

# **Programme de soins virtuels de l'Ontario :** Pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée

## **Dossier d'inscription**

Division des stratégies relatives au numérique et à l'analytique,  
Ministère de la Santé

15 janvier 2024

Ontario 

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Aperçu</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Contrat d'inscription</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Enquête d'inscription</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Comment soumettre le dossier d'inscription complété</b>	<b>20</b>

# 1 Aperçu

## Présentation du dossier d'inscription

Le dossier d'inscription peut prendre environ 30 minutes à compléter. Vous devez fournir les informations suivantes :

1. Numéro du Collège
2. Numéro de facturation d'Assurance-santé
3. Détails du contact
4. Informations sur la pratique

**REMARQUE :** Aucun renseignement personnel sur la santé ne doit être inscrit sur ce formulaire. Veuillez ne pas inclure de renseignements personnels sur la santé dans vos réponses.

## Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Overview

Remarque : Cette section du document est de nature technique et est disponible en anglais uniquement en raison de son public ciblé limité. Ce document a été exempté de la traduction en vertu de la Loi sur les services en français.

### Registration Purpose:

This registration is to be completed by physicians applying to join the Secure Messaging Proof-of-Concept (PoC) Pilot launching April 1, 2024. Once registered in this PoC physicians will be eligible to submit claims for public funding provided by the Ministry of Health's (Ministry's) Ontario Virtual Care Program (OVCP) for the delivery of uninsured [secure messaging service encounters](#) according to the terms and conditions set out in the [Ontario Virtual Care Program: Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Billing Guide](#) (Billing Guide) and the Ontario Virtual Care Program: Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Registration Contract ([Registration Contract](#)) (to be completed in Section 2 of this registration package).

### To be eligible to register you must:

1. Be a physician with a valid Ontario Health Insurance Plan (OHIP) billing number practicing in Ontario.
2. Deliver services to patients within an [existing/ongoing patient-physician relationship](#).
3. Have completed your registration by July 31, 2024.

### Duration:

The Secure Messaging PoC will be running for a two-year period (April 1, 2024 to March 31, 2026) within the OVCP, according to the terms of the Ministry and Ontario Medical Association (OMA) 2021 Physician Services Agreement. The Ministry will consult with the OMA and other stakeholders when assessing the Secure Messaging PoC and the potential future of secure messaging in the provision of health care to Ontarians.

## Scope:

The Secure Messaging PoC enables registered physicians to receive compensation from the OVCP for [secure messaging service encounters](#) according to the terms and conditions of the Registration Contract and Billing Guide. The Secure Messaging PoC is intended to increase access to care and gather further evidence on the use of secure messaging within physician practices at a larger scale in Ontario than has been possible to date.

The Secure Messaging PoC does not include funding to support the purchase or implementation of a secure messaging solution (i.e., a verified virtual visit solutions with secure messaging functionality from Ontario Health's [Verified Solutions List](#)).

## Registration Requirements:

To be registered in the Secure Messaging PoC, Ontario physicians must:

1. Complete the Registration Contract ([See Section 2](#))
2. Complete the Registration Survey ([See Section 3](#))
3. Submit the completed Registration Package (this document) by e-mail to [OVCPregistration@ontariohealth.ca](mailto:OVCPregistration@ontariohealth.ca)
4. Receive e-mail confirmation that their registration has been submitted
5. Receive e-mail confirmation that their registration has been processed and approved

The Ministry retains the right to revoke or terminate registration as per the terms of the Registration Contract (See Section 2).

## Claims Submission, Payment, and Reporting:

Claims for eligible uninsured *secure messaging service encounters* under the Secure Messaging PoC will be submitted, paid, and reported through the Ontario claims submission process.

To be eligible to submit claims, Ontario physicians must be registered in the Secure Messaging PoC. The date that the first delivery of a *secure messaging service encounter* under the Secure Messaging PoC can occur (the [effective date](#)) will be stated for each physician in the e-mail confirming their registration has been processed and approved.

Registered physicians will receive a [Monthly Management Fee](#) payment, according to the appropriate *Monthly Management Fee* payment tier they have qualified for each month, at the payment rate determined based on the physician's group affiliation(s). The payment will be made on their individual (solo) Remittance Advice (RA), regardless of whether the claims are submitted solo or under group number(s). Registered physicians will receive a separate report with a detailed breakdown of the Secure Messaging PoC claims in PDF format through the Medical Claims Electronic Data Transfer (MCEDT) service as a separate report from the RA. The report will only be available for physicians who have registered their solo billing number with MCEDT.

