

Considérations à court terme relatives à la COVID 19 pour l'Association médicale canadienne

Rapport à la haute direction

Août 2020

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Introduction

Le Canada a enregistré son premier cas de COVID-19 à la fin de janvier 2020. En mars de la même année, il était évident que les répercussions de la pandémie sur le Canada dépasseraient de loin le nombre de cas et de décès eux-mêmes. Comme le décrit le présent rapport, la pandémie a obligé le système de santé à évoluer rapidement.

L'Association médicale canadienne (AMC) a joué un rôle important en aidant les médecins et le système de santé du Canada à répondre à la pandémie, notamment en collaborant avec les pouvoirs publics et d'autres parties prenantes à la défense des intérêts des médecins du Canada et de leurs patients. Cet effort a consisté notamment à orienter la réponse du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada, à contribuer à cette réponse et à chercher à alléger les pressions exercées sur les membres de l'AMC.

Pendant que les détails des répercussions directes et indirectes de la COVID-19 sur le système de santé du Canada prenaient forme au cours des premiers mois de la pandémie, le Canada commençait à se préparer pour les phases de déconfinement et de reprise. Ce contexte offre à l'AMC une occasion sans pareille d'exploiter ses points forts pour jouer un rôle de chef de file et agir sur la reprise à court et à long terme.

Le Groupe consultatif d'experts postpandémie

L'AMC a créé le Groupe consultatif d'experts (GCE) postpandémie en avril 2020 et l'a chargé d'élaborer une prise de position générale au sujet des répercussions de la pandémie de COVID-19 au Canada en exploitant le savoir-faire d'un groupe d'experts interdisciplinaires. Le GCE vise à fournir au Conseil d'administration et à la direction de l'AMC un avis axé sur l'avenir au sujet des répercussions de la pandémie à court et à long terme et de ce qu'elles signifieront pour les interventions et l'orientation stratégique de l'AMC. Le travail du GCE s'appuie sur le cadre stratégique de l'Entreprise AMC et doit constituer un facteur déterminant pour l'élaboration en cours du nouveau plan stratégique de l'AMC, *Retombées 2040*.

Le GCE est constitué des membres suivants :

1. **D^r Andrew Boozary**, directeur général, Politique sanitaire et sociale, Réseau universitaire de santé
2. **M^{me} Bonnie Brossart**, chef de la direction, Association médicale de la Saskatchewan
3. **D^{re} Ann Collins**, médecin de famille et présidente de l'AMC
4. **M. Don Drummond**, boursier Stauffer-Dunning et professeur adjoint, École d'études politiques de l'Université Queen's
5. **D^r Jesse Kancir**, résident de dernière année en santé publique et médecine préventive, Université de la Colombie-Britannique
6. **D^r David Martin Milot**, professeur et chercheur, Université de Sherbrooke
7. **D^r David Naylor**, professeur de médecine à l'Université de Toronto
8. **D^r Chris Simpson**, vice-doyen (clinique), Faculté des sciences de la santé, Université Queen's
9. **M^{me} Claire Snyman**, représentante des patients et membre du groupe Voix des patients à l'AMC
10. **D^{re} Suzanne Strasberg (présidente du GCE)**, présidente du Conseil d'administration de l'AMC
11. **M. Mike Villeneuve**, chef de la direction, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Objet du rapport

Premier de deux rapports prévus découlant de l'analyse de la pandémie de COVID-19 effectuée par l'AMC, ce rapport sur les Considérations à court terme relatives à la COVID-19 vise à évaluer les répercussions immédiates et à court terme de la pandémie sur la santé, les travailleurs de la santé et le système de santé du Canada.

Le rapport présente les premiers aperçus que le GCE, diverses parties prenantes internes et externes, le Conseil d'administration et la direction de l'AMC ont dégagés au sujet de la pandémie de COVID-19, ainsi que des recherches sur la question menées à l'extérieur. Le groupe accorde aux répercussions de la pandémie une priorité basée sur leur importance et leur pertinence pour la mission de l'AMC. Le rapport décrit en outre des possibilités d'intervention pour l'AMC, conformément au Cadre stratégique de l'Entreprise AMC. La portée du rapport, sur les plans à la fois des répercussions analysées et des possibilités dégagées, est limitée aux considérations à court terme qui s'étendent sur la période allant d'aujourd'hui jusqu'aux 12 à 18 prochains mois.

