



IEDM

Des idées
pour une société
plus prospère



**LES CAHIERS
DE RECHERCHE**



SEPTEMBRE 2019

ENTREPRENEURIAT ET SANTÉ **COMMENT FAVORISER LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE AU CANADA**

Par Patrick Déry



910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Quebec)
H3C 2H8, Canada

Téléphone : 514-273-0969
Télécopieur : 514-273-2581
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Il n'accepte aucun financement gouvernemental.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

©2019 Institut économique de Montréal
ISBN 978-2-922687-94-1

Dépôt légal : 3^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

Patrick Déry

Entrepreneuriat et santé Comment favoriser le déploiement de la télémédecine au Canada

Institut économique de Montréal

•
Septembre 2019



I EDM

Des idées
pour une société
plus prospère

TABLE DES MATIÈRES

POINTS SAILLANTS.....5

INTRODUCTION.....9

CHAPITRE 1 – ÉTAT DES LIEUX 11

CHAPITRE 2 – AMÉLIORER L’ACCÈS AUX SOINS TOUT EN RÉDUISANT LES COÛTS..... 19

CHAPITRE 3 – LES OBSTACLES AU DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE27

CHAPITRE 4 – CAS D’ÉTUDE : LA TÉLÉMÉDECINE ENTREPRENEURIALE ET L’ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK...35

CONCLUSION – DES RECOMMANDATIONS POUR NOS DÉCIDEURS PUBLICS 43

ANNEXE – POURQUOI L’INNOVATION PASSE-T-ELLE PAR L’ENTREPRENEURIAT? 49

À PROPOS DE L'AUTEUR 55

POINTS SAILLANTS

Même si les technologies d'aujourd'hui l'ont rendu facilement réalisable, le recours à la télémédecine demeure limité au Canada et ailleurs, quoiqu'une expansion soit en cours, poussée principalement par le secteur entrepreneurial. Pourtant, les gains qu'un plus grand recours aux soins à distance pourrait engendrer sont considérables, compte tenu des difficultés qu'ont les Canadiens à accéder aux soins. Pourquoi l'utilisation des consultations virtuelles demeure-t-elle encore si marginale aujourd'hui, et comment peut-on y remédier?

Chapitre 1 – État des lieux

- Tandis que toutes les provinces offrent certains services de médecine à distance, la Colombie-Britannique est la seule où les consultations vidéo avec un médecin de famille sont remboursées par l'État au même titre que toute autre consultation médicale.
- Sur les quelque 270 millions de services facturables recensés par l'Institut canadien d'information sur la santé en 2014, seulement 412 000 d'entre eux étaient des consultations à distance, soit 0,15 %.
- En 2018, seulement 4 % des médecins de famille canadiens, et seulement 9 % des médecins spécialistes, offraient à leurs patients la possibilité d'une consultation virtuelle. Seulement 1 % de la population canadienne utiliserait des services de télémédecine.
- Une comparaison entre dix pays riches effectuée en 2016 avait montré que les médecins canadiens étaient les moins susceptibles (16 %) d'offrir à leurs patients la possibilité de les contacter par courriel, contre 86 % en Suisse et 64 % aux États-Unis.
- Pourtant, les patients semblent prêts à accéder aux soins grâce à la technologie. Les trois quarts des Canadiens se disent intéressés à utiliser un portail internet pour accéder à leur dossier médical et consulter leur médecin, et quatre sur dix sont prêts à payer pour un tel service.
- Malgré une expansion récente de l'offre de services, l'utilisation des consultations virtuelles reste aussi limitée en Europe, avec environ 2 % des visites en soins primaires en Suède effectuées en consultations virtuelles en 2017, par exemple.
- Aux États-Unis, entre 2015 et 2018, la proportion de grandes entreprises (200 employés ou +) dont le

principal régime d'assurance couvrait l'utilisation de la télémédecine est passée d'un peu plus d'un quart à près des trois quarts.

- Même si le nombre de visites virtuelles auprès d'un médecin par des Américains assurés dans le cadre d'un régime collectif avait augmenté de près de 20 fois entre 2010 et 2016, moins de 1 % des assurés y avaient eu recours.

Chapitre 2 – Améliorer l'accès aux soins tout en réduisant les coûts

- Dans une comparaison des systèmes de santé de onze pays riches, le Canada arrive bon dernier pour l'obtention d'un rendez-vous avec un professionnel de la santé le jour même ou le lendemain, pour les délais d'attente avant de pouvoir consulter un médecin spécialiste ainsi que pour les délais d'attente avant de subir une chirurgie non urgente.
- Le Canada est aussi – et de loin – le pays où l'on est le plus susceptible de patienter de longues heures à l'urgence d'un hôpital avant d'obtenir les soins requis.
- Plus de deux Canadiens sur trois (68 %) disent avoir déjà renoncé à une consultation médicale en raison de divers obstacles, dont un délai d'attente trop long ou une incapacité à voir un médecin en dehors des heures normales de bureau.
- Pour le gouvernement, un patient représente une dépense nette; il cherche donc à limiter de telles dépenses, notamment en restreignant et en rationnant l'offre de soins. Pour les entreprises œuvrant dans le domaine de la santé, les patients représentent un revenu potentiel, et elles en veulent donc plus.
- Plus de quatre Canadiens sur dix estimaient que leur dernière visite à l'urgence était due à une condition qui aurait pu être traitée dans une clinique; les entreprises de télémédecine affirment de leur côté que de 50 à 70 % des problèmes couramment rencontrés en soins primaires peuvent être réglés par une consultation virtuelle.
- Plusieurs études ont montré que les consultations virtuelles pouvaient permettre des économies de coûts par rapport aux consultations en personne, du point de vue du fournisseur de soins.

- Pour les employeurs, offrir des consultations virtuelles à leurs employés pourrait aussi se traduire par des économies importantes : une étude publiée en 2013 avait évalué le coût total de l'absentéisme pour les employeurs canadiens à près de 17 milliards \$, ou 2,4 % de la masse salariale.
- Il existe une preuve scientifique abondante indiquant que des interventions de télémédecine peu coûteuses en soins primaires sont réalisables et acceptables tant pour les patients que pour les médecins, et qu'elles entraînent habituellement une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leurs coûts.

Chapitre 3 – Les obstacles au déploiement de la télémédecine

- Puisque le recours à la télémédecine permet de réduire les coûts de certains soins et d'en éviter d'autres, il devrait en principe engendrer des gains d'efficience pour les systèmes de santé.
- Cependant, si la télémédecine permettait aux systèmes publics de répondre à la demande non satisfaite des Canadiens pour les soins, cela pourrait en théorie entraîner une augmentation des dépenses en santé des gouvernements. À tout le moins, les économies potentielles pourraient être effacées par la demande additionnelle de soins, qui serait enfin satisfaite.
- Les efforts entrepreneuriaux, en se développant aussi à l'extérieur du système public, peuvent apporter une solution en augmentant l'offre globale de soins tout en allégeant la pression sur les dépenses de l'État.
- L'accès aux technologies est parfois présenté comme un obstacle au développement de la télémédecine, mais de multiples solutions existent et sont disponibles sur des appareils qu'une vaste majorité de patients et de soignants utilisent tous les jours.
- Les barrières réglementaires constituent cependant un réel obstacle : selon les règles actuelles, un médecin désirant offrir des consultations en télémédecine dans toutes les provinces devra posséder et renouveler six ou sept permis provinciaux.
- L'allègement de la réglementation des permis de pratique par la reconnaissance mutuelle des permis provinciaux, qui est favorisé par une majorité
- écrasante (92 %) de médecins, pourrait faire augmenter l'offre de soins et en faciliter l'accès.
- L'exemple américain montre qu'un allègement réglementaire est possible. Au début de 2019, 24 États avaient adopté une politique favorisant l'émission accélérée de licences pour les médecins, tandis que principe de la reconnaissance des permis des infirmières d'un autre État avait été adopté par 31 États.
- En plus des barrières liées au permis de pratique, la plupart des systèmes publics de santé du Canada limitent l'accès à la télémédecine en imposant toutes sortes de conditions qui n'existent pas dans le cadre de la télémédecine entrepreneuriale.
- La plupart des systèmes de santé provinciaux réservent l'utilisation de la télémédecine à des clients demeurant en région éloignée, ou à tout le moins priorisent grandement ces clientèles, et les patients doivent recevoir les soins dans un endroit désigné ou approuvé à cette fin.
- Plusieurs provinces exigent aussi que les médecins demandent la permission ou s'inscrivent auprès des autorités publiques avant de pouvoir offrir des consultations via la télémédecine à l'intérieur du système public.

