

Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels en soins primaires

Document d'orientation et de référence

Novembre 2022

1 CONTENTS

2 À PROPOS DU PRÉSENT DOCUMENT4

| | | |
|-----|-------------------------------------|---|
| 2.1 | Portée | 4 |
| | <i>Orientation principale</i> | 4 |
| | <i>Public cible</i> | 5 |
| 2.2 | Contexte et raisonnement | 6 |
| 2.3 | Principes directeurs | 8 |

3 CONCEPTS CLÉS8

| | | |
|-----|--|----|
| 3.1 | Pertinence clinique | 9 |
| | <i>La pertinence clinique dans la littérature</i> | 10 |
| | <i>Aspects de la pertinence clinique et de la qualité des soins</i> | 12 |
| | <i>Définition de la pertinence clinique dans le contexte du présent document</i> | 15 |
| 3.2 | Autres définitions pertinentes | 15 |
| | <i>Soins virtuels</i> | 15 |
| | <i>Soins axés sur la personne</i> | 16 |
| | <i>Équité</i> | 17 |

4 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES18

| | | |
|-----|---|----|
| 4.1 | Contexte et considérations cliniques..... | 18 |
| | <i>Remarque sur l'apparition de compétences relatives à la prestation de soins virtuels et d'une éducation médicale à ces compétences</i> | 19 |
| 4.2 | Considérations et contexte en lien avec le patient..... | 21 |
| 4.3 | Considérations—Interactions entre les patients et les cliniciens | 23 |
| 4.4 | Modalités et utilisation des outils de soins virtuels..... | 25 |
| | <i>Bureau des soins virtuels de la Régie des services de santé provinciaux (Colombie-Britannique)</i> | 26 |

5 ORIENTATION ET RECOMMANDATIONS.....29

| | | |
|-----|---|----|
| 5.1 | Planification des soins primaires virtuels..... | 30 |
| | A. <i>Évaluation des besoins et des possibilités d'utilisation des services virtuels de la population de patients</i> | 30 |
| | B. <i>Évaluation de la capacité des cliniciens chargés des soins primaires à assurer les services de soins primaires virtuels</i> | 30 |
| | C. <i>Définition de l'offre de soins virtuels</i> | 30 |
| | D. <i>Coordination de l'offre de soins primaires virtuels au sein du cabinet</i> | 31 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| E. | <i>Communication de l'offre de soins primaires virtuels aux patients</i> | 31 |
| 5.2 | Évaluation, documentation et communication de la capacité d'un patient à bénéficier de services de soins primaires virtuels | 32 |
| A. | <i>Évaluation de la capacité d'un patient à bénéficier de services de soins primaires virtuels</i> | 32 |
| B. | <i>Documentation et communication des préférences et des capacités des patients quant à la prestation de services de soins primaires virtuels</i> | 32 |
| 5.3 | Prestation des soins primaires virtuels | 33 |
| A. | <i>Utilisation de données probantes d'actualité</i> | 33 |
| B. | <i>Définition des modalités de recours aux soins virtuels dans les interactions de soins primaires à l'initiative des patients</i> | 33 |
| C. | <i>Définition des modalités de recours aux soins virtuels dans les interactions de soins virtuels à l'initiative des praticiens</i> | 34 |
| D. | <i>Documentation des interactions de soins primaires virtuels</i> | 35 |

6 RÉFÉRENCES 36

7 ANNEXES 39

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7.1 | Processus de création | 39 |
| 7.2 | Mobilisation des intervenants | 39 |
| 7.3 | Remerciements | 40 |
| 7.4 | Autres ressources | 41 |

Le présent document vise à fournir des conseils sur l'utilisation des soins virtuels dans le cadre de la pratique clinique. Les médecins souhaitant se renseigner sur la facturation des services de soins virtuels au Régime d'assurance-santé de l'Ontario sont priés de consulter la Loi sur l'assurance-santé et les règlements afférents, y compris la liste des prestations pour les services médicaux, ou de communiquer avec le ministère de la Santé.

2 À propos du présent document

On a créé le présent document en réaction à l'adoption et à la généralisation rapides des soins virtuels au cours de la pandémie de COVID-19, aux contraintes dans le cadre desquelles le système de santé a dû opérer pour la planification et la prestation des services de soins virtuels au cours de cette période, et en reconnaissance du besoin continu de maintenir l'offre de services de soins de santé primaires sous forme virtuelle, selon des modalités pertinentes sur le plan clinique.

Ce document d'orientation reconnaît que les soins primaires doivent être accessibles à tous les Ontariens. Il reconnaît aussi que par nature, la prestation des soins primaires au sein de la province est diverse et variée. Elle dépend non seulement des besoins variés de la population ontarienne, mais aussi de l'influence de la géographie, du climat et de la disponibilité des ressources de la province ainsi que de la vaste diversité des soins qui appartiennent à la catégorie des soins primaires.

On a conçu ce document d'orientation de façon à ce qu'il concerne en particulier la prestation virtuelle des soins primaires. Il s'agit aussi de compléter plutôt que de remplacer la législation, la réglementation, les normes et les politiques de pratique des ordres de réglementation, les directives gouvernementales ou encore l'orientation en matière de santé publique connexes.

Il pourrait être nécessaire d'adapter ce document aux situations de certains patients ou organismes, ou encore à d'autres conditions particulières à une région. On pourra publier d'autres mises à jour au fur et à mesure de l'évolution des données cliniques probantes et de la stratégie à long terme relative aux soins virtuels au sein du système de santé ontarien.

2.1 Portée

Orientation principale

Ce document d'orientation est axé en particulier sur les **soins primaires**, dont la définition a été documentée dans le cadre de santé primaire du Conseil des soins primaires de l'Ontario, publié en 2016 :

les soins de premier contact, continus, exhaustifs et coordonnés assurés auprès des personnes sans distinction de genre, de maladie, ni en fonction des systèmes d'organes... Les soins

primaires sont l'échelon d'un système de services de santé qui permet l'entrée dans ce système pour tous les nouveaux besoins et tous les nouveaux problèmes, assure des soins axés sur la personne (et non sur la maladie) sur la durée, assure des soins pour tous les troubles à l'exception des plus rares* et procède à la coordination et à l'intégration des soins assurés ailleurs et par d'autres parties.¹

L'étape des soins primaires permet d'assurer un triage des besoins des patients et d'orienter ces derniers vers des services de soins plus complexes, par exemple vers des spécialistes ou des services de soins actifs, au besoin.

On reconnaît que les soins primaires en Ontario prennent des formes variées du fait des besoins uniques de la population de patients desservie, de la grande superficie de la province et de la diversité des modèles de pratiques qui sont apparus. Par conséquent, le niveau de cette série initiale de recommandations est élevé, étant entendu que des adaptations seront nécessaires pour divers contextes et besoins des soins fournis.

Ce document d'orientation concerne en particulier le **processus de prise de décisions en lien avec les modalités du recours pertinent sur le plan clinique aux soins virtuels** (c.-à-d., par courriel, sur des messageries sécurisées, par téléphone ou par vidéoconférence) dans le cadre des services de soins primaires. La définition du terme « pertinent sur le plan clinique » est présentée plus bas dans ce document.

Public cible

Les cliniciens de soins primaires constituent le public cible du présent document d'orientation : autrement, le document s'adresse aux personnes qui ont le devoir à titre professionnel d'utiliser leur jugement clinique pour établir les modalités des soins virtuels, si ce modèle est adapté, dans un contexte clinique donné.

Bien que l'on s'adresse ici aux cliniciens, cette orientation peut aussi être utile à d'autres personnes responsables de la planification et de l'appui à la prestation des services de soins primaires (p. ex., les

* Nous reconnaissons globalement que les besoins des patients reçus par les cliniciens chargés des soins primaires sont de plus en plus complexes.

assistants de bureaux de médecins), ainsi qu'aux patients qui bénéficient de ces services. On pourra à l'avenir élaborer des documents ou des outils connexes pour appuyer ces autres utilisations.

2.2 Contexte et raisonnement

La province de l'Ontario a lancé sa stratégie Priorité au numérique pour la santé en novembre 2019 dans l'optique de faire rentrer l'expérience des patients dans le 21^e siècle et de contribuer à mettre fin aux « soins de santé de couloir » en offrant plus de possibilités et en simplifiant l'accès aux soins de santé pour les patients, en rendant ce processus plus facile et plus pratique. Voilà à quoi les patients pouvaient s'attendre avec l'introduction de la stratégie :

- Plus de possibilités de soins virtuels : Une plus grande disponibilité des consultations par vidéo ou d'autres outils de soins virtuels, tels que des messageries sécurisées. De plus, les fournisseurs de soins seront en mesure d'utiliser un large éventail de technologies de soins virtuels correspondant au mieux aux besoins des patients.
- L'expansion de l'accès aux outils de prise de rendez-vous en ligne : les patients seront en mesure de prendre rendez-vous au moment qui leur convient le mieux.
- Le renforcement de l'accès aux données pour les patients : les patients seront en mesure de consulter leurs dossiers de santé en ligne protégés et de prendre des décisions éclairées concernant leurs soins de santé.
- Des outils améliorés et plus connectés pour les fournisseurs de soins de première ligne : plus de fournisseurs de soins de première ligne seront en mesure d'accéder aux dossiers de leurs patients enregistrés sur les plateformes de divers fournisseurs de soins de santé pour améliorer la qualité et les délais de la prestation des soins.
- L'intégration des données et de l'analytique prédictive : on réduira le nombre de barrières auxquelles les fournisseurs de soins sont confrontés pour intégrer et utiliser les renseignements de santé dans le cadre de la gestion des ressources de santé et de l'amélioration des soins fournis aux patients. Ce changement pourrait permettre des améliorations telles que le raccourcissement des délais d'intervention et l'amélioration de la gestion des maladies chroniques².

