme je l'ai mentionné, nous avons embauché un consultant en matière de gouvernance pour nous aider. Si on veut faire ce travail, il faut bien le faire, parce que c'est quelque chose qui va vous profiter à vous, les membres.

00:08:42

Dr Michael T. Cohen: Dr Oyelese, la parole est à vous (inaudible).

00:08:44

Dr Oyelese : Merci. Quelqu'un a déjà parlé de ce que j'allais dire concernant l'EDI. Je veux remercier mes deux collègues pour le temps qu'ils ont passé au sein de l'ACPM, pendant 18 ans. Moi je suis nouveau. Il faut reconnaître qu'avec un Conseil plus petit, vous n'auriez pas pu réaliser tout ce que vous avez fait au sein de divers comités. Je suis d'accord avec les gens qui ont dit que l'organisation est unique et qu'on ne peut pas la traiter comme toutes les autres, compte tenu du facteur de représentation, surtout lorsqu'il s'agit de la représentation des groupes minoritaires. Ça devient de plus en plus difficile à mesure que l'on réduit la taille d'un Conseil. Je ne m'oppose pas à la motion, mais je pense qu'il est difficile de l'appuyer.

00:09:49

Dr Michael T. Cohen: Merci. Y a-t-il d'autres questions?

00:09:54

Dr Todd Watkins: Oui. De la part du Dr Rob Robson, de Dundas en Ontario. Il voudrait savoir si les éventuels changements au règlement permettraient aux membres qui ne sont pas médecins de siéger au Conseil. Si on veut le moderniser, il faudrait trouver des mécanismes pour inclure la voix des patients qui bénéficient des soins des membres de l'ACPM. Dom.

00:10:19

Domenic A. Crolla: Merci, Dr Robson, pour cette question. Si on choisit de modifier le règlement, nous pouvons inclure des personnes qui ne sont pas des membres. Non pas comme vous le suggérez dans votre question dans une capacité décisionnelle, mais plutôt dans une capacité consultative. Alors si nous modifions le règlement et si la révision de la structure de gouvernance l'exige, nous pourrions étudier cette possibilité.

00:10:53

Dr Michael T. Cohen: Merci. Venez au micro s'il vous plaît.

00:10:56

Diane Francoeur: Bonjour. Je suis Diane Francoeur, je suis une gynécologue et obstétricienne de Montréal. J'aimerais faire quelques recommandations parce que j'étais présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Mon mandat s'est terminé il y a deux ans. Nous avons révisé notre Conseil et je pense que c'est une très bonne motion. J'y suis favorable. Par contre je ferais quelques recommandations parce que ce n'est pas facile de gérer les Conseils de médecins. Moi je recommanderais d'avoir un programme très solide pour obtenir les compétences voulues parce que vous devez savoir qu'il faut considérer les enjeux juridiques, le risque réputationnel et (sic) les questions financières.

00:11:39

Alors, il ne faut pas que le Conseil soit trop petit ou trop grand, mais le mandat doit être assez long pour que les gens puissent apprendre. Avec quatre ou six réunions par année, il est difficile de savoir ce qui se passe. L'ACPM a une longue histoire et nous accueillons favorablement les nouvelles cotisations des membres. Elles n'ont jamais été aussi basses. Nous sommes toujours heureux de voir que le Québec prend les devants et que les autres provinces se rattrapent. Je pense que c'est une bonne idée de réduire la taille du Conseil, mais il faut faire attention au mandat. Il faut s'assurer que la diversité et les compétences soient au rendez-vous. Il faut aussi donner l'occasion à tout le monde d'apprendre.

00:12:28

Dr Michael T. Cohen: Merci. Je peux vous assurer que ça va faire partie des discussions que nous allons avoir sur une base continue. Dr Watkins, à vous encore.

00:12:35

Dr Todd Watkins: Mike, je n'ai plus de questions. Vous pourriez demander aux autres s'ils en ont.

00:12:39

Dr Michael T. Cohen: Y a-t-il d'autres questions de la salle ou en ligne ?

00:12:53

Commentaire/question: Je suis Dr Vong de Calgary. C'est la première fois que je participe à une réunion de l'ACPM. Je pense que l'ACPM est un peu différente, mais voici ma question et

ensuite un commentaire. Ma question : quels sont les critères ou la stratégie actuels pour nommer les membres du Conseil provenant de diverses régions? Pourquoi avons-nous 31 membres ? Deuxièmement, je pense que c'est une bonne idée de réduire le nombre de membres au sein du Conseil, mais ça ne nous permettrait pas nécessairement de satisfaire à nos obligations. Ça ne permettrait pas à plusieurs gens de s'impliquer. J'aimerais donc savoir comment on a fixé le nombre à 31? Comment en sommes-nous arrivés là ?

00:13:49

Il faudrait commencer là avant de penser à réduire la taille du Conseil parce que l'ACPM compte parmi ses membres des spécialistes, des médecins de famille, des médecins venant de divers domaines. Chaque spécialité est différente. Si on ne fait pas attention, on va perdre ce point de vue unique et cette diversité.

00:14:13

Dr Michael T. Cohen: Merci, voulez-vous répondre, Dom?

00:14:14

Domenic A. Crolla: Oui, merci pour la question. Le modèle actuel est basé sur la spécialité, la géographie et bien sûr, le nombre de membres approximatif. Il n'y a pas de formule. Mais ces facteurs font partie intégrante du modèle qui a été adopté. C'est un des problèmes que nous allons étudier lors de la révision de la structure de gouvernance. Comment équilibrer ou rééquilibrer ces enjeux en tenant compte des commentaires soulevés par le Dr Brossard et la Dre Calder et le Dr Cohen. Il faut déterminer plusieurs modèles dans le cadre d'un processus de consultation et on espère pouvoir proposer quelque chose qui sera adopté à l'unanimité.

00:14:59

Dr Michael T. Cohen: Bon, nous espérons vous voir à plus de réunions. Y a-t-il d'autres questions ?

00:15:06

Dr Todd Watkins: Il n'y a plus de question.

00:15:07

Dr Michael T. Cohen: Il n'y a plus personne au micro. Alors on passe au vote. Vous pouvez voter en ligne maintenant, mais rappelez-vous qu'il y aura un retard de 15 secondes.

00:15:38

Merci tout le monde. La motion est adoptée. J'aimerais vous dire que nous avons reçu une question d'un membre du Conseil francophone et nous allons répondre individuellement à cette personne. Ce qui conclut notre discussion sur la motion. Je vais maintenant vous parler brièvement des prochaines étapes.

00:15:59

Comme nous l'avons dit auparavant, l'Association apprécie les suggestions des membres à cet

égard. Pour la suite, le Conseil continuera son étude et ses consultations sur la question. L'Association vous fera une mise à jour à l'assemblée annuelle de 2023.

00:16:20

J'aimerais désormais passer aux questions sur les autres affaires. J'ai demandé aux docteurs Watkins et Eisener-Parsche de m'aider à gérer les questions des participants en personne et en ligne. On a déjà des questions.

00:16:44

Dr Todd Watkins: Merci. La première question vient du Dr Rob Robson à Dundas en Ontario. À l'assemblée annuelle de 2021, on a parlé des efforts de l'Association pour collaborer avec les Premières Nations de Colombie-Britannique sur des projets de faisabilité dans le domaine d'analyse, l'évaluation d'une approche de justice réparatrice au sein de la santé. Pouvez-vous nous parler des efforts de l'Association dans ce domaine ? Encourage-t-on activement les membres à participer à des projets comme celui-ci ? Pam, voulez-vous répondre?

00:17:21

Dre Pamela Eisener-Parsche: Oui, ça me fait plaisir de répondre. Merci Rob pour cette excellente question. Comme vous le savez, c'est un projet qui m'intéresse beaucoup. On a rencontré plusieurs organisations pour discuter d'approches réparatrices pour gérer les conflits ou les préjudices dans la santé. Certaines discussions ont eu lieu avec des personnes qui ont entrepris ces études de faisabilité et d'autres avec les responsables de la cueillette de données. Nous voulions en savoir plus sur leur recherche, puis obtenir leurs Conseils et suggestions à cet égard. Ensuite, d'autres membres de la direction ont participé à des ateliers pour mieux comprendre les approches de justice réparatrice et les enjeux, afin d'offrir de bons Conseils à nos membres.

00:18:11

On a rencontré également des dirigeants de la santé autochtones et puis nous les rencontrerons dans quelques semaines également. C'est une priorité pour notre travail. Enfin, d'autres organisations envisagent une approche de justice réparatrice à la santé ou une approche autochtone pour gérer les préjudices en santé. On envisage également des mécanismes pour mieux comprendre ce qui est proposé et puis s'assurer d'offrir de bons conseils et de soutenir nos membres pour réparer des relations et favoriser la guérison après des événements où des patients estiment avoir subi des préjudices. On s'engage pleinement à faire ce travail. Merci beaucoup pour cette excellente question.

00:19:07

Dr Michael T. Cohen: Merci Pam. Est-ce que vous avez d'autres questions? En personne, vous pouvez aller au micro.

00:19:17

Dr Doug Wilson: Bonjour je m'appelle Doug Wilson et je suis président de la SOGC pour l'année 2022/2023. J'aimerais remercier l'ACPM de tenir compte de nos préoccupations suite à

l'annulation de la décision Roe contre Wade et de son impact sur les professionnels de santé qui pratiquent des avortements. Merci beaucoup d'avoir organisé l'atelier du 6 septembre et merci d'avoir rédigé une lettre pour des politiciens canadiens. Je voulais savoir pourquoi le ministre de la Justice ne figure pas parmi les récipiendaires de cette lettre qui a été envoyée aux ministres de la Santé, de la Famille et du Développement social. Bien sûr qu'ils subiront les impacts de l'annulation de cette décision, mais il nous faut clairement du soutien dans le domaine de la justice.

00:20:28

La SOGC comprend la position de l'ACPM sur la manière de soutenir les médecins dans leurs activités. Nous savons que nous sommes à risque de faire l'objet d'accusations pénales de la part des Américains, ce qui est nouveau pour nous. Les États américains en question sont très sérieux. La semaine dernière, une mère du Nebraska qui a aidé sa fille de 17 ans à obtenir un avortement s'est fait accuser d'aider sa fille à obtenir l'avortement. C'est l'état du Nebraska qui l'accuse. Ça montre l'importance de ces enjeux et les risques. On n'a aucune idée si les Américains vont porter de telles accusations contre des professionnels de l'autre côté de la frontière, mais on ne peut pas attendre que ça se fasse.

00:21:35

Il faut travailler de façon proactive. On appuie l'ACPM et tout son travail, mais la SOGC a besoin de l'aide de l'ACPM pour mettre en place une approche nationale fédérale robuste. Il est très important que le Canada se positionne fermement en ce qui concerne le droit des femmes de choisir. Si on soutient ce choix, il faut se préparer à l'éventualité que ces services soient requis par des professionnels de la santé du Canada, dans le cadre d'une urgence, ce qui relève du mandat de l'ACPM, ou pour des interventions planifiées. On doit néanmoins conclure des ententes, aborder ces questions avec les ministres fédéraux pour comprendre clairement les enjeux et soutenir les professionnels de la santé qui pratiquent des avortements à titre d'obstétriciens et de gynécologues, mais également comme médecins de famille. Il ne s'agit pas d'un seul groupe.

00:22:51

Si vous prenez les provinces ou les établissements qui offrent ces services, ce sont pour la plupart des centres d'obstétrique, de gynécologie et de médecine familiale. On a besoin l'aide du ministre de la Justice, qui doit participer à ces pourparlers.

00:23:12

Dr Michael T. Cohen: Merci. Lisa, voulez-vous ajouter quelque chose ?

00:23:16

Dre Lisa Calder: Merci Dr Wilson et merci également de souligner tous ces efforts. J'aimerais rappeler aux participants ce que l'ACPM a fait jusqu'à présent. Bien sûr, on appuie l'accès en temps opportun au service d'avortement. Nous sommes l'Association canadienne de protection médicale, d'où notre mandat et nous sommes ici pour soutenir les membres qui pratiquent des avortements en cas de plaintes qui sont déposées au Canada. Les États américains concernés

sont bien sûr très sérieux dans leur approche et la nature du cadre législatif différent des 50 États est sans précédent.