Chapitre 4 – Cas d'étude : La télémédecine entrepreneuriale au Canada et l'Ontario Telemedicine Network

- Dans la télémédecine entrepreneuriale, le patient choisit son fournisseur de soins et le moment où il est soigné. S'il n'est pas satisfait des services qu'il reçoit, il peut se tourner vers un autre fournisseur.
- Les entreprises actives dans le secteur de la télémédecine entrepreneuriale offrent des consultations sur demande par texte, voix ou vidéo pour des problèmes de santé courants via le téléphone, la tablette ou l'ordinateur personnel, à l'endroit et au moment qui convient aux patients.
- La définition de « consultation sur demande » est différente d'une entreprise à l'autre : certaines offrent des consultations de jour, sur rendez-vous; d'autres garantissent une consultation avec une infirmière praticienne ou un médecin à l'intérieur de quelques minutes, 24 heures sur 24, sept jours par semaine.
- La plupart des entreprises offrant des consultations virtuelles se concentrent sur les problèmes de santé

courants (fièvre, grippe, infections mineures, allergies, santé sexuelle, renouvellements de prescription, etc.), qui sont précisément les types de maux qui obligent les Canadiens à se rendre plus souvent à l'urgence que dans des pays comparables.

- Le plus important réseau de télémédecine provincial au Canada est l'Ontario Telemedicine Network (OTN), dont le principal service est la consultation virtuelle aux patients demeurant en région éloignée.
- Pendant l'année 2017-2018, l'OTN a facilité tout près de 900 000 consultations à distance, ce qui demeure une petite fraction des quelque 100 millions de services cliniques dispensés chaque année dans la province.
- Par contre, il ne fait pas de doute que l'OTN procure des bénéfices importants pour les patients et pour le système public de santé : les programmes de consultations virtuelles entre fournisseurs de soins primaires et spécialistes, par exemple, ont permis d'éviter des visites en personne par les patients dans près de 80 % des cas.
- La lente progression de la diffusion de la télémédecine à l'intérieur du système public de santé ontarien illustre encore une fois la difficulté des systèmes bureaucratiques à intégrer l'innovation.

Conclusion – Des recommandations pour nos décideurs publics

- L'objectif général de nos décideurs publics provinciaux devrait être d'abaisser les barrières qui ralentissent le développement et l'expansion de la télémédecine, ce qui n'entraîne en soi aucune dépense additionnelle pour les gouvernements.
- **1) Reconnaissance mutuelle des permis de pratique** : L'obligation pour les médecins de détenir des licences dans plusieurs provinces est probablement le plus grand frein à l'expansion des entreprises actives dans le domaine de la télémédecine. Elle empêche aussi une meilleure allocation des ressources médicales dans les systèmes publics.
- **2) Éliminer les barrières professionnelles** : Les champs de pratique des infirmières, des infirmières praticiennes et des pharmaciens devraient être élargis le plus possible; moins les établissements et les entreprises offrant des services de télémédecine dépendront des médecins, qui sont une ressource rare, plus ils seront en mesure d'élargir leurs services et d'améliorer l'accès pour les patients.

- **3) Revoir les modes de rémunération des médecins** : Les médecins canadiens reçoivent près des trois quarts de leur rémunération sous forme de paiements à l'acte, ce qui ne favorise pas l'innovation dans la pratique médicale.
- **4) Autoriser la pratique médicale mixte** : Dans plusieurs pays d'Europe, des études ont montré que les médecins qui adoptent une pratique mixte augmentent globalement le nombre d'heures passées à soigner des patients, sans diminuer le temps consacré au système public.
- **5) Voir le secteur privé comme un partenaire** : Les systèmes de santé mettant les entreprises privées à contribution à l'intérieur de régimes universels sont la norme à travers l'OCDE, avec des résultats probants tant du point de vue des patients que des finances publiques. Au Canada, des entreprises actives dans le domaine de la télémédecine ont montré qu'elles pouvaient appuyer les établissements publics.
- **6) Résister à la tentation réglementaire** : Les bienfaits de la télémédecine pour les patients ont été largement démontrés, et ses professionnels sont déjà régis par des codes de déontologie et des ordres professionnels. Le législateur devrait prendre un pas de côté et concentrer son action à faire tomber les barrières qui subsistent encore.

INTRODUCTION

La journée a mal commencé, comme celle d’hier. Toujours les mêmes symptômes, mais passer l’avant-midi à la clinique ne vous sourit guère, et une visite à l’urgence encore moins. Vous ouvrez une application sur votre téléphone. Au bout de quelques clics, le visage d’un médecin apparaît. Après une brève consultation, une prescription vous est envoyée. Les médicaments vous sont livrés un peu plus tard dans la journée. Sans y penser davantage, vous êtes déjà replongé dans vos activités quotidiennes.

Un tel scénario relevait de la science-fiction il y a quelques années seulement. Les technologies d’aujourd’hui l’ont rendu réalisable, mais le recours à la télémédecine demeure limité au Canada, privant les patients canadiens de ses bénéfices. Pourquoi? Et que doit-on faire pour y remédier? C’est ce que nous aborderons en ces pages.

Qu’est-ce que la télémédecine? Dans son sens le plus large, on pourrait la définir comme étant l’utilisation de toute technologie aidant les fournisseurs de soins à collaborer et à livrer des soins à distance aux patients¹.

Cela peut aller du simple appel téléphonique d’un médecin à son patient, à la vidéoconférence utilisant de l’équipement sophistiqué, en passant par la messagerie instantanée et l’utilisation d’applications vidéo sur les appareils portables pour un examen ou un suivi. Cette définition élargie peut également inclure le télémonitorage de patients atteints de maladies chroniques, ou encore les consultations à distance et la transmission de résultats entre les professionnels de la santé².

Ce cahier de recherche va se concentrer principalement sur les consultations entre les patients et le personnel soignant. Celui-ci est généralement composé de médecins et d’infirmières, quoique d’autres professionnels de la santé puissent être concernés (psychologues, nutritionnistes, etc.). Il pourra être question de télémédecine, de médecine virtuelle, de télésanté, de télépratique, de télésurveillance, de téléassistance ou de consultations virtuelles, selon le contexte, les

sources, ou simplement pour varier le vocabulaire, indifféremment du professionnel qui offre les soins.

La pratique de la télémédecine, son évolution et son expansion seront examinées tant à l’intérieur des systèmes publics de santé que dans un contexte entrepreneurial, le fil conducteur étant de recenser ce qui favorise son expansion, ce qui la freine et, ultimement, d’identifier les moyens de la rendre accessible au plus grand nombre de patients.

Le chapitre 1 dressera un portrait général de l’adoption de la télémédecine et de son accessibilité au Canada, et fera un bref survol de la situation dans des pays comparables, dont la Suède, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis. Il montrera notamment que les médecins canadiens sont peu enclins à adopter les nouvelles technologies dans leur pratique, même si une large proportion de patients y sont favorables. Il exposera comment, ici et ailleurs, l’utilisation des consultations virtuelles demeure marginale, quoiqu’une expansion soit en cours, poussée principalement par le secteur entrepreneurial.