Avec l'apparition de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, la nécessité de recourir à des outils de soins virtuels pour assurer la sécurité des Ontariens tout en assurant les soins de santé dont ils ont besoin a entraîné une transition importante : les soins « en personne » ont reculé en faveur des soins virtuels. Le ministère de la Santé de l'Ontario a instauré une politique permettant aux cliniciens qui facturent directement l'Assurance-santé de l'Ontario d'utiliser plusieurs modalités de prestation des soins, et on a commencé à assurer une grande partie des services par téléphone, car cet organisme était plus pratique et accessible pour la plupart des Ontariens comme des praticiens. Au 31 octobre 2021, plus de 50 % des services de soins assurés par des médecins chargés des soins primaires sont encore assurés à l'aide d'outils virtuels.³

Bien qu'il soit pour l'instant difficile d'établir dans quelle mesure cette transition rapide s'est accompagnée d'une dégradation des résultats cliniques, on dispose au moins de données anecdotiques indiquant que l'expérience des patients comme des fournisseurs de soins a été affectée.

Un examen des recommandations existantes en lien avec les soins virtuels a révélé que de nombreux autres organismes ont créé des recommandations aux échelons national, provincial et organisationnel. Il est donc nécessaire de s'assurer que les recommandations relatives à la pertinence clinique des services sont adaptées à la situation en Ontario, qu'elles réunissent les renseignements nécessaires dans une seule source pratique et qu'elles sont d'ordre suffisamment général pour s'appliquer à divers contextes de prestation des soins primaires, tout en assurant une orientation suffisante pour être utile au secteur des soins de santé primaires.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a assuré un financement des travaux de création du présent document d'orientation afin de s'assurer qu'on réfléchissait sérieusement à l'utilisation des soins virtuels après la pandémie sous l'angle de la pertinence clinique de ce modèle. Pour ce faire, on a réuni un comité d'experts des soins primaires comprenant des cliniciens de soins primaires et des patients-partenaires issus des cinq régions de la province : il devait présenter des conseils à Santé Ontario quant à l'élaboration du présent document d'orientation (désigné ci-après par le terme « comité d'experts des soins primaires pour une orientation sur l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels »).

2.3 Principes directeurs

Le présent document d'orientation a été créé conformément aux principes directeurs suivants :

Le document d'orientation :

- correspondra au plan de transformation du ministère axé sur la santé de la population et l'avancement de la prestation de soins intégrés par les ESO;
- sera élaboré selon une approche axée sur la personne, qui impliquera tant les personnes demandant des soins que les personnes qui assurent ces soins;
- sera élaboré en accordant la priorité à l'équité, étant entendu que certaines populations de patients et les résidents de certaines régions rencontrent des contraintes en matière d'accès;
- reconnaîtra l'importance du discernement du clinicien dans la prestation des soins dans divers contextes cliniques;
- s'appuiera, quand cela sera raisonnablement faisable, sur les lignes directrices nationales ou provinciales relatives aux soins virtuels existantes auxquelles les fournisseurs ou les organismes de soins de santé pourraient être soumis;
- s'appuiera sur des partenariats stratégiques pour étudier l'application pratique de l'intégration des soins virtuels dans la pratique clinique et le système d'information clinique.

Le document d'orientation :

- ne remplacera pas les règles de facturation et de paiement décrites dans la liste des prestations et ne définira pas les services admissibles à une prestation sous forme virtuelle;
- n'ira pas à l'encontre des lignes directrices publiées par les organismes de réglementation (p. ex., la politique relative aux télésoins de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ou les lignes directrices relatives aux télésoins de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario).

3 Concepts clés

Cette partie du document de référence établit les concepts clés essentiels à la structure et au contenu de l'orientation. De nombreux documents d'orientation publiés en réaction à la transition rapide vers les soins virtuels au cours de la pandémie de COVID-19 fournissent des renseignements d'ordre général quant à la mise en œuvre ou à l'utilisation des soins virtuels. Le présent document est axé en particulier

sur l'*utilisation pertinente sur le plan clinique* des soins virtuels, qui implique un processus de prise de décisions cliniques relatives au moment et aux modalités de la prestation des soins primaires sous forme virtuelle.

Le terme « pertinence clinique » englobe un concept vaste, qui comprend des sous-concepts dont certains notamment sont importants pour le présent document d'orientation : c'est par exemple le cas des soins axés sur la personne et de la prestation de soins conforme au principe d'équité. Au sens de cette partie, on considère donc que ce concept est essentiel pour les autres concepts pertinents. On présente ici un sommaire des examens systématiques sur ce sujet, on compare la définition du terme « pertinence clinique » établie par l'Association médicale canadienne à une autre issue de la littérature. On établit aussi des correspondances entre ce concept et les aspects des soins de qualité fondamentaux pour la façon dont les soins devraient être assurés en Ontario. La mise en œuvre des soins primaires virtuels pertinents sur le plan clinique doit permettre de fournir des soins de qualité aux patients.

3.1 Pertinence clinique

On peut interpréter le terme *pertinence clinique* de plusieurs façons. La politique de l'Association médicale canadienne sur la pertinence clinique présente la définition suivante⁴ :

Les bons soins fournis par les bons fournisseurs au bon patient, au bon endroit et au bon moment, aboutissant à des soins d'une qualité optimale. »⁴ Cette définition comprend cinq éléments principaux :

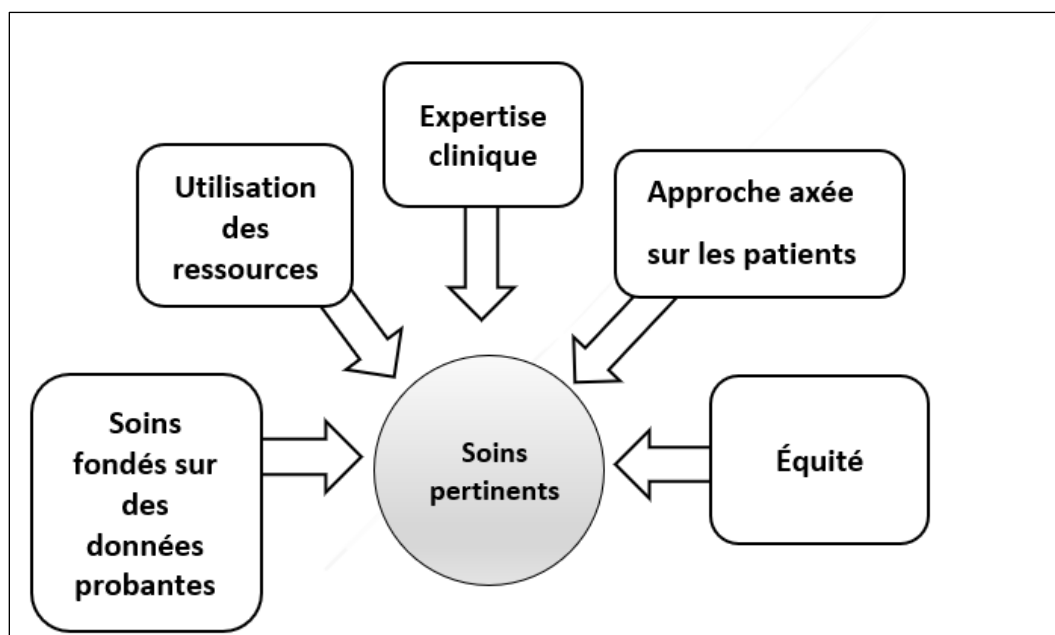
- les « bons soins » sont ceux dont la littérature clinique a démontré l'**efficience et l'efficacité**, la définition englobant non seulement l'utilisation mais aussi la non-utilisation;
- le « bon fournisseur » est celui qui, de par son **champ d'exercice**, peut fournir le plus adéquatement les soins, sans que ses compétences et connaissances dépassent de beaucoup les exigences de la tâche;
- la définition de « bon patient » reconnaît qu'il faut adapter les **choix de soins** en fonction des caractéristiques et des **préférences** de chaque patient, et que la conciliation des perceptions du patient et de celles du praticien peut poser des défis;
- la définition du « bon endroit » reconnaît que certains lieux sont mieux adaptés que d'autres du point de vue **de la sécurité et de l'efficacité** pour fournir un type particulier de soins plutôt qu'un autre;
- par « bon moment » on entend les soins dispensés en temps opportun conformément aux points de repère convenus (p. 2).

Dans la mesure où cette définition aborde la question des « bonnes » modalités de prestation des soins, ce qui implique qu'il peut en exister de « mauvaises », Santé Ontario a procédé à un examen de la littérature à la recherche d'autres définitions et d'autres éléments de la pertinence clinique : on en présente un résumé ci-dessous.

La pertinence clinique dans la littérature

Une étude européenne réalisée par Robertson-Preidler et coll. (2017)⁵ a inclus un examen des pratiques, des objectifs et des points de vue concernant les soins pertinents présentés dans les articles en langue anglaise évalués par les pairs publiés entre 2011 et 2016. On a établi que les éléments suivants, résumés simplement dans la **Figure 1**, demeuraient cohérents dans le corpus étudié, qui comprenait 306 publications.

Figure 1. Catégories de soins pertinents sur le plan clinique



Source : Robertson-Preidler et coll. 2017.⁵ Reproduction autorisée (traduction libre).

Au sens de l'étude, on définissait le terme « **soins fondés sur des données probantes** » comme « des soins pour lesquels on dispose de données probantes qui établissent qu'ils améliorent les résultats sur la santé ». Le terme « **expertise clinique** » désignait « une éducation et une formation adaptées pour les professionnels des soins de santé, le recours à des avis de spécialistes et au consensus professionnel pour orienter les décisions cliniques, et la discrétion accordée au clinicien dans l'adaptation du

traitement à la situation du patient ainsi que pour la gestion des incertitudes ». Le concept « **d'utilisation des ressources** » comprenait les variations de l'utilisation des ressources en règle générale, les variations de l'utilisation des ressources visant à assurer une bonne prestation des soins et à réduire le gaspillage et les soins inutiles, ainsi qu'une évaluation de l'équité en matière d'utilisation des ressources dans le cadre des pratiques de prestation des soins. La question du rapport coût-efficacité a aussi été abordée sous l'angle de l'allocation des ressources à l'échelon du système de santé en ce qui concerne la prise de décisions cliniques et de réduction des coûts.⁵

Parmi les 306 articles examinés, 38 mentionnaient l'importance de l'**expertise clinique** pour une prestation de soins pertinents. Des articles définissaient la pertinence des soins sous l'angle d'une éducation et une formation adaptées pour les professionnels des soins de santé, du recours à des avis de spécialistes et au consensus professionnel pour orienter les décisions cliniques, et de la discrétion accordée au clinicien dans l'adaptation du traitement à la situation du patient ainsi que pour la gestion des incertitudes. Des articles soulignaient l'importance de l'éducation et de la formation dans les domaines médicaux spécialisés, de la bonne application des lignes directrices et des protocoles ainsi que des compétences culturelles et en matière de communication efficace pour aider les cliniciens à définir les risques et les besoins propres à chaque patient, de la cohérence des objectifs de traitement et de la possibilité d'une prise de décisions commune.

