

Optimiser les soins de santé primaires virtuels : équité, politiques, et processus clinique

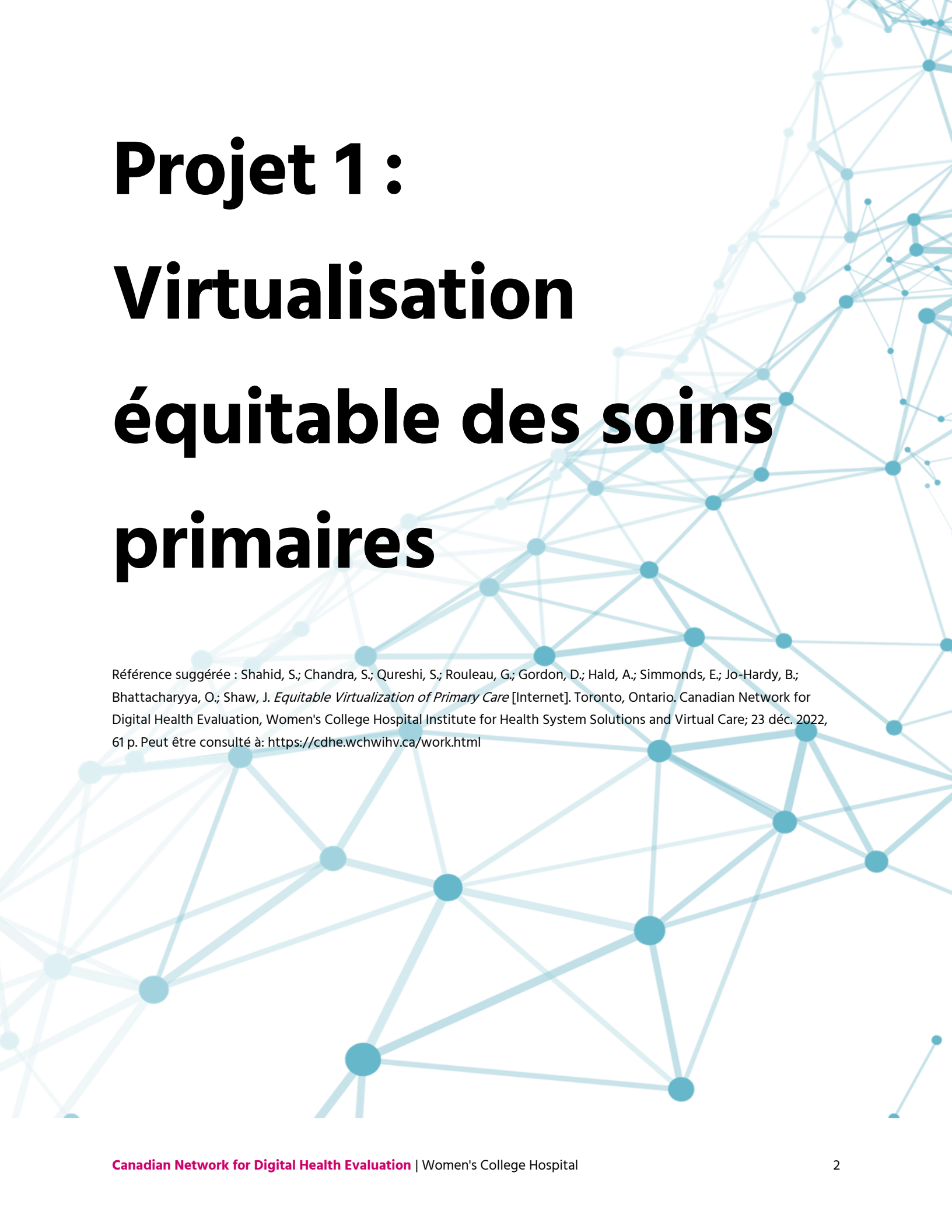
Canadian Network for Digital Health
Evaluation, Women's College Hospital Institute
for Health System Solutions and Virtual Care

Présenté à: Santé Canada

Date: Le 23 décembre 2022



La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.