Thèmes prioritaires à court terme

Le GCE a dégagé une série générale de répercussions à court terme de la COVID-19 grâce à la participation de parties prenantes, et à la suite de discussions tenues avec le Conseil d'administration et la direction de l'AMC et d'ateliers dirigés avec le groupe. Pour les besoins du rapport sur les Considérations à court terme relatives à la COVID-19, les répercussions sont jugées à court terme si elles ont actuellement, ou devraient avoir, au cours des 12 à 18 prochains mois, une incidence sur la santé des patients, des membres de leur famille ou des proches aidants, sur les travailleurs de la santé ou sur le système de santé.

Après avoir défini les répercussions à court terme de la pandémie de COVID-19, la direction de l'AMC a effectué un exercice d'établissement de priorités afin de dresser une courte liste de thèmes clés. Cet exercice a permis de dégager quatre thèmes prioritaires à analyser à fond pour en dégager des possibilités :

1. Retards dans les services médicaux découlant de la réduction et du report de l'accès aux services

- Explorer les possibilités de s'attaquer au retard dans les services et aux temps d'attente au Canada compte tenu du travail général effectué par l'AMC au sujet de l'accès aux soins.

2. Réforme des soins de longue durée (SLD)

- Explorer des partenariats avec certains des principaux organismes nationaux, provinciaux et territoriaux afin d'analyser et de recommander des modifications des normes et des pratiques en SLD au Canada.
- Trouver des possibilités d'aider davantage les gens à vieillir chez eux et avec dignité, de créer des moyens de soutien à domicile et de protéger la famille et les proches aidants afin que les centres de SLD deviennent le dernier recours plutôt que le seul.

3. Répercussions sur la santé mentale des travailleurs de la santé

- Établir avec les principaux organismes nationaux d'autres professionnels de la santé des partenariats afin de créer une stratégie nationale sur la santé mentale des travailleurs de la santé pour poursuivre sur la lancée actuelle et profiter de la sensibilisation à la santé mentale des travailleurs de la santé.

4. Innovations en soins virtuels

- Préconiser l'adoption uniforme et permanente de codes de facturation des soins virtuels pour les médecins et explorer des possibilités de collaboration intergouvernementale en soins virtuels partout au Canada.
- Explorer des possibilités d'ouvrir davantage l'accès aux soins virtuels dans les communautés éloignées du Canada.

Outre les quatre thèmes prioritaires, la direction de l'AMC reconnaît toujours l'importance (i) de la santé mentale et de la consommation de substances psychoactives, (ii) des répercussions inévitables sur les groupes vulnérables et (iii) des besoins accrus en santé publique. Ces thèmes ont été jugés plus appropriés pour l'élaboration de possibilités à long terme au cours de la prochaine phase du travail que l'AMC fera sur sa stratégie.

Thème 1

Retards dans les services médicaux découlant de la réduction et du report de l'accès aux services

Contexte

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sans précédent sur les systèmes de santé du monde entier. Des services comme les examens de diagnostic et de dépistage, les soins préventifs, les vaccinations, les services de santé mentale, notamment, ont été reportés et retardés. Beaucoup de pays ont agi proactivement pour accroître la capacité des hôpitaux et d'autres établissements de santé, y compris redéployer des ressources afin de gérer l'arrivée de patients atteints de la COVID-19.