00:23:58

Vous avez parlé d'une lettre que j'ai envoyée au ministre de la Santé, l'honorable Jean-Yves Duclos, mais également au ministère de la Santé, de l'Enfance et du Développement social. Le fédéral a répondu à cette lettre et puis le directeur adjoint des politiques stratégiques a demandé de me rencontrer. Lors de cette réunion, à laquelle la Dre Pamela Eisener-Parsche et d'autres ont participé, il y avait également un représentant du ministère de la Justice en plus du directeur général de la Santé. On a dit clairement au gouvernement fédéral que c'était le rôle de l'ACPM, qu'on avait pour mandat de soutenir nos membres en cas de problèmes à cet égard et il s'agit parfois de lois qui s'étendent au-delà du territoire visé et on peut porter des accusations contre des citoyens qui résident hors de l'État, dont des accusations pénales.

00:25:04

Il faut réfléchir attentivement à la réponse du gouvernement fédéral. On demande à tous d'être bien conscients des enjeux, de définir clairement notre rôle, ce qu'on peut offrir comme services, de réfléchir à des ententes, des accords d'extradition et puis de bien réfléchir aux bases de données auxquelles les agents frontaliers américains pourraient accéder. Le gouvernement est bien conscient de l'importance d'agir et nous sommes en pourparlers activement avec le gouvernement fédéral. Nous avons contacté les ministres provinciaux de la Santé et puis il faudra coordonner nos efforts entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral pour générer une réponse.

00:25:59

Le plus difficile honnêtement, pour nous et le gouvernement fédéral, c'est que l'environnement est si dynamique et qu'il évolue rapidement. On ne peut même pas encore comprendre clairement les répercussions de ce cadre législatif au sein d'un État, entre les divers États, sans parler de l'international. Il faudra du temps pour voir l'évolution, mais on s'engage à participer activement aux conversations pour souligner les difficultés et les défis pour nos membres.

00:26:28

Dr Michael T. Cohen: Merci. Est-ce qu'il y a d'autres questions?

00:26:31

Dr Todd Watkins: Non. Pas d'autres questions pour le moment.

00:26:38

Dr Michael T. Cohen: Ce qui conclut la période de questions-réponses. Avant de lever la séance, Lisa va vous parler de l'avenir de l'ACPM. (Fin de l'interprétation)

Mot du nouveau président.

00:00:02

Dr Jean-Hugues Brossard: (Début de l'interprétation): Merci beaucoup, Mike, pour ses paroles très aimables. C'était peut-être un peu trop, mais je l'apprécie néanmoins. J'aimerais vous remercier, tout comme l'a fait Lisa, pour vos conseils et votre leadership au cours des deux dernières années. Ayant été à vos côtés pendant ces deux années, vous à Terre-Neuve et moi à Montréal, je sais que diriger l'Association en pleine pandémie n'a pas été facile. Néanmoins, vous avez relevé tous ces défis avec votre grâce habituelle et vous avez continué à prodiguer de sages conseils aux administrateurs et aux dirigeants de l'ACPM, de leur donner encouragement et soutien. Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait, pour votre engagement tout au long de votre mandat au Conseil. Merci, Mike. (Applaudissement)

00:00:53

En se penchant sur les dernières années, on comprend que les soins de santé évoluent plus rapidement que jamais. (Fin de l'interprétation) Comme Mike et Lisa l'ont mentionné, le rythme des changements que connaissent notre société et nos systèmes de santé ne semblent pas prêt de ralentir. À l'aube de ce mandat, et quand on dit à l'aube, c'est peut-être le premier pas, en fait de ce mandat à la présidence de l'Association, je vois bien que la pénurie des ressources en santé et ailleurs, que le virage vers la médecine virtuelle, que les stressés variés causés par la pandémie continueront d'entraîner de profonds changements autour de nous. Nous voilà donc face à tout un défi, un défi de taille. Bien saisir les difficultés vécues présentement par nos membres, prédire et cerner les enjeux principaux qui se pointent à l'horizon, et surtout être capable de nous adapter, d'évoluer pour faire face aux changements, sans pour autant perdre de vue les priorités et les valeurs qui font de l'Association ce qu'elle est. Je suis convaincu que l'ACPM est en excellente position pour relever tous ces défis.

00:02:01

Depuis plus de 120 ans, l'ACPM est là pour ses membres. C'est notre raison d'être. Et nous y parvenons en étant fidèles à nos valeurs, nos valeurs fondamentales, la mutualité, l'éthique et l'excellence du service, pour n'en nommer que quelques-unes de ces valeurs. J'entame mon mandat à la présidence en réaffirmant cet engagement. Nous serons là pour nos membres et nous respecterons nos valeurs.

00:02:33

(Début de l'interprétation): Mon objectif principal à titre de président est de continuer de moderniser la gouvernance de l'Association. Comme vous l'avez vu, c'est une partie importante de notre stratégie d'EDI et de notre prochain plan stratégique, que j'appuie entièrement. Je réaliserai tout ceci en restant fidèle à nos valeurs, en tenant compte de l'évolution des besoins de nos membres et en maintenant la viabilité de notre organisation. C'est un honneur de diriger une organisation exceptionnelle, de travailler avec mes collègues et le personnel talentueux de l'ACPM pour protéger l'intégrité professionnelle de nos 105 000 membres et de les aider à prodiguer des soins de santé sécuritaires.

00:03:21

Merci pour la confiance que vous m'accordez.

(Applaudissements)

Mot de la fin.

00:00:03

Dr Michael T. Cohen : (Début de l'interprétation) : Jean-Hugues, je sais que l'ACPM est entre bonnes mains et je me réjouis de continuer à travailler avec vous au sein du Conseil pour faire avancer la mission de l'Association. Ce fut un réel plaisir et un privilège de servir la communauté des médecins du Canada dans le cadre de mes fonctions au cours des deux dernières années.

00:00:16

J'aimerais aussi remercier les médecins membres pour les soins que vous prodiguez chaque jour en cette période extraordinaire. Je vous remercie aussi de votre temps, de votre attention et de vos questions réfléchies aujourd'hui. Nous sommes là pour vous.

00:00:33

Nous sommes là pour vous.

00:00:36

S'il n'y a pas d'autres questions, cela met fin à la partie affaires de la réunion. Je vais faire une courte pause pour voir si quelque chose arrive en ligne. Y a-t-il autre chose – il n'y a rien en ligne? D'accord.

00:00:51

Je déclare la séance levée. J'espère que vous vous joindrez à nous pour la séance d'information qui commence à 14 h 45, je crois que c'est à côté, et ce sera sûrement intéressant.

00:01:05

(Début de l'interprétation) : (en cours) Nous allons discuter des réalités médico-légales découlant de la pandémie, et des possibilités et des défis des soins virtuels. Merci. Oh, dans cette salle, pas dans la salle voisine. La réunion est ici. Merci. (Applaudissement)

00:1:16

C'est dans la même salle. La prochaine séance est dans la même salle. Merci. (Fin de l'interprétation)

Séance d'information

00:00:14

Dr Todd Watkins: (Début de l'interprétation): Bienvenue de retour à tous et à toutes. Je suis le Dr Todd Watkins, directeur général adjoint de l'association. Le sujet d'aujourd'hui concerne les réalités médico-légales découlant de la pandémie, ainsi que les possibilités et les risques de soins virtuels.

00:00:36

Avant de commencer, j'aimerais d'abord adresser un mot de reconnaissance pour la séance d'aujourd'hui. Dans le cadre de cette réunion en personne à Vancouver, j'aimerais souligner que le territoire sur lequel nous sommes rassemblés, Vancouver, est situé sur les territoires traditionnels non cédés des nations Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh. Je souhaite remercier l'aînée pour la prière d'ouverture qu'elle a prononcée ce matin. Comme organisme, nous reconnaissons tous les premiers peuples qui étaient ici avant nous, ceux qui cohabitent avec nous aujourd'hui et les sept générations à venir. J'aimerais également souligner que les bureaux de l'ACPM à Ottawa se trouvent sur les territoires non cédés de la nation Anishinaabeg Algonquine, dont la présence remonte à des temps immémoriaux. Nous leur rendons hommage et respectons ces territoires, ainsi que toutes les Premières nations, Inuit et Métis de l'île de la Tortue. Merci.

00:01:30

Les soins virtuels continuent d'évoluer. La pandémie a certainement chamboulé la profession et le système de soins de santé, qui a dû adopter les soins virtuels en vue de s'adapter à la réalité de la pandémie et l'a fait avec brio. La raison pour laquelle comme organisme nous avons choisi ce thème, c'est réellement pour explorer l'avenir des soins virtuels, comment être proactif et responsable pour continuer de faire évoluer les soins virtuels, de sorte qu'ils répondent aux besoins des patients et des prestataires ainsi que du système. C'est le moment idéal de réunir un groupe d'experts pour nous éclairer.

00:02:23

Par ailleurs, vous constaterez sur votre appli en ligne que nous avons mis au point un Livre blanc et j'attire donc votre attention à ce document que je vous invite à lire. Les objectifs principaux sont affichés à l'écran, je ne les lirai pas. La séance d'aujourd'hui animée par Kendall et c'est une séance qui donne droit à des crédits de la part du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada. Kendall et moi nous sommes rencontrés il y a environ 25 ans, lorsque je travaillais à l'AMC, mais ça fait un moment qu'on ne s'est plus vu.

00:02:58

Kendall a une longue carrière distinguée dans le domaine. Il est le conseiller scientifique sur les technologies numériques à Santé Canada et membre du groupe de travail de soins virtuels de l'AMC, membre du conseil consultatif du Centre de recherche sur les appareils médicaux du Conseil national de recherche du Canada et président du Comité sur la médecine d'urgence numérique de l'Association canadienne des médecins d'urgence. Ses intérêts de recherche sont les soins virtuels, la santé numérique, les données massives et l'IA. À vous la parole, Kendall.

00:03:28

Dr Kendall Ho: Merci. Vous m'entendez? Même au fond? Bien. Merci Todd de m'avoir invité à animer cette séance. C'est un honneur pour moi d'être accompagné de collègues si chevronnés, qui ont beaucoup d'expertise en matière de soins virtuels. Je suis également vraiment intéressé par vos réflexions sur les soins virtuels. J'aimerais donc animer une conversation interactive. Je

souhaite faire appel à l'expertise de ce groupe. Ensuite, nous aurons une meilleure idée de l'état actuel des soins virtuels et des possibilités également pour nous comme professionnels de la santé. Quels défis nous attendent actuellement ? Quelle direction désirons-nous prendre pour l'avenir ?

00:04:16

Comme Todd le disait, je suis médecin urgentiste de Vancouver, mais je suis également professeur à l'Université de la Colombie-Britannique en Faculté de médecine. Permettez-moi d'abord de vous poser une question, qui n'est peut-être pas forcément liée. Combien d'entre vous déposez des chèques par appli mobile et photo ? Ah, formidable.

00:04:40

Je dois dire que j'ai mis quelques années à m'y habituer. Lorsque ma banque m'a proposé cette technologie, j'ai refusé, je voulais me rendre à une banque physiquement et déposer mon chèque. Ce n'est que depuis deux ou trois mois que j'ai commencé à me sentir à l'aise avec la photo des chèques. Heureusement, je suis plus à l'aise avec les services bancaires en ligne et autres services connexes, mais il m'a fallu un certain temps, surtout avec ces nouveautés technologiques. Prendre une photo d'un chèque, ça ne me paraissait pas naturel. Un grand nombre d'entre nous sommes à l'aise avec les services bancaires hybrides. On sait quand on doit se rendre en succursales bancaires pour faire certaines choses et on sait aussi quand se servir de notre ordinateur, de notre appli mobile sur notre portable.

00:05:24

Quand on y pense, les soins virtuels ne sont pas si nouveaux que ça. Au Canada, nous avons utilisé les soins virtuels dès les années 70, à Terre-Neuve, non pas comme projet de recherche, mais comme service en tant que tel. C'est le Dr Maxwell qui a fait découvrir cette technologie au Canada, en tant que chef de file dans le domaine. Depuis 30 ou 40 ans, nous avons évolué en matière de soins virtuels, mais ils restaient jusqu'à dernièrement limités à certains créneaux. La pandémie a véritablement été un changement radical. Un grand nombre d'entre nous avons rencontré nos patients virtuellement, à la demande des gouvernements. Un grand nombre d'entre nous sommes sans doute à l'aise avec beaucoup d'aspects des soins virtuels, comme les téléphones, par exemple.