Projet 1 : Virtualisation équitable des soins primaires

Référence suggérée : Shahid, S.; Chandra, S.; Qureshi, S.; Rouleau, G.; Gordon, D.; Hald, A.; Simmonds, E.; Jo-Hardy, B.; Bhattacharyya, O.; Shaw, J. *Equitable Virtualization of Primary Care* [Internet]. Toronto, Ontario. Canadian Network for Digital Health Evaluation, Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care; 23 déc. 2022, 61 p. Peut être consulté à: <https://cdhe.wchvihv.ca/work.html>

Résumé

Objectifs

Le but de ce projet est d'explorer la virtualisation des services de soins primaires au Canada et de comprendre les expériences des organisations de soins primaires axées sur le service des communautés structurellement marginalisées. L'étude s'est appuyée sur les questions de recherche suivantes :

1. Comment les organisations de soins primaires ayant une expertise dans la prestation de soins aux communautés structurellement marginalisées au Canada ont-elles tenu compte de l'équité en santé dans la mise en œuvre et la prestation de soins virtuels?
2. Comment les stratégies mises en œuvre par les organisations de soins primaires ont-elles répondu aux préoccupations uniques des communautés structurellement marginalisées pendant la virtualisation des services de soins primaires?

Méthodes

Nous avons réalisé 20 entretiens qualitatifs semi-structurés dans le cadre d'études de cas descriptives dans quatre organisations de soins primaires en Colombie-Britannique (n=1), en Ontario (n=2), et au Québec (n=1). Les organisations choisies avaient l'expérience de la prestation de soins à diverses communautés structurellement marginalisées, telles que les communautés à faible revenu, les communautés racialisées, les personnes sans domicile fixe et les patients ayant des besoins sanitaires et sociaux « complexes ».

Résultats

Conséquences sur les communautés structurellement marginalisées

- Les soins virtuels ont été utilisés pour les conférences de cas (un seul rendez-vous avec une équipe interprofessionnelle), les séances de groupe virtuelles visant à lutter contre l'isolement social, ainsi que pour réduire le temps de déplacement et améliorer la commodité. Les prestataires estiment que les modalités virtuelles sont plus bénéfiques pour certains groupes que pour d'autres et qu'elles doivent être comprises dans le contexte d'une stratégie plus large visant à promouvoir l'accès aux soins nécessaires.

Limites du financement et des politiques

- La pandémie de COVID-19 a donné lieu à un financement disparate et à une mise en œuvre rapide des soins virtuels (principalement des consultations par téléphone et vidéo). Une politique durable en matière de soins virtuels dépendra d'un équilibre approprié entre les soins en personne et les soins virtuels, et de la fourniture des soutiens nécessaires aux organisations de soins primaires pour réussir à mettre en œuvre et à maintenir des programmes de soins virtuels qui peuvent avoir recours à des flux de travail très différents.
- La mise à disposition d'appareils numériques aux membres de communautés structurellement marginalisées (par le biais de programmes de dons d'appareils) a facilité l'accès aux soins primaires. Le maintien de tels programmes exige que les organisations disposent de la souplesse nécessaire pour les mettre en œuvre de manière à répondre aux besoins de leurs communautés. Les ressources destinées à soutenir le renforcement

des capacités en matière de soins virtuels axés sur l'équité dans les soins primaires pourraient améliorer l'accès de manière plus générale.

Exacerber involontairement les inégalités de soins

- Les nouvelles stratégies visant à permettre l'accès aux soins virtuels peuvent entraîner l'aggravation des inégalités existantes en matière de soins. Lorsque des appareils numériques sont remis aux patients sans leur fournir la formation et l'éducation nécessaires à leur utilisation, de nouveaux défis apparaissent. De plus, le fait de choisir une population prioritaire pour recevoir des appareils numériques signifie que d'autres communautés structurellement marginalisées continuent d'être laissées de côté.

Sortir du contexte de la crise de COVID-19

- La mise en œuvre rapide des stratégies de soins virtuels a fait que les organisations n'ont pas eu le temps d'établir les bases d'une approche équitable pour l'accès aux soins virtuels parmi les communautés structurellement marginalisées. À l'avenir, il sera important de reconnaître les liens profonds entre la structure du système de santé, l'accès aux soins et la technologie numérique.

Recommandations

1. **Investir dans les infrastructures d'accès aux soins virtuels.** Des investissements continus sont nécessaires pour permettre aux membres des communautés structurellement marginalisées d'accéder aux soins virtuels. Parmi les exemples, citons les programmes durables et flexibles qui rendent les appareils numériques disponibles, le financement continu des consultations téléphoniques dans le cadre des soins primaires et les investissements continus dans l'Internet à haut débit dans tout le Canada. D'autres

modèles comprennent la construction et l'utilisation d'espaces communautaires où les technologies numériques sont disponibles, comme une salle de soins virtuelle qui peut être utilisée par les patients sur place dans une organisation de soins primaires.