Further details can be found in Section 5 of the [Billing Guide](#).

# 2 Registration Contract

Remarque : Cette section du document est de nature technique et est disponible en anglais uniquement en raison de son public ciblé limité. Ce document a été exempté de la traduction en vertu de la Loi sur les services en français.

## Physician Information

CPSO Number \_\_\_\_\_

Solo OHIP Billing Number \_\_\_\_\_

**Name - Surname and given names should be consistent with the records of the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO)**

Surname

Given Name(s)

\_\_\_\_\_

**Contact - Provide your primary phone number and e-mail for contact**

Phone Number

E-mail (Registration confirmation will be sent to this address)

\_\_\_\_\_

**Specialty / Sub-Specialty - Should be consistent with your professional training**

**Specialty**

\_\_\_\_\_

**Additional Specialty(s)/Sub-specialty(s) (if applicable)**

\_\_\_\_\_

# Terms of the Registration Contract

In return for fulfilling the terms of this Ontario Virtual Care Program: Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Registration Contract (Registration Contract)), I will be entitled to payment for eligible funded uninsured [secure messaging service encounters](#) by the Ministry of Health's (Ministry's) Ontario Virtual Care Program under the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot subject to the terms and conditions in this Registration Contract and the [Ontario Virtual Care Program: Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Billing Guide](#) beginning on the [effective date](#) set out in the confirmation of registration processing and approval that will be sent to the e-mail I provided in this Registration Contract.

This Registration Contract for the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot will remain in effect until March 31, 2026 unless extended by the Ministry. This Registration Contract can be terminated by the Ministry at any time for any reason, upon providing the registrant with not less than 10 business days' notice to the e-mail address provided in this Registration Contract.

## Declaration, Acknowledgement and Consent

I declare the information I have provided in this Registration Contract to be true.

I acknowledge and agree that as a registrant in the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot:

- I will read, understand, and abide by the information:
  - INFOBulletins related to payment policy
  - [Ontario Virtual Care Program: Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Billing Guide](#)
- I will participate in the review and evaluation of the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot, and I hereby consent to:
  - The Ministry disclosing the information, including personal information, I have provided as part of this registration (such as, contact information, survey responses) and administrative data (such as, claims data) to evaluators if necessary to meet evaluation objectives.
  - My practice(s) or myself being contacted at the contact information provided during registration with a mandatory midterm survey, to clarify/elaborate on the information provided and/or solicit further voluntary participation in the evaluation by myself or my practice(s) (such as, participation in case studies).
- I will ensure that if it becomes apparent to me, after reviewing patient information shared with me as part of a *secure messaging service encounter*, that it is not clinically appropriate or possible to complete the service solely by secure messaging, in-person or other appropriate alternate virtual care services by telephone or video will be made available by myself or my group, within a clinically appropriate timeframe.
- I will not charge a patient for any messaging exchanges, regardless of whether it is a funded *secure messaging service encounter* under the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot or not.
- I will only submit claims for funding eligible *secure messaging service encounters* as outlined in the [Ontario Virtual Care Program: Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot Billing Guide](#).
- I may not submit claims for services eligible for, or included in, funding under any other Ministry program or initiative for payment by the Ontario Virtual Care Program.

- The Ministry may:
  - Contact me at any time in relation to the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot or delegate the contact to Ontario Health.
  - Cancel this registration process at any time or deny registration for any reason.
  - Amend the Billing Guide at any time by providing notice to the e-mail I provided in this Registration Contract.
  - Disclose any information collected as part of this registration if required by the provincial Freedom of Information and Protection of Privacy Act or as otherwise required by law or by a court or tribunal.
  - Randomly send letters to patients for whom I have claimed a *secure messaging service encounter* to verify services delivered.
  - Terminate my registration in the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot which would end my eligibility to submit claims for *secure messaging service encounters* through the Ontario Virtual Care Program at any time for any reason, upon providing me with not less than 10 business days' notice.