Qu’est-ce que la télémédecine?
Dans son sens le plus large, il s’agit de l’utilisation de toute technologie aidant les fournisseurs de soins à collaborer et à livrer des soins à distance aux patients.

Le chapitre 2 détaillera les gains qu’un plus grand recours à la médecine à distance pourrait engendrer au Canada. Il commencera par donner un aperçu des difficultés d’accès aux soins des Canadiens en comparaison des patients d’autres pays développés. Il recensera les gains pour les patients en termes d’accès et d’attente réduite, et pour les gouvernements en termes d’économies et d’efficacité. Il montrera enfin comment l’apport des employeurs pourra aider à matérialiser ces gains, du point de vue des patients et de celui de l’État.

Le chapitre 3 se penchera spécifiquement sur les principaux obstacles au déploiement de la télémédecine au Canada. Il expliquera pourquoi certaines entraves, notamment les questions financières et technologiques, sont davantage des illustrations des limites des systèmes publics que de véritables obstacles à l’expansion de la télémédecine. Il montrera aussi comment les barrières

1. Kerry Waddell, Eilish M. Scallan et Michael G. Wilson, « Understanding the Use and Compensation for Virtual-care Services in Primary Care », McMaster Health Forum, McMaster University, 27 juillet 2018, p. 4.

2. World Health Organization, *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States – Report on the second global survey on eHealth*, Global Observatory for eHealth series, vol. 2, 2010, p. 9; Collège des médecins, *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l’information et de la communication: Guide d’exercice*, février 2015, p. 9.

réglementaires, en particulier la réglementation territoriale de la pratique professionnelle, sont un obstacle bien réel du point de vue des entreprises de télémédecine, mais aussi de celui des systèmes publics de santé du pays, et comment lever cet obstacle. Il notera enfin comment le rationnement des soins par l'État, qui impose toutes sortes de conditions pour pouvoir donner et recevoir des soins à distance, nuit lui aussi au déploiement de la télémédecine.

Le chapitre 4 présentera des cas d'étude de différentes solutions qui s'offrent aux patients, dans un contexte entrepreneurial puis à l'intérieur du système public. Sans effectuer de comparaison directe, il donnera un aperçu du fonctionnement et des services offerts par différentes entreprises de télémédecine aux particuliers, et même à quelques établissements publics. Il donnera aussi un bref avant-goût de la télémédecine du futur. Il se penchera ensuite sur le cas de l'Ontario Telemedicine Network, un organisme à but non lucratif financé par les fonds publics qui a engendré le réseau le plus développé au pays, en relevant les bénéfices qu'il a apportés aux patients de même que les limites de son modèle.

En conclusion de ce cahier, on trouvera des recommandations concrètes à l'intention de nos décideurs publics, dont le dénominateur commun est l'abolition de toutes les entraves au déploiement de la télémédecine. Ces recommandations, dont la mise en place n'implique pas de dépenses additionnelles de la part des gouvernements, faciliteront l'expansion des soins à distance et favoriseront leur plus grande diffusion par les systèmes publics de santé et par les entreprises offrant des consultations virtuelles. Au final, elles auront pour effet d'augmenter l'offre de soins et d'offrir un meilleur accès pour les patients. Elles engendreront aussi des bénéfices non seulement dans le secteur de la télémédecine, mais pour les systèmes de santé dans leur ensemble.

CHAPITRE 1

État des lieux

L'idée qu'un médecin puisse traiter un patient qui ne soit pas physiquement présent ne date pas d'hier. Dès 1905, un médecin néerlandais transmettait des battements de cœur par téléphone, posant le premier geste de télémédecine à l'aide de technologies modernes. En Norvège, en Italie et en France, des cliniques médicales ont offert des consultations radiophoniques au cours des années 1920, 1930 et 1940. Aux États-Unis, on a commencé à transmettre des radiographies à distance au cours des années 1950, et ensuite au Canada³.

Cela fait maintenant plusieurs années que les Canadiens sont habitués à communiquer de visu et de vive voix avec leurs proches au pays et partout dans le monde, en s'asseyant devant un ordinateur ou au simple toucher d'un écran portable. On aurait pu s'attendre à une vaste démocratisation de la télémédecine, facilitée par la diffusion à grande échelle des communications téléphoniques et des technologies audiovisuelles, de l'avènement de l'informatique et du téléphone intelligent. Ce n'est pourtant toujours pas le cas.

La télémédecine au Canada

Au Canada, le développement de la télémédecine dans le réseau public varie d'une province à l'autre puisque la santé demeure une compétence provinciale en vertu de la Constitution – chaque province a donc son propre système de santé. Bien que ceux-ci partagent plusieurs aspects, notamment en raison de leurs origines communes, du financement public par l'État et de l'encadrement de la *Loi canadienne sur la santé*⁴, ils se distinguent néanmoins à certains égards. C'est le cas pour la télémédecine.

Toutes les provinces offrent certains services de médecine à distance à travers leurs systèmes publics⁵. Ces services sont généralement destinés à des patients habitant des régions éloignées et ou au suivi de maladies chroniques⁶. La Colombie-Britannique est la seule pro-

vince où les consultations vidéo avec un médecin de famille sont remboursées par l'État au même titre que toute autre consultation⁷.

À l'intérieur des systèmes publics de santé canadiens, la télémédecine est un phénomène marginal. En 2014, sur les quelque 270 millions de services facturables recensés par l'Institut canadien d'information sur la santé, seulement 412 000 d'entre eux étaient des consultations à distance, soit 0,15 %⁸.

Bien que cette proportion ait sans doute augmenté depuis, notamment en raison d'une forte croissance des consultations en Colombie-Britannique⁹, l'accès à la télémédecine reste limité à l'échelle du pays. Un sondage mené en 2018 par Inforoute Santé du Canada a montré que seulement 4 % des médecins de famille canadiens offraient à leurs patients la possibilité d'une consultation virtuelle. Cette proportion est un peu plus élevée chez les médecins spécialistes, à 9 %, mais elle demeure tout de même faible¹⁰.

Au Canada, le développement de la télémédecine dans le réseau public varie d'une province à l'autre.

Sans surprise, très peu de patients disent être en mesure d'obtenir une consultation virtuelle. Un autre sondage mené en 2018 par Inforoute Santé du Canada auprès des patients a révélé que seulement 6 % de ceux-ci disaient avoir cette possibilité¹¹. Le nombre d'utilisateurs réels est vraisemblablement beaucoup plus bas. Une étude de marché réalisée pour le compte de la Commission européenne en 2018 a estimé que les utilisateurs de la télémédecine représentaient environ 1 % de la population canadienne¹². Un sondage réalisé en

3. Seewon Ryu, « Book Review: History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation », *Healthcare Informatics Research*, vol. 16, no 1, 2010, p. 65-66.

4. Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.

5. Le réseau le plus développé est celui de l'Ontario, dont nous allons parler plus en détail dans le chapitre 4.

6. Kerry Waddell et al., « Understanding the Use and Compensation for Virtual-care Services in Primary Care », *McMaster Health Forum*, McMaster University, 27 juillet 2018, p. 4.

7. Doctors of BC, « Virtual care in private practice: Billing & Incentives for GP's e-Communication with Patients », mis à jour le 27 mars 2019.

8. Association médicale canadienne, *The Future of Technology in Health and Health Care: A Primer*, Health Summit Background, AMC, 2018, p. 3.

9. Pamela Fayerman, « Telus to offer app for 24/7 tele-conference visits to doctors », *Vancouver Sun*, 7 septembre 2018.

10. Inforoute Santé du Canada, *Sondage des médecins canadiens 2018 – Utilisation pratique de la santé numérique et des technologies de l'information par les médecins*, décembre 2018, p. 19 et 21.