Au Canada, le report d'interventions chirurgicales électives, qui s'est répandu dans toutes les provinces et tous les territoires au cours de la pandémie, a joué un rôle clé dans ce processus d'établissement de priorités. Ce report découle d'un effort visant activement à « réduire l'exposition évitable des patients et des travailleurs de la santé et à éviter la mobilisation de ressources essentielles »¹. Ces reports ont alourdi l'arriéré des interventions et allongé encore les longues périodes d'attente qui existaient déjà avant la pandémie de COVID-19. En Ontario, par exemple, les temps d'attente (temps écoulé entre la décision de traiter et l'intervention) pour des interventions chirurgicales en orthopédie de priorité 4 s'établissaient en moyenne à 18 semaines environ entre janvier et mars, même si l'on jugeait qu'une attente raisonnable sur le plan clinique était de 13 semaines.

La crainte des patients de subir des interventions chirurgicales et même de chercher à obtenir des soins d'urgence a exacerbé la situation à mesure que la pandémie se propageait. Il importe de signaler qu'on s'attend à ce que le retour à la capacité complète qui existait avant la pandémie soit lent et ardu. Dans les sections qui suivent, nous cernons et analysons plus en détail les diverses répercussions qualitatives et quantitatives.

Possibilités

1. Explorer les possibilités de s'attaquer aux retards dans les services et aux temps d'attente au Canada compte tenu du travail général effectué par l'AMC au sujet de l'accès aux soins.

Comme on le signale dans ce rapport, le report général d'interventions chirurgicales, d'examens de routine et de dépistage, ainsi que la réduction de l'accès aux soins primaires et aux services de santé mentale, ont allongé les temps d'attente déjà importants pour l'accès aux services de santé que connaissaient beaucoup de Canadiens. Il s'agit d'un exemple évident de la façon dont la pandémie a non pas créé une nouvelle crise, mais plutôt aggravé une faiblesse qui existait déjà dans les systèmes de santé du Canada.

De toute évidence, des interventions audacieuses et délibérées s'imposent non seulement pour s'attaquer aux retards causés par la COVID-19, mais aussi pour réduire les temps d'attente pour des interventions chirurgicales électives importantes et des examens de diagnostic essentiels, ainsi qu'assurer un accès plus rapide aux soins primaires et aux services de santé mentale. À long terme, l'AMC peut jouer un rôle de chef de file et de promoteur primordial d'une stratégie nationale uniforme afin de modifier le problème des temps d'attente qui se pose depuis longtemps au Canada.

Les autorités sanitaires et les pouvoirs publics sont maintenant plus que jamais prêts à laisser tomber le statu quo et à essayer de nouveaux modèles de soins et de gestion des temps d'attente. Le plan d'action doit toutefois reposer sur des données factuelles et viser à résoudre des problèmes comme les suivants :