00:06:09

Je pense qu'un grand nombre d'entre nous utilisons déjà le téléphone pour nos consultations avec les patients. En ce qui concerne les vidéoconférences, la messagerie texte, les communications par appli, les dossiers de santé électroniques, la réalité virtuelle, les ordonnances virtuelles et les thérapies virtuelles, ces modes évoluent et il faut y réfléchir. Comment devons-nous à titre de professionnels examiner ces tendances et comment les patients, les prestataires et l'industrie veulent-ils voir ces services évoluer ? Évidemment, ce sont nous, les professionnels de la santé, qui doivent définir les pratiques exemplaires.

00:06:55

Dans ces moments innovants, il s'agit pour nous de débattre de ces questions afin d'être plus à

l'aise. Nous avons tous des niveaux de confort variables. Je souhaite donc remercier l'ACPM de nous accorder cette occasion d'explorer la question. Merci également aux membres du groupe d'experts qui nous aideront à orienter nos réflexions. Évidemment, je me réjouis de vous entendre, chers membres du public.

00:07:24

Alors pour commencer, je vous présenterai les membres du groupe d'experts et ensuite je vous poserai trois questions assez générales, c'est-à-dire les objectifs de cette séance. Quels sont les possibilités ou les débouchés qu'offrent les soins virtuels ? En sous-question, les défis, les risques? Et troisièmement, si on se projette un peu dans l'avenir, à quoi ressemblera la médecine hybride, c'est-à-dire les soins virtuels combinés aux soins en personne? À quoi cela

ressemblera-t-il? Et ensuite évidemment, nous aurons un dialogue avec les membres du public en personne, mais également en ligne. N'hésitez pas à nous envoyer vos interventions.

00:08:03

Permettez-moi d'abord de présenter le remarquable groupe d'experts que nous avons réuni. Lorsque j'ai vu les noms, je me disais que je ne devais pas rater cela. Tout d'abord, je vous présente la Dre Heather Ross. Vous trouverez leurs CV sur l'appli de la conférence. Vous pouvez donc lire leurs notices biographiques quand vous le voulez. Alors Heather Ross, directrice du service de cardiologie du Piedmont Cargiology Center. Vous faites beaucoup de choses formidables. Ensuite la Dre Katharine Smart, présidente de l'Association médicale canadienne. Merci d'être présente. Dr Ewan Affleck, conseiller médical principal en informatique médicale et membre du Collège des médecins et des chirurgiens de l'Alberta. Vous faites beaucoup dans le domaine virtuel ici au Canada et à l'étranger. Dre Nancy Whitmore, qui est registraire et PDG du Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario. Merci. Dre Pamela Eisener-Parsche, qui est directrice générale de l'Expérience des membres à l'ACPM. Elle se penche sur divers enjeux dans ce domaine. Enfin, très heureux d'avoir Domenic Crolla, qui est associé principal chez Gowling WLG et conseiller juridique spécialisé dans les questions médico-légales. Merci à vous tous d'être présents.

00:09:34

Avant de passer à la prochaine diapo, je souhaite divulguer des conflits d'intérêts en ce qui me concerne. Je suis le seul qui a un conflit d'intérêts, alors je vous prie d'être indulgents. Vous voyez qu'en raison de mes travaux en Colombie-Britannique, je reçois des subventions du ministère de la Santé provincial et je fais également des recherches pour certains bailleurs de fonds nationaux et internationaux privés. Je devais vous faire part de ces éventuels conflits d'intérêts. J'espère quand même que cette expérience contribue à la conversation. Je n'ai pas de société qui puisse profiter d'une telle propriété intellectuelle. Les membres de notre groupe d'experts n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

00:10:28

Alors, entrons en vif du sujet. D'abord, les possibilités. J'aimerais demander aux membres du public si vous avez des questions, n'hésitez pas à les transmettre par l'appli. J'aimerais vous

poser la même question à vous, chers membres du groupe d'experts. Je commence par vous, Heather. Vous avez une longue expérience de la télémédecine et des soins virtuels et une expertise de la collaboration avec divers groupes. Pouvez-vous décrire votre expérience actuelle des soins virtuels et les débouchés que vous envisagez ?

00:11:05

Dre Heather Ross: Alors comme tout le monde le dit, la COVID nous a propulsés 10 ans en avant en l'espace de deux semaines. Des gens plus intelligents que moi l'ont dit et je suis d'accord avec eux. Si vous prenez l'Ontario, en 2018, un rapport déclarait que seul 1% des patients en insuffisance cardiaque était suivi virtuellement en dépit de données qui soutenaient l'utilisation de cette surveillance à distance. C'était une technologie accessible, mais peu utilisée.

00:11:36

Alors, avec la COVID, nous avons pu offrir des soins centrés sur le patient, non seulement pour l'insuffisance cardiaque, mais pour d'autres questions qui permettent d'améliorer l'expérience du patient, surtout lorsque les risques étaient élevés. Comment répondre aux besoins du patient de la manière qui lui convient le mieux ? Le virtuel ou le numérique n'est qu'un facteur pour nous aider, car l'élément fondamental est de continuer de prodiguer les meilleurs soins possibles. Si vous prenez la question sous cet angle, voilà comment nous avons évolué au fil de la COVID.

00:12:12

Nous avons commencé à faire appel à diverses technologies approuvées par Santé Canada. Pour les patients qui avaient, par exemple, un stimulateur cardiaque, on allumait un algorithme qui nous permettait de voir si leur cœur se stabilisait ou empirait, comme si on était dans leur environnement. On avait des suivis également pour les patients en insuffisance cardiaque. On s'est servi aussi de Medly, un outil de gestion à distance des patients qui fonctionne avec des données très simples par rapport aux patients. L'outil permet de réduire les hospitalisations grâce à des ordonnances de diurétiques. On a pu aussi trouver des moyens de supprimer certains médicaments grâce aux soins virtuels.

00:13:02

On s'est servi de montres numérisées pour avoir des électrocardiogrammes, par exemple. 500 patients ne sont jamais venus en clinique entre le début et la fin de la COVID, ils étaient triés virtuellement. On examinait quelles technologies leur convenaient le mieux pour qu'ils reçoivent des soins à distance. Évidemment, il y a certains patients qui doivent se présenter en personne. On sait que les soins virtuels ne conviennent pas dans tous les cas pour tous les patients, mais la COVID a accéléré la cadence des progrès, une cadence qu'on aurait dû avoir auparavant.

00:13:43

Mais bon, ça a été le coup d'envoi. La technologie, ça n'est qu'une chose. La clé c'est d'avoir des pratiques exemplaires et les meilleures normes de pratique possible. C'est ce que l'on doit garder à l'esprit lorsqu'on pense à élargir les soins virtuels ou la santé numérique.

00:13:59

Dr Kendall Ho: J'aime bien votre commentaire sur les pratiques exemplaires. Heather Ross : il faut aussi prodiguer les soins là où se trouve le patient

00:14:08

Merci infiniment. Katharine et Ewan, ma prochaine question s'adresse à vous deux. Étant donné que votre expérience est un peu différente, vous utilisez des soins virtuels sans doute dans un environnement différent de celui d'Heather, par exemple. Quels sont les possibilités et les avantages ? Katharine ?

00:14:30

Katharine Smart: Merci Kendall. Je travaille en clinique comme pédiatre au Yukon. C'est un environnement unique, car nous sommes très éloignés et parfois il est difficile pour nos patients d'avoir accès à des soins surspécialisés. Les soins pédiatriques sont déjà difficilement accessibles à la communauté, mais ensuite il y a des surspécialités qui sont plus difficiles à obtenir au Yukon pour les patients qui ont des besoins thérapeutiques beaucoup plus complexes.

00:15:00

Alors, comme vous l'imaginez sans doute, pour les gens qui vivent dans ces régions éloignées, les déplacements peuvent être un obstacle, notamment financier. J'ai eu de la chance, car j'ai aussi travaillé dans de grands hôpitaux tertiaires. J'ai réalisé que parfois dans un grand centre hospitalier, on est peu attentif à l'endroit d'où viennent les gens, ou à la charge qu'on impose au patient par rapport à la valeur ajoutée. Par exemple, même si on veut qu'un enfant vienne à Vancouver pour un test conventionnel qui pourrait être fait à Whitehorse, ce n'est pas par mauvaise intention, mais c'est simplement qu'on ne s'est pas posé la question où vit ce patient. Est-ce dans l'intérêt du patient, est-ce logique ?

00:15:47

En ce qui nous concerne, ça nous a permis de réorienter certains de nos services. Parfois, les soins virtuels nous permettent d'aider les familles entre les visites en personne. Cela nous permet aussi de limiter les interventions plus rapidement parce que l'on peut faire un suivi téléphonique ou une rencontre virtuelle toutes les quelques semaines, tous les quelques mois pour stabiliser le patient. Cela nous permet aussi d'avoir des rencontres communautaires. Cela permet de traiter des questions complexes sur le plan social de certains des enfants. Ça permet vraiment de rester en contact avec le patient entre ses visites.

00:16:35

Dans notre contexte par exemple, une famille peut conduire cinq heures l'hiver pour venir me voir. Est-ce vraiment nécessaire ou il n'y a-t-il pas moyen pour nous de travailler dans un modèle plus hybride ? Cela nous permet aussi de faire venir des spécialistes. Par exemple, on a beaucoup d'enfants qui ont des enjeux thérapeutiques très complexes. Je pense à un enfant qui avait une rougeur vraiment étrange et on se demandait ce que c'était. On a donc demandé au dermatologue pédiatrique de venir avec nous lors de cette rencontre virtuelle. Nous étions tous

les trois en consultation. C'était un grand succès, car cela nous a permis d'avoir accès à son expertise. La famille nous a entendus parler ensemble de projets qu'on avait pour l'enfant et cela nous a permis de comprendre quelle était la difficulté de cet enfant. Cela a pu éviter un déplacement à Vancouver pour cette famille qui avait un autre jeune enfant et pour qui c'était très difficile de se déplacer.

00:17:34

On a beaucoup de cas complexes et d'enfants qui sont dépendants de la technologie. On a pu faire venir des spécialistes dans nos rencontres. Comme praticienne, c'est une belle occasion, car j'apprends aussi grâce à l'interaction avec le spécialiste. Cela me permet de renforcer mes connaissances pour ce client. On sait que la communication est très importante, surtout pour

les familles qui ont des enfants qui ont des difficultés très complexes. Souvent, c'est qu'on a beaucoup d'intervenants.

00:18:09

C'est important que la famille puisse entendre tous les spécialistes d'un coup. Cela permet d'éviter la confusion. Alors, je pense que cela donne des soins beaucoup plus efficaces. Par ailleurs, nous sommes souvent généralistes et nous oublions que nous avons aussi beaucoup à donner. On travaille par exemple avec des endocrinologues pour les patients diabétiques du type 1. Ils se concentrent sur le diabète, par exemple, et moi je peux peut-être constater d'autres difficultés comme pédiatre généraliste. Je peux aussi repérer des problèmes de santé mentale qu'il faudrait prendre en charge. Pourquoi ne pas le mettre dans mes notes. On pourrait aussi faire une demande au titre du principe de Jordan.

00:18:57

Enfin, cela me permet également de contribuer à la conversation, ce qui évite parfois un autre aiguillage vers un autre spécialiste. Alors cela nous permet vraiment d'offrir des soins beaucoup plus globaux au patient. Ça nous permet de partager l'expertise d'un spécialiste et d'un généraliste, ce qui permet de résoudre des problèmes ensemble. En tant que médecin en milieu rural comme moi, on se sent beaucoup plus outillé. Il faut pouvoir tout faire lorsqu'on est en situation éloignée. C'est vraiment utile de pouvoir compter sur des spécialistes et c'est important aussi qu'ils apprennent à vous connaître parce qu'ils comprennent vos compétences et souvent ils sont plus à l'aise avec ce que vous faites dans la communauté, ce qui signifie moins de déplacements pour les familles, ce qui permet de prendre en charge la famille de manière beaucoup plus efficace dans sa communauté, ou à son domicile. C'est effectivement ce que cherche la majorité des patients.

00:19:52

Alors, à mon avis, c'est un outil vraiment utile et cela nous permet de repenser notre mode de collaboration, même entre nous comme médecins.