Des articles abordaient aussi la nécessité de franchir la barrière de la langue pour assurer une communication efficace dans la relation thérapeutique. On considérait que la latitude d'appréciation professionnelle faisait partie des soins pertinents et permettait aux cliniciens d'évaluer la nécessité des mesures prises, de prendre en compte les données probantes pour l'établissement des risques, des besoins et des objectifs relatifs à chaque patient, d'équilibrer le rapport entre les coûts et les besoins du patient et de gérer les incertitudes. En règle générale, on considérait dans la littérature que le consensus professionnel et l'échange de connaissances constituaient des outils permettant de prendre des décisions adaptées en matière de soins pour limiter les variations dans l'utilisation des services, confirmer les adéquations, coordonner les soins, gérer les incertitudes, et créer des normes et des lignes directrices.⁵

Les considérations relatives aux **soins axés sur les patients** étaient abordées dans environ la moitié des articles étudiés. Les différents aspects de l'approche axée sur les patients comprenaient aussi la prestation de soins réceptifs, coordonnés et adaptés à chaque situation, ainsi que l'appui à l'autonomie

des patients grâce à une communication ouverte et à un processus de prise de décisions conjoint. Dans le cadre des soins adaptés à chaque situation, on adapte les services de soins de santé au profil de santé, aux antécédents médicaux et aux facteurs de risque du patient. Le concept de réceptivité désigne des soins respectueux et réceptifs aux particularités culturelles de chacun, en prenant en compte les valeurs, la culture, les besoins et les préférences des patients. On a particulièrement mis l'accent sur l'importance de la réceptivité dans les articles axés sur les catégories de soins adaptés qui concernent l'offre de soins culturellement adaptés à des groupes divers, notamment aux minorités issues de l'immigration, aux vétérans LGBTQ+ ainsi qu'aux femmes en Afghanistan. Des soins coordonnés et intégrés exigent une gestion des services sociaux et de santé parmi une multitude de circonstances et de contextes différents. Parmi les autres éléments des soins axés sur les patients mentionnés, on peut citer la prise de décisions conjointe grâce à une communication ouverte autour des objectifs et des attentes, qui contribue à la définition des perceptions des patients et de l'acceptabilité des soins, à la littéracie des patients en matière de santé et à leur mobilisation, ainsi qu'à l'établissement d'une relation de confiance avec les fournisseurs de soins. La prestation de soins axés sur les patients nécessite de mobiliser les patients et de leur donner les moyens de participer au processus en leur fournissant des outils d'autogestion et de prévention des maladies, en assurant une communication efficace et grâce à des mesures d'éducation.

Parmi les articles étudiés, 14 abordaient la question de l'**équité**. Cette catégorie comprenait de nombreux sujets qui se recoupaient avec d'autres, abordés précédemment, notamment les différences en matière d'utilisation des ressources et de résultats en lien avec la santé, d'accès aux services de soins de santé et de soins exempts de discrimination entre les différents groupes démographiques et d'une région à une autre.⁵

Aspects de la pertinence clinique et de la qualité des soins

Les concepts de pertinence clinique et de qualité des soins sont liés. **Le tableau 1** décrit six aspects de la qualité et leur signification des points de vue du patient et du fournisseur de soins. Il s'agit d'une publication de Qualité des services de santé Ontario (qui fait maintenant partie de santé Ontario).⁶

Tableau 1. Les aspects de la qualité et leur signification du point de vue des patients et des fournisseurs de soins⁶

| Élément | Pour les patients | Pour les fournisseurs de soins |
|---------------------------|---|--|
| Soins sécuritaires | Le système de santé ne me nuira pas. | Les soins dont bénéficie mon patient ne lui causent pas de tort. |
| Soins efficaces | Je reçois le traitement approprié pour ma situation, ce qui contribue à améliorer mon état de santé. | Les soins que je fournis sont fondés sur les meilleures données probantes disponibles et permettent de parvenir aux résultats souhaités. |
| Soins axés sur le patient | Mes objectifs et mes préférences sont respectés. Ma famille et moi-même sommes traités avec respect et dignité. | Les décisions relatives aux soins reçus par mon patient correspondent aux objectifs et aux préférences de mon patient, de sa famille et de ses prestataires de soins. |
| Soins efficaces | Les soins dont je bénéficie de la part de tous les praticiens sont bien coordonnés, et leurs efforts ne sont pas dupliqués. | J'assure des soins auprès de mes patients en mettant efficacement à profit les ressources humaines, physiques et financières à ma disposition, sans perte pour le système. |
| Soins en temps opportun | Je sais combien de temps je devrai attendre avant de voir un médecin, ou bien pour subir des tests ou des traitements dont j'ai besoin. Je comprends les raisons de ces délais. Je suis convaincu que ce temps d'attente est sûr et adapté. | Mon patient peut recevoir des soins dans des délais acceptables une fois le besoin défini. |
| Soins équitables | Qui que je sois et où que je vive, j'ai accès à des services qui servent au mieux mes intérêts. On me traite de façon équitable au sein du système de santé. | Chaque personne a accès aux soins qui lui sont nécessaires, quels que soient son âge, son genre, sa situation socioéconomique ou la région où elle vit. |

Le tableau 2 présente les différents éléments de la définition du concept de pertinence clinique utilisée par l'Association médicale canadienne, en établissant des liens avec les aspects relatifs à la qualité (voir plus haut) et avec les éléments de la pertinence clinique dont un sommaire est inclus dans l'examen systématique (**Figure 1**). Cette présentation permet de mettre en évidence la cohérence qui existe entre ces trois documents sources, et les six aspects relatifs à la qualité peuvent servir de base au concept de pertinence clinique dans le présent document d'orientation.

Tableau 2. Comparaison des éléments fondamentaux de la pertinence clinique avec les aspects relatifs à la qualité

| Pertinence clinique (AMC ⁴) | Aspect relatif à la qualité (QSSO ⁶) | Éléments de la pertinence clinique (Preidler-Robertson et coll., 2017 ⁵) |
|--|---|--|
| Les <i>bons soins</i> sont ceux dont la littérature clinique a démontré l' efficience et l'efficacité , la définition englobant non seulement l'utilisation mais aussi la non-utilisation. | Soins sécuritaires Soins efficaces | Soins fondés sur des données probantes |
| Le <i>bon fournisseur</i> est celui qui, du fait de son champ d'exercice , peut fournir le plus adéquatement les soins, sans que ses compétences et connaissances dépassent de beaucoup les exigences de la tâche. | Soins sécuritaires Soins efficaces Soins efficients | Expertise clinique Utilisation des ressources |
| La définition de <i>bon patient</i> reconnaît qu'il faut adapter les choix de soins en fonction des caractéristiques et des préférences de chaque patient, et que la conciliation des perceptions du patient et de celles du praticien peut poser des défis. | Soins axés sur le patient Soins équitables | Approche axée sur les patients Équité |
| La définition du <i>bon endroit</i> reconnaît que certains lieux sont mieux adaptés que d'autres du point de vue de la sécurité et de l'efficacité pour fournir un type particulier de soins plutôt qu'un autre. | Soins sécuritaires Soins efficients | Utilisation des ressources Équité |

| Pertinence clinique (AMC ⁴) | Aspect relatif à la qualité (QSSO ⁶) | Éléments de la pertinence clinique (Preidler-Robertson et coll., 2017 ⁵) |
|---|--|--|
| Par <i>bon moment</i> , on entend les soins dispensés en temps opportun conformément aux points de repère convenus. | Soins en temps opportun | Soins fondés sur des données probantes Utilisation des ressources |

Définition de la pertinence clinique dans le contexte du présent document

Au vu de l'examen, le comité d'experts des soins primaires pour une orientation sur l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels a créé la définition suivante du concept de **pertinence clinique** :

Les soins pertinents sont sécuritaires, assurés en temps opportun, et efficaces. Ils sont assurés conformément au champ d'exercice du praticien, dans un contexte et selon des modalités raisonnables pour le patient comme pour le praticien et permettant une évaluation clinique adaptée. Les soins axés sur la personne et les considérations relatives à l'équité sont essentiels pour la pertinence clinique.

3.2 Autres définitions pertinentes

Soins virtuels

On définit les soins virtuels comme toute interaction entre les patients et les membres de leur cercle de soins, ou entre ces derniers,^{7,†} quand ces parties ne se trouvent pas toutes au même endroit et

[†] Le terme « cercle de soins » désigne les cliniciens chargés des soins de santé (p. ex., les infirmiers, les médecins, les résidents, les externes, ainsi que tout autre praticien des soins de santé qui procure des soins au patient) qui assurent un traitement auprès d'un patient, et à qui les renseignements de santé du patient sont nécessaires pour assurer ces soins. Il inclut le personnel administratif et les employés qui doivent avoir accès aux renseignements personnels du patient pour effectuer leur travail. On ne considère pas que la famille, les amis, les prestataires de soins, la police, une compagnie d'assurance ou encore l'employeur du patient font partie du cercle de soins. En sont également exclus les fournisseurs de soins de santé à qui les renseignements relatifs à la santé du patient sont transmis à d'autres fins que pour la prestation de soins de santé au patient (p. ex., pour réaliser des études).⁷

communiquent en s'appuyant sur des technologies de l'information ou de communication pour assurer ou optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients.^{8,‡}

Le terme *soins virtuels* peut désigner tant une approche des soins qu'une interaction unique entre un fournisseur et le patient.[§] Les soins primaires virtuels peuvent être assurés selon de nombreuses « modalités » différentes.

Les modalités de soins virtuels incluses dans le présent document d'orientation comprennent :

- les messageries sécurisées;
- les courriels;
- le téléphone;
- les services de vidéoconférence.

Bien que d'autres modalités existent, par exemple avec l'utilisation de « robots conversationnels » et de méthodes de « télésurveillance des patients », elles ne sont pas incluses dans la portée du présent document d'orientation.