- **La pertinence des soins et des services à faible valeur :** Comme l'affirme l'organisme national Choisir avec soin, les soins inappropriés représentent jusqu'à 30 % des examens et des interventions effectués au Canada. On pourrait améliorer le débit du système de façon spectaculaire tout en haussant la qualité des soins fournis en déterminant les dépenses et les activités qui constituent du gaspillage et en réaffectant les fonds afférents.
- **Triage virtuel de la liste d'attente :** La méthode traditionnelle du « premier arrivé premier servi » pour la gestion des listes d'attente favorise certes l'équité, valeur à laquelle les Canadiennes et les Canadiens tiennent profondément, mais elle ne tient pas compte des besoins variables des personnes inscrites sur la liste ni de l'évolution possible de ces besoins au fil du temps. L'utilisation d'outils virtuels et l'évaluation continue des personnes inscrites sur les listes d'attente aideront à répondre aux cas urgents avant qu'une escalade des soins ne s'impose.
- **Équité en santé :** L'arriéré des interventions a eu des répercussions disproportionnées sur les groupes identifiables et qui peuvent être vulnérables, ce qui aggrave encore davantage les iniquités et les disparités en santé. Il faudrait appliquer les principes de l'équité en santé à la gestion des arriérés des interventions afin d'assurer un accès équitable aux soins pour toute la population du Canada et tenir compte particulièrement des facteurs sous-jacents responsables des iniquités qui sont apparues durant la pandémie de COVID-19.
- **Utiliser davantage les services de professionnels de la santé dans toute l'étendue de leur champ de pratique :** Pour accroître la capacité du Canada dans le domaine des soins, il n'est pas nécessaire d'augmenter le nombre des médecins si d'autres professionnels de la santé (et notamment les infirmières praticiennes) peuvent exercer leur profession dans toute l'étendue de leur champ de pratique. La vigilance s'impose pour garantir la qualité des soins, ce qui signifie qu'il faut tenir compte du système et des protocoles appropriés et les appliquer judicieusement.
- **Utiliser davantage les systèmes centralisés d'admission :** Comme le signale l'Alliance sur les temps d'attente, les systèmes centralisés d'admission pour les interventions et les examens diagnostics courants se sont révélés d'une efficacité remarquable lorsqu'il s'agit de coordonner la capacité d'une multitude de médecins, d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les temps d'attente. Les systèmes centralisés d'admission relient les demandes de consultation pour des interventions et des examens diagnostics à une base de données centrale qui fournit de l'information sur les temps d'attente chez tous les fournisseurs de services, ce qui permet aux patients de prendre rendez-vous avec ceux qui offrent les périodes d'attente les plus courtes. La généralisation de ces systèmes au Canada pourrait réduire considérablement l'arriéré des interventions causé par la COVID-19.
- **L'éthique associée à la mise au point et la distribution de vaccins :** Comme les vaccins contre la COVID-19 sont à l'étape des essais cliniques, les approvisionnements mondiaux poseront un défi géopolitique, de même que des défis liés à la distribution des vaccins au Canada. Il faudra commencer par déterminer les facteurs d'éthique pour aider à orienter la réglementation, la surveillance, l'établissement de priorités et la répartition équitable des vaccins afin de gagner la confiance de la population et de garantir l'équité.

Thème 2

Réforme des soins de longue durée (SLD)

Contexte

Les adultes âgés sont plus vulnérables à la COVID-19 que d'autres groupes démographiques, mais il ne fait aucun doute que la concentration des cas et des décès causés par la COVID-19 dans les centres de SLD au Canada démontre l'existence d'un profond problème sous-jacent dans la prestation des SLD au Canada. La COVID-19 a frappé particulièrement durement les établissements de soins de longue durée et les résidences pour aînés du Canada, où sont survenus plus de 80 % des décès liés à la pandémie, ce qui est deux fois plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Le problème a été attribué principalement au manque de soutien et de formation du personnel, dans des établissements désuets et dotés de ressources insuffisantes. Cette pénurie aiguë de personnel a nui encore davantage aux bénéficiaires de ces établissements qui avaient besoin de soins.

On a demandé la tenue d'enquêtes publiques et internes ainsi que des réformes dans les centres de SLD en Ontario et au Québec. Les critiques de la réponse de ces provinces à la COVID-19 signalent que le financement et les efforts ont visé à accroître la capacité des hôpitaux, ce qui, en rétrospective, n'était pas nécessaire, plutôt qu'à protéger les personnes vulnérables dans les centres de SLD, les résultats ont été dévastateurs. Quelle qu'en soit la raison, de toute évidence, les problèmes du Canada au niveau des centres de SLD datent de bien avant la pandémie. Les projecteurs étant braqués sur la COVID-19, le concept même des milieux de vie collectifs pour les personnes qui ont besoin de SLD est remis en question et l'avenir des centres de SLD au Canada est incertain. La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé a émis des recommandations sur la réintégration des proches aidants comme partenaires essentiels des soins et elle a aussi publié, en partenariat avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients, un rapport intitulé « Repenser les soins aux personnes âgées » qui décrit les prochaines étapes de la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de SLD et les résidences pour aînés.

Possibilités

1. Explorer des partenariats avec les principaux organismes nationaux, provinciaux et territoriaux afin d'analyser et de recommander des modifications des normes et des pratiques en SLD au Canada.