2. **Investir dans la littératie numérique en matière de santé.** La littératie numérique en matière de santé varie selon les prestataires de soins et les patients. La réalisation d'une évaluation des besoins en matière de littératie numérique en santé permettrait d'identifier le point de départ idéal sur le plan de la communauté (pour les patients) et de l'organisation (pour les prestataires). Le fait de soutenir la capacité du personnel en contact avec les patients à fournir un soutien technique renforcera encore la capacité des patients structurellement marginalisés à s'engager dans les soins virtuels. Par exemple, les agents de santé communautaires ont aidé les patients à accéder aux soins primaires par le biais d'appareils numériques.

3. **Soutenir la mise en œuvre de programmes de soins virtuels inclusifs et accessibles.** L'engagement des membres de la communauté lors de l'élaboration des politiques de soins virtuels et des stratégies organisationnelles renforcera sa pertinence pour les communautés structurellement marginalisées. Certaines organisations ont fait appel à leurs groupes consultatifs de patients pour documenter le travail en cours sur leurs stratégies de soins virtuels. Le fait de consigner les préférences du patient en matière de soins virtuels dans le dossier médical électronique peut favoriser une combinaison appropriée de soins virtuels et de soins en personne.

4. **Renforcer la capacité d'équité en matière de santé dans le système de santé.** Le renforcement de l'équité dans les systèmes de santé permettra de renforcer l'équité dans

les soins virtuels. La prise en compte de l'équité dans la planification du système de santé, comme l'engagement efficace et à long terme de la communauté, aidera à construire des systèmes de santé plus équitables. Les organismes de soins de santé peuvent investir dans la formation et le renforcement des capacités axés sur l'équité par le biais d'initiatives d'éducation et de formation continue portant précisément sur les soins virtuels équitables. La participation à des collaborations d'apprentissage virtuel sur l'augmentation de l'accès équitable aux soins virtuels en est un exemple.

5. **Investir dans la recherche, l'évaluation et les bonnes pratiques en matière de soins virtuels.** Les organisations de soins primaires doivent comprendre ce qui fonctionne bien et pour qui dans les soins virtuels. Il est essentiel de soutenir les efforts d'évaluation des programmes, en recueillant des données sur la satisfaction des patients et des prestataires, et de collaborer avec d'autres pour développer de bonnes pratiques en matière de soins virtuels axés sur l'équité, afin d'en tirer profit. Certaines organisations ont chargé un responsable de participer à ce type d'activités, ce qui renforcera les bases d'un système de soins virtuels équitable.

Projet 2 : Facilitateurs et obstacles à la messagerie sécurisée asynchrone sur le plan politique

Référence suggérée: Koshy, M.; Pratt, T.; Strom, M.; Bhattacharyya, O.; Agarwal P. *Policy-Level Facilitators and Barriers to Asynchronous Secure Messaging* [Internet]. Toronto, Ontario. Canadian Network for Digital Health Evaluation, Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care; 23 déc. 2022. 82 p. Peut être consulté à: <https://cdhe.wchwhiv.ca/work.html>

Résumé

Objectifs

L'accélération de la demande de soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19 a accru l'intérêt pour différentes modalités, notamment la messagerie sécurisée asynchrone (MSA), qui permet aux patients, aux soignants et aux prestataires de communiquer par texte grâce à des SMS, à des courriels, à des portails Web et à d'autres plates-formes. Les avantages reconnus de la MSA pour les patients comme pour les prestataires sont les suivants : économies, gain de temps, commodité, meilleur accès aux soins et meilleure utilisation des ressources de santé. En outre, le caractère abordable et accessible de la messagerie, par rapport à d'autres modalités de soins virtuels, en fait un outil susceptible d'améliorer l'accès équitable aux soins. Cette étude vise à consigner les nouvelles stratégies autour de la messagerie entre patients et prestataires dans le domaine des soins primaires en soulignant les variations dans la rémunération, la gouvernance et les approches de mise en œuvre dans cinq provinces canadiennes.

Méthodes

Nous avons identifié cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse) qui différaient dans leurs approches de mise en œuvre de la MSA ainsi que dans leurs politiques de rémunération, qui en étaient à différentes étapes de la mise en œuvre de la MSA et qui offraient une représentation géographiquement répartie dans l'ensemble du Canada. Nous avons mené des entretiens semi-structurés avec des décideurs, des prestataires et des experts en soins virtuels dans ces cinq provinces. Les données documentaires relatives aux initiatives provinciales en matière de MSA ont été examinées.