I consent to:

- Provide medical records to the Ministry to substantiate my *secure messaging service encounter* claims, if and when requested to do so by the Ministry;
- The disclosure of my registration and *secure messaging service encounter* payment related information, including personal information, within the Ministry, and to Ontario Health and others as applicable for the purposes of audit, evaluation, and health planning; and
- The recovery (such as, deduction or set-off) by the Ministry from any Ministry payments otherwise payable to me of any *secure messaging service encounter* payments processed under the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot if the Ministry is of the opinion that an overpayment for *secure messaging service encounter(s)* has occurred due to reconciliation related to a claims system logic issue and/or a payment adjustment due to retroactive changes to physician affiliation(s), patient enrollment, and/or number of *secure messaging service encounter* claims submitted for a previous processing month.

I have read and agree to the terms and conditions of the above contract.

Signed by Physician

(YYYY/MM/DD)

For more information regarding:

- **completing this application and/or registering** in the Secure Messaging Proof-of-Concept Pilot, please contact [OVCPregisration@ontariohealth.ca](mailto:OVCPregisration@ontariohealth.ca)
- **billing and payment related inquiries**, please contact the Ministry of Health's Service Support Contact Centre at: 1-800-262-6524 or [SSContactCentre.MOH@ontario.ca](mailto:SSContactCentre.MOH@ontario.ca)

# 3 Enquête d'inscription

## Introduction à l'enquête

Les réponses à l'enquête sont recueillies auprès de tous les participants du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée afin de soutenir l'évaluation de l'utilisation de la Messagerie sécurisée dans les cabinets médicaux en Ontario sur une plus grande échelle que ce qui a été possible jusqu'à présent.

## Définitions des termes clés utilisés dans l'enquête

**Pratique** : Une pratique dans ce contexte comprend une clinique ambulatoire communautaire ou hospitalière.

**Messagerie** : Un échange de messages, qui peuvent ou non être échangés de manière privée et sécurisée, et qui peuvent contenir des fichiers multimédias supplémentaires tels que des documents, des images ou des enregistrements audio ou vidéo (tels que, texto ou SMS, messagerie instantanée [tels que, WhatsApp, Facebook Messenger], courriel électronique, solution de messagerie sécurisée (tel que, [Liste de solutions vérifiées](#)). Cela peut inclure des interactions entre des tiers telles que, sans toutefois s'y limiter, un patient/soignant avec un clinicien, un clinicien avec un autre clinicien ou un patient/soignant avec un administrateur.

**Messagerie sécurisée** : Forme de messagerie privée et sécurisée utilisant la fonctionnalité de messagerie sécurisée d'une solution de visite virtuelle dont la sécurité a été vérifiée par Santé Ontario et qui est répertoriée sur la [liste des solutions vérifiées](#) de Santé Ontario.

**Services cliniques aux patients par messagerie sécurisée** : Terme général désignant la disposition de gestion clinique et/ou de conseils à un patient, ou à son représentant, par messagerie sécurisée, qui peut ou non avoir satisfait aux exigences d'une prestation de << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée.



# Enquête

## A. Informations sur le médecin

1. Indiquez votre niveau de confort et de compétence dans l'utilisation de la technologie (par exemple, les dossiers médicaux électroniques, les solutions de visites virtuelles) pour prodiguer des soins :

Aucun

Novice - J'ai une expérience limitée de l'utilisation de la technologie dans la prestation de soins et j'ai besoin d'une aide substantielle

Intermédiaire - Je peux effectuer des tâches de base, mais je ne maîtrise pas les fonctions plus avancées et j'ai souvent besoin de conseils

Compétent - Je suis à l'aise avec l'utilisation de la technologie dans la prestation de soins et je peux naviguer dans la technologie et dans la plupart des tâches de manière indépendante

Avancé - Je possède un haut niveau de compétence dans l'utilisation de la technologie dans la prestation de soins et je peux gérer des tâches complexes

Expert - J'ai un niveau de compétence élevé et une expérience approfondie de l'utilisation de la technologie dans la prestation de soins et je peux résoudre des problèmes techniques

Incertain(e)

2. Dans combien de pratique(s) exercez-vous actuellement (y compris les cliniques externes communautaires ou hospitalières)?

\_\_\_\_\_

3. Dans combien de ces pratique(s) avez-vous l'intention de proposer des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée?