Les répercussions concentrées de la COVID-19 dans les établissements de SLD, ainsi que la variation de celles-ci sur les centres de SLD de différentes provinces, ont poussé les gouvernements et les organisations de partout au pays à préconiser une réforme dans tout le secteur. En tant que porte-parole nationale des médecins au Canada, l'AMC peut et doit jouer un rôle dans les discussions déjà entreprises pour étudier les changements qui s'imposent dans les SLD. Étant donné le rôle le plus direct que les soins infirmiers et le soutien personnel jouent dans ces établissements et dans ce secteur, la possibilité qui s'offre par ailleurs à l'AMC réside dans un partenariat rapproché et axé sur la collaboration à établir avec des organismes comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), notamment.

Ce partenariat devrait viser non seulement à nous attaquer aux causes immédiates de la crise dans les établissements de SLD (comme les membres du personnel qui travaillent dans de multiples établissements et le manque de formation appropriée), mais aussi à comprendre dans quelle mesure ces établissements répondent aux besoins de leurs bénéficiaires. Dans ce contexte, il sera important de reconnaître que les établissements de SLD hébergent des adultes âgés (qui constituent la majorité des bénéficiaires), mais aussi d'autres groupes vulnérables qui ont besoin de soutien infirmier.

2. Trouver des possibilités d'aider davantage les gens à vieillir chez eux et avec dignité, de créer des moyens de soutien à domicile et de protéger la famille et les proches aidants afin que les centres de SLD deviennent le dernier recours plutôt que le seul.

Les taux de mortalité attribuables à la COVID-19 dans les centres de SLD ont remis en question la philosophie générale qui consiste à « entreposer » dans des milieux de vie collectifs les personnes qui ont besoin de soins infirmiers. Plus que dans les pays comparables, le Canada a tendance à pousser davantage les personnes vers les établissements de SLD. Selon certains, c'est attribuable à l'insuffisance des services de soutien à domicile disponibles. Dans le cas des personnes qui demeurent chez elles, les données montrent que jusqu'à 75 % des soins directs et communautaires sont assurés par des proches aidants qui, en grande partie, n'ont pas reçu de formation et fournissent presque 20 heures de soins non rémunérés par semaine. La pandémie de COVID-19 offre à l'AMC l'occasion parfaite de promouvoir une réforme qui déplace les efforts des milieux de vie collectifs vers de nouveaux modèles de soins.

Le gouvernement fédéral a dit récemment souhaiter promouvoir les soins à domicile sur la scène nationale. L'AMC pourrait établir un plan de représentation visant avant tout à fournir aux personnes ce dont elles ont besoin pour rester chez elles plus longtemps et, dans le cas des adultes âgés, leur permettre de vieillir à domicile avec dignité. Manifestement, ce plan doit s'appuyer sur l'éclairage d'un échantillon transversal de parties prenantes qui peuvent défendre des enjeux, des possibilités et des solutions en particulier.

On veut ainsi transformer les centres de SLD afin que le seul recours pour beaucoup d'adultes âgés qui font la transition du milieu hospitalier ou de la vie avec un problème chronique devienne le dernier recours, lorsque la vie à domicile dans un environnement de soutien n'est plus une option. Pour permettre aux gens de vieillir en autonomie et avec dignité, il faudra accroître les services de physiothérapie et d'ergothérapie à domicile, promouvoir l'activité physique et la vie sociale. Il importera en outre d'exercer des pressions pour qu'on utilise de façon plus créative les soins virtuels et la télésurveillance afin de généraliser ces services de soutien à domicile et de les rendre efficaces et efficaces.

L'AMC est peut-être l'entité la mieux placée pour diriger un tel effort national et promouvoir des investissements dans les services de soutien à domicile, ainsi que des mesures de protection et de soutien pour les familles et les proches aidants.