L'analyse des données a été guidée par les concepts du cadre de non-adoption, d'abandon, de mise à l'échelle, de propagation et de durabilité. Cette étude a été menée en collaboration avec des patients partenaires du Réseau des patients partenaires.

Résultats

Les initiatives provinciales de MSA dans les soins primaires diffèrent en ce qui concerne l'échelle, la durée, la rémunération et les niveaux d'intégration. Trois provinces de notre échantillon n'offrent actuellement aucune rémunération pour la MSA. Parmi ceux-ci, deux avaient auparavant piloté des modèles de rémunération de la MSA qui ne sont plus disponibles. Les politiques de rémunération qui ont été utilisées comprennent des honoraires forfaitaires et des modèles similaires à une structure de paiement à l'acte utilisant des honoraires fixes (avec des limites) et des honoraires échelonnés (en fonction de la complexité du cas). Les approches de mise en œuvre comprennent des initiatives de la MSA intégrées à l'échelle provinciale ainsi que des projets pilotes locaux. L'interopérabilité a été reconnue comme un défi qui peut être résolu à long terme en utilisant une interface standardisée qui relie plusieurs solutions de messagerie. Une seule province établit actuellement un lien entre le respect des normes provinciales et l'admissibilité à la facturation de la MSA.

Recommandations

Les programmes de soins virtuels, dont la MSA, sont mis en œuvre à des rythmes variés et selon des approches distinctes. Les provinces ne se sont pas toutes lancées dans des déploiements à l'échelle provinciale, et leurs diverses initiatives en sont à des stades

d'avancement différents, ce qui offre des possibilités d'apprentissage intergouvernemental.


Les principales recommandations pour les initiatives provinciales sont les suivantes:

1. **Mettre en œuvre des modèles de rémunération appropriés pour la MSA.** Les prestataires ont besoin de mesures incitatives ou de rémunérations appropriées pour encourager l'adoption de la MSA. Les préoccupations comprennent la complexité du cas, les limites (s'il y en a) sur le nombre de messages facturables, ainsi que les cas d'utilisation admissibles. Des incitatifs comme le soutien et le financement de la formation et de la mise en œuvre peuvent motiver les pratiques au sein d'un modèle de paiement par salaire ou par capitation pour donner la priorité à la MSA. La messagerie unidirectionnelle entre le prestataire et les patients peut être prise en charge sans codes de facturation et peut permettre aux prestataires de réaliser d'importantes économies de temps et d'argent. Les provinces qui ont élargi l'admissibilité à la facturation de la MSA aux soins virtuels épisodiques non urgents devraient évaluer les retombées sur la pertinence et l'accès des patients orphelins. Des conditions telles que le fait d'avoir déjà rendu visite au prestataire dans un délai précis ou de pouvoir passer à une visite en personne si nécessaire peuvent atténuer les risques.
2. **Envisager la vision à long terme pour intégrer la MSA dans les systèmes provinciaux.** De multiples mises en œuvre et pilotes de MSA à petite échelle peuvent fragmenter davantage les services. L'intégration de la MSA dans les plates-formes provinciales, en utilisant éventuellement un intergiciel pour fournir une interface unique reliant les différentes solutions de messagerie en service, peut contribuer à atténuer les problèmes

liés aux ouvertures de session multiples et aux solutions pour contacter différents prestataires.

3. **Renforcer les mécanismes de régulation.** Un vaste ensemble d'exigences normalisées en matière de sécurité et de confidentialité, liées à l'admissibilité à la rémunération, encouragera les prestataires à adopter des solutions qui répondent aux exigences de base. L'établissement de normes et de lignes directrices avec l'engagement des fournisseurs et des partenaires des patients permettra d'équilibrer les besoins de confiance, de confidentialité et de sécurité, et d'accès aux renseignements personnels sur la santé des patients.
4. **Continuer à investir dans les initiatives de MSA.** Un soutien clair et continu à l'échelle provinciale contribuera à améliorer l'adoption et l'utilisation continue de la MSA par les prestataires, avec la possibilité d'étendre les projets pilotes locaux à une échelle régionale ou provinciale. Les initiatives devraient inclure de nouvelles évaluations pour rendre les projets pilotes opérationnels et les porter à un niveau plus élevé, ainsi que l'adoption d'approches de co-conception pour la création et la mise en œuvre des programmes, afin que les mises en œuvre soient utiles, acceptables et adaptées au contexte. La gestion du changement à l'échelle provinciale, qui comprend la formation et le soutien à la mise en œuvre, peut aider les prestataires à surmonter les préoccupations concernant l'intégration du flux de travail et l'utilisation appropriée. Cela facilitera une approche intégrée de la mise en œuvre de la MSA, plutôt que de confier aux prestataires la responsabilité exclusive des efforts de gestion du changement.