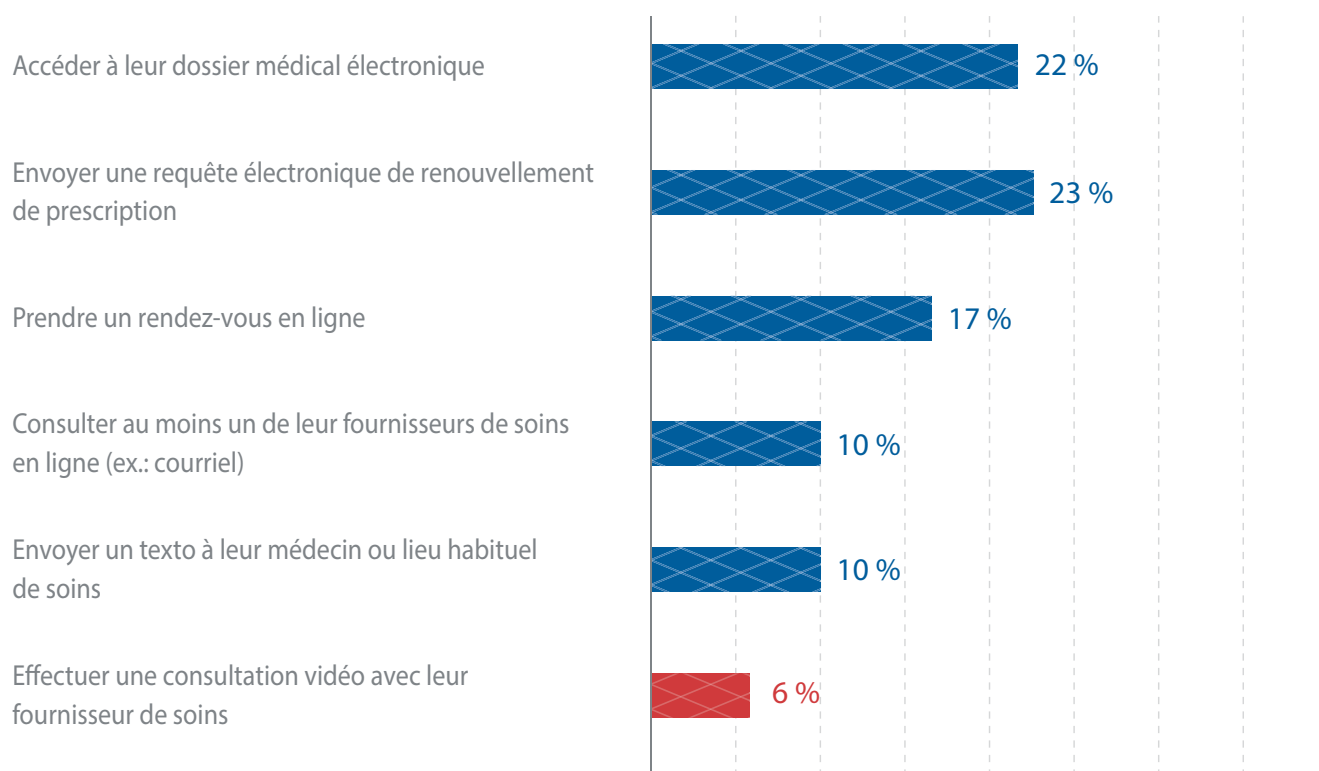
11. Inforoute Santé du Canada, *Relier les patients pour favoriser leur santé*, 2018, août 2018, p. 18.

12. Commission européenne, *Market study on telemedicine*, Third EU Health Programme, pwc, octobre 2018, p. 56.

Figure 1-1

Utilisation d'outils et de moyens de communication numériques par les patients canadiens, 2018

PROPORTION DE PATIENTS DISANT POUVOIR...



Source : Inforoute Santé du Canada, *Relier les patients pour favoriser leur santé*, 2018, août 2018, p. 14, 17, 18 et 19.

2019 pour le compte de l'Association médicale canadienne va dans le même sens¹³.

De façon générale, l'utilisation de la technologie pour les communications entre les médecins canadiens et leurs patients reste limitée (voir la Figure 1-1). Seulement 10 % des Canadiens disent pouvoir communiquer avec un de leurs fournisseurs de soins en ligne, par exemple par courriel. La même proportion peut envoyer un texto à leur médecin ou leur lieu habituel de soins¹⁴. Une autre comparaison entre dix pays riches effectuée en 2016 avait montré que les médecins canadiens étaient les moins susceptibles d'offrir à leurs patients la possibilité de les contacter par courriel. Cette

proportion était de 86 % en Suisse, de 64 % aux États-Unis et de seulement 16 % au Canada (voir la Figure 1-2).

Pourtant, les patients semblent prêts à accéder aux soins grâce à la technologie. Une majorité de ceux qui ne peuvent pas communiquer avec un fournisseur de soins par courriel ou par message texte aimeraient pouvoir le faire, et 41 % chez ceux qui n'ont pas accès à des consultations vidéo¹⁵. De façon plus générale, en 2019, les trois quarts des Canadiens se disent intéressés à utiliser un portail internet pour accéder à leur dossier médical et consulter leur médecin, et quatre sur dix sont prêts à payer pour un tel service¹⁶. Comme nous allons le voir dans ce cahier, des entrepreneurs ont vu une

13. Association médicale canadienne et IPSOS, « L'avenir de la connectivité dans les soins de santé : Rapport sur le point de vue de la population canadienne au sujet du système de santé », août 2019, p. 11.

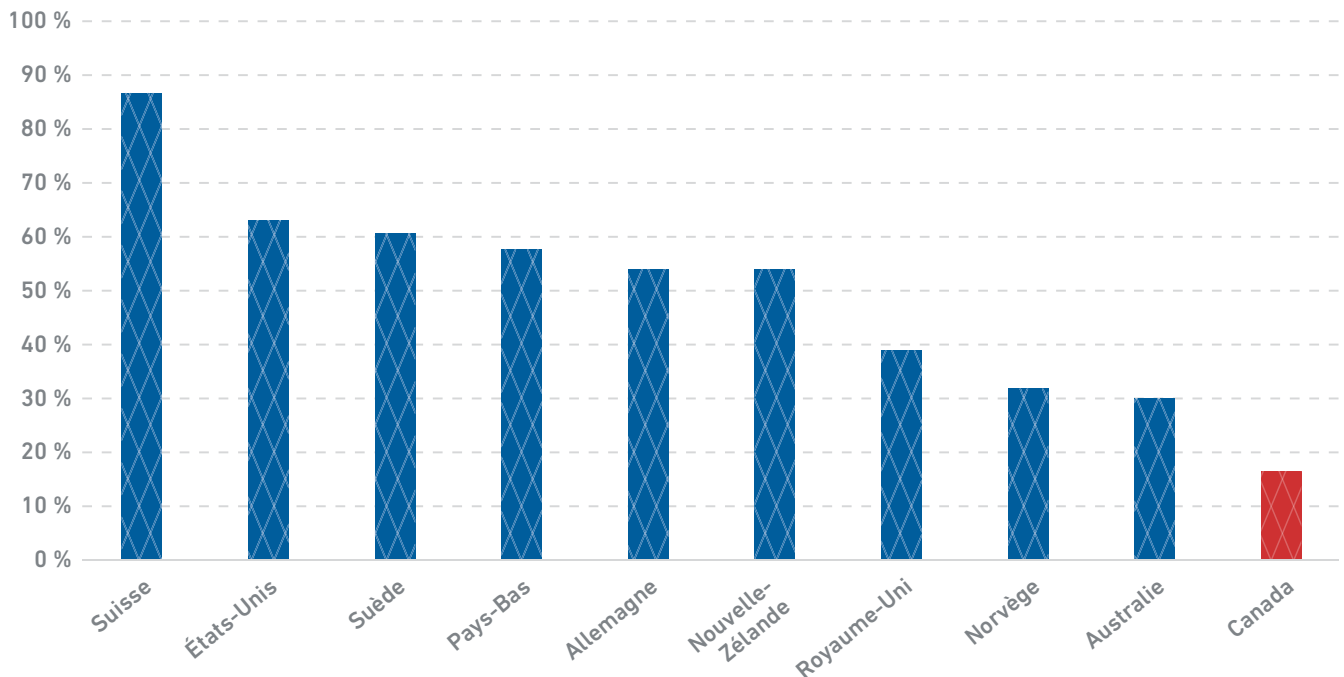
14. Inforoute Santé du Canada, *op. cit.*, note 10.