Soins axés sur la personne

Action Cancer Ontario, qui fait maintenant partie de Santé Ontario, a élaboré une *ligne directrice sur les soins axés sur la personne* (« *Person-Centred Care Guideline* ») destinée au système de soins contre le cancer. Toutefois, beaucoup de ses principes sont pertinents pour les professionnels des soins de santé, et à d'autres personnes qui interagissent avec les patients, les membres de leurs familles et les prestataires de soins. Les soins axés sur la personne sont une évolution des soins axés sur le patient : cette transition indique au système l'importance fondamentale d'une approche qui traite les patients comme des personnes d'abord, et seulement ensuite comme des patients. Par dessein, le choix du terme « personne » plutôt que « patient » permet aussi l'inclusion des membres de la famille du patient ou de ses prestataires de soins. Ce choix exprime la reconnaissance du fait que les patients abordent souvent le système de soins de santé accompagné d'un réseau de soutien.⁹

La *ligne directrice sur les soins axés sur la personne* décrit une approche des soins qui fait appel à des professionnels des soins de santé en partenariat avec d'autres personnes (des patients) pour :

[‡] Adaptation d'un document de discussion intitulé « Soins virtuels au Canada » et présenté au sommet annuel de l'Association médicale canadienne sur la santé qui s'est tenu à Toronto en août 2019. Il s'agit d'une citation de Shaw et coll., 2018.⁸

[§] Dans ce cas, on utilise les termes « fournisseur » et « clinicien » de façon interchangeable.

- leur donner une voix dans le processus de conception et de prestation des soins dont ils bénéficient;
- leur permettre d'être plus actifs dans leur parcours vers des résultats de santé améliorés;
- favoriser une meilleure valeur grâce à une utilisation des ressources plus judicieuse;
- améliorer leur expérience.

La ligne directrice précise la définition de « l'expérience d'une personne » de la façon suivante : la somme de l'ensemble de ses interactions, façonnées par la culture d'un organisme, qui influe sur ses perceptions de l'ensemble du continuum de soins (cette définition est une adaptation de celle présentée par le Beryl Institute¹⁰).

Le présent document d'orientation a été créé en collaboration avec des patients-partenaires. Bien qu'elles soient axées sur la pertinence clinique, qui constitue une décision clinique, les déclarations sont formulées en gardant à l'esprit qu'il est important de prendre en compte la voix des patients et le contexte lors de la prise de décisions relatives à l'utilisation des soins virtuels.

Équité

L'équité en matière de santé « favorise un état de santé optimal et permet aux gens de recevoir des soins de grande qualité, justes et adéquats qui répondent à leurs besoins, peu importe où ils vivent, ce qu'ils ont et qui ils sont. ». ¹¹

À la différence du concept d'égalité, qui concerne le traitement égal de toutes les personnes, l'équité concerne le traitement juste et adéquat des personnes. Dans le domaine des soins de santé, des résultats équitables nécessitent souvent de traiter les personnes différemment et de modifier la configuration pour parvenir à un environnement équitable pour toutes les personnes et toutes les communautés. Il est pour cela nécessaire de reconnaître les obstacles rencontrés et de s'efforcer de les contourner.

Quand on observe le recours aux soins virtuels ou que l'on décide entre plusieurs possibilités de modalités ou de méthodes sous l'angle de la pertinence clinique, on doit prendre en compte plusieurs éléments en rapport avec l'équité. On présentera ces éléments dans la partie sur les éléments relatifs au patient à prendre en compte plus bas.

4 Considérations générales

4.1 Contexte et considérations cliniques

En Ontario, les soins primaires sont assurés par un large éventail de cliniciens dans des contextes de pratique variés en appliquant des modèles de soins primaires divers. Certaines pratiques sont vastes et s'appuient sur des institutions alors que d'autres sont d'envergure plus modeste et n'impliquent qu'un seul clinicien, qui assure l'ensemble des soins. On observe des différences entre les régions dans la prestation des soins primaires. Les éléments sur lesquels la pratique est axée peuvent aussi varier. Par conséquent, l'envergure de l'infrastructure nécessaire à la prestation des soins virtuels (ressources physiques, techniques et humaines) varie également.

Il n'est donc pas surprenant que le degré auquel les cliniciens chargés des soins primaires ont recours aux soins virtuels varie, tant en ce qui concerne le volume de soins assurés à l'aide d'outils virtuels plutôt qu'en personne que du point de vue du choix des outils utilisés dans leur cabinet virtuel.

Au vu des variations des pratiques et des contextes de pratique, aucune solution unique ne peut permettre de garantir la pertinence clinique des décisions liées aux soins virtuels : ce qui peut être pertinent sur le plan clinique dans une région rurale ou isolée dans des contextes où les distances et la proximité des ressources présentent moins de difficultés.

De plus, certains cliniciens sont plus à l'aise que d'autres avec l'utilisation d'outils virtuels pour la prestation de soins. Il est aussi possible que certaines personnes soient plus à l'aise avec certains modes de prestation virtuelle des services de soins qu'avec d'autres. Le détail de la présentation clinique peut par ailleurs mener les cliniciens à préférer un outil à un autre.

L'encadré 1 met de l'avant certaines variables de pratique qui peuvent rendre les soins virtuels plus acceptables pour les cliniciens responsables des soins primaires.

Encadré 1. Variables de pratique qui peuvent motiver le recours aux soins virtuels

Outils de soins virtuels aisément accessibles, faciles d'utilisation et abordables.

Réseau cellulaire et bande passante dans la région du cabinet : bons ou mauvais.

Formation à l'utilisation d'outils virtuels à des fins cliniques ou expérience en la matière.

Niveau de compétence technique.

Niveau de compétence technique du personnel employé dans les cabinets médicaux.

Assistance technique sur place ou aisément accessible.

Flux opérationnels existants qui intègrent les soins virtuels à la pratique.

Degré de littéracie numérique et d'accès aux outils virtuels de la population de patients desservie.

Capacité à communiquer aisément avec les patients au sujet des modalités de soins virtuels (p. ex., en passant par le site Web, une plateforme en ligne, des listes d'envoi de courriels, etc.).

En bref, chaque clinicien est affecté par diverses variables qui peuvent modifier la pertinence ou les modalités de la mise en œuvre d'outils de soins virtuels dans le cadre du travail de leur cabinet. Cette situation peut évoluer au fil du temps et en fonction du contexte de la pratique. Un clinicien donné peut se sentir particulièrement à l'aise avec l'utilisation d'outils de soins virtuels très divers parmi ceux qui sont disponibles, il peut travailler dans un grand cabinet situé dans une zone urbaine et soutenu par des institutions, tout en offrant des services de suppléance dans une région isolée dans laquelle il est difficile d'obtenir une assistance technique. Dans ce cas de figure, le clinicien peut choisir de limiter son recours aux outils virtuels au téléphone, si ce choix est pertinent sur le plan clinique.

Remarque sur l'apparition de compétences relatives à la prestation de soins virtuels et d'une éducation médicale à ces compétences

On n'a pas encore intégré formellement d'éducation aux soins virtuels aux programmes de formation professionnelle aux soins de santé au Canada, et aucune approche cohérente des soins virtuels n'existe dans les programmes de formation professionnelle continue. L'éducation fondée sur les compétences est en évolution à l'échelle nationale comme à l'étranger. Aux États-Unis, l'association des commissions médicales (Association of Medical Boards)¹² a élaboré des compétences en matière de soins virtuels qui sont en cours d'intégration aux programmes de formation. Au Canada on observe actuellement l'apparition d'une éducation médicale fondée sur les compétences. « La compétence par conception »

est une initiative du Collège royal qui a été conçue pour renforcer l'éducation médicale fondée sur les compétences lors de la formation en résidence médicale et dans le cadre de la pratique spécialisée au Canada.¹³

L'Association médicale canadienne a élaboré des recommandations pour les soins virtuels. Elle recommande notamment d'impliquer le Consortium CanMEDS dans le processus d'intégration et de mise à jour des compétences en matière de soins virtuels pour les étudiants de premier cycle, les étudiants de cycle supérieur et les apprenants de programmes de formation professionnelle continue (FPC).¹⁴

La pratique fondée sur les compétences évolue. Le travail relatif aux compétences nécessaires aux soins virtuels commence en Ontario. Par exemple, le Centre de toxicomanie et de santé mentale¹⁵ et Holland Bloorview¹⁶ ont défini des compétences relatives à la pratique des soins virtuels.

En l'absence d'éducation et de formation formelles, des règlements ont exigé que les professionnels procèdent à des autoévaluations et s'assurent de disposer des compétences nécessaires à leur pratique, y compris en ce qui concerne les soins virtuels. La Fédération des ordres des médecins du Canada a publié un référentiel sur la télémédecine, qui indique :

« Les médecins qui utilisent la télémédecine pour offrir des services médicaux aux patients sont tenus de s'assurer qu'ils possèdent la formation et la compétence suffisantes pour gérer les patients au moyen de la télémédecine ».¹⁷

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a mis à jour son *Guide de pratique du professionnalisme dans le domaine médical et des politiques de l'Ordre* (« *The Practice Guide Medical Professionalism and College Policies* ») en 2021. Le premier « devoir relatif à la pratique » défini par ce document comprend maintenant les éléments suivants sous le titre *Faire preuve de compétence professionnelle* (« *Demonstrating Professional Competence* »)¹⁸ (traduction libre) :

Les médecins doivent être des cliniciens qualifiés, dédiés aux valeurs de la profession. Les médecins doivent être déterminés à se consacrer à l'apprentissage tout au long de leur vie, et ils doivent prendre la responsabilité d'entretenir leurs connaissances médicales et leurs compétences techniques nécessaires à la prestation d'une qualité optimale des soins prodigués aux patients.

En tout temps, les médecins doivent :

- être conscients des lacunes en matière de connaissances ou de compétences;

- obtenir de l'aide quand c'est nécessaire;
- s'assurer que leur pratique correspond à leur niveau de compétence.