00:20:01

Dr Kendall Ho: Merci. Alors je vous entends parler de soins centrés sur le patient, de prodiguer

des soins là où se trouve le patient et aussi de créer un partenariat et d'enrichir vos connaissances, mais également d'enrichir les connaissances de vos collègues.

00:20:18

Ewan, que pensez-vous des soins offerts dans des régions rurales et éloignées ? Oh, on semble avoir une difficulté avec votre micro. Pouvez-vous dire quelques mots ? C'est peut-être moi.

00:20:26

Dr Ewan Affleck: Entendez-vous ? Non ?

00:20:36

Dr Kendall Ho: Non, pas encore. Ah, voilà.

00:20:44

Dr Ewan Affleck: Bon, à présent vous m'entendez. Merci. Alors je vais rebondir sur ce que disait Katharine. Personnellement, je veux d'abord souligner que c'est formidable d'avoir deux personnes qui représentent les territoires dans ce groupe d'experts de 6 personnes. Généralement, on passe inaperçu.

00:21:10

Je travaille en clinique dans les Territoires du Nord-Ouest. Je suis médecin en milieu hospitalier, mais j'allais dans les régions éloignées jusqu'à récemment. Ce qui est différent dans les Territoires du Nord-Ouest, c'est qu'on a un dossier patient. Il a fallu 17 ans pour l'instaurer, mais tous les spécialistes, omnipraticiens, infirmiers, infirmières, services de réadaptation, ergothérapie, on se sert tous du même dossier patient, dans 33 collectivités. Sauf une collectivité qui avait des difficultés de connectivité.

00:21:50

Alors où que se trouve le patient dans les Territoires du Nord-Ouest, il a le même dossier. Son information le suit. C'est un rêve. J'en rêvais depuis longtemps, depuis 2001 plus précisément. Il a fallu 17 ans pour le réaliser. Le travail virtuel est implicite dans tout ce que l'on fait. À présent, quand une personne de Gameti, de Wekweèti ou d'une collectivité éloignée est admise aux soins intensifs, je peux voir précisément quels sont les antécédents du patient. J'ai les notes de l'infirmière, du transport et ainsi de suite.

00:22:34

Vous savez, au Canada, on parle beaucoup de centralité du patient. En 2001 par contre, cette notion n'était pas toujours bien reçue quand je l'abordais. Tous les groupes de professionnels, tous les gouvernements estimaient que c'était une mauvaise idée. Il a donc fallu 17 ans pour convaincre les gens que c'était important d'avoir tous les renseignements sur santé du patient. Ça nous permet à tous d'avoir accès aux mêmes informations. Comme prestataire, c'est avantageux d'avoir des informations sur le patient.

00:22:17

En ce qui concerne la COVID, je vous donne un autre exemple où ce genre de projet est utile. Quand la pandémie s'est déclarée, on a fermé les frontières et certains services ont été interrompus parce qu'il y avait des manques partout. On a dit aux médecins qu'ils ne pouvaient pas se rendre dans d'autres lieux, qu'il fallait rester aux urgences de son propre hôpital pour des questions de ressources humaines.

00:23:47

Plusieurs services sont donc passés en mode virtuel, notamment chez les omnipraticiens, psychiatres et autres spécialistes. On a créé un processus d'octroi de licences rapides. Un grand nombre avaient déjà des licences, à titre de spécialistes ou d'experts-conseils qui venaient régulièrement dans les Territoires du Nord-Ouest. Comme ils avaient les dossiers, ils avaient accès à tous les antécédents du patient. Lors de rencontres au téléphone ou par

vidéoconférence avec le patient, ils pouvaient rajouter des notes au dossier. Pour la continuité de l'information, c'était formidable.

00:24:24

Je peux vous donner une foule d'autres exemples, mais la COVID est un exemple flagrant qui montre l'importance d'avoir une architecture des données centrées sur la personne. On n'agit pas toujours concrètement au Canada à ce sujet, mais ces structures sont vitales pour la continuité de l'information. Je m'arrête ici et vous redonne la parole.

00:24:52

Dr Kendall Ho: Merci. Votre observation sur le flux d'information qui dans les soins virtuels est très intéressante. Permettez-moi de poser la question au public. N'oubliez pas de vous servir de l'appli si vous avez des questions, mais si vous avez des commentaires sur les soins virtuels et les possibilités qui s'offrent à la prestation des services, faites-nous-en part. Nancy, j'aimerais avoir votre point de vue sur la réglementation. Que pensez-vous de l'adoption et de la croissance rapide des soins virtuels? Quelles sont les possibilités d'un point de vue réglementaire ?

Ah, on ne vous entend pas non plus. Heureusement on a un microphone portatif.

00:25:52

Dre Nancy Whitmore: Pour rebondir sur ce que disait Heather, en Ontario, on a vu une adoption importante des soins virtuels par nécessité. La pandémie a été difficile, mais c'était une occasion d'innovation formidable. Nous avons fait des progrès fulgurants en matière de prestations de soins. Les patients et les médecins nous ont dit à quel point ce fut utile. Il faut se souvenir des leçons apprises, mais aussi reconnaître que le domaine évolue. Les soins virtuels représentaient 1 ou 2% des soins en Ontario. Durant la pandémie, on est passé aux deux tiers. Maintenant on est peut-être revenu à une situation plus normale, mais en Ontario, les autorités réglementaires ont été très souples concernant les attentes quant à la forme que prendraient

ces soins. Quand vous n'avez pas beaucoup de possibilités de rencontrer le patient en personne, il faut être souple. C'est ce que nous avons fait.

00:26:55

Tandis que la situation se stabilise, je pense qu'il faut se rappeler quelles sont les normes de soins. Pour les autorités réglementaires en Ontario, c'est aux médecins de déterminer quels sont les meilleurs soins à offrir. Alors, c'est la raison pour laquelle nous disons aux médecins que c'est à eux de déterminer s'ils doivent offrir des soins virtuellement ou non. Certains soins s'y prêtent bien, mais d'autres pas forcément. Ensuite il y a des soins qu'on pourrait commencer de manière virtuelle et terminer par une rencontre en personne. Alors il s'agit de faire preuve de souplesse comme la situation évolue continuellement, mais je trouve que c'est formidable qu'il y ait autant de débouchés.

00:27:46

Dr Kendall Ho: Merci Nancy. L'évolution est vraiment impressionnante, tout à fait. Nancy Whitmore : Oui, la situation évolue beaucoup et rapidement. Katharine, j'aimerais aborder votre point de vue. Vous êtes présidente de l'Association médicale canadienne. Vous avez une bonne connaissance du système dans son ensemble. On sait qu'on a une crise des ressources humaines en santé. Il y a des fermetures d'urgence, les temps d'attente, la toxicomanie, les soins de santé mentale. Que voyez-vous à l'échelle nationale, dans ce que vous tâchez de comprendre sur ces défis ? Quels avantages en matière de soins virtuels vous rapportent les patients et les professionnels de la santé ?

00:28:31

Dre Katharine Smart: Nous sommes très conscients de la crise de ressources humaines en santé, qui empire tous les jours. Nous en parlons depuis longtemps dans le système de santé. On sait aussi à quel point il faut mettre ces précieuses ressources au profit des patients. Cette discussion dure depuis longtemps. Je pense qu'on essaie depuis longtemps, mais on doit véritablement accélérer la cadence des soins prodigués en équipe. Il faut arrêter de faire les choses de manière aussi transactionnelle. Cela ne répond pas forcément aux besoins du patient.

00:29:09

On n'a pas toujours besoin d'un médecin pour certaines interventions. Nous avons l'occasion de travailler avec les autres professionnels de la santé de nos équipes pour tirer profit de toutes les compétences et avoir une meilleure continuité des soins. Les soins virtuels peuvent être un de ces outils. Je pense qu'on a aussi l'occasion de repenser à la manière de répartir les ressources au pays. L'AMC pense aussi aux difficultés réglementaires en matière de mobilité de la main-d'œuvre et de l'impact potentiel sur les soins virtuels. Pour le moment, le fait d'avoir un permis d'exercice pour chacune des provinces et chacun des territoires pose problème. Cela limite la capacité de faire appel aux ressources humaines en santé pour offrir des soins, surtout dans les régions qui ont les besoins les plus criants. Dans les territoires, il est plus difficile d'avoir accès aux spécialistes que dans certaines provinces.

00:30:05

Dans certaines régions, on peut avoir accès à certaines spécialités, mais pas toutes. Les Maritimes ont par exemple de gros problèmes de ressources humaines. Peut-on alors réfléchir autrement à la mobilité de la main-d'œuvre, réfléchir différemment aux possibilités réglementaires pour permettre des soins entre les frontières pour entrevoir les ressources humaines en santé différemment. Par exemple, si un seul cardiologue sur le groupe de 62 cardiologues est attiré au Yukon et que cette personne a une liste d'attente de trois ans, est-ce logique pour les patients ?

00:30:47

On sait qu'il y a beaucoup de ressources dans certains endroits et moins dans d'autres, donc les soins virtuels pour combler ces lacunes. Je pense également qu'on pourrait offrir des soins virtuels dans les endroits où il n'y a pas forcément de médecins, pour au moins avoir des soins. Ce n'est pas forcément idéal, il faudrait que tout le monde ait accès à un médecin et la

possibilité d'avoir une consultation en personne, mais on sait que ce n'est pas la réalité. Malheureusement pour le moment, plusieurs Canadiens n'ont même pas accès à des soins de base, des choses aussi simples, par exemple, qu'une ordonnance de médicaments, parce qu'il n'y a plus personne pour leur donner. Comment les soins virtuels et l'approche interdisciplinaire peuvent-ils nous aider à réfléchir autrement ? Comment pourrait-on revoir nos champs de pratique pour répondre aux besoins du plus grand nombre de patients possible ? C'est un défi énorme et je pense qu'il faut y réfléchir.

00:31:43

Ces défis reposent sur plusieurs facteurs et on est dans un système très obsolète. En soins primaires, les médecins manquent souvent de soutien sur le plan de l'infrastructure et de la charge administrative, ce qui n'est pas viable sur le plan économique. Quand on pense à la quantité de temps investie pour faire des choses qui ne sont pas dans notre domaine d'expertise, on voit que les ressources ne sont pas optimisées. Je pense qu'avec l'aide du travail d'équipe et les soins, on pourrait optimiser les services de santé, le suivi des patients, la gestion des maladies chroniques. On se sentirait plus soutenus par une équipe. Une bonne partie du surmenage, qui est un autre défi pour notre système, vient de l'impression de devoir tout faire par soi-même sans avoir les outils nécessaires.

00:32:50

C'est difficile de porter une telle charge, ou de penser qu'on ne peut pas agir dans l'intérêt de son patient et surtout pour les gens en médecine de famille qui s'intéressent à ce métier parce qu'ils veulent aider les gens dans leur communauté qui n'ont pas accès à des soins de base. Enfin, c'est une grosse charge et je pense qu'il faut être plus innovant. Il faut voir comment utiliser des outils à la fois pour notre pérennité, mais aussi pour se sentir outillé, pour avoir accès à des soins, surtout lorsqu'on a des besoins thérapeutiques complexes, d'avoir accès à des spécialistes.

00:33:28

Dr Kendall Ho: Merci. Merci beaucoup. Comment peut-on miser sur la technologie, comment est-ce qu'on peut créer des possibilités, comment est-ce qu'on peut améliorer l'accès aux soins? Ces questions sont importantes. Je vais inviter l'auditoire à se prononcer. Veuillez utiliser la fonction de questions pour afficher vos idées en français ou en anglais. Nous allons y venir très bientôt.

00:33:56

C'est peut-être le bon moment de parler de l'ACPM. Pam, j'ai une question pour vous. Vous voyez la progression des soins virtuels. Voyez-vous des problèmes par rapport aux rôles des soins virtuels dans le contexte médico-légal ? Par exemple, les plaintes ou autres ? Qu'en pensez-vous, Pam ?

00:34:20

Dre Pamela Eisener-Parsche: Bon, je vais prendre le micro. Merci. C'est une excellente question. On essaie encore de trouver une réponse. Comme vous le savez, il y a un retard entre

la prestation des soins et les événements médicaux. Ce retard n'a pas encore fait augmenter les cas liés aux soins virtuels. Ça revient aussi à la façon dont on recueille les données et comment on les utilise. Il faut réfléchir davantage à notre façon de recueillir des données. Chantz Strong, directeur de recherche et d'analytique, et moi discutons d'une façon de capter ces données et de les convertir pour éduquer nos membres, pour nous permettre de voir comment réduire les risques.