15. *Idem.*

16. Association médicale canadienne et IPSOS, *op. cit.*, note 13.

Figure 1-2

Proportion de médecins dont la pratique offre la possibilité aux patients d'envoyer un courriel à propos d'une question ou d'une préoccupation, 2015



Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires – tableaux de données », 2016, onglet 28.1.

opportunité et répondu à l'appel là où l'État est incapable de satisfaire adéquatement la demande de soins.

La télémédecine ailleurs

Quelle est la diffusion de la télémédecine dans les pays comparables au Canada? Une recension exhaustive dépasserait largement le cadre de ce cahier, mais quelques exemples peuvent aider à établir certains repères afin de contextualiser la situation canadienne.

Quelques exemples européens

En Suède, des autorités régionales ont tenté quelques essais avec les consultations vidéo mais les résultats n'ont pas été concluants, en raison de services peu conviviaux. C'est l'arrivée d'entrepreneurs en 2016, notamment les jeunes pousses Kry et Min Doktor, qui a permis de développer des services plus pratiques, livrés à l'aide du téléphone intelligent. Ces entrepreneurs se sont appuyés sur la *Loi sur la liberté de choix dans le secteur public*, qui a donné à des acteurs du secteur

En 2014, sur les quelque 270 millions de services facturables recensés par l'Institut canadien d'information sur la santé, seulement 412 000 d'entre eux étaient des consultations à distance, soit 0,15 %.

privé le droit d'établir leurs services partout en Suède, pourvu qu'ils se conforment aux exigences réglementaires. La loi a servi de cadre pour l'établissement de services de télémédecine, même si le législateur n'avait vraisemblablement pas prévu ce dénouement. À la fin de 2017, près de 2 % des visites en soins primaires en Suède étaient effectuées en consultations virtuelles,

lesquelles sont remboursées par l'État même si elles sont facilitées par des fournisseurs privés¹⁷.

En France, les consultations à distance existent depuis 2015, via le service offert par l'assureur Axa, sans frais pour ses assurés. Axa est aussi à l'œuvre dans la vidéoconsultation, par l'entremise de sa plateforme Qare. Les services étaient auparavant payants pour les patients, mais les coûts sont maintenant assumés par la Sécurité sociale, qui rembourse les vidéoconsultations depuis l'automne 2018 au même tarif que les visites en personnes¹⁸. Sauf urgence et quelques exceptions, le médecin doit avoir déjà rencontré le patient auquel il offre une consultation virtuelle. Le choix de l'équipement et du moyen de communication est laissé au médecin et peut inclure des plateformes vidéo comme Facetime et Skype, bien que les exigences soient plus strictes pour la transmission de documents¹⁹. D'autres entreprises se sont lancées dans le marché à la suite de l'entrée en vigueur du remboursement des vidéoconsultations, notamment Doctolib et Livi, cette dernière étant une filiale de la Suédoise Kry²⁰.

Au Royaume-Uni, les origines de la télémédecine remontent aux années 1990, mais les années qui ont suivi ont donné lieu à un lent développement, essentiellement fait de projets pilotes²¹. En 2015, une étude a sondé 318 gestionnaires et médecins de soins primaires sur l'utilisation des technologies dans le cours de leur pratique. Aucun cabinet médical n'offrait de consultations vidéo et 86 % d'entre eux n'avaient aucune intention de le faire. Les résultats étaient semblables pour les médecins pris individuellement²².

Depuis, différentes entreprises de télémédecine sont entrées sur le marché et offrent des consultations sur demande moyennant rémunération, notamment Babylon, Push Doctor et Now Healthcare, afin de répondre aux

délais d'accès aux soins grandissants²³, quoique ceux-ci soient nettement moindres que ce à quoi les Canadiens sont habitués²⁴. Les entreprises de télémédecine fournissent également des services au système public. Par exemple, l'agence de santé gouvernementale, le National Health Service (NHS), a lancé en 2017 en partenariat avec Babylon un service nommé GP at Hand, qui vise à offrir aux patients des consultations virtuelles à l'intérieur de deux heures à travers le système public²⁵. Le NHS a aussi entrepris un virage technologique important au début de 2019 et souhaite offrir un accès aux soins « numérique d'abord » à ses patients d'ici dix ans²⁶. L'organisation publique a ainsi lancé sa propre application pour appareils portables, qui permet de prendre de rendez-vous, de renouveler des prescriptions et d'accéder à son dossier médical²⁷. Des consultations virtuelles doivent y être accessibles d'ici l'automne 2019²⁸.

Une comparaison entre dix pays riches effectuée en 2016 avait montré que les médecins canadiens étaient les moins susceptibles d'offrir à leurs patients la possibilité de les contacter par courriel.

En somme, malgré une expansion récente de l'offre de services qui va sans doute s'accélérer, l'utilisation des consultations virtuelles en Europe reste encore limitée. Un rapport préparé pour la Commission européenne et publié en 2018 considère d'ailleurs les États-Unis comme « le pionnier mondial de la télémédecine ». L'affirmation témoigne davantage du retard européen que d'un réel engouement pour la télémédecine aux États-Unis, puisque selon ce même rapport, seulement environ 2 % des Américains reçoivent des soins virtuels. Néanmoins, cette proportion est deux fois plus élevée qu'au Canada

17. Mårten Blix and Johanna Jeansson, « Telemedicine and the Welfare State: The Swedish Experience », Research Institute of Industrial Economics, IFN Working Paper No. 1238, 2018; Jonas Sjögreen, « Online doctor - a business concept that creates problems », *Läkartidningen*, vol. 114, no EF6Y, 24 janvier 2017.

18. Axa, Protection des salariés, Téléconsultation médicale, page consultée le 22 juillet 2019; Axa « Comment la télémédecine aide AXA à relever le défi de la santé », Newsroom, 23 mai 2019; Qare, Tarifs et remboursement, page consultée le 22 juillet 2019.

19. Sécurité sociale, L'Assurance Maladie, « Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 », dossier de presse, 12 septembre 2018.

20. Valérie de Senneville et Deborah Loye, « La révolution de la télémédecine : la santé au bout du clic », *Les Échos*, 8 janvier 2019.

21. Debasish Debnath, « Activity analysis of telemedicine in the UK », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 80, no 944, 10 juin 2004, p. 335-338.

22. Heather Brant et al., « Using alternatives to face-to-face consultations: a survey of prevalence and attitudes in general practice », *British Journal of General Practice*, vol. 66, no 648, juillet 2016, p. 460-466.

23. Bharadwaj V. Chada, « Virtual consultations in general practice: embracing innovation, carefully », *British Journal of General Practice*, vol. 67, no 659, p. 264.

24. Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*, The Commonwealth Fund, juillet 2017, p. 21.

25. Babylon, Our pricing plans.

26. NHS England, Online version of the NHS Long Term Plan, Chapter 5: Digitally-enabled care will go mainstream across the NHS, page consultée le 22 juillet 2019.

27. NHS England, « NHS App begins public rollout », communiqué de presse, 23 janvier 2019.

28. NHS England, Systems and services, NHS App, Features of the NHS App; NHS England, Systems and services, NHS App, Future developments for the NHS App.