En ce qui concerne les soins individuels fournis aux patients, les médecins doivent fournir des soins médicaux fondés sur des données probantes objectives. (p. 8)

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a examiné les risques médicaux et légaux de la prestation de soins virtuels. Entre 2015 et 2019, l'ACPM a examiné 45 dossiers. Sur la liste des éléments relevés par les personnes qui ont assuré l'examen par les pairs, on a intégré les suivants à titre d'aspect des soins : « Le manque de conscience situationnelle, y compris l'incapacité d'un médecin à reconnaître ses propres lacunes, en matière de connaissances et de compétences, pour ce qui est de la gestion d'un problème médical au moyen de soins virtuels ». ¹⁹

Dans l'attente de la définition des compétences relatives aux soins virtuels pour l'éducation des étudiants de premier cycle comme pour la formation professionnelle continue, au vu de la transition rapide en faveur des soins virtuels observée au cours de la pandémie, et en l'absence de données probantes précises qui permettraient d'établir une orientation, il est important que les médecins réfléchissent à leur utilisation des soins virtuels. Cela implique de comprendre ses propres compétences, connaissances, capacités et aptitudes nécessaires à la prestation efficace de soins virtuels, ainsi que des éléments contextuels qui doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit de faire preuve de discernement dans le recours aux soins virtuels.

4.2 Considérations et contexte en lien avec le patient

Chaque patient est unique, avec son propre degré de compréhension du recours aux outils virtuels dans le cadre des soins de santé, ses particularités quant à l'accès à ces outils (il en va de même pour les possibilités de soins en personne), ses préférences quant à ces outils et ses propres capacités concernant leur utilisation. Ces variations ont des effets sur le degré de réussite de la mise en œuvre des outils disponibles dans des circonstances et des contextes différents.

Pour optimiser l'expérience des patients, des médecins et du personnel des cabinets quand les inquiétudes d'un patient doivent être abordées, il serait utile de minimiser, d'éliminer ou de travailler sur certaines de ces variables en avance, si possible, et de s'accorder sur une approche générale.

Certaines des variables liées au patient qui doivent être prises en compte sont présentées dans le

tableau 3.

Tableau 3. Obstacles et facteurs moteurs de l'adoption des soins virtuels en lien avec les patients

| Variable | Facteur moteur des soins virtuels | Obstacle aux soins virtuels |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| Le patient préfère avoir recours aux soins virtuels pour des besoins en lien avec les soins. | √ | |
| Le patient vit loin d'un cabinet de soins primaires, ou bien son accès aux transports est limité. | √ | |
| Le patient a des problèmes de mobilité ou n'est pas en mesure de se déplacer pour d'autres raisons (p. ex., jeunes enfants, prestation de soins à un aîné). | √ | |
| La capacité du patient à comprendre les avantages et les risques des soins virtuels est limitée. | | √ |
| L'accès du patient à une connexion ou aux outils de soins virtuels est limité. | | √ |
| L'environnement domestique du patient ne permet pas de procéder à une consultation virtuelle (p. ex., pas d'espace privé). | | √ |
| La littéracie numérique du patient est limitée. | | √ |
| Le patient parle une langue qui n'est pas habituellement utilisée au sein du cabinet de soins primaires. | | √ |
| Le patient est malentendant. | | √ |
| Le patient est malvoyant. | | √ |
| Le patient a des limitations cognitives. | | √ |
| Le patient rencontre des difficultés d'élocution ou d'expression verbale. | | √ |

| Variable | Facteur moteur des soins virtuels | Obstacle aux soins virtuels |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| Le patient a une dextérité manuelle limitée ou éprouve des difficultés dans ce domaine. | | √ |

Dans le cas de certains patients, des adaptations peuvent être nécessaires à l'utilisation d'outils virtuels, ou bien une consultation en personne pourrait être plus indiquée. Des adaptations permettant l'utilisation d'outils virtuels pourraient être rendues possibles en faisant appel à un tiers à même de venir en aide au patient, en demandant au patient de se rendre dans un endroit où il pourrait bénéficier d'une assistance ou en procédant à une évaluation de besoins précis avant de mettre en œuvre des solutions ad hoc. D'autres travaux seront nécessaires à l'élaboration d'une orientation visant à aider les praticiens à apporter leur assistance aux patients qui ont des besoins particuliers.

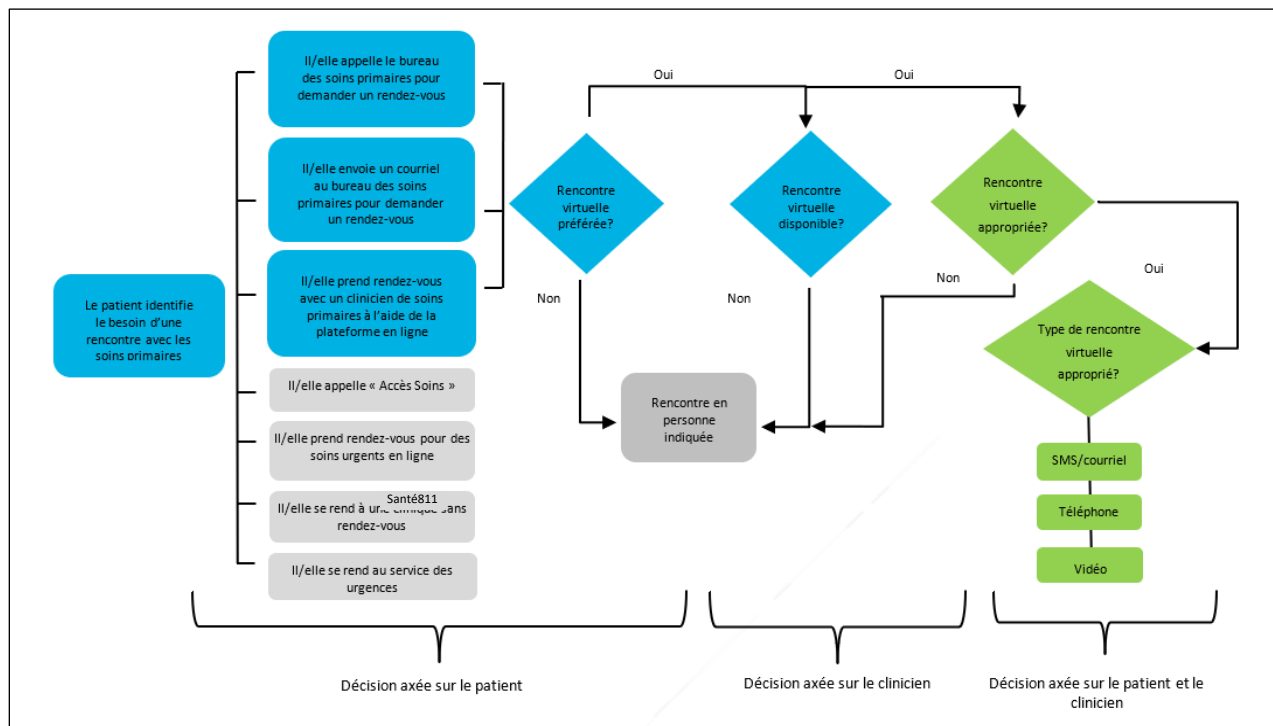
Quand on établit la possibilité de fournir des soins virtuels à une personne, on doit aussi notamment prendre en compte des besoins et des préférences liés aux aspects cliniques, psychosociaux, socioéconomiques, culturels et en lien avec l'identité sociale. Une étude récente laisse penser que les nouveaux arrivants, les personnes qui vivent avec des revenus faibles et les personnes qui indiquent une situation de santé médiocre ou acceptable préfèrent nettement la prestation des soins primaires en personne, et indique que cette organisation est réconfortante.²⁰

4.3 Considérations—Interactions entre les patients et les cliniciens

Les environnements des patients comme des cliniciens affectent la réussite de leurs interactions virtuelles, en particulier étant donné que les cliniciens ne participent généralement pas directement à l'organisation de ces interactions (à moins que l'interaction de soins ne soit à l'initiative du clinicien).

Les deux organigrammes de processus suivants (**figures 2 et 3**) représentent les questions relatives aux étapes et aux soins virtuels pour chaque type d'interaction : les interactions à l'initiative du patient et les initiatives du clinicien.

Figure 2. Organigramme de processus des interactions de soins primaires à l'initiative du patient

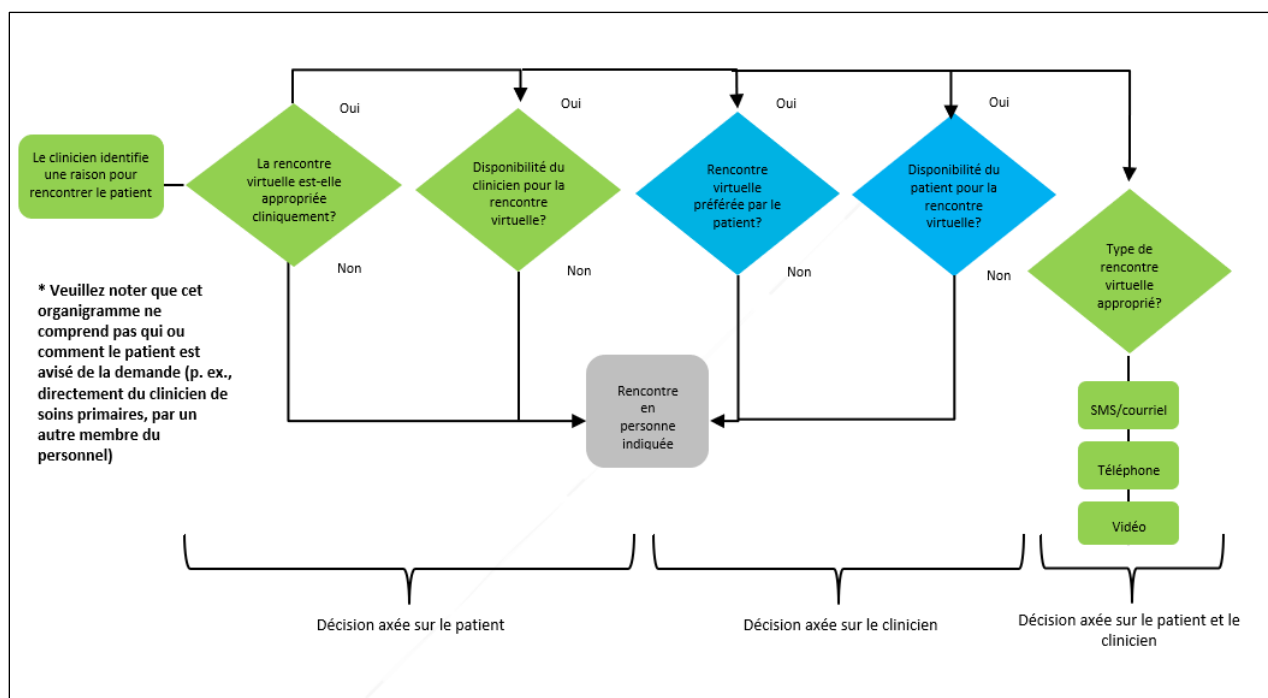


Il est important de souligner que dans le cas des interactions à l’initiative du patient, bien qu’une décision commune sur l’opportunité et les modalités d’une interaction soit nécessaire, le clinicien ne participe généralement pas à la prise de rendez-vous ni à la prise de décisions relatives à l’organisation. Ce processus est le plus souvent assuré par l’assistant du bureau du médecin chargé de l’organisation de l’emploi du temps ou, de plus en plus souvent, grâce à une interface automatisée (un système d’organisation en ligne ou un système de triage automatisé, par exemple par le biais d’un site Web ou d’une plateforme).