5. Investir dans des initiatives de gestion du changement et de formation. Les enseignements tirés des efforts précédents peuvent contribuer à l'intégration de matériel d'éducation et de formation sur l'utilisation appropriée des systèmes de MSA. L'identification de médecins champions chargés de promouvoir la valeur de la MSA auprès de leurs pairs contribuera à accroître le taux d'utilisation. Les directives relatives à l'utilisation appropriée de la MSA doivent être élaborées conjointement avec les patients et les prestataires de soins afin de s'aligner sur un « système centré sur le patient » qui tient compte de l'équité et de la littératie numérique. Les prestataires doivent être sensibilisés à la manière dont la MSA peut être utilisée pour optimiser les pratiques de travail et faciliter les gains de temps et d'argent, même lorsqu'ils ne sont pas rémunérés.



Projet 3 : Intégration des flux de travail de la messagerie sécurisée asynchrone

Référence suggérée : Stamenova, V.; Pratt, T.; Koshy, M.; Rios, P.; Wasserman, L.; Bhattacharyya, O.; Agarwal, P.; Mukerji, G. *Workflow Integration of Asynchronous Secure Messaging* [Internet]. Toronto, Ontario. Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care, 23 déc. 2022 56 p. Peut être consulté à : <https://cdhe.wchvihv.ca/work.html>

Résumé

Objectifs

Ce volet de travail visait à décrire les modèles actuels de soins par messagerie sécurisée asynchrone (MSA) utilisés dans les cliniques de soins spécialisés, avec des modèles de soins en personne et virtuels variant selon le type de patient et le type de soins. L'étude a été menée dans un hôpital ambulatoire, le Women's College Hospital (WCH), à Toronto, en Ontario. Dans cette étude, les obstacles et les facilitateurs de l'adoption de la MSA ont été explorés parmi les prestataires de soins de santé, les dirigeants et les patients, ainsi que les principaux enseignements tirés. Cette évaluation a été menée dans le but de générer des recommandations pour des modèles de soins spécialisés en matière de MSA qui ont de meilleures chances d'être adoptés par les prestataires de soins de santé.

Méthodes

En collaboration avec des patients partenaires, nous avons mené une étude simultanée à méthodes mixtes comprenant des données quantitatives et qualitatives provenant de cliniques ambulatoires spécialisées basées dans des hôpitaux. Les données quantitatives comprenaient des données d'utilisation agrégées provenant du dossier médical électronique (DME) EPIC afin d'explorer les caractéristiques et les modèles d'utilisation. Les données qualitatives comprenaient des entretiens semi-structurés avec 11 prestataires de soins de santé (tous des médecins), cinq membres du personnel administratif (c.-à-d. des superviseurs du flux clinique, des coordonnateurs et des secrétaires qui trient les messages) et trois patients afin de connaître les modèles actuels et d'explorer les obstacles et les facteurs

favorables à une adoption et à une utilisation judicieuse. Les résultats quantitatifs et qualitatifs ont été interprétés ensemble afin de fournir une évaluation complète de la façon dont la gestion du risque systémique peut être utilisée pour soutenir des modèles de soins réussis à l'avenir.

Résultats

Depuis le début de la pandémie, on constate une augmentation du nombre de messages envoyés par les patients aux prestataires de soins de santé sur le portail des patients. Les médecins étaient de plus en plus dépassés par le nombre et le type de messages qu'ils recevaient, ainsi que par le temps nécessaire pour y répondre. La manière dont les messages étaient traités et les personnes chargées de les traiter variaient considérablement d'une spécialité à l'autre. Sur quatre départements (rhumatologie, dermatologie, chirurgie et santé mentale), trois ont fait état d'expériences largement négatives en matière de MSA (l'exception étant la chirurgie). Les départements dont les infirmières trient les messages semblent avoir des modèles plus performants. Les médecins des départements où le ratio patient/médecin est élevé et ceux qui ne disposent pas de personnel infirmier étaient particulièrement désavantagés.