Au Royaume-Uni, différentes entreprises de télémédecine sont entrées sur le marché et offrent des consultations sur demande moyennant rémunération afin de répondre aux délais d'accès aux soins grandissants, quoique ceux-ci soient nettement moindres que ce à quoi les Canadiens sont habitués.

ou que dans la plupart des pays européens²⁹. Le plus grand rôle des employeurs dans la couverture des soins aux États-Unis a vraisemblablement contribué à accélérer la diffusion de la télémédecine dans ce pays.

Les États-Unis : le rôle des employeurs

Le contexte américain est différent de celui des autres pays développés puisqu'il n'existe pas de couverture universelle des soins. L'État apporte un soutien financier ciblé, via différents programmes publics, notamment pour les aînés (Medicare), les populations à faibles revenus (Medicaid) et les anciens combattants (VHA). En dépit des réformes récentes visant à accroître le nombre d'assurés³⁰, quelque 27 millions d'Américains n'avaient toujours aucune couverture médicale en 2017³¹.

29. Commission européenne, *op. cit.*, note 12, p. 58.

30. Benjamin D. Sommers et al., « Changes in Self-reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health Under the Affordable Care Act », *Journal of the American Medical Association*, vol. 314, no 4, 28 juillet 2015, p. 366-374; Jonathan T. Kolstad et Amanda E. Kowalski, « Mandate-Based Health Reform and the Labor Market: Evidence from the Massachusetts Reform », *Journal of Health Economics*, vol. 47, mai 2016, p. 81-106.

31. Kaiser Family Foundation, Key Facts about the Uninsured Population, 7 décembre 2018.

Malgré une expansion récente de l'offre de services qui va sans doute s'accélérer, l'utilisation des consultations virtuelles en Europe reste encore limitée.

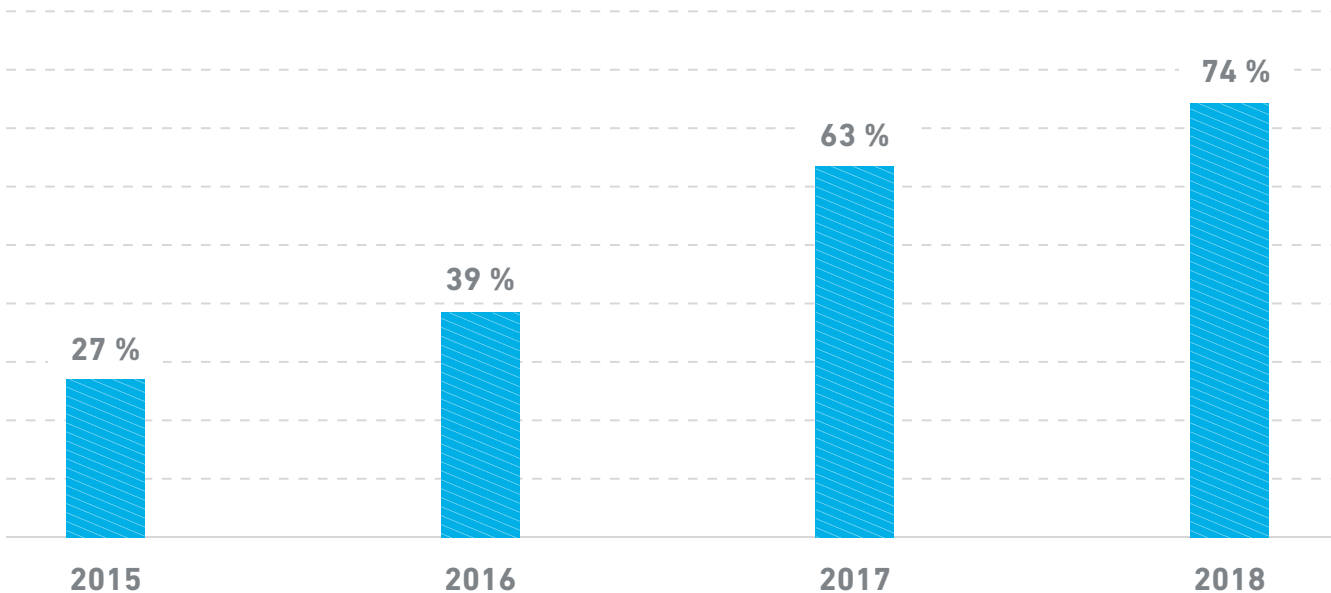
En tout, un peu plus des deux tiers de la population américaine adulte reçoivent leur couverture d'assurance d'un régime d'employeur³². Ces derniers semblent voir des avantages pour eux et leurs employés dans l'utilisation de la télémédecine (voir le chapitre suivant), et le nombre de régimes collectifs qui couvrent de tels services augmente rapidement.

Entre 2015 et 2018, la proportion de grandes entreprises (200 employés ou plus) dont le principal régime d'assurance couvrait l'utilisation de la télémédecine est passée d'un peu plus d'un quart à près des trois quarts (voir la Figure 1-3). Chez les entreprises de 50 à 200 employés,

32. National Center for Health Statistics, *Health, United States 2017: With Special Feature on Mortality*, U.S. Department of Health and Human Services, 2018, p. 49.

Figure 1-3

Entreprises de 200 employés et plus dont le régime d'assurance rembourse les actes de télémédecine, États-Unis, 2015-2018



Note : La définition de télémédecine inclut ici les consultations vidéo et le télémonitorage.

Source : Gary Claxton et al., *Employer Health Benefits – 2018 Annual Survey*, The Kaiser Family Foundation, 3 octobre 2018, p. 220.

cette proportion atteint 65 %³³. D'ailleurs, parmi toutes les entreprises comptant au moins 50 employés, plus du quart offrent des incitations financières à leurs employés afin de les encourager à utiliser les consultations virtuelles plutôt qu'en personne³⁴. En comparaison, au Canada, un sondage réalisé auprès des employeurs en 2018 pour le compte de Medisys, une entreprise active dans le secteur la télémédecine, a révélé que seulement 9 % d'entre eux offraient la couverture des soins virtuels à travers leurs régimes collectifs³⁵.

Les employés semblent toutefois encore hésitants à profiter de ces services. L'étude d'un échantillon de réclamations effectuées par des assurés dans le cadre d'un

régime collectif a révélé que, même si le nombre de visites virtuelles auprès d'un médecin avait augmenté de près de 20 fois aux États-Unis entre 2010 et 2016, moins de 1 % des assurés y avaient eu recours. Les auteurs notent néanmoins que leur analyse ne tient pas compte des services rendus par l'hôpital ou par des infirmières, ni d'une possible augmentation en 2017 et en 2018³⁶.

En somme, bien que le contexte américain soit favorable au développement de la télémédecine sur demande en raison de l'apport des entreprises, les effets de ce développement doivent encore se matérialiser.

33. Gary Claxton et al., *Employer Health Benefits – 2018 Annual Survey*, The Kaiser Family Foundation, 3 octobre 2018, p. 219-220.

34. Matthew Rae et Cynthia Fox, « More employers are paying for telemedicine, but enrollee take-up has been relatively low », Kaiser Family Foundation, Peterson-Kaiser Health System Tracker, 3 octobre 2018.

35. Groupe Santé Medisys, « Une nouvelle étude indique que les employés canadiens recherchent des soins de santé virtuels pour contourner les obstacles liés aux services de soins traditionnels », communiqué de presse, 4 décembre 2018.

36. *Idem*. Ce portrait contraste avec une allégation souvent reprise par les médias et dans le milieu médical, selon laquelle plus de la moitié des interactions entre patients et les médecins de Kaiser Permanente – l'un des plus importants systèmes de santé intégrés aux États-Unis – ont eu lieu de façon virtuelle dès 2015. Ces chiffres présentent une perspective grandement idéalisée de la situation américaine. En réalité, la définition de ces « interactions » inclut toutes sortes de communications, dont l'envoi de messages et la prise de rendez-vous à l'aide d'une application. Voir Arundhati Parmar, « Telehealth CEO calls into question virtual care claims made by Kaiser CEO », MedCityNews, 2 décembre 2016; Advisory Board, « A milestone: Kaiser now interacts more with patients », 13 octobre 2016.