Cela signifie qu’il n’est pas facile pour le clinicien d’appliquer son jugement clinique au moment où les patients présentent leurs demandes : le clinicien doit fournir des instructions à l’assistant de son bureau pour l’aider à définir au mieux les modalités de l’interaction. Certains cabinets ont mis leur approche générale de la prise de décisions en la matière à disposition de tous sous la forme d’un message vocal enregistré sur leur téléphone ou l’ont présentée sur leur site Web. Toutefois, tous les cabinets ne sont pas organisés de la sorte, et tous ne présentent pas explicitement leur organisation. De plus, dans la mesure où chaque « raison de la consultation » s’inscrit dans un contexte particulier, défini par la rencontre de la situation du clinicien et de celle du patient, le degré auquel l’approche générale est indiquée et le détail de la présentation clinique rendent la prise de décisions compliquée.

Parfois, le clinicien prend l'initiative de communiquer avec le patient. L'organigramme de processus suivant présente les questions à prendre en compte quand une communication avec le patient est à l'initiative du praticien.

Figure 3. Organigramme de processus des interactions de soins primaires à l'initiative du clinicien



Dans ce cas de figure, à moins que le clinicien ne soit au fait des préférences du patient et de ses possibilités d'utilisation des outils virtuels, on pourrait constater une duplication des efforts produits ou une mauvaise expérience pour le patient ou le praticien. Si l'interaction a été déléguée à un membre de l'équipe (p. ex., un infirmier du cabinet ou un assistant du bureau) et que cette personne n'est pas au fait des préférences, l'expérience du patient pourrait aussi s'avérer mauvaise.

Dans chacun des deux processus présentés plus haut (à l'initiative du patient ou à l'initiative du clinicien) on peut optimiser les chances que l'expérience soit bonne en s'assurant que les préférences et les possibilités de chacun sont connues et prises en compte lors de la planification de l'interaction.

4.4 Modalités et utilisation des outils de soins virtuels

Plusieurs organismes canadiens ont documenté des approches générales permettant aux cliniciens de définir quels outils virtuels sont adaptés à une situation ou une autre. Ces organismes comprenaient

notamment l'Association médicale canadienne, le Centre pour l'excellence numérique dans le secteur de la santé (« Centre for Digital Health Excellence » [Ontario]) et l'association des services de santé provinciaux (Colombie-Britannique). À titre de référence, on a inclus l'un de ces exemples plus bas.

Bureau des soins virtuels de la Régie des services de santé provinciaux (Colombie-Britannique)

Le **tableau 5** contient des extraits pertinents sur les avantages et l'utilisation de chacune des possibilités de soins virtuels documentées par la Régie des services de santé provinciaux (PHSA [« Provincial Health Services Authority »]) dans son manuel des soins de santé virtuels à l'intention du personnel (« Virtual Health Handbook for Staff »).^{*21}

Tableau 5. Extraits pertinents : Manuel sur les soins de santé virtuels de la PHSA à l'intention du personnel

| Solution de santé virtuelle | Avantages et utilisation | Limites |
|---|---|---|
| Consultation médicale virtuelle : connexion audiovisuelle directe depuis le lieu où le patient se trouve (p. ex., Zoom pour la santé) | <ul style="list-style-type: none"> • Simulations d'observations et de conversations en personne. • Permet aux membres de la famille et aux prestataires de soins de participer à la consultation depuis d'autres endroits. • Permet à plusieurs membres de l'équipe de soins de santé de participer à la consultation depuis plusieurs endroits. • Permet un contact visuel et une interprétation du langage corporel. • Potentiellement adapté à la discussion de sujets sensibles. | <ul style="list-style-type: none"> • Il est de la responsabilité des patients de gérer leur utilisation de la solution sur leurs appareils : ils pourraient avoir besoin d'aide. • Une connexion Internet fiable est nécessaire pour le patient comme pour le personnel. • Un certain niveau de compétence est |

| Solution de santé virtuelle | Avantages et utilisation | Limites |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Permet un examen visuel. • Permet de réaliser des observations cliniques : mouvements, expressions faciales, sons. • Simultané (en temps réel). • Peut être organisé à l'avance ou à la demande. • Peut permettre l'établissement d'une relation de confiance grâce aux connexions visuelle et audio. • Certains patients ou clients pourraient être plus à l'aise dans un environnement familier. • Réduit la nécessité de déplacements pour le patient ou le client et permet de gagner du temps. | <p>nécessaire à l'utilisation de la solution.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est nécessaire que le patient comme le fournisseur de soins de santé soient disponibles au même moment. • Des difficultés techniques peuvent survenir de façon intempestive. |
| <p>Les SMS numériques utilisés dans le cadre clinique pourraient ne pas être sécurisés (non chiffrés) (p. ex.,</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Facile d'accès pour les patients : aucune connexion à un compte et aucun téléchargement d'une application nécessaire. • Idéal pour les rappels et les messages, ainsi que pour d'autres types de communication simples ne nécessitant pas la transmission de renseignements personnels. | <ul style="list-style-type: none"> • Non sécurisé : risque d'interception des messages par des tiers. • Selon la solution employée (p. ex., logiciel établi de messagerie numérique pour le |

| Solution de santé virtuelle | Avantages et utilisation | Limites |
|--|--|--|
| messages envoyés directement vers un numéro de téléphone). | <ul style="list-style-type: none"> • Permet une communication asynchrone (possibilité d'envoyer et de recevoir des messages à tout moment). | <p>secteur clinique plutôt que de téléphone à téléphone), il peut être possible d'assurer un suivi et d'archiver la communication, si elle n'est pas documentée à part dans le dossier de santé.</p> |
| Téléphone | <ul style="list-style-type: none"> • Les patients et les fournisseurs sont très au fait de ces modalités. • Peut contribuer à réduire les iniquités d'accès aux soins virtuels en lien avec la disponibilité de la connexion à Internet, la littéracie numérique et l'accès des patients aux appareils et à Internet. • Peut constituer une méthode efficace quand le fournisseur et le patient ont déjà une relation, ou si la consultation concerne une question ou une demande simple (p. ex., renouvellement d'une prescription permanente, rappel d'un rendez-vous). | <ul style="list-style-type: none"> • La mobilisation et l'établissement de relations peuvent s'avérer plus difficiles. • Impossible de procéder à un examen visuel du patient, et aucune indication de son état émotionnel ni de son degré de compréhension. • Solution la moins adaptée à la transmission de |

| Solution de santé virtuelle | Avantages et utilisation | Limites |
|-----------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Peut convenir à une conversation initiale de triage pour décider quelle organisation convient le mieux : une consultation en personne ou par vidéoconférence. • Peut être efficace pour le suivi de la glycémie ou du poids, ou pour des discussions relatives à des symptômes signalés par les patients, quand ces derniers vivent loin. • Peut être utile dans le cas de rappels aux fins de renforcement du respect des rendez-vous et des traitements. • Peut constituer une solution de rechange rapide en cas d'échec des dispositions de consultation par vidéo. • Peut être efficace en combinaison avec les consultations en personne et par vidéoconférence. | <p>renseignements ou de nouvelles difficiles à entendre : il est plus difficile d'exprimer de l'empathie et d'offrir un soutien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il peut être nécessaire de fixer un rendez-vous pour mettre le fournisseur et le patient en relation. |

5 Orientation et recommandations

Les énoncés d'orientation suivants supposent que la norme relative aux soins dans le cadre de soins primaires virtuels est la même que celle relative aux soins primaires assurés en personne. Toutes les références aux soins primaires virtuels renvoient à des soins pertinents sur le plan clinique, sécuritaires,

équitable et axé sur la personne. Dans ce document, l'utilisation du terme « cliniciens » fait référence aux « cliniciens chargés des soins primaires ».

4.5 Planification des soins primaires virtuels

A. Évaluation des besoins et des possibilités d'utilisation des services virtuels de la population de patients

- 1) Les cliniciens qui envisagent d'offrir des services de soins virtuels déterminent quels services virtuels peuvent être utiles à la population de patients qu'ils desservent. La liste peut varier d'une région à l'autre.
- 2) Les cliniciens définissent leur capacité (ressources humaines et techniques) à offrir chaque type de services virtuels (messagerie sécurisée, courriels, téléphone, vidéo, surveillance à distance), ainsi que les possibilités raisonnables de renforcement de cette capacité aux fins d'élargissement de l'éventail de solutions qui pourraient être employées pour assurer des services de soins virtuels.

B. Évaluation de la capacité des cliniciens chargés des soins primaires à assurer les services de soins primaires virtuels

- 1) Avant d'offrir des services de soins primaires virtuels, les cliniciens évaluent leurs propres compétences et le degré de préparation à assurer ces services.
- 2) Les cliniciens définissent quels services de soins virtuels ils sont disposés à utiliser dans le cadre des soins primaires, dans quelles conditions et selon quelles modalités.