00:35:13

Intuitivement on sait qu'il y a des risques, mais on n'a pas encore de données qui le confirment. J'ai aussi des conversations avec fournisseurs de protection en matière de responsabilité médicale ailleurs dans le monde. Je leur pose ces questions et les réponses sont semblables. Ils surveillent les choses, ils cherchent des données, mais ils ne les ont pas encore. Il y a cette même angoisse par rapport aux risques que nous ressentons. Nous y pensons et nos membres y pensent aussi. C'est l'un des appels les plus fréquents que nous avons reçus en lien avec la COVID. Comment faire les choses de façon sécuritaire? Quelle sorte de plateforme utiliser? Quels sont les paramètres de confidentialité ? Qu'est-ce que signifie le mot chiffrement?

00:36:02

Nos conseils ont donné lieu à beaucoup de publications qui se trouvent sur notre site web afin d'essayer de fournir l'information dès le début. L'une des questions clés, comme Nancy l'a mentionné, c'est que la norme de soin reste la même. Si le patient a besoin d'un examen abdominal, et bien il a besoin de cet examen. Il faut dire au patient dès le début de la conversation qu'on va commencer ce rendez-vous de façon virtuelle, mais que ça pourrait se terminer en personne parce qu'il faudra que vous veniez me voir en personne selon l'examen nécessaire.

00:36:34

Alors je n'ai pas encore la réponse à votre question. On est en train de recueillir l'information pour essayer d'y répondre et on continue d'interagir avec nos partenaires internationaux pour savoir quelles sont leurs expériences.

00:36:48

Dr Kendall Ho: Alors pour les membres de l'auditoire, si vous avez des réflexions par rapport aux enjeux médico-légaux ou des enjeux connexes, veuillez les afficher dans le clavardage ou les questions et réponses. Une question de suivi: au-delà du médico-légal, est-ce que l'ACPM observe d'autres choses en lien avec l'arrivée rapide des soins virtuels auxquelles il faudrait penser ?

00:37:11

Dre Pamela Eisener-Parsche: Pour le côté positif de la prise en charge rapide des soins de santé virtuels, plusieurs membres nous ont appelés pour nous demander conseil avant que les choses commencent à se passer. Alors on a pu fournir des conseils de façon proactive aux membres qui nous ont appelés. Ça n'aurait peut-être pas été possible s'il y avait eu une croissance plus lente,

mais ici vraiment, les gens se sont dit wow, il y a quelque chose qui se passe rapidement. Je dois savoir comment faire les choses.

00:37:42

Alors je pense que ça a été avantageux pour la plupart des membres et pour nous à l'ACPM de pouvoir leur fournir ces conseils. Il y a aussi eu certains défis, surtout à mesure que les gens sont devenus plus à l'aise avec les soins virtuels. On a bien vu des médecins qui s'étaient déplacés à l'extérieur du pays, qui ne voulaient plus revenir et qui voulaient continuer à offrir des soins à leurs patients canadiens depuis l'étranger. Cela crée, bien sûr, toutes sortes de risques et de problèmes. Il y a la question des provinces et territoires, puis du lieu d'où vient son permis d'exercice.

00:38:21

Pour les autorités réglementaires locales, le médecin qui pratique sur place, travaille-t-il dans cette région ? Qu'arrive-t-il si le patient est à l'extérieur du pays ? Si un médecin qui pratique à l'extérieur du pays, travaille-t-il sans avoir le permis pour le faire localement ? Ce sont des enjeux complexes préoccupants. Il pourrait aussi y avoir des poursuites civiles à l'extérieur du Canada, ce qui dépasse notre champ de compétence. Alors nous avons dû vraiment examiner nos principes d'étendue de l'assistance par rapport aux soins virtuels pour bien les définir.

00:38:02

Nous essayons d'équilibrer les principes que nous avons depuis des années. Par exemple, un médecin quitte le pays pour aller en vacances ou participer à une conférence pour quelques semaines. En raison de sa relation avec le patient, il est le mieux placé pour fournir les conseils au patient de façon virtuelle. C'est le genre de raison pour laquelle nous avons nos principes d'étendue de l'assistance. Nous allons vous aider s'il y a un problème qui découle du fait que

vous avez quitté le pays temporairement. Mais il a fallu être clairs, que c'est une absence temporaire du Canada. Dans le cas d'une absence prolongée du Canada et de la prestation des soins virtuels, les soins fournis et les enjeux qui en découlent ne sont pas admissibles à l'étendue de l'assistance pour le médecin, qu'il soit situé au Canada ou à l'étranger.

00:39:50

Cela peut être problématique pour certains membres, mais il y a aussi des implications pour nous en tant qu'organisation. Les médecins doivent comprendre et réfléchir à ces répercussions pour prendre des décisions.

00:40:03

Dr Kendall Ho: Oui, c'est un enjeu important auquel il faut prêter attention. Alors merci de le soulever.

00:40:10

Nancy, pour, bien sûr, vous avez vu l'augmentation des soins virtuels. Est-ce que vous voyez des plaintes liées aux soins virtuels ? Si oui, dans quelles sortes de domaines ou voyez-vous des indices de plaintes ?

00:40:30

Eh bien, si on examine les plaintes, je pense qu'elles sont uniformes partout dans le pays, mais je peux seulement parler de l'Ontario. Tôt dans la pandémie, les plaintes ont baissé considérablement parce que les choses s'étaient calmées. Maintenant, le nombre de plaintes a augmenté considérablement. Mais si on examine les plaintes, beaucoup d'entre elles se rapportent aux enjeux liés à l'accès aux soins de santé, au système de soins de santé, des choses qui dépassent la responsabilité d'un médecin individuel.

00:41:06

Pour les soins virtuels, il n'y a pas eu beaucoup de problèmes. S'il y a quelque chose que l'on voit parfois, c'est l'adoption rapide en Ontario et peut-être ailleurs, ainsi que les gens préfèrent le virtuel. Alors on veut consulter virtuellement pour commencer et ensuite en personne. Comme je l'ai mentionné tantôt, certains soins ne peuvent pas être fournis en mode virtuel. On reçoit certaines plaintes parce qu'un médecin ne veut pas voir son patient en personne, ou l'inverse complètement. Je pense que le temps nous le dira, mais on ne voit pas un nombre substantiel de plaintes concernant les soins virtuels. Les plaintes proviennent surtout de la population générale, qui a vraiment adopté les soins virtuels. Alors je ne pense pas qu'on va voir un grand problème avec les soins virtuels.

00:42:06

Dr Kendall Ho: Bon j'aimerais encore demander à l'auditoire si vous pensez qu'il y a des préoccupations ou des défis liés à la prestation des soins virtuels. En fait, je vais poser la question aux cliniciens du groupe d'experts. Dans votre pratique, est-ce que vous voyez des défis ? Qu'en pensez-vous ?

00:42:27

Dre Heather Ross: Deux de mes histoires préférées se rapportent à un patient qui a eu une visite, un rendez-vous virtuel sur une plateforme sécurisée, mais il a eu cette visite sur son téléphone qu'il a tenu à son oreille. Alors j'ai passé tout le rendez-vous à lui parler dans l'oreille. J'ai essayé de lui expliquer qu'il fallait déplacer le téléphone de son oreille, mais il ne pouvait pas m'entendre alors il a gardé le téléphone à son oreille. Ensuite, lors du deuxième rendez-vous, j'étais à l'envers pour la patiente sur son écran. Alors, il y a aussi le niveau de confort du patient avec la technologie. Les patients doivent être à l'aise avec la technologie que vous utilisez et ils doivent pouvoir l'utiliser.

00:43:14

Le fossé numérique est aussi une question importante. Par exemple, avec les entreprises comme Starlink, qui installe la bande passante dans les petites régions, c'est vraiment un défi important pour les patients d'avoir une large bande passante dans plusieurs régions du pays. Cela demeure un problème et lorsqu'on pense aux déterminants sociaux de la santé, il faut savoir que parfois les patients ne veulent pas un rendez-vous virtuel parce qu'ils ne veulent pas que vous voyiez leur maison ou leur environnement. Ils ne savent pas toujours comment installer un filtre visuel. Certains patients vont vouloir vous parler au téléphone. Moi je préfère

la vidéo parce que j'aime voir mes patients, mais il est très important de respecter le choix du patient.

00:44:08

Alors tout dépend de l'accès du patient à la technologie, mais il faut aussi penser à l'expérience du patient. Si on veut limiter les coûts, améliorer les résultats, ainsi que l'expérience du patient et du médecin, tout en favorisant l'accès équitable aux soins de santé, il faut s'assurer de bien représenter la voix des patients. Et je pense que c'est l'un des défis par rapport à la technologie.

00:44:37

Dr Kendall Ho: Katharine.

00:44:40

Dre Katharine Smart: Moi je dirais plus ou moins la même chose. Au Yukon, beaucoup de mes patients n'ont pas accès à internet. Il coûte très cher et beaucoup de patients n'ont pas nécessairement un très grand forfait de données sur leur téléphone. Parfois on s'attend à ce que les gens puissent nous rendre visite en ligne ou qu'ils sont même accessibles par téléphone, mais c'est difficile. Alors je suis d'accord. Il faut tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Pour les gens qui ont accès à internet dans nos communautés éloignées, la qualité est très pauvre, pas assez bonne pour une visite virtuelle.

00:45:17

De la même façon, je trouve que les gens préfèrent le téléphone. Les gens n'aiment pas vraiment la vidéo. C'est difficile parce qu'on peut se voir, c'est un peu bizarre et les gens sont mal à l'aise et je suis d'accord. Il faut aussi parfois se demander si un patient veut qu'on puisse

voir à l'intérieur de sa maison? Je pense que le fait d'assurer la confidentialité de la population à risque, par exemple, les jeunes à risque, il faut se demander si ce jeune est dans un environnement sécuritaire, qui est autour de lui ? Même si on lui pose la question, ça pourrait présenter un défi pour lui de répondre à la question ou même de parler de choses personnelles, des choses qu'on pourrait mentionner si on le voyait en personne. Par exemple : « Ah, je vois que tu as maigri depuis la dernière fois que je t'ai vu ». Les gens ne disent pas toujours tout.

00:46:05

Alors je pense que parfois, il faut se rappeler que les patients ne nous diront pas tout et que c'est le risque que d'offrir uniquement des soins virtuels. Un autre défi que nous avons tous connu, c'est que du côté du patient, il ne prend pas le rendez-vous au sérieux comme un rendez-vous en personne. Moi j'ai trouvé ça un peu difficile. Vous savez, le patient a oublié de répondre au téléphone, je rappelle, il ne répond pas. Parfois, les gens ne sont pas aussi investis dans un rendez-vous téléphonique qu'un rendez-vous en personne. Moi j'ai passé beaucoup de temps à chercher les gens et c'est un peu frustrant. Et je pense aussi que des fois les gens ont de la difficulté à comprendre que vous ne serez pas disponible dans une heure.

00:46:47

Alors je pense qu'il faut gérer les attentes des deux côtés. Il faut négocier les relations, ça fait partie de la médecine, mais je pense que l'élément virtuel a ajouté certains éléments qui peuvent être un peu plus difficiles à gérer. Alors il y a certainement des façons de contourner ces problèmes. Le fait d'être à l'aise avec la technologie, c'est important. Ce sont des obstacles que l'on peut surmonter et je pense que l'avantage l'emporte sur les inconvénients et comme beaucoup d'autres choses, il faut avoir ces conversations avec nos patients par rapport aux attentes et tenir compte des limites et des risques. Selon mon expérience, je pense qu'il est important d'avoir un mode hybride. J'aime voir mes personnes en personne, par exemple, en pédiatrie, j'aime voir un enfant, un jeune pour constater sa croissance, son évolution et parfois il faut vraiment voir les gens pour savoir ce qui se passe. Alors je ne voudrais pas offrir des soins virtuels uniquement, mais je trouve que ça aide à compléter mon offre de services. Alors, moi je dirais d'utiliser son sens médical pour décider comment voir le patient.

00:47:55

Kendall Ho: Ewan.