Tableau 1: Obstacles et facilitateurs à l'adoption de la MSA.

Obstacles	Facilitateurs
<p>Utilisation inappropriée par les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins estiment que les patients utilisent la MSA de manière inappropriée. • Mauvaise adaptation à la modalité. • Un accès accru aux prestataires dans un système incapable de le gérer. 	<p>Proposition de valeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des propositions de valeur clairement distinctes en fonction des utilisateurs, présentant une valeur très faible pour les médecins dans le contexte d'une valeur élevée pour les patients.

<ul style="list-style-type: none"> • Les messages considérés comme inappropriés comprenaient les messages relatifs à de nouvelles préoccupations médicales, les consultations au nom de personnes non suivies par les médecins, les demandes cliniques ou non cliniques urgentes, les situations compliquées nécessitant une discussion synchrone, les plaintes, les demandes de changement de rendez-vous qui n'étaient pas nécessaires sur le plan médical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont apprécié la commodité et la possibilité de contacter les médecins en dehors des heures de travail habituelles. • Le personnel administratif a apprécié la réduction de la charge de travail que représente l'utilisation de la messagerie par rapport au téléphone et à la messagerie vocale. • Les médecins n'utilisaient la messagerie que pour de simples clarifications ou des mises à jour de résultats après les rendez-vous, mais certains évitaient de l'utiliser pour quoi que ce soit, de peur d'accroître le recours des patients à la MSA.
<p>Mauvaise expérience des médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le volume de travail et les demandes inappropriées ont créé une expérience largement négative pour la plupart des médecins. • Les médecins qui ont été particulièrement concernés par un grand nombre de messages ont déclaré être anxieux. • Les médecins avaient l'impression d'être exploités. 	<p>Formation des utilisateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins ont exprimé le besoin d'éduquer les patients sur le mode d'utilisation de la MSA. • Les médecins estiment que les patients ne comprennent pas le fonctionnement du système de soins de santé (notamment la non-rémunération des médecins et le concept de décharge des soins spécialisés). • Les médecins ont exprimé leurs inquiétudes quant au manque de connaissances sur leurs responsabilités en matière d'utilisation de la MSA dans les soins médicaux et d'imputabilité.
<p>Faible engagement de tous les utilisateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel administratif n'a pas été consulté dans la décision de fermer le système de messagerie. • Le personnel administratif a signalé que les patients se sont plaints de l'arrêt du système. 	<p>Accès équitable aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients et le personnel administratif ont indiqué que la MSA permet l'accès à des populations de patients structurellement marginalisées et que son arrêt crée un environnement de soins inéquitables.
<p>Augmentation de la charge de travail des médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • La MSA a ajouté une charge de travail importante pour de nombreux médecins. • Les cliniques ayant un volume de patients plus important, un ratio patient-fournisseur plus élevé et celles ne disposant d'aucun soutien infirmier ont été les plus touchées. 	
<p>Absence de rémunération et responsabilité accrue</p>	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Les médecins étaient obligés de traiter les messages en dehors des heures de travail normales, car il s'agissait d'un travail non rémunéré.• Il existe des incertitudes claires quant à la responsabilité des médecins lorsqu'il s'agit de messages contenant des urgences médicales ou de nouveaux problèmes médicaux apportés par des patients en fin de traitement. | |
|---|--|

Recommandations

Niveau organisationnel

1. **Élaborer des modèles de soins propres à chaque spécialité** qui tiennent compte du triage des patients, des processus de traitement des messages (c.-à-d. que le personnel infirmier ou clinique traite certains messages avant les médecins) et des possibilités de visites supplémentaires lorsqu'une visite en dehors de la MSA est nécessaire.
2. **Adopter une stratégie à l'échelle de l'organisation pour l'engagement et la formation des patients** en ce qui concerne la MSA.
3. **Faire participer tous les utilisateurs (c'est-à-dire les patients, les soignants, les cliniciens, le personnel) à la conception des modèles de soins** et aux décisions concernant les changements apportés aux modèles de soins.

Plan politique

1. **Mettre en place une rémunération des médecins pour les soins fournis par le biais de la messagerie.**
2. **Réduire les variations dans l'accès aux services de MSA** dans le système de soins de santé.

3. **Élaborer des lignes directrices et des recommandations cliniques provinciales solides en matière de MSA** et concevoir des méthodes pour les communiquer aux médecins.