\_\_\_\_\_

## B. Informations sur la pratique

**Fournissez des renseignements sur la ou les pratique(s) où vous avez l'intention de proposer des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée.**

Les sections suivantes doivent être **remplies pour chaque pratique individuellement**.

**S'il y a plus de deux pratiques, fournissez des renseignements sur les deux pratiques les plus diverses.** Lors de la sélection des pratiques sur lesquelles fournir des renseignements, veuillez considérer des éléments tels que la grandeur, la population de patients, les soins délivrés, le soutien à la mise en œuvre et l'utilisation des soins virtuels, la technologie, etc.

## Première pratique

### 1. Informations administratives

- a) Décrivez le type de pratique dans laquelle vous avez l'intention de proposer des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée.

Pratique privée

Pratique de groupe

Hôpital

Autre \_\_\_\_\_

- b) Fournissez les coordonnées de la pratique où vous avez l'intention d'offrir des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée.

Nom de la pratique \_\_\_\_\_

Adresse de la pratique \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone primaire \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone secondaire (facultatif) \_\_\_\_\_

Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

Contact administratif principal :

• Nom \_\_\_\_\_

• Rôle/poste \_\_\_\_\_

• Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

• Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

### 2. Informations sur le personnel

- a) Qui, dans cette pratique, soutient ou soutiendra la mise en œuvre et l'utilisation de la messagerie sécurisée? [sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent]

Personnel administratif

Responsable de l'amélioration de la qualité

Direction

Responsable des soins virtuels

Personnel informatique

Aucun

Autre \_\_\_\_\_

b) Anticipez-vous l'utilisation de la messagerie sécurisée par le personnel administratif de cette pratique?  
[Remarque : Ceci ne constitue pas une << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée]

Oui      Non      Un peu      Inconnu

c) Anticipez-vous l'utilisation de la messagerie sécurisée par le personnel infirmier de cette pratique?  
[Remarque : Ceci ne constitue pas une << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée]

Oui      Non      Un peu      Inconnu

d) Si la pratique a des professionnels paramédicaux, prévoyez-vous que ces derniers offriront des services cliniques par messagerie sécurisée?

[Remarque : Ceci ne constitue pas une << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée]

Pas de professionnels paramédicaux      Oui      Non      Un peu      Inconnu

### 3. Informations sur la population de patients

a) Quelle est la zone de chalandise principale des patients de cette pratique?

Urbain/banlieue      Petite ville      Zone rurale

Zone géographiquement isolée/éloignée      Large répartition géographique

Autre \_\_\_\_\_

b) Cette pratique dessert-elle une proportion significative de patients dans des communautés Premières nations, Inuits, Métis et/ou en milieu urbain Autochtones?

Oui      Non

c) Cette pratique dessert-elle une proportion significative de patients d'une ou plusieurs populations uniques (telles que, population(s) de patients historiquement marginalisées ou en quête d'équité)?

Oui      Non

Si oui, veuillez préciser : [veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent]

Communautés racialisées/ethniques

Personnes à statut précaire (tels que, travailleurs étrangers temporaires, réfugiés, etc.)

Personnes de la diversité linguistique (tels que, non anglophone ou non francophone)

Statut socio-économique faible

Personnes avec un handicap/personnes handicapées (tels que, handicap physique, sourd ou malentendant, trouble de la vue, trouble de l'apprentissage, trouble de santé mentale, dépendance/substances, etc.)

Populations 2SLGBTQIA+

Population gériatrique

Autre \_\_\_\_\_

#### 4. Informations sur la prestation de soins

a) Combien de vos patients admissibles (c.-à-d. ceux en Ontario avec lesquels vous avez une relation patient-médecin existante) dans cette pratique prévoyez-vous d'offrir des services cliniques par messagerie sécurisée?

Quelques-uns (<=20 %)	Certains (21 à 40 %)	Beaucoup (41 à 75 %)
La plupart (>75 %)	Tous (100 %)	Incertain(e)

b) Avez-vous l'intention d'offrir des services cliniques par messagerie sécurisée à des groupes de patients spécifiques dans cette pratique?

