

DATE :  
le 19 août 2022

ENDROIT:  
OTTAWA, ON

PRINCIPAUX :

Dr Kendall Ho, MD, FRCPC, FCAHS, Professeur et chef – Unité de médecine d’urgence numérique, Département de médecine d’urgence de la Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique;

Dr Ewan Affleck, CM, MDCM, CCFP, conseiller médical principal – Informatique de la santé, Collège des médecins et chirurgiens de l’Alberta;

Dre Heather Ross, CM, MD, DSc, MHSc, FRCP (C), FACC, cheffe, Division de cardiologie, Centre de cardiologie Peter Munk, Réseau universitaire de santé;

Dre Katharine Smart, MD, FRCPC, présidente, Association médicale canadienne;

Dre Nancy Whitmore, MD, FRCSC, MBA, registraire et présidente-directrice générale, Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario;

Dre Pamela Eisener-Parsche, MD, CCFP (COE), FCFP, CCPE, directrice administrative, Expérience membre, ACPM;

Domenic A. Crolla, associé, Gowling WLG (Canada) S.E.N.C.R.L., s.r.l.;

SUJET :

Assemblée annuelle et conférence 2022 de l’Association canadienne de protection – 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 accès à 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 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'entrecoupent. 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 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)