Thème 3

Répercussions sur la santé mentale des travailleurs de la santé

Contexte

Les répercussions de l'écllosion d'une maladie sur la santé mentale des travailleurs de première ligne constituent une préoccupation nationale parce qu'elles sont liées étroitement à l'évolution de l'état de santé des patients, à l'épanouissement personnel et à la robustesse du système de santé. La santé mentale des travailleurs de la santé constituait déjà un défi national longtemps avant l'apparition de la pandémie de COVID-19. En 2018, parmi les médecins interrogés, 34 % signalaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel caractérisé par des symptômes déclarés de dépression et d'épuisement émotionnel grave. Ce qui est alarmant, c'est que le taux de suicide chez les hommes médecins dépasse de 70 % celui des hommes dans la population générale. Chez les femmes médecins, il dépasse de 250 % celui des femmes de la population générale. De plus, presque 40 % des infirmières et infirmiers sont victimes d'épuisement professionnel et environ 14 % des membres du personnel infirmier général obtiennent un résultat positif au test de dépistage du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

L'augmentation de la demande de services de santé au cours de la pandémie de COVID-19 exerce de multiples façons une pression sans précédent sur les travailleurs de la santé : les premières données révèlent une exacerbation des conditions mentionnées qui existaient déjà avant la pandémie.

Toutes sortes d'éléments peuvent contribuer aux sentiments de détresse physique et psychologique chez les travailleurs de la santé qui œuvrent aux premières lignes de la pandémie de COVID-19. Les causes directes d'anxiété chez les travailleurs de première ligne comprennent la prestation, pendant de longues heures, de soins directs à des patients atteints de la COVID-19 en sachant qu'un être cher ou un collègue a été infecté par le virus et peut faire face à de graves conséquences de la maladie, craignant qu'un membre de leur famille ou eux-mêmes ne soient exposés à la COVID-19 ou isolés en raison d'une exposition possible. De plus, les premiers rapports en provenance de la Chine soulignent le sentiment d'anxiété et d'impuissance des cliniciens qui sentent avoir peu d'autonomie ou d'influence sur les décisions prises par les gestionnaires au cours de la crise.

Les constatations initiales tirées de la première vague de COVID-19 signalent toutes que les taux de maladie mentale ou de symptômes affectifs chez les travailleurs de la santé du Canada pourraient augmenter dans un environnement postpandémie. Ces répercussions sont ressenties à court terme, mais on ne peut oublier les répercussions durables de la pandémie sur les travailleurs de la santé, qui se manifesteront sous forme de dépression, d'anxiété et de traumatismes. Les pressions exercées aujourd'hui sur les travailleurs de la santé du Canada se feront sentir pendant des mois et des années après la fin de la pandémie.

Possibilités

- 1. Établir avec les principaux organismes nationaux d'autres professionnels de la santé des partenariats afin de créer une stratégie nationale sur la santé mentale des travailleurs de la santé pour poursuivre sur la lancée actuelle et profiter de la sensibilisation à la santé mentale des travailleurs de la santé.**

Même avant la COVID-19, la lourdeur des charges de travail, un milieu de travail difficile, une culture défavorable et les difficultés liées à l'accès aux services de soutien exerçaient déjà des pressions sur la santé mentale des travailleurs de la santé. La pandémie a maintenant alourdi ces pressions exercées sur les travailleurs désespérés qui craignent de transmettre le virus et doivent par conséquent s'isoler socialement de leurs amis et des membres de leur famille.

Par ailleurs, la pandémie a aussi sensibilisé la population aux combats que livrent les travailleurs de la santé de première ligne et aux sacrifices qu'ils accomplissent. Le Canada et toute la planète appuient le travail vital des médecins, des membres du personnel infirmier, des préposés au soutien personnel et autres. Il convient particulièrement de signaler la reconnaissance, tant par les travailleurs de la santé eux-mêmes que par d'autres personnes, des pressions qui s'exercent au travail au cours d'une pandémie et du besoin d'autosoins et de soutien en santé mentale.

L'AMC a certes cherché à appuyer la santé mentale des médecins en faisant de leur santé et de leur bien-être un enjeu prioritaire de l'organisation, mais ses efforts sont demeurés jusqu'à maintenant distincts des efforts semblables déployés par les organisations représentant d'autres travailleurs de la santé. L'AMC pourrait par conséquent établir, avec les principaux organismes d'autres professionnels de la santé (comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada), des partenariats afin d'élaborer une stratégie nationale sur la santé mentale des travailleurs de la santé.