Les systèmes publics américains

Dans les systèmes publics américains, la télémédecine est sujette à plus de restrictions que dans le secteur privé. Le programme Medicare, qui procure la couverture médicale à 50 millions d'aînés, réservait jusqu'à récemment certains services de télémédecine à des patients habitant des régions rurales et les obligeait à se rendre dans un établissement de santé pour recevoir les soins. Ces restrictions ont été levées en avril 2019³⁷.

Du côté du Medicaid, qui fournit une assurance maladie à 70 millions d'Américains dont les revenus sont peu élevés, les restrictions ne viennent pas du gouvernement fédéral mais des États, qui peuvent imposer des conditions afin de limiter l'accès à la télémédecine³⁸. La plupart des États excluent par exemple les services de télémédecine livrés au domicile du patient, et certains exigent qu'un professionnel détenant une licence soit présent avec le patient sur les lieux de la consultation, même lorsque celle-ci a lieu à la maison³⁹.

Entre 2015 et 2018, la proportion de grandes entreprises américaines dont le régime d'assurance couvrait la télémédecine est passée d'un peu plus d'un quart à près des trois quarts.

Les systèmes de santé du ministère de la Défense américain et celui des Anciens combattants (VHA) sont les plus permissifs. Ils n'imposent en outre aucune restriction quant au type de service et au lieu où les consultations peuvent être reçues. Le VHA permet même aux professionnels d'offrir les consultations virtuelles depuis leur propre domicile⁴⁰.

En résumé

Malgré que le concept existe depuis plusieurs décennies, ses promesses et les développements technologiques récents, la télémédecine reste peu utilisée au Canada, et peu accessible à l'intérieur du système pu-

blic de santé (nous nous pencherons sur les barrières à sa diffusion au chapitre 3). Pour la quasi-totalité des Canadiens, l'accès à des soins primaires doit encore passer par une visite en personne à une clinique médicale ou à l'urgence. La situation est globalement la même en Europe, quoiqu'une expansion importante soit en cours.

Aux États-Unis, l'utilisation des consultations virtuelles reste aussi un phénomène marginal, quoiqu'une plus grande proportion de patients y ont accès, notamment en raison de l'offre accrue dans les régimes d'assurance des entreprises, qui y voient des avantages pour elles et pour leurs employés.

Comme nous allons le voir dans le prochain chapitre, des gains importants peuvent aussi être réalisés dans un contexte canadien, pour les employeurs et pour l'État, et évidemment avant tout pour les patients.

37. United States Government Accountability Office, *Health Care – Telehealth and Remote Patient Monitoring Use in Medicare and Selected Federal Programs*, Report to Congressional Committees, avril 2017, p. 8; Centers for Medicare & Medicaid Services, « CMS finalizes policies to bring innovative telehealth benefit to Medicare Advantage », 5 avril 2019.

38. United States Government Accountability Office, *ibid.*, p. 9.

39. Center for Connected Health Policy, *State Telehealth Law & Reimbursement Policies*, printemps 2019, p. 9.

40. United States Government Accountability Office, *op. cit.*, note 37, p. 10-12.

CHAPITRE 2

Améliorer l'accès aux soins tout en réduisant les coûts

Se faire soigner au Canada

Le Canada est l'un des pays les plus prospères sur la planète et sa population bénéficie d'un niveau de vie des plus favorables. Il se retrouve aussi régulièrement au sommet des classements mondiaux comparant les pays selon la qualité de vie⁴¹ et la mobilité sociale⁴².

Cette position enviable ne se reflète toutefois pas dans la performance des systèmes de santé. Bien que les Canadiens soient généralement en bonne santé et que l'espérance de vie y soit l'une des plus élevées au monde⁴³, il leur est souvent difficile de se faire soigner en temps opportun lorsqu'ils en ont besoin.

Ces problèmes sont connus et bien documentés. Dans une comparaison des systèmes de santé de onze pays riches effectuée en 2016 par le Commonwealth Fund, le Canada arrive bon dernier pour la proportion de patients réussissant à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de la santé le jour même ou le lendemain, pour les délais d'attente avant de pouvoir consulter un médecin spécialiste ainsi que pour les délais d'attente avant de subir une chirurgie non urgente⁴⁴. Le Canada est aussi – et de loin – le pays où l'on est le plus susceptible de passer de longues heures à l'urgence d'un hôpital avant d'obtenir les soins requis (voir la Figure 2-1)⁴⁵.

Cette perception d'un système où les patients doivent « patienter » plus que partout ailleurs est confirmée par l'avis des médecins. Une enquête menée en 2015 comparant les mêmes pays a montré que les médecins canadiens sont les plus nombreux à considérer que leurs patients devaient souvent attendre longtemps avant de

pouvoir consulter un spécialiste, et parmi les moins nombreux à évaluer pouvoir offrir à la plupart de leurs patients un rendez-vous le jour même ou le lendemain, ce qui place le Canada à l'avant-dernier rang du classement international à ce titre⁴⁶.

En comparaison de leurs confrères des autres pays, les médecins canadiens sont aussi derniers pour le déplacement à domicile dans le cadre de leur pratique et avant-derniers pour ce qui est de contacter leurs patients entre deux visites afin de faire le suivi de leur condition. Ils sont également moins nombreux à répondre aux questions des patients la journée même (voir la Figure 2-2)⁴⁷.

Dans une comparaison des systèmes de santé de onze pays riches, le Canada arrive bon dernier pour les délais d'attente avant de pouvoir consulter un médecin spécialiste.

Tous ces facteurs, qui compliquent l'accès des patients aux soins dont ils ont besoin, peuvent les amener à se décourager et à renoncer à consulter un professionnel de la santé. Selon un sondage IPSOS réalisé en 2017 pour le compte de Maple, une entreprise active dans le domaine de la télémédecine, 42 % des Canadiens ont déjà, dans le passé, décidé de ne pas consulter lorsqu'ils étaient malades en raison du temps d'attente trop long aux cliniques sans rendez-vous; 37 % des Canadiens ont aussi renoncé à consulter un médecin parce qu'il leur était impossible d'obtenir un rendez-vous en temps voulu. En tout, plus de deux Canadiens sur trois (68 %) disent avoir déjà renoncé à une consultation médicale en raison de divers obstacles, dont un délai d'attente trop long ou une incapacité à voir un médecin en dehors des heures normales de bureau⁴⁸.

Toutes ces données convergent dans la même direction et mènent à une seule conclusion, qui est la réalité que connaissent bien les Canadiens : accéder aux soins

41. Nations Unies, United Nations Development programme, Human Development Reports, 2018 Statistical Update; U.S. News & World Report, Overall Best Countries Rankings, 2019 Rankings.

42. Organisation de coopération et de développement économiques, *L'ascenseur social en panne? Comment promouvoir la mobilité sociale*, Éditions OCDE, Paris, 4 mai 2019; MacLean's, « Canada is one of the most socially mobile countries in the world. Here's why », 14 août 2018.

43. La Banque mondiale, Données, Espérance de vie à la naissance, total (années).

44. Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada: Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes dans 11 pays – tableaux de données », février 2017, onglets 5, 8, 10, 11 et 12.