C. Définition de l'offre de soins virtuels

- 1) Les organismes de premier plan et les cliniciens chargés des soins primaires définissent conjointement le degré auquel l'environnement de pratique permet la mise en œuvre de solutions de soins primaires virtuels, ainsi que les outils offerts pour ces soins (p. ex., courriels, messageries sécurisées, téléphone, vidéo), en s'appuyant sur l'évaluation des besoins de la population de patients et en consultation avec les patients quand c'est possible.
- 2) Les cliniciens décident des outils qui seront utilisés dans leur cabinet, au vu des limites de leur utilisation dans la prestation des soins primaires.

- 3) Les cliniciens définissent les grandes lignes des approches à adopter si des difficultés relatives au patient existent ou apparaissent en ce qui concerne l'utilisation des outils virtuels (p. ex., si les capacités cognitives d'un patient se détériorent, ou en cas de perte de la vue ou de l'audition : ces situations pourraient affecter l'utilisation efficace de l'outil).
- 4) Les cliniciens définissent les grandes lignes des approches à adopter quand l'utilisation d'un outil donné (messagerie sécurisée, courriels, téléphone ou vidéo) pour une consultation de soins virtuels n'est pas adaptée à la prestation de soins sécuritaires, efficaces et de qualité, ou bien quand cet outil ne fonctionne pas au moment où on en a besoin.
- 5) Les cliniciens définissent comment ils évalueront l'adéquation de leur utilisation des soins virtuels aux besoins des patients. Ils doivent aussi définir si ces méthodes permettent de parvenir aux résultats souhaités.

D. Coordination de l'offre de soins primaires virtuels au sein du cabinet

- 1) Les cliniciens présentent l'offre souhaitée aux autres membres du cabinet, et s'assurent que les autres personnes qui devront appuyer les soins primaires virtuels ou y participer :
 - a. sont au fait de l'offre de soins virtuels et du rôle d'appui qu'ils doivent jouer;
 - b. disposent des connaissances, des compétences et des aptitudes nécessaires pour assurer leurs responsabilités.
 - c. Les cliniciens chargés des soins primaires doivent examiner régulièrement l'offre de soins virtuels et la mettre à jour, au besoin (p. ex., quand il n'est plus possible d'offrir un service, ou quand un service n'est plus disponible). Ils doivent aussi aviser les autres membres du cabinet de toute mise à jour.

E. Communication de l'offre de soins primaires virtuels aux patients

- 1) Les cliniciens présentent à leurs patients les outils de soins virtuels qui seront utilisés dans leurs cabinets, en prenant en compte les limites qui pourraient exclure la prestation de soins primaires.
- 2) Les patients sont avisés de toute mise à jour de l'offre de soins virtuels (p. ex., dans les cas où un service n'est plus offert ou quand un nouveau service est disponible) en temps opportun.

4.6 Évaluation, documentation et communication de la capacité d'un patient à bénéficier de services de soins primaires virtuels

A. Évaluation de la capacité d'un patient à bénéficier de services de soins primaires virtuels

- 1) Les cliniciens, comme leurs patients et les prestataires de soins de ces derniers,¹¹ évaluent régulièrement les éléments suivants :
 - a. les préférences des patients quant aux possibilités de soins virtuels disponibles;
 - b. le niveau de confort des patients quant à l'utilisation des outils de soins virtuels;
 - c. le niveau de compétence des patients quant à l'utilisation des outils de soins virtuels;
 - d. les obstacles (avérés ou potentiels) au recours aux soins virtuels (p. ex., dus à la langue, aux capacités cognitives ou à l'accès à la technologie);
 - e. les plans visant à contourner les obstacles (avérés ou potentiels) (si possible);
 - f. un plan de rechange en cas d'échec de tout outil de soins virtuel éventuellement employé.

B. Documentation et communication des préférences et des capacités des patients quant à la prestation de services de soins primaires virtuels

- 1) Les cliniciens qui assurent ce type de soins sous forme virtuelle s'assurent que des mécanismes sont en place pour documenter les préférences des patients et des prestataires de soins et leur capacité à bénéficier efficacement de services de soins primaires virtuels.
- 2) Les cliniciens documentent les préférences des patients et de leurs prestataires de soins ainsi que leur capacité à bénéficier de soins virtuels. Ils doivent aussi transmettre ces renseignements et s'assurer qu'ils sont accessibles aux autres membres du cabinet pour qui ils pourraient être pertinents (p. ex., l'assistant du bureau ou d'autres membres de l'équipe de soins). La documentation doit inclure toute limite et tout risque connu de la prestation des services de soins primaires auprès des patients ou de leurs prestataires de soins, ainsi que tout plan de rechange qui pourrait être appliqué en cas d'échec de la méthode choisie.

¹¹ On définit les prestataires de soins comme les membres de la famille et les amis du patient, ainsi que les autres personnes qui lui apportent leur aide et leur procurent des soins, sans nécessairement qu'un lien particulier n'existe entre ces personnes.

- 3) Les cliniciens documentent et présentent tout changement des capacités et des préférences des patients ou des prestataires de soins en ce qui concerne les services de soins primaires virtuels à la suite des nouvelles évaluations, ou quand on observe des changements de ce type qui pourraient affecter la prestation de soins primaires virtuels sécuritaires et efficaces.

4.7 Prestation des soins primaires virtuels

A. Utilisation de données probantes d'actualité

- 1) Les cliniciens se tiennent au fait des évolutions des méthodes de soins virtuels et s'appuient sur les pratiques exemplaires et les données probantes les plus récentes dans leur prestation des soins primaires virtuels.

B. Définition des modalités de recours aux soins virtuels dans les interactions de soins primaires à l'initiative des patients

- 1) Les cliniciens qui assurent des services de soins primaires virtuels doivent offrir l'orientation nécessaire au triage des demandes de services de ce type aux autres personnes qui interagissent directement avec des patients. Le choix de l'offre de services de soins virtuels et des modalités à employer le cas échéant doit être fait en fonction de cette orientation, et doit prendre en compte les aspects suivants :
 - a. Faisabilité
 - b. Acceptabilité pour le patient comme pour le fournisseur de soins
 - c. Avantages des soins virtuels supérieurs aux risques

Remarque : En cas d'utilisation d'un système en ligne pour la prise de rendez-vous ou le triage, le système doit inclure des dispositions permettant d'intégrer cette orientation.

- 2) Les cliniciens qui ont délégué à d'autres personnes l'autorité nécessaire à la définition de la pertinence clinique du recours aux soins virtuels et qui sont avisés d'incertitudes ou de conflits en lien avec cette définition doivent procéder de la façon suivante :
 - a. étudier chaque possibilité qui, le cas échéant, serait faisable et permettrait la prestation de soins sécuritaires et de qualité;
 - b. fournir de l'orientation aux personnes à qui cette tâche a été déléguée.

- 3) Les cliniciens doivent prendre en compte la portée de la pratique ainsi que le type de praticien le mieux à même de répondre aux besoins du patient sous forme virtuelle quand il présente une orientation aux personnes prenant les décisions relatives aux méthodes de prestation virtuelle à adopter.
- 4) Les cliniciens déterminent si un patient est à même de bénéficier des services de soins primaires virtuels dont il a fait la demande et si des modifications ou des adaptations sont nécessaires pour ce faire.
- 5) Les cliniciens définissent si la méthode de soins virtuels choisie par le patient est compatible avec le sujet de l'interaction (p. ex., si on s'attend à ce qu'un test diagnostique ou un examen physique soit nécessaire, un rendez-vous en personne est nécessaire, et des dispositions doivent être prises pour l'organisation du test diagnostique).
- 6) Les cliniciens établissent si le mode de communication choisi par le patient est adapté à l'urgence de la situation ou au déroulement du processus nécessaire à la prise en charge de la demande (p. ex., si on s'attend à ce que la plainte du patient nécessite une prise en charge urgente, il pourrait être nécessaire d'orienter le patient vers un établissement adapté).

C. Définition des modalités de recours aux soins virtuels dans les interactions de soins virtuels à l'initiative des praticiens

- 1) Les cliniciens prennent en compte les éléments suivants pour définir les modalités adaptées à une interaction de soins virtuels :
 - a. les préférences exprimées et documentées des patients et des prestataires de soins quant aux interactions virtuelles, et leur outil de communication de choix;
 - b. la capacité des patients et des prestataires de soins à accéder aux outils de soins virtuels;
 - c. la capacité des patients et des prestataires de soins à utiliser efficacement les outils de soins virtuels.
 - d. La raison qui pousse le patient à établir la communication, qui peut affecter la possibilité d'un résultat positif en fonction de l'outil utilisé; par exemple :
 - i. il est probable que la divulgation de renseignements sensibles entraîne une réaction émotionnelle, qui pourrait affecter la capacité du patient à recevoir de l'information et à bénéficier d'un soutien de façon efficace;

- ii. il est probable que des renseignements complexes affectent la capacité du patient ou du prestataire de soins à entendre et comprendre efficacement l'information en utilisant un outil de communication virtuelle;
- iii. le caractère urgent des renseignements pourrait influencer le choix de l'outil (c.-à-d. qu'on choisira l'outil le plus rapide);
- iv. la nécessité d'une intervention ou d'un examen physique direct, qui ne seraient pas possibles autrement.

D. Documentation des interactions de soins primaires virtuels

- 1) Les cliniciens s'assurent que des dispositions sont en place pour documenter les interactions de soins primaires virtuels. La documentation doit être accessible à d'autres membres du cabinet, au besoin, pour organiser et assurer la continuité des soins et les soins interdisciplinaires, et pour évaluer les résultats des interactions de soins primaires virtuels.
- 2) La documentation de chaque interaction de soins virtuels précise l'outil de soins virtuels utilisé.