00:48:57

Beaucoup de ces micros sont virtuels alors je voulais savoir si ce micro fonctionnait. Mais cet autre micro, il l'est virtuel, alors j'ai beaucoup de micros.

00:48:07

Alors il y a quelques enjeux que je vais soulever pour compléter les propos de mes collègues. Il y a 11 langues officielles où je suis, alors il faut naviguer. L'un est anglais, le français, ensuite il y a neuf autres langues autochtones. Alors ça commence à présenter un obstacle. Pour revenir aux déterminants sociaux de la santé, je viens de Yellowknife et je suis quelqu'un de privilégié. J'ai une bonne éducation, mais je n'ai pas un bon avec internet. C'est un déterminant

numérique de ma santé, même si j'ai moins de problèmes quant aux autres déterminants sociaux, internet ne fonctionne pas très bien où je suis.

00:48:52

Alors ces enjeux doivent être abordés et réglés de façon uniforme. En juin 2021, Santé Canada a déclaré qu'il fallait une approche pancanadienne aux soins virtuels. Cela dit, nous n'avons pas d'approche pancanadienne aux soins de santé en général, alors peut-être qu'il faudrait commencer là. Mais pour les soins virtuels qui ont commencé à fasciner dès le mois de mars 2020, on peut dire qu'ils ont permis d'ouvrir ces enjeux parce que pour un médecin comme moi, qui est là depuis plusieurs années, il y a des gens qui ne se préoccupaient pas de ces enjeux. Depuis la COVID, tout le monde s'y intéresse.

00:49:37

Alors je suis heureux de voir, à partir des données liées aux soins de santé, que les Canadiens le voulaient depuis longtemps. C'était le secteur de la santé qui y était résistant. Alors, pourquoi avons-nous pu faire une transition si rapidement ? Clairement, nous avons pu le faire. Bien sûr, beaucoup de ces soins sont offerts au téléphone, mais pourquoi n'avons-nous pas pu faire cette transition auparavant, même si les Canadiens le demandaient ?

00:50:11

Ma prochaine observation concerne un phénomène qui se passe dans le Nord, mais pas exclusivement. Nous savons qu'il y a des lacunes de ressources humaines en santé. Les salles d'urgence ferment dans certaines communautés partout au pays. Il y a des régions dans le nord où tous les services de santé sont fermés, surtout au Nunavut. Il n'y a pas de services de santé, il n'y a pas de personnel, alors le centre de santé est fermé pour l'été. Les gens vont se dire qu'on peut offrir des services virtuels, mais à certains endroits, on a tendance à remplacer les services en personne par des services virtuels. Alors ce qui est intéressant, c'est que nous posons la question, est-ce que les soins virtuels peuvent régler les enjeux liés à l'équité ? C'est ce qui me fascine.

00:51:02

J'ai commencé à penser à ces questions il y a 30 ans. En fait, ça peut alimenter les iniquités. Comme la plupart des changements sociaux et technologiques peuvent être bons et mauvais, il faut vraiment faire attention dans la façon dont on approche les choses. Il faut bien les concevoir de façon collective parce que sinon, il pourrait y avoir des résultats qui sont mauvais pour les gens.

00:51:31

Dr Kendall Ho: Merci pour vos réponses. Encore une fois, partagez vos expériences, certains des défis auxquels vous avez été confrontés. Nous allons examiner les questions dans quelques instants. Todd et Pam vont nous aider à lire les questions. Nous voulons vous entendre, nous vous demandons de partager vos réactions.

00:51:52

Bon Dom, vous êtes expert médico-légal, vous comprenez bien les domaines juridiques. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose après avoir entendu ces enjeux ?

00:52:04

Domenic A. Crolla: Merci Kendall. Bon, j'ai un vrai micro. Bon, quelques commentaires pour donner suite à mes collègues.

00:52:16

L'adoption rapide des soins virtuels, c'est quelque chose d'unique en son genre en termes médico-légaux. Il n'y a pas beaucoup d'événements où l'on peut voir une avancée si considérable dans une période de temps si courte. Alors, c'est un développement assez important. Au début de la pandémie, les choses étaient différentes par rapport à aujourd'hui. Les médecins doivent faire preuve de jugement pour décider comment mettre en œuvre les soins virtuels dans leurs pratiques. Les choses sont différentes aujourd'hui par rapport aux mois d'avril et de mai 2020, alors qu'on était en confinement.

00:53:05

Ensuite, comme il a été mentionné, le spectre des soins virtuels est très large. Il est très différent, c'est très différent de faire un appel vidéo rapide pour un traitement que de mener une visite initiale. Alors encore une fois, le médecin doit faire preuve de jugement pour savoir comment utiliser les soins virtuels. Pour moi c'est primordial. En ensuite, pensons aux normes de soins juridiques. Les avocats et les juges disent qu'ils sont les arbitres dans ce domaine. Peu importe ce que font les médecins ou ce que les autorités réglementaires imposent, les normes légales de soins sont importantes.

00:53:54

Dans ce contexte, ce sont les juges, les jurys ou une autre entité qui tranchent. Il est important d'en être conscient. C'est très important pour le travail des cliniciens, ils doivent écouter les autorités réglementaires. C'est peut-être quelque chose qu'ils n'aiment pas faire, mais c'est nécessaire parce que ça fait partie des normes légales des soins. Tout cela a des répercussions sur le permis d'exercice, mais pour moi il faut définir des normes légales de soin.

00:54:27

Ensuite, le contexte est important, que vous soyez au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest ou ailleurs. Il faut définir les normes de soins par rapport au contexte, qui peut être très différent de Vancouver où les soins en personne sont probablement plus accessibles. Enfin, je veux souligner que l'ouest du Canada n'est pas pour autant le Wild West. Les soins virtuels pour les médecins ont des normes juridiques et professionnelles. Vous pouvez travailler avec des entreprises de santé numériques, vous pouvez favoriser le numérique dans votre pratique, mais vous devez respecter ces normes et questions éthiques. C'est très important.

00:55:17

J'aime vos trois commentaires, soit l'importance d'écouter les autorités réglementaires. Il faut

être attentif au contexte, pour ensuite s'assurer de respecter les normes professionnelles, juridiques et éthiques.

00:55:37

Dr Kendall Ho: Bon maintenant, on va interagir avec notre auditoire. Si vous êtes dans la salle, vous pouvez utiliser les micros. On va essayer d'alterner entre une question virtuelle et une question en personne. Alors, moi je vais voir qui fait quoi et bien sûr, en ligne, nous vous remercions d'être parmi nous aujourd'hui. Nous sommes toujours prêts à répondre à vos questions et commentaires. Todd et Pam vont suivre les questions, Pam en français, et Todd en anglais. Je vais commencer par Todd et ensuite Pam, et ensuite Mike passera le micro.

00:56:15

Dr Todd Watkins: Merci Kendall. La première question, que j'ai entendue assez souvent, vient de Wayne Rosen, qui est médecin et membre du conseil. Est-ce que quelqu'un peut définir les soins virtuels? On dirait que dans la plupart des cas, on parle d'une conversation téléphonique entre un patient et son médecin. C'est ce qu'on fait depuis des années. Est-ce que cela constitue des soins virtuels? Comment définit-on les soins virtuels? Kendall, peut-être est-ce une question pour vous.

00:56:43

Dr Kendall Ho: Comme modérateur, je me permets de passer la question à quelqu'un d'autre. Ewan, je sais que vous avez fait beaucoup de travail à cet égard. Nancy, venant du domaine de la réglementation, vous pourriez possiblement ajouter à la définition. Ewan.

00:47:02

Dr Ewan Affleck: Merci. Excellente question. Oui, oui, donnez, donnez un prix à cet homme. Nous souffrons au Canada et à l'échelle internationale, d'une surabondance de définitions. On oublie que tout est interrelié. Plusieurs organisations décident de définir les soins virtuels ou la santé numérique selon ses propres besoins. Tout le monde fait cela, d'où le chaos.

00:57:40

Il faut donc des normes. Si on parlait tous une version différente de l'anglais, on ne pourrait pas communiquer. Merci pour cette question. La définition dans le rapport du groupe de travail, de Santé Canada et du groupe de travail de l'Alberta provient du Women's College Hospital. Elle porte sur trois éléments. La communication se fait distance, où la personne qui communique se trouve à un endroit différent de son interlocuteur. Elle se fait avec un fournisseur de services et un autre fournisseur de service, ou un autre membre du cercle de soins du patient ou avec le patient.

00:58:32

Alors le patient peut communiquer avec le fournisseur de soins, ou les fournisseurs de soins peuvent communiquer entre eux. Remarquez, je dis fournisseurs de soins, comme il ne s'agit pas uniquement de médecins, c'est tout le cercle de soins. Troisièmement, elle se fait à l'aide

de toute technologie de communication. Beaucoup de gens vont dire que ça se rapporte au téléphone ou à la vidéo, mais ces choses changent continuellement.

00:58:58

Enfin, ça doit être utilisé dans un contexte pour améliorer la qualité des soins ou maintenir le bien-être. On ne devrait pas participer à quelque chose qui rend les gens malades. C'est sûr que ça peut arriver de façon non intentionnelle, mais cela est intégré à la définition. Il y a la responsabilité en général, notre responsabilité fiduciaire, l'importance de la qualité des soins et l'évaluation de ce qu'il faut faire. Voilà plus ou moins l'essentiel de la définition, qu'on peut faire circuler tantôt.

00:59:37

Dr Kendall Ho: Merci. Nancy, vous avez quelque chose à ajouter?

00:59:39

Dre Nancy Whitmore: Oui, je suis heureuse que vous ayez commencé parce que votre définition était excellente. Nous venons de publier une politique sur les soins virtuels, qu'on appelait avant la télémédecine, qui était vraiment un terme très étroit. Nous parlons de la relation entre le patient et un fournisseur, ou de la relation entre deux professionnels, d'une plateforme de

communication, qu'il s'agisse du téléphone ou de la vidéo. La communication est synchrone ou asynchrone, comme il y a les messages textes et les courriels. Ce sont des conversations qui ne se passent pas en direct en même temps.

01:00:23

Il y a beaucoup de plateformes. Je pense qu'essentiellement, c'est quelque chose qui va continuer à évoluer parce que les types d'interactions vont continuer à évoluer.

01:00:42

Dr Kendall Ho: Eh bien, je vois que l'ACPM est là. Avons-nous une autre question, Pam?

01:00:55

Dre Pamela Eisener-Parsche: Il n'y a pas encore de questions en français, alors vous pouvez passer à une question de la salle.

01:01:03

Dr Kendall Ho: Le microphone 2. Pouvez-vous vous présenter?

01:01:07

Homme non identifié: Oui, je médecin interne à Charlottetown, à l'Île-du-Prince-Édouard. Merci beaucoup de nous avoir donné cette occasion de parler de soins virtuels. Vous commencez à parler du côté sombre des soins virtuels, que d'autres ont déjà évoqué. Ils peuvent par exemple approfondir les écarts sociaux tout en favorisant l'accès. Il y a plusieurs possibilités technologiques. Malheureusement, plusieurs d'entre nous constatent que les soins virtuels

servent plutôt à faciliter la vie des médecins, pas forcément dans des cas isolés ou de manière anecdotique. Certains médecins ont fermé leurs cliniques et remercié leur personnel.

01:02:18

Prenons Heather. Elle a 60 ans et elle a une diminution du débit cardiaque. J'ai vu cette personne six mois plus tard et elle avait eu un seul rendez-vous par téléphone avec son médecin de famille. C'est un exemple parmi tant d'autres. Il faut savoir déterminer quand c'est nécessaire de voir le patient en personne. C'est le côté plus sombre de la situation. Voilà ce que j'avais à dire.

01:02:56

Ma question est la suivante. Avec l'avancement rapide des soins virtuels, par nécessité durant la COVID, on voit une croissance rapide de la privatisation, notamment Telus Santé et d'autres. Quelle menace cela pose-t-il pour l'effritement, et j'essaie de peser mes mots, ou l'influence que ceci peut avoir sur le système de santé universel, puis la création d'un système à deux vitesses ? Certaines personnes vont pouvoir se payer ces services, mais d'autres ne pourront pas les payer.

01:03:43

Dr Kendall Ho: Dom, que pensez-vous de cette menace ? Merci beaucoup pour l'excellente question. Katharine, je peux peut-être vous demander de vous en parler un peu? Dom pourrait ensuite en parler également ?