Oui	Non	Incertain(e)
-----	-----	--------------

Si oui :

c) Quelle(s) considération(s) ou caractéristique(s) spécifique(s) liées au(x) groupe(s) de patients à qui vous avez l'intention d'offrir des services cliniques par messagerie sécurisée dans cette pratique : [sélectionnez les **trois principales** considérations]

Tranche d'âge spécifique

Problème(s) de santé spécifique(s)

Statut médical

Distance de la pratique

Difficulté à se présenter aux rendez-vous (tel que, défis de transport, problèmes de mobilité, jeunes enfants, fournit des soins aux personnes âgées)

Fréquence des interactions et/ou des services fournis au patient

Probabilité que les patients utilisent de manière appropriée la messagerie sécurisée

Niveau de maîtrise de l'anglais et/ou du français

Défi de communication minimisé par la modalité de messagerie (tel que, déficit auditif)

Alphabétisation numérique

Accès à la connectivité ou à la technologie

Autre \_\_\_\_\_

d) Selon vous, quelle proportion de vos patients dans cette pratique, à qui l'on propose des services cliniques par messagerie sécurisée, choisira d'utiliser la messagerie sécurisée?

Quelques-uns (<=20 %)	Certains (21 à 40 %)	Beaucoup (41 à 75 %)
La plupart (>75 %)	Tous (100 %)	Incertain(e)

## 5. Informations sur la technologie

a) Quelle solution de visite virtuelle vérifiée utiliserez-vous dans cette pratique pour fournir des services cliniques par messagerie sécurisée?

i) J'utiliserai une solution actuellement inscrite sur la [liste des solutions vérifiées](#) de Santé Ontario, à savoir :

Nom de la solution : \_\_\_\_\_

Fournisseur : \_\_\_\_\_

ii) Je ne sais pas encore quelle solution je vais utiliser.

- Veuillez consulter la [liste des solutions vérifiées](#) de Santé Ontario pour connaître les solutions admissibles. Veuillez noter qu'un courriel vous sera envoyé à l'adresse que vous avez fournie dans trois à six mois pour confirmer la solution de visites virtuelles que vous utiliserez.

iii) Je ne vois pas la solution que je souhaite utiliser dans cette liste.

- Quelle solution souhaitez-vous utiliser?

Nom de la solution : \_\_\_\_\_

Fournisseur : \_\_\_\_\_

- Veuillez-vous adresser directement à votre fournisseur pour vous renseigner sur sa participation au programme de vérification des visites virtuelles de Santé Ontario, car Santé Ontario ne peut pas divulguer d'informations sur le statut des fournisseurs et n'est pas au courant de toutes les soumissions en cours de préparation par les fournisseurs. Un exemple de déclaration que vous pouvez utiliser lors de la communication avec votre fournisseur est disponible [ici](#).
- Veuillez noter qu'un courriel vous sera envoyé à l'adresse que vous avez fournie dans trois à six mois pour confirmer la solution de visites virtuelles que vous utiliserez

Si vous avez sélectionné i) ou iii) ci-dessus et que vous savez quelle solution vous souhaitez utiliser :

b) Cette pratique a-t-elle déjà procuré la solution?

Oui      Non

Si non :

Veuillez noter qu'un courriel vous sera envoyé dans trois à six mois pour confirmer la solution de visites virtuelles que vous utiliserez.

Si oui :

c) La solution a-t-elle été mise en œuvre?

Oui      Non

Si oui :

d) Cette pratique offre-t-elle actuellement une messagerie sécurisée?

Non

Uniquement à des fins administratives bidirectionnelles (tel que, rendez-vous)

Uniquement à des fins administratives à sens unique (tel que, notifications de la clinique)

Tant pour les services cliniques par messagerie sécurisée qu'à des fins administratives

e) Cette pratique offre-t-elle d'autres types de soins virtuels (tels que, vidéo, audio uniquement, gestion/surveillance des soins à distance)?

Aucun

Vidéo

Audio seulement

Autres types de soins virtuels (tel que, gestion/surveillance des soins à distance)

---

f) Est-ce qu'un de ces autres types de soins virtuels est offert via la même solution de visite virtuelle que vous utilisez présentement, ou aimeriez utiliser, pour se servir de la messagerie sécuritaire?

Oui

Non

## Deuxième pratique

Cette section doit être complétée si vous prévoyez d'offrir des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée dans **deux pratiques ou plus**. Cette pratique devrait être l'une de vos deux pratiques les plus diverses.

### 1. Informations administratives

- a) Décrivez le type de pratique dans laquelle vous avez l'intention de proposer des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée.