5 Références

1. Conseil des soins primaires de l'Ontario. Framework for Primary Care in Ontario (« Cadre des soins primaires en Ontario ») (en anglais) [Internet]. Toronto, Ont. : Le Conseil; 2016 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.afhto.ca/wp-content/uploads/OPCC-Framework-for-Primary-Care-2016-01-13.pdf.
2. Salle de presse du gouvernement de l'Ontario [Internet]. Toronto, Ont. : gouvernement de l'Ontario; 2019. Communiqué de presse, L'Ontario accroît les soins de santé numériques et virtuels; 19 novembre 2019 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : <https://news.ontario.ca/fr/release/54594/ontario-accroit-les-soins-de-sante-numeriques-et-virtuels>
3. Kiran T, Green M, Wu F, Strauss R, Gozdyra P, Kopp A, et coll. Association between virtual primary care and emergency department use (« Corrélation entre le recours aux soins primaires virtuels et les visites aux services d'urgence ») [Internet]. Kingston, Ont. : INSPIRE-PHC; 2021 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : https://maphealth.ca/wp-content/uploads/PC-COVID_OH_final-deliverable.pdf.(en anglais)
4. Association médicale canadienne (AMC). Pertinence des soins de santé [Internet]. Ottawa, Ont. : AMC; 2015 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : <https://policybase.cma.ca/link/policy11516>.
5. Robertson-Preidler J, Biller-Andorno N, Johnson TJ. What is appropriate care? An integrative review of emerging themes in the literature. (« Qu'est-ce que la pertinence des soins? Un examen par intégration des nouveaux sujets abordés dans la littérature ».) *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):452. (en anglais)
6. Qualité des services de santé Ontario. La qualité ça compte : Réaliser l'excellence des soins pour tous [Internet]. Toronto, Ont. : Santé Ontario; 2015 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.hqontario.ca/portals/0/documents/health-quality/realizing-excellent-care-for-all-fr.pdf.
7. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Protection des renseignements personnels sur la santé [Internet]. Toronto, Ont. : OMCO; 2020 [cité le 8 juin 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.cpso.on.ca/fr/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Protecting-Personal-Health-Information.

8. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, Griffin B, Wong I, Bhatia S. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. (« Recommandations relatives aux politiques sur les soins virtuels pour les soins de santé primaires axés sur le patient : conclusions d'un dialogue politique de consensus selon une technique faisant appel à un groupe nominal. ») J Telemed Telecare. 2018;24(9):608–15.
9. Bidy R, Griffin C, Johnson N, Larocque G, Messersmith H, Moody L, et coll. Person-centred care guideline (« Ligne directrice sur les soins axés sur la personne ») [Internet]. Toronto, Ont. : Action Cancer Ontario; 2015 [cité le 29 mars 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.cancercareontario.ca/fr/guidelines-advice/types-of-cancer/38631 (en anglais).
109. theberylinstitute.org [Internet]. Nashville, Tennessee : The Institute; c2022. Accessible à l'adresse suivante : www.theberylinstitute.org (en anglais).
11. Qualité des services de santé Ontario. Plan d'équité en matière de santé de Qualité des services de santé Ontario [Internet]. Toronto, Ont. : Santé Ontario; 2016 [cité le 29 mars 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/Health_Equity_Plan_Report_Fr.pdf.
12. Association of American Medical Colleges. (« Association des ordres médicaux américains. ») Telehealth competencies across the learning continuum (« Compétences liées aux télésoins sur le continuum d'apprentissage ») [Internet]. Washington, District de Columbia : Association of Medical Colleges (« Association des ordres médicaux américains »); 2021 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : https://store.aamc.org/downloadable/download/sample/sample_id/412/ (en anglais)
13. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La compétence par conception [Internet]. Ottawa, Ont. : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; c2022 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.royalcollege.ca/rcsite/cbd/competence-by-design-cbd-f.
14. Association médicale canadienne (AMC). Soins virtuels – Recommandations pour la création d'un cadre pancanadien : rapport du groupe de travail sur les soins virtuels [Internet]. Ottawa, Ont. : AMC;

2020 [cité le 12 mai 2022]. www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/RapportduGroupeTravauxsurlesSoinsVirtuels.pdf.

15. Crawford A, Sunderji, Lopez J, Soklaridis S. Defining competencies for the practice of telepsychiatry through an assessment of resident learning needs. (« Définition des compétences nécessaires à la pratique de la psychiatrie à distance grâce à une évaluation des besoins d'apprentissage des résidents. ») BMC Med Educ. 2016;16:28. Accessible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26813286/> (en anglais)

16. Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital. Competencies for virtual care at Holland Bloorview. (« Compétences liées aux soins virtuels à Holland Bloorview. ») [Internet]. Toronto, Ont. : Holland Bloorview; 2020 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : <https://hollandbloorview.ca/sites/default/files/2020-05/HB-Competencies-VirtualCare.pdf>.

17. Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC). Référentiel sur la télémédecine de la FOMC [Internet]. Ottawa, Ont. : FOMC; 2019 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : <https://fmrac.ca/fmrac-framework-on-telemedicine/>

18. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. The practice guide. Medical professionalism and college policies. (« Guide de pratique du professionnalisme dans le domaine médical et des politiques de l'Ordre. ») [Internet] Toronto, Ont. : OMCO; 2021 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante : www.cpso.on.ca/admin/CPSCO/media/Documents/physician/polices-and-guidance/practice-guide/practice-guide.pdf (en anglais)

19. Association canadienne de protection médicale (ACPM) Soins sécuritaires pendant la pandémie – tant en mode virtuel qu'en personne. Ottawa, Ont. : ACPM 2021 : Accessible à l'adresse suivante : www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2021/safe-care-amid-the-pandemic-virtually-and-in-person.

20. Agarwal P, Wang R, Meany C, Walji S, Damji A, Gill Toor A, et coll. Sociodemographic differences in patient experience with virtual care during COVID-19. (« Différences sociodémographiques de l'expérience des patients en ce qui concerne les soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19. »)

[Prépublication]. medRxiv, 22 juillet 2021 [cité le 12 mai 2022]. Accessible à l'adresse suivante :

www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.19.21260373v1. (en anglais)

21. Bureau des soins virtuels de la Régie des services de santé provinciaux. Virtual health handbook for PSHA staff. (« Manuel des soins de santé virtuels à l'intention du personnel. ») [Internet]. Vancouver, Colombie-Britannique : Régie des services de santé provinciaux; 2021 [cité le 20 mai 2020]. Accessible à l'adresse suivante : www.phsa.ca/health-professionals-site/Documents/Office%20of%20Virtual%20Health/Virtual%20Health%20Handbook.pdf.(en anglais)

6 Annexes

6.1 Processus de création

Le présent document a été créé par l'équipe de création de contenu de Santé Ontario pour l'orientation autour des soins primaires concernant l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels. Certains éléments de ce document, notamment le public cible, ainsi que certains concepts et certaines recommandations ont été établis lors de discussions du comité d'experts des soins primaires pour une orientation sur l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels, et lors d'échanges avec ce groupe (voir « Membres » dans la partie « 8.4 Remerciements »). Le comité d'experts des soins primaires s'est réuni lors de réunions virtuelles à quatre reprises, et ses membres ont pris part à cinq enquêtes en ligne entre décembre 2021 et mars 2022.

6.2 Mobilisation des intervenants

Santé Ontario a organisé au moins une réunion avec les groupes suivants lors de la création de l'orientation autour des soins primaires concernant l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels :

Alliance pour des communautés en santé (ACS)

Association of Family Health Teams Ontario (AFHTO [« Association des équipes Santé Familiale de l'Ontario »])

Centres de santé

Centre for Effective Practice (« Centre pour une pratique efficace »)

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO)

Organismes francophones de planification des services

Collège des médecins de famille de l'Ontario (CMFO)

Président-directeur général de Santé Ontario

Comité consultatif des patients et des familles

Primary Care Collaborative (PCC [« Collectif pour les soins primaires »])

6.3 Remerciements

La création du présent document d'orientation n'aurait pas été possible sans le temps et les efforts fournis par l'ensemble des intervenants, qu'ils soient internes ou externes à Santé Ontario. Les personnes et les groupes suivants ont joué des rôles essentiels à la création du document.

Membres à l'exercice 2021-2022 : Les membres du comité d'experts des soins primaires pour une orientation sur l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels comprennent :

D^r Onil Bhattacharyya (coprésident)

D^r David Kaplan (coprésident)

D^r Alykhan Abdulla

Nour Al-Farawi, MN IP –SSP

D^r Andrew Bond

D^{re} Risa Bordman

D^r Avery Gudgeon

D^r Paul Hacker

D^{re} Lisa Habermehl

D^{re} Tara Kiran

D^r Dennison Lai

D^r Kevin Lai

Leanna Lefebvre, IP – SSP

D^r Harry O'Halloran

D^r Braden O'Neill

Lesley Read (patiente-partenaire)

Hui Shen (patiente-partenaire)

Jeannette Smith (patiente-partenaire)

D^r Manisha Verma

Howard Wax (patient-partenaire)

Ciara Williams (patiente-partenaire)

Membres du groupe de planification du groupe d'experts et de patients-partenaires

Kathy Smith (patiente-partenaire)

Minna Allarakhia (patiente-partenaire)

Les membres de l'équipe de Santé Ontario qui ont participé à la création du document d'orientation autour des soins primaires concernant l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels comprennent :

Tasleen Adatia

Phil Dalton

Vivian Henderson

Jennifer Kehoe

Zahra Ismail

D^r David Kaplan
Ciara Parsons
Naomi Peek
Simran Sharma
Apurva Shirodkar
Karen Waite
Rhonda Wilson
Dan Zapras

Membres de l'équipe centrale chargée de l'utilisation pertinente sur le plan clinique des soins virtuels pour la prestation des soins primaires :

Phil Dalton
Vivian Henderson
Jennifer Kehoe
Harman Mundi
Ciara Parsons
Simran Sharma
Apurva Shirodkar
Karen Waite
Dan Zapras

6.4 Autres ressources

Trousse d'outils pour la gestion du changement en soins virtuels destinée aux cliniciens (Excellence en santé Canada/Inforoute santé du Canada) (2022) www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/6381-trousse-d-outils-pour-la-gestion-du-changement-en-soins-virtuels-destinee-aux-cliniciens/view-document?Itemid=0

Santé Ontario (Réseau Télémédecine Ontario) (2020) [Centre de formation](#) (en anglais)

Santé Ontario (Excellence numérique dans le secteur de la santé) (2021) [Programme de vérification des visites virtuelles](#)

[Norme de vérification des visites virtuelles | Santé Ontario \(ontariohealth.ca\)](#)

Santé Ontario (Réseau ontarien des soins palliatifs)(2021) [Leveraging Virtual Care to Support Palliative Care](#) (version anglaise)

[Utilisation des soins virtuels à l'appui des soins palliatifs](#) (version française)

Évaluation virtuelle faisant appel aux patients <https://link.cep.health/vc15> (en anglais) et <https://link.cep.health/vc17> (en anglais)