01:04:02

Dre Katharine Smart: Merci beaucoup pour vos excellents commentaires. On en prend bonne note. C'est toujours le défi dans une profession. Certaines personnes, soit la majorité, prendront de bonnes décisions, mais d'autres ne prendront pas nécessairement de bonnes décisions. Il faut s'assurer de la qualité des soins. Certains patients n'ont pas l'occasion de voir leur médecin. Heather et moi en parlions plus tôt. On ne peut pas remplacer un examen physique en médecine et c'est la base de ce qu'on fait pour nos patients, puis il y a un risque que des personnes ne puissent pas accéder à des soins de santé de qualité. C'est ce que j'ai appris comme pédiatre.

01:04:55

Il faut être à l'écoute des patients et attentif aux personnes qui se trouvent devant soi. J'ai rarement regretté d'avoir demandé un test. C'est plutôt une question d'être à l'écoute. Il faut être attentif aux risques de la prolifération de cliniques sans rendez-vous où les soins ne sont pas nécessairement de la même qualité, ou ils sont offerts à plus grande échelle. Dans un système comme le nôtre où les ressources sont limitées, je pense qu'on voit déjà certains médecins qui se retrouvent dans ce modèle de soins parce que ça leur convient davantage, mais à quel point ça ajoute de la valeur au système?

02:05:35

Plus tôt, on parlait de la qualité de ces soins-là. C'est un risque également, notamment parce

que l'infrastructure ne peut pas répondre aux besoins d'un si grand nombre de personnes dans le domaine des soins de santé primaires, d'où la télémédecine. À certains égards, ce n'est plus soutenable. Parce que l'infrastructure est défaillante, certains médecins quittent le navire et ils choisissent une autre avenue. Le système est négligé depuis longtemps, il faut en être très conscient. De plus nombreuses possibilités apparaissent en ce qui concerne le système à deux vitesses. Certaines personnes paient des services de santé de très haute qualité ou pour l'accès aux médecins. Le phénomène va sans doute s'accroître comme l'accès aux soins devient plus difficile.

01:06:40

Bien sûr, il y a déjà des partenariats publics privés. Par exemple, certains médecins travaillent dans le cadre de partenariats publics-privés qui sont financés par le public, mais qui facturent leurs services. On voit également plus de choix au privé, ce qui est un enjeu pour l'accès universel aux soins de santé. Le risque est là également, si on ne reconnaît pas le problème devant soi ou qu'on ne tient pas compte de ces problèmes très réels dans notre système. C'est un système qui a été perturbé, qui a évolué et on risque de se trouver en retard si on garde la tête dans le sable.

01:07:24

Au Canada, nous tenons beaucoup à notre système de santé. Vu notre proximité aux États-Unis, on craint l'innovation parce qu'on pense que c'est un euphémisme pour la privatisation de la santé. Par contre, ça peut nous empêcher d'avoir de bonnes conversations sur la transformation nécessaire du système, puisqu'on se retrouve dans une dichotomie. C'est soit bon ou mauvais, d'où le problème. Parfois on tombe dans le piège, comme on n'a pas nécessairement les bonnes discussions sur ce qui fonctionne ou pas, sur ce qu'on doit déployer davantage, quels principes adopter, les valeurs sous-jacentes à un système qui évolue.

01:08:23

Bien sûr, il y a des conséquences imprévues, comme on peut le voir aujourd'hui avec les soins virtuels. Il y a des pour et des contres, ce qui est vrai dans tout ce qu'on fait. C'est vrai pour les services de santé payables. Il y a des pour et des contres. Il y a des incitatifs ici, ailleurs il n'y en a pas. Il faut favoriser le type de soins de santé dans le système qu'on souhaite et réfléchir aux principes nécessaires pour y arriver. Dans le fond, on peut prendre un peu de recul pour réfléchir puis avoir de bonnes discussions sur les prochaines étapes puisque la situation actuelle n'est pas souhaitable.

01:09:01

Dr Kendall Ho: Dom? On vous a demandé de vous prononcer là-dessus et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

01:09:06

Domenic A. Crolla: J'ai peu de choses à ajouter à ce que Katharine a dit, mais il est clair que toutes les avancées technologiques créent des risques et des possibilités. Certains problèmes

qu'on doit résoudre sont uniques à la santé virtuelle. Notamment la protection des renseignements personnels, la sécurité et les produits qu'on peut utiliser. Sont-ils approuvés par Santé Canada ? Les médecins doivent être très prudents dans leurs discussions à ce sujet pour éviter d'être laissés-pour-compte, puisque cette avancée technologique est rapide. Si on veut se doter de valeurs dans le nouveau système de santé virtuel, les médecins doivent y participer activement.

01:09:57

Dr Kendall Ho: On peut peut-être prendre un autre commentaire. Je vois que le temps file, malgré cette excellente conversation.

01:10:05

Dr Ewan Affleck: Merci beaucoup pour tous vos commentaires et la question. J'aimerais comparer la santé au pilotage d'un avion. Le pilote doit s'assurer de certaines choses, tout comme un médecin. Il faut avoir une formation, les compétences nécessaires pour un médecin, mais l'avion doit faire l'objet de réglementations, des mesures de sécurité pour éviter les écrasements, comme les MAX 8, qui avaient une défaillance. Ces appareils et Boeing n'étaient pas bien réglementés. Par contre, les pilotes étaient bien formés dans les deux cas. Au Canada, on lance des technologies de santé virtuelles qui ne sont pas forcément réglementées en matière de protection des renseignements personnels. Il faut réfléchir à la réglementation nécessaire pour que ces technologies soient sécuritaires.

01:11:12

C'est un élément absent du portrait et le côté plus sombre dont vous parliez. On lance en plein vol des médecins qui sont compétents, on a de bonnes autorités réglementaires et je travaille moi-même pour une personne responsable de la réglementation à temps partiel. On est dans un environnement où les technologies doivent être éprouvées pour la sécurité. Sont-elles sécuritaires pour la qualité de soins? Certaines ne sont pas nécessairement testées. C'est mon premier commentaire. En fait, je vais m'arrêter là puisque le temps file, mais je pense que c'est un élément auquel il faut réfléchir attentivement. On manque de cadre législatif pour la sécurité de ces technologies afin de préserver nos capacités et de protéger les prestataires.

01:12:16

Dre Heather Ross: Oui, j'aimerais revenir à ce commentaire-là. Certaines technologies sont accessibles aux consommateurs. Comme patient on peut se les procurer et les utiliser. Il y a également ensuite la question des technologies éprouvées, ainsi que les technologies approuvées par Santé Canada et d'autres. Voilà le défi. Dans le virage numérique de la santé, il y a tout un marché qui s'ouvre parce que tout le monde veut la dernière avance et technologie parce qu'on vante tout leur mérite. Que cette technologie soit éprouvée ou non, ou qu'elle soit adaptée ou non au stade de la maladie d'un patient ou si elle est approuvée par Santé Canada, ce n'est pas nécessairement important pour les consommateurs.

01:13:08

Dr Ewan Affleck: Il faudra un cadre d'évaluation. Plusieurs technologies ne sont même pas

évaluées et pour défendre les fabricants de ces technologies, ils sont dans un espace où on réprime l'innovation. A-t-on besoin d'innovation? Désespérément. A-t-on besoin de ces technologies? Désespérément. Est-ce que le système de santé va bien? Non. Est-ce qu'on soutient l'innovation ? On la réprime, en partie parce qu'elle se situe dans un espace mal défini. Les médecins, les autorités réglementaires ne sont pas nécessairement au diapason. C'est vague et c'est très difficile de s'y retrouver dans cet espace.

01:14:09

Dr Kendall Ho: Le problème d'un modérateur, c'est de trier toutes les questions, parce qu'elles sont excellentes. En regardant Nancy, je crois que vous avez un commentaire à faire rapidement, puis on passera à la question suivante.

01:14:23

Dre Nancy Whitmore: Le seul commentaire que je voulais faire était sur les soins ponctuels, les sans rendez-vous, l'arrivée du virtuel dans ce modèle de soins n'a qu'accentué cette réalité et c'est très différent dans le domaine de la santé virtuelle que dans le cadre d'une relation bien établie entre médecin et patient. C'est un enjeu important.

01:14:52

Dr Kendall Ho: On va aller au microphone 3, puis ensuite en ligne. Votre nom s'il vous plaît. J'ai vu la personne au micro 4, mais elle était là avant vous.

01:15:11

Dr Patrick Trudeau: Je m'appelle Patrick Trudeau et je suis chirurgien au Québec. J'ai une question pour l'expert du milieu, dont j'ai oublié le nom.

01:15:21

Vous avez parlé de problèmes au début des dossiers électroniques dans votre région. Vous avez dit que beaucoup de personnes étaient contre les dossiers médicaux électroniques, mais comment les patients ont-ils réagi? Étaient-ils contre ou favorables à l'idée ?

01:15:46

Dr Ewan Affleck: Encore une fois, c'est une excellente question. On souffre également d'un manque de responsabilisation et de surveillance envers le patient. On a eu beaucoup de débats sur la manière de faire appel aux patients. Pour vous répondre rapidement, non. On était très satisfait, mais l'obstacle venait des individus dans toute l'industrie. Il en va de même pour les Territoires du Nord-Ouest, le gouvernement et divers ordres professionnels. Les acteurs concernés nous ont fait comprendre quelque chose d'intéressant. Le projet a pris 17 ans à réaliser, mais 10 avant de susciter un engouement. Et puis ensuite tout le monde a pris le virage.

01:16:34

On a réussi à faire avancer ce système et c'était à un point tournant. Tout d'un coup, les gens ont compris que c'était une bonne idée. Il a fallu des années pour changer la culture, où tout le monde voulait sa propre technologie pour ses propres services. Avant, on m'accostait dans la rue et on me demandait comment j'osais forcer les omnipraticiens à adopter ce système. Ceci est vrai ailleurs également. Quand on a commencé à accepter la notion, les personnes qui étaient en colère avaient oublié qu'elles étaient mécontentes. Lors de réunions, je m'attendais à me faire taper sur les doigts, mais on me disait plutôt que c'était une excellente idée.

01:17:38

Je ne comprenais pas si c'était moi qui était à côté de la plaque. Ce fut une étude socioculturelle très intéressante. Au Canada, on a fait cette transition. Il faut désormais se poser la question suivante : pourquoi parle-t-on du caractère central d'un patient, sans pour autant prendre les mesures nécessaires ? (Fin de l'interprétation)

01:18:03

Dr Patrick Trudeau: J'avais un commentaire aussi fait que je vais le faire en français. Vous parlez d'un point d'inflexion quand les gens acceptent une nouvelle technologie. En ce qui concerne notre expérience au mois de mars 2020, il y a eu aussi l'injection d'argent. Je pense que l'argent était un levier pour faire accepter soit aux patients, soit aux médecins d'utiliser les soins virtuels. Ici, on s'entend que 90 % des soins virtuels c'est des appels téléphoniques. Si on arrête de payer les médecins pour faire les appels téléphoniques, il y aura plus d'appels téléphoniques. Ça va être assez simple.

01:18:43

On continue de fournir des paiements pour les rencontres virtuelles. Si les gouvernements décident qu'il n'y a plus d'argent là-dedans, mais qu'il faut que ça continue, ça ne continuera pas parce qu'on ne va pas travailler gratuitement. C'est un des éléments, je pense, qui a fait qu'en 2020, oups, les soins virtuels sont apparus un peu partout de façon across the board parce que justement, il y a eu injection d'argent à ce niveau-là, entre autres.

01:19:16

Dr Kendall Ho: (Début de l'interprétation): La rémunération est le soutien nécessaire aux soins virtuels ou le manque de rémunération a un impact. Avez-vous un commentaire rapidement? Il reste moins de 10 minutes. Peut-être un commentaire rapidement?

01:19:30

Dre Heather Ross: Je pense que c'était important de favoriser la rémunération durant la COVID. Ces mécanismes ont été renouvelés et ont fini par rester, et ça revient à notre discussion sur la rémunération des médecins. Il faut penser au côté plus sombre et s'assurer que la qualité des soins est au rendez-vous, qu'on n'a pas encore évalué correctement. On n'a pas encore évalué la qualité des soins virtuels. À quoi ressemble un rendez-vous au téléphone, une visioconférence ou une consultation en personne ? Quelle est l'expérience du patient et qu'en dit-il? La rémunération est absolument nécessaire et pour l'ACPM, la protection médicale et la

qualité des soins sont importantes pour que les choses fonctionnent durant la COVID. Ce n'aurait été pas possible sans rémunération.