La stratégie pourrait favoriser la communication et la collaboration entre les professions clés qui œuvrent dans les soins de santé afin de dégager des défis communs sur le plan du bien-être et de reconnaître les difficultés sans pareilles. Il s'agit d'une occasion de promouvoir le leadership dans le domaine de la santé mentale et du bien-être, ainsi que le soutien à tous les niveaux et dans tous les contextes. À une époque de soins de plus en plus interprofessionnels et dispensés en équipe, il s'agit d'une occasion d'établir une norme nationale sur les soins en équipe qui repose sur le respect, la confiance et l'entraide.

Thème 4

Innovations en soins virtuels

Contexte

Dans le sillage de la COVID-19, les gouvernements du Canada sont intervenus pour promouvoir l'utilisation des soins virtuels afin de réduire le plus possible les perturbations des services causés par les mesures de distanciation sociale. La télémédecine est une option disponible au Canada depuis des années, mais l'émergence de la pandémie de COVID-19 a été un moment charnière qui a amené des patients et des médecins à s'intéresser subitement et indépendamment à la télémédecine comme principal moyen de soins. Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario a annoncé que même au moment où les soins non essentiels ouvrent dans toute la province, les soins virtuels devraient demeurer le mode de soins par défaut partout où c'est possible.

L'adoption de la télémédecine a certes été importante, mais il est certain qu'il y a encore de la place pour l'expansion et l'innovation. Dans un sondage réalisé récemment par l'AMC, 75 % des médecins ont signalé qu'ils fournissaient des soins aux patients par téléphone et 32 % le faisaient par vidéoconférence, tandis que 18 % ont indiqué qu'ils utilisaient des courriels sécurisés ou des messages textes et 6 % seulement ont déclaré utiliser la télésurveillance à domicile. Les dirigeants de la santé du Canada reconnaissent qu'il est possible d'exploiter davantage l'innovation et l'adoption des soins virtuels au Canada à condition que l'on ne retombe pas, après la pandémie de COVID-19, dans la convergence vers les soins en personne qui régnait auparavant.

Possibilités

1. Préconiser l'adoption uniforme et permanente de codes de facturation des soins virtuels pour les médecins et explorer des possibilités de collaboration intergouvernementale en soins virtuels partout au Canada.

Au début de la pandémie de COVID-19 en mars dernier, les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada ont fourni des codes temporaires de facturation des soins virtuels qui ont permis aux médecins d'offrir des consultations virtuelles et d'évaluer les besoins en traitement sans faire sortir le patient de l'isolement.

La pandémie a toutefois rendu très évidentes l'efficacité et la sécurité des soins virtuels, ainsi que de leurs codes de facturation. Les patients peuvent consulter leur fournisseur sans être obligés de se rendre à une clinique et d'en revenir. Les codes ont stimulé l'adoption généralisée des soins virtuels dont l'expansion était jusqu'à maintenant progressive, sans que les éléments de preuve réunis jusqu'à maintenant révèlent de déclin de la qualité des soins.

La permanence de ces nouveaux codes demeure toutefois en suspens. L'Alberta a annoncé le 8 juin dernier que les codes de facturation des soins virtuels seraient permanents, mais d'autres provinces n'ont pas emboîté le pas. L'AMC pourrait donc jouer un rôle de chef de file national en préconisant l'adoption uniforme et permanente de ces codes de facturation pour les médecins et diriger la discussion sur ce qui constitue pour le Canada l'ensemble idéal de codes de soins virtuels. L'uniformité des codes de facturation des soins virtuels permettra à un plus grand

nombre de médecins d'offrir ce type de services dans les régions mal desservies de l'ensemble des provinces et des territoires, sans égard aux préoccupations qui règnent actuellement au sujet du permis d'exercice.