Pratique privée

Pratique de groupe

Hôpital

Autre \_\_\_\_\_

- b) Fournissez les coordonnées de la pratique où vous avez l'intention d'offrir des services cliniques aux patients par messagerie sécurisée.

Nom de la pratique \_\_\_\_\_

Adresse de la pratique \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone primaire \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone secondaire (facultatif) \_\_\_\_\_

Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

Contact administratif principal :

• Nom \_\_\_\_\_

• Rôle/poste \_\_\_\_\_

• Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

• Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

### 2. Informations sur le personnel

- a) Qui, dans cette pratique, soutient ou soutiendra la mise en œuvre et l'utilisation de la messagerie sécurisée? [sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent]

Personnel administratif

Responsable de l'amélioration de la qualité

Direction

Responsable des soins virtuels

Personnel informatique

Aucun

Autre \_\_\_\_\_

b) Anticipez-vous l'utilisation de la messagerie sécurisée par le personnel administratif de cette pratique?  
[Remarque : Ceci ne constitue pas une << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée]

Oui Non Un peu Inconnu

c) Anticipez-vous l'utilisation de la messagerie sécurisée par le personnel infirmier de cette pratique?  
[Remarque : Ceci ne constitue pas une << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée]

Oui Non Un peu Inconnu

d) Si la pratique a des professionnels paramédicaux, prévoyez-vous que ces derniers offriront des services cliniques par messagerie sécurisée?

[Remarque : Ceci ne constitue pas une << [secure messaging service encounter](#) >> financée dans le cadre du pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée]

Pas de professionnels paramédicaux Oui Non Un peu Inconnu

### 3. Informations sur la population de patients

a) Quelle est la zone de chalandise principale des patients de cette pratique?

Urbain/banlieue Petite ville Zone rurale

Zone géographiquement isolée/éloignée Large répartition géographique

Autre \_\_\_\_\_

b) Cette pratique dessert-elle une proportion significative de patients dans des communautés Premières nations, Inuits, Métis et/ou en milieu urbain Autochtones?

Oui Non

c) Cette pratique dessert-elle une proportion significative de patients d'une ou plusieurs populations uniques (telles que, population(s) de patients historiquement marginalisées ou en quête d'équité)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : [veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent]

Communautés racialisées/ethniques

Personnes à statut précaire (tels que, travailleurs étrangers temporaires, réfugiés, etc.)

Personnes de la diversité linguistique (tels que, non anglophone ou non francophone)

Statut socio-économique faible

Personnes avec un handicap/personnes handicapées (tels que, handicap physique, sourd ou malentendant, trouble de la vue, trouble de l'apprentissage, trouble de santé mentale, dépendance/substances, etc.)

Populations 2SLGBTQIA+

Population gériatrique

Autre \_\_\_\_\_



#### 4. Informations sur la prestation de soins

a) Combien de vos patients admissibles (c.-à-d. ceux en Ontario avec lesquels vous avez une relation patient-médecin existante) dans cette pratique prévoyez-vous d'offrir des services cliniques par messagerie sécurisée?

Quelques-uns (<=20 %)	Certains (21 à 40 %)	Beaucoup (41 à 75 %)
La plupart (>75 %)	Tous (100 %)	Incertain(e)

b) Avez-vous l'intention d'offrir des services cliniques par messagerie sécurisée à des groupes de patients spécifiques dans cette pratique?

Oui      Non      Incertain(e)

Si oui :

c) Quelle(s) considération(s) ou caractéristique(s) spécifique(s) liées au(x) groupe(s) de patients à qui vous avez l'intention d'offrir des services cliniques par messagerie sécurisée dans cette pratique : [sélectionnez les **trois principales** considérations]

Tranche d'âge spécifique

Problème(s) de santé spécifique(s)

Statut médical

Distance de la pratique

Difficulté à se présenter aux rendez-vous (tel que, défis de transport, problèmes de mobilité, jeunes enfants, fournit des soins aux personnes âgées)

Fréquence des interactions et/ou des services fournis au patient

Probabilité que les patients utilisent de manière appropriée la messagerie sécurisée

Niveau de maîtrise de l'anglais et/ou du français

Défi de communication minimisé par la modalité de messagerie (tel que, déficit auditif)

Alphabétisation numérique

Accès à la connectivité ou à la technologie

Autre \_\_\_\_\_

d) Selon vous, quelle proportion de vos patients dans cette pratique, à qui l'on propose des services cliniques par messagerie sécurisée, choisira d'utiliser la messagerie sécurisée?