01:20:33

Dr Kendall Ho: Dom, très rapidement, une minute.

01:20:35

Domenic A. Crolla: J'aimerais revenir à cette question d'un point de vue juridique. C'est préoccupant de penser que la rémunération peut changer, que ce soit au niveau des avantages sociaux ou ailleurs, ceci pour avoir une influence sur la prestation de soins de qualité. C'est très préoccupant d'un point de vue juridique. C'est une question qui devient importante dans les choix de modalités optimales de soins. Pas nécessairement pour les choix, mais l'absence de rémunération est un frein pour plusieurs prestataires de santé. C'est ce que je voulais dire. C'est également pertinent en ce qui concerne l'adoption en 2020 puis la période actuelle.

01:21:31

Si on cesse de rémunérer, on peut se demander ce que ça fait à l'analyse ou au jugement professionnel dont on doit faire preuve quand on offre des soins virtuels. C'est peut-être un sujet important pour une autre conversation. Je vais prendre 10 secondes. Il faut un modèle de rémunération adapté à l'ère numérique. On tente d'adapter d'anciens modèles à l'ère numérique et cela ne fonctionne pas.

01:22:02

Dr Kendall Ho: Merci d'avoir respecté vos 10 secondes. On va passer à une question en ligne, puis ensuite au micro numéro 4.

01:22:08

Dr Todd Watkins: Vous avez répondu aux questions sur le modèle de financement. Je vais donc la sauter, mais on a plusieurs questions auxquelles on pourrait peut-être répondre après cet événement.

01:22:28

Mansfield Mela, qui est un de nos membres du conseil venant de Saskatoon, a une question sur la contribution des soins virtuels ou l'impact des soins virtuels sur le stress des médecins. Est-ce que ces soins ont augmenté ou diminué le stress ? Parmi les experts, qui veut répondre ?

01:22:48

Dre Pamela Eisener-Parsche: Je pense que c'est une question fantastique. Comme vous le savez, on parle à de nombreux médecins qui vivent souvent beaucoup de stress quant à nos contacts. Les soins virtuels ont augmenté le niveau de stress de plusieurs membres de l'ACPM pour plusieurs raisons. Premièrement, on a peur de ne pas faire les choses correctement. Est-ce que je pose les bonnes questions? Où est le patient? Où suis-je ? Est-ce que la plateforme est adaptée ? Est-ce que le patient est au bon endroit ? Qui d'autre est dans la pièce à mon insu ? Toutes ces questions augmentent le niveau de stress des membres auxquels on parle.

01:23:19

Il y a un autre élément dont on n'a pas encore parlé. Plusieurs d'entre nous avons choisi la médecine parce qu'on aime la proximité aux gens. Quand on fixe un écran à longueur de journée ou quand on est au téléphone, tout ce qu'on pouvait tirer de notre interaction avec les patients n'est plus là. On se sent loin des patients. On ne comprend plus la valeur de ce qu'on offre aux patients et c'est ce qui mène à la crise, où on n'a pas l'impression d'avoir bien fait son travail. On entend souvent ça. Il y a ensuite les attentes envers les soins virtuels. Si vous pouvez me parler au téléphone, me parler en visioconférence, je devrais pouvoir vous appeler à minuit, peu importe si vous êtes de garde ou non, ou peu importe votre vie privée.

01:24:10

Ça crée des attentes où on pense que le médecin est continuellement disponible, mais ce n'est pas vrai. Les médecins doivent faire des pauses et passer du temps avec leurs propres familles. Plusieurs choses ont augmenté le niveau de stress des médecins auxquels on parle qui veulent intégrer les soins virtuels à leur vie.

01:24:32

Dre Heather Ross: Ensuite il y a tout le travail nécessaire pour gérer une clinique, il faut parler de certaines choses avec les patients. On a une salle d'attente et il y a un mouvement dans la clinique et j'ai une pratique très achalandée, où 40 % de mes services sont virtuels.

01:24:57

Ce sont des services à heure fixe. On n'a pas de bon modèle de rémunération numérique, ni de salle d'attente virtuelle. Quand les patients ne peuvent pas se présenter ou ne respectent pas les 10 minutes prévues par patient, il y a des attentes. J'ai eu des visites, par exemple, avec des patients qui sont en voiture ou à l'épicerie et ils s'attendent à ce que leur rendez-vous soit à l'heure pile, mais si la personne précédente prend quatre minutes de plus, c'est dur de s'adapter. Tout comme pour la rémunération, il faut une meilleure infrastructure numérique pour ces programmes.

01:25:40

Dr Kendall Ho: Il nous reste cinq minutes. Je voulais m'assurer d'en venir au micro numéro 4 et je pense qu'il y avait une question ailleurs. En passant, pour les personnes en ligne, vous pouvez continuer à nous faire part de vos questions parce qu'on va les lire et on va pouvoir vous répondre par la suite. Allons au micro numéro 4. Merci beaucoup pour votre patience, j'apprécie.

01:26:02

Femme non identifiée: Je me suis assise parce que j'ai un peu mal au dos, mais voici ma question. Je ne sais pas si vous allez pouvoir y répondre, mais aujourd'hui, on a parlé d'incitatif et de pouvoir répondre aux besoins des patients là où ils se trouvent dans leur cheminement. On parle de la crise des ressources humaines, qui n'est pas uniquement nationale, mais internationale. L'épuisement professionnel n'est pas un phénomène unique à la santé, je le

comprends. Je suis membre du Conseil de l'ACPM et on est là pour veiller au bien-être de nos patients. Il faudrait réfléchir à la modernisation des soins.

01:26:39

Il y a plusieurs obstacles et si on résume rapidement, qui nous empêchent d'offrir des soins d'excellente qualité. Par exemple, la pauvreté numérique, si on peut ainsi dire, le manque d'accès à internet empêche d'obtenir certains soins de santé. Il y a des régions où il y a beaucoup de ressources et d'autres où les ressources se font rares. Comment peut-on créer des incitatifs pour qu'on puisse répondre aux besoins des patients dans leur situation personnelle, d'écouter leurs voix, de tenir compte de la structure locale pour savoir ce qui fonctionne pour les patients et de récompenser ceux et celles qui veulent aller dans des zones potentielles d'excellence ? Pourrait-on former des personnes qui travaillent dans des régions, pas nécessairement comme médecins, mais qui pourraient vous aider à trouver une plateforme numérique pour voir si l'examen nécessaire est faisable, par exemple.

01:27:48

On le sait que dans certaines régions, c'est faisable. On a des stéthoscopes numériques dans certaines urgences, par exemple. Comment peut-on favoriser la confiance ou l'esprit d'équipe ? Les médecins ne le font pas toujours par choix malgré les honoraires qu'ils facturent. C'est une petite entreprise, mais ils travaillent très dur parce qu'il y a tant à faire. Que fait-on pour que ça fonctionne dans des régions où il faut répondre aux besoins des patients là où ils sont dans leur

cheminement ? Les solutions ne sont pas uniques, elles sont multiples. Les forums comme ceux-ci sont excellents parce qu'on entend plusieurs solutions très percutantes ou pertinentes.

01:28:43

Comment peut-on ensuite les diffuser ? Ça me frappe toujours. Ce n'est pas que ça ne se fasse pas, mais il ne faut pas que ça prenne la variole simienne pour faire ces progrès.

01:29:02

Dr Kendall Ho: Merci pour vos excellents commentaires. Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

01:29:06

Dre Heather Ross: Ce qui est très important dans la santé virtuelle repose sur la recherche participative pour évaluer les besoins des collectivités, puis comment adapter la santé numérique à ces collectivités parce qu'elles ont des niveaux d'accès et des besoins divers. Il faut avoir des données probantes sur notre travail, que ce soit sur des cycles du travail qu'on peut faire plus rapidement, sur ce qui est nécessaire dans les communautés éloignées, par exemple dans les Territoires du Nord-Ouest et c'est différent de ce qui est nécessaire au centre-ville de Toronto, par exemple, ou au sein d'une population de personnes sans-abri. Il faut donc bien comprendre les besoins des collectivités.

01:29:51

Dr Kendall Ho: Avez-vous un dernier commentaire ? Excusez-moi, le temps file. On doit s'arrêter.

Merci beaucoup d'avoir été parmi nous. On pourra répondre à votre question plus tard. Nancy, d'un point de vue réglementaire, comment faire en sorte de se doter d'une nouvelle culture pour aider les patients là où ils ont besoin de nous ?

01:30:16

Dre Nancy Whitmore: Voilà une question toute simple, mais nous sommes dans une situation très complexe. Il y a beaucoup d'enjeux qui s'entrecroisent. La question du surmenage, la pénurie de main-d'œuvre, est-ce que les soins virtuels sont salutaires, sont-ils dilatoires ? Prenons les textos, par exemple. Très souvent, les médecins ne veulent plus retourner des textos parce que c'est trop intrusif. On a parlé de normes nationales, de permis d'exercice pancanadiens. Bon, c'est un problème qui persiste. On a conçu un pays en fonction de lois provinciales régissant les systèmes de prestations de soins.

01:31:03

Donc il s'agit de réexaminer l'ensemble de ces enjeux. Je pense qu'il nous faut examiner ces questions domaine par domaine. Les Territoires du Nord-Ouest pour le moment ont un dossier unique. Je pense que cela réglerait beaucoup de problèmes. Les soins épisodiques seraient bien moins fréquents si l'ensemble des prestataires de soins avaient accès aux antécédents du patient. Enfin, cette conversation doit se poursuivre. En ce qui nous concerne, tous les éléments du soin de système (sic) doivent s'imbriquer pour que l'on puisse arriver à des solutions concrètes ou des idées au sujet de l'établissement d'un système complètement différent.

01:31:45

Aujourd'hui on a parlé d'honoraires. On aime bien penser que les honoraires ne changent pas les soins. Malheureusement c'est le cas. Comment aborder ces choses ? Ensuite, les ressources humaines en santé, vous savez sans doute que j'ai quatre jours pour répondre à mon ministère de la Santé pour résoudre le problème moi-même. Alors ce sont des enjeux complexes et on ne pourra pas les résoudre en cinq jours, mais au moins nous avons une conversation au sujet des moyens par lesquels on peut envisager ces questions.

01:32:21

L'autre chose que nous n'avons pas évoquée concerne la répartition des services de santé, notamment en ce qui concerne les médecins. Dans certains cas, nous avons plus de médecins qu'il nous faut. Dans d'autres cas, beaucoup moins. Comment équilibrer ces choses ? Ce n'est pas forcément une question de nombre de médecins, mais plutôt des endroits où ils exercent et surtout du genre de services qu'ils offrent. Il n'y a pas de réponse à cela.

01:32:49

Dr Kendall Ho: Alors, on devra en rester là. Merci pour vos excellentes questions et merci à notre excellent groupe d'experts. Merci beaucoup. Désolé Dre Calder, j'ai un peu débordé du temps qui nous était offert.

01:33:05

Dre Lisa Calder: Ce n'est rien. Merci Kendall, merci à tous les membres du groupe d'experts d'être venus avoir passé ce temps avec nous. Ce fut très provocateur, j'ai beaucoup appris, j'ai beaucoup de matière à réflexion et j'ajouterai ceci. Ma crainte, c'est que nous adoptions une attitude passive au lieu de déterminer activement ce que l'on doit faire pour offrir des soins de qualité. On n'est pas à court d'idées, mais il s'agit d'agir de manière efficace afin de prodiguer des soins de grande qualité grâce à ces nouveaux outils technologiques. Il ne faut pas rater le virage technologique dans lequel on se trouve.

01:33:45

Je vous rappelle qu'à ce sujet, l'ACPM a publié un Livre blanc, qui est sur notre site internet. Je vous encourage à le lire. Un petit rappel sur les crédits de l'AMC, nous vous enverrons un lien vers le sondage par courriel demain matin. Je vous encourage à y répondre. Merci encore à Kendall et à nos experts pour l'excellente conversation cet après-midi. (Fin de l'interprétation)

(Applaudissement)