Les soins virtuels peuvent aussi préparer le terrain pour des discussions sur le permis d'exercice national et le potentiel des soins virtuels à l'échelon intergouvernemental. Les systèmes provinciaux actuels de soins agissent en couloir : chaque province œuvre dans son propre territoire, les échanges interprovinciaux sont limités. L'adoption des soins virtuels interprovinciaux pourrait toutefois offrir un moyen d'amorcer des discussions sur la simplification des processus au Canada; on pourrait, dans un premier temps, mettre en œuvre une plateforme normalisée nationale qu'utiliseraient les médecins et les patients de toutes les provinces. L'AMC peut étudier d'autres possibilités dans ce domaine, comme celle de garantir l'interopérabilité des soins virtuels, l'évaluation de la qualité et l'examen rigoureux des pratiques, la formation des médecins et la satisfaction des patients. L'AMC pourrait de plus envisager d'examiner les soins virtuels sur le plan général avant la mise en œuvre de l'infrastructure technologique et tenir compte d'autres éléments comme l'épuisement professionnel, les heures de travail et la pertinence du service selon le type de patient (p. ex., enfants et adultes).

2. Explorer des possibilités d'ouvrir davantage l'accès aux soins virtuels dans les communautés éloignées du Canada.

Comme on l'a signalé dans le rapport, la pandémie de COVID-19 a braqué les projecteurs sur l'iniquité croissante qui existe au Canada. La pandémie a eu, sur les groupes vulnérables du Canada, des répercussions sociales, financières et sanitaires plus lourdes. Pour les populations des communautés rurales et éloignées du Canada, l'adoption généralisée des soins virtuels pourrait constituer un bienfait inappréciable en ce qui concerne leur capacité d'avoir accès aux soins, mais cet avantage ne s'est pas concrétisé en raison des défis liés à l'infrastructure.

Les communautés rurales et éloignées ont jusqu'à maintenant évité en grande partie des éclosions importantes de COVID-19, mais des vagues à venir pourront s'y propager et mettre en danger la santé de beaucoup de personnes. Pour les communautés autochtones éloignées du Canada en particulier, la fréquence plus élevée de problèmes de santé sous-jacents, le fait que beaucoup de personnes vivent dans des ménages de petite taille et l'accès limité aux soins pourraient rendre la COVID-19 dévastatrice.

C'est pourquoi l'AMC pourrait mener la charge pour cibler les communautés éloignées du Canada qui sont vulnérables à la COVID-19 et explorer les possibilités de permettre l'accès aux soins virtuels avant qu'elles soient touchées par une deuxième ou une troisième vague de COVID-19. Des services Internet stables à large bande et l'accès aux services mobiles Internet pourraient permettre aux médecins et aux travailleurs de la santé du Canada de surveiller certains de ses groupes les plus vulnérables, d'y poser des diagnostics et de les traiter, ce qui atténuerait le danger posé par la COVID-19 et favoriserait une plus grande équité dans l'accès aux soins. L'AMC pourrait être en mesure de faire part aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de ces préoccupations afin de les encourager à investir dans l'infrastructure nécessaire. En cherchant à saisir cette possibilité, l'AMC doit s'efforcer de collaborer avec les communautés en cause plutôt que de parler en leur nom ou de les représenter sans leur consentement et leur partenariat.

Conclusion et étapes suivantes

Le présent rapport met en lumière les considérations à court terme et les possibilités pour l'AMC relatives à la COVID-19 en s'appuyant sur des discussions avec diverses parties prenantes internes et externes. Les six possibilités émergentes associées aux quatre thèmes prioritaires à court terme qui y sont décrites visent à présenter une orientation à la direction de l'AMC.

En se basant sur le présent rapport, la direction de l'AMC étudiera l'harmonisation de ces possibilités avec ses initiatives existantes pour déterminer si et comment l'AMC modifiera sa stratégie au cours des 12 à 18 prochains mois en fonction des possibilités qui y sont décrites. La direction de l'AMC préparera une note d'information résumant ses recommandations, qu'elle soumettra au Conseil d'administration de l'AMC.

ⁱ Jain, A. et coll. SARS-CoV-2 impact on elective orthopaedic surgery: Implications for post-pandemic recovery. [En ligne] *JBS*. 2020; vol. 102, n° 13, p. e68.