Quelques-uns (<=20 %)	Certains (21 à 40 %)	Beaucoup (41 à 75 %)
La plupart (>75 %)	Tous (100 %)	Incertain(e)

## 5. Informations sur la technologie

a) Quelle solution de visite virtuelle vérifiée utiliserez-vous dans cette pratique pour fournir des services cliniques par messagerie sécurisée?

i) J'utiliserai une solution actuellement inscrite sur la [liste des solutions vérifiées](#) de Santé Ontario, à savoir :

Nom de la solution : \_\_\_\_\_

Fournisseur : \_\_\_\_\_

ii) Je ne sais pas encore quelle solution je vais utiliser.

- Veuillez consulter la [liste des solutions vérifiées](#) de Santé Ontario pour connaître les solutions admissibles. Veuillez noter qu'un courriel vous sera envoyé à l'adresse que vous avez fournie dans trois à six mois pour confirmer la solution de visites virtuelles que vous utiliserez.

iii) Je ne vois pas la solution que je souhaite utiliser dans cette liste.

- Quelle solution souhaitez-vous utiliser?

Nom de la solution : \_\_\_\_\_

Fournisseur : \_\_\_\_\_

- Veuillez-vous adresser directement à votre fournisseur pour vous renseigner sur sa participation au programme de vérification des visites virtuelles de Santé Ontario, car Santé Ontario ne peut pas divulguer d'informations sur le statut des fournisseurs et n'est pas au courant de toutes les soumissions en cours de préparation par les fournisseurs. Un exemple de déclaration que vous pouvez utiliser lors de la communication avec votre fournisseur est disponible [ici](#).
- Veuillez noter qu'un courriel vous sera envoyé à l'adresse que vous avez fournie dans trois à six mois pour confirmer la solution de visites virtuelles que vous utiliserez

Si vous avez sélectionné i) ou iii) ci-dessus et que vous savez quelle solution vous souhaitez utiliser :

b) Cette pratique a-t-elle déjà procuré la solution?

Oui      Non

Si non :

Veuillez noter qu'un courriel vous sera envoyé dans trois à six mois pour confirmer la solution de visites virtuelles que vous utiliserez.

Si oui :

c) La solution a-t-elle été mise en œuvre?

Oui      Non

Si oui :

d) Cette pratique offre-t-elle actuellement une messagerie sécurisée?

Non

Uniquement à des fins administratives bidirectionnelles (tel que, rendez-vous)

Uniquement à des fins administratives à sens unique (tel que, notifications de la clinique)

Tant pour les services cliniques par messagerie sécurisée qu'à des fins administratives

e) Cette pratique offre-t-elle d'autres types de soins virtuels (tels que, vidéo, audio uniquement, gestion/surveillance des soins à distance)?

Aucun

Vidéo

Audio seulement

Autres types de soins virtuels (tel que, gestion/surveillance des soins à distance)

---

f) Est-ce qu'un de ces autres types de soins virtuels est offert via la même solution de visite virtuelle que vous utilisez présentement, ou aimeriez utiliser, pour se servir de la messagerie sécuritaire?

Oui

Non

# 4 Comment soumettre le dossier d'inscription complété

Merci d'avoir rempli votre dossier d'inscription au pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée. Veuillez **sauvegarder** votre dossier d'inscription complété (ce document) et l'envoyer par courriel électronique à [OVCPregistration@ontariohealth.ca](mailto:OVCPregistration@ontariohealth.ca).

Vous recevrez un courriel de confirmation de Santé Ontario une fois le processus d'inscription terminé. Ce processus peut prendre jusqu'à quatre semaines.

**REMARQUE :** En soumettant à Santé Ontario votre Contrat d'inscription et votre Enquête pour le pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée, vous autorisez et acceptez que Santé Ontario partage les informations fournies dans le Contrat d'inscription et l'Enquête avec le ministère de la Santé ou selon les directives du ministère de la Santé. Santé Ontario facilite le processus d'inscription et d'enquête pour le pilote de validation de principe de Messagerie sécurisée. Toutefois, le Contrat d'inscription est conclu entre le médecin référant et le ministère de la Santé.