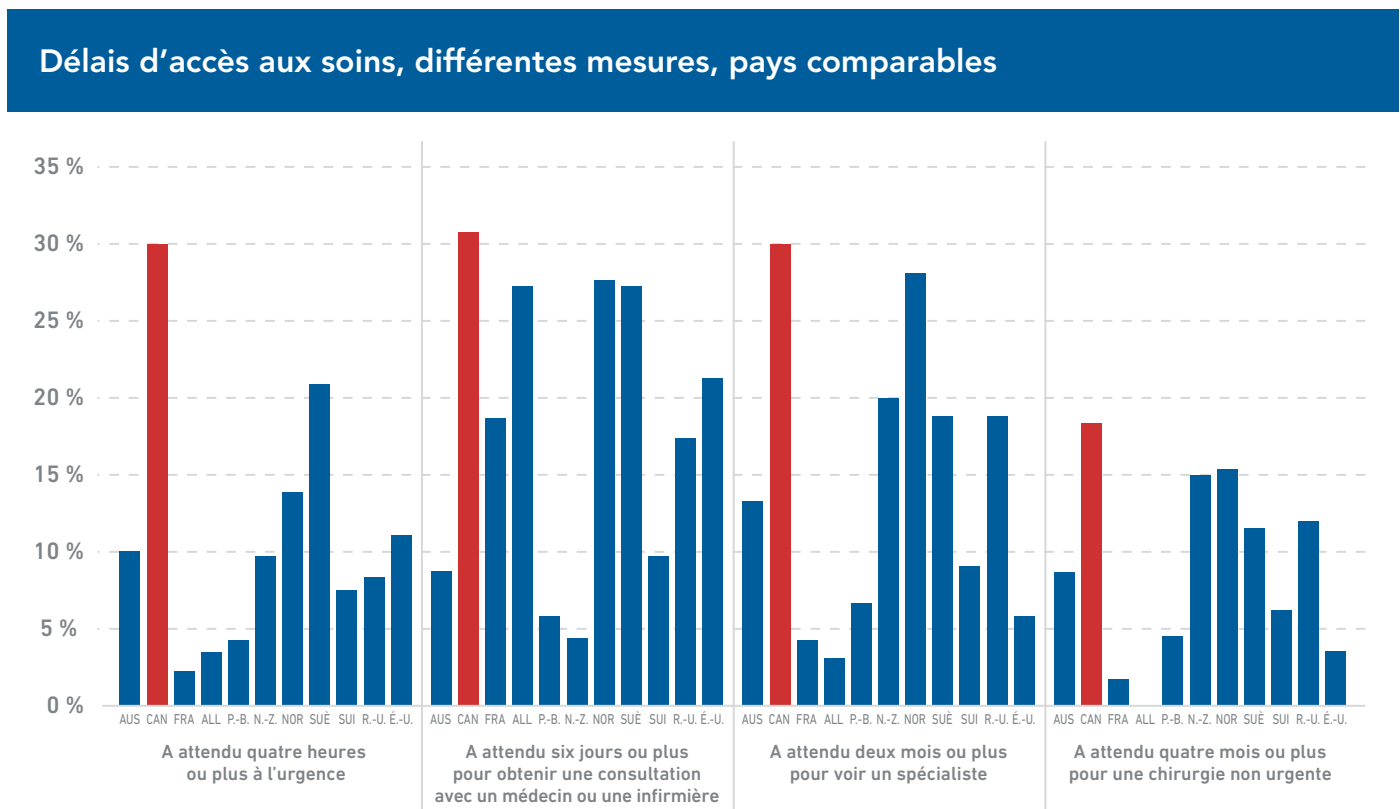
45. *Idem*.

46. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada: Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires », Rapport, janvier 2016, p. 14 et 19.

47. *Ibid.*, onglets q9.1 et q9.3; Institut canadien d'information sur la santé, *op.cit.*, note 44, onglet 6.

48. Ipsos, *Seven in Ten Canadians (68%) Have Skipped Seeing a Doctor Due to Long Wait Times, Timeliness or Other Barriers*, 30 janvier 2017.

Figure 2-1



Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada: Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes dans 11 pays – tableaux de données », février 2017.

requis dans le système public de santé relève trop souvent du parcours du combattant. Un plus grand recours aux technologies en général et à la télémédecine en particulier ne règlera pas tous les maux qui affligent les systèmes de santé provinciaux, mais il pourra rendre de précieux services aux patients.

Des consultations virtuelles sur demande grâce à l'entrepreneuriat

L'avènement des consultations virtuelles sur demande pourrait avoir un impact considérable sur les patients et, par ricochet, sur les systèmes de santé du pays.

On doit ici marquer une importante distinction entre la télémédecine offerte à l'intérieur des systèmes publics de santé canadiens et la télémédecine entrepreneuriale. La première est soumise à toutes sortes de contraintes qui limitent sa disponibilité pour le grand public, comme nous allons le voir dans le prochain chapitre. Concrètement, pour la très grande majorité des Canadiens, la possibilité de prendre contact avec un professionnel de la santé de sa clinique habituelle ou

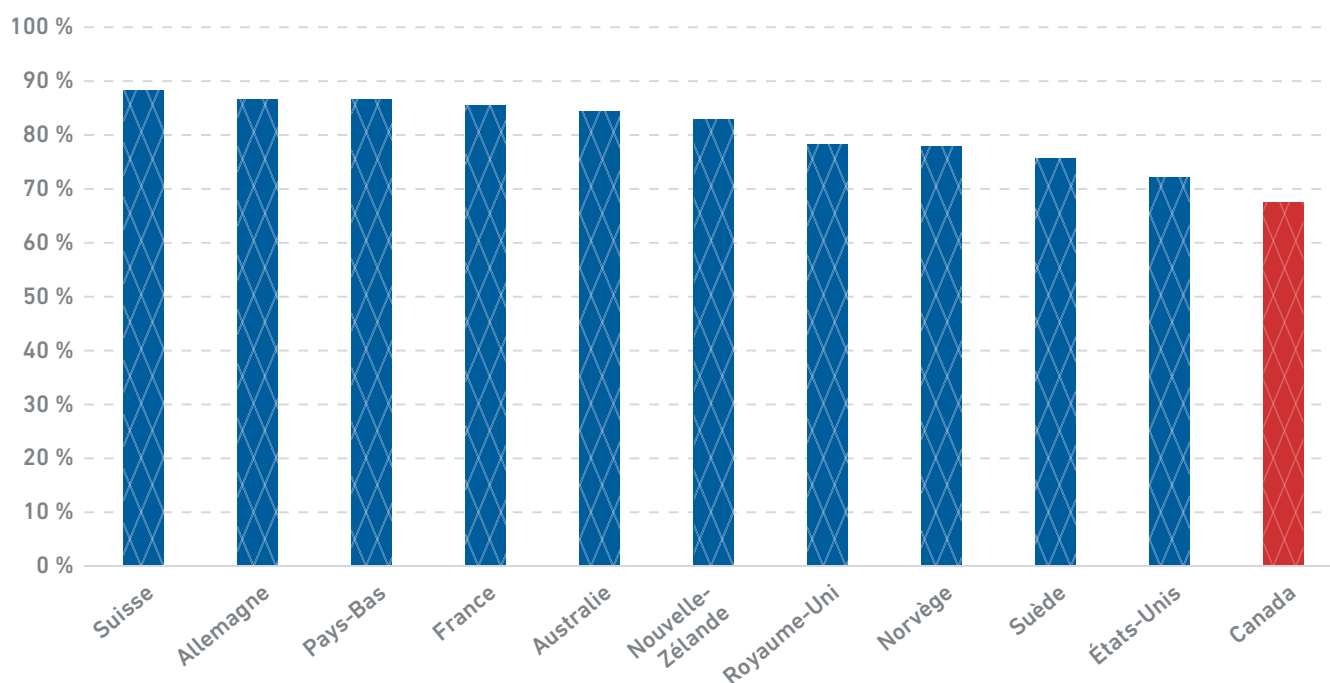
42 % des Canadiens ont déjà, dans le passé, décidé de ne pas consulter lorsqu'ils étaient malades en raison du temps d'attente trop long aux cliniques sans rendez-vous.

d'une clinique sans rendez-vous et d'obtenir rapidement une consultation via un téléphone portable, une tablette ou un ordinateur relève encore de la science-fiction. En somme, pour accéder au système public, le patient doit généralement utiliser ses jambes ou sa voiture.

Même en supposant que son usage ne serait pas réservé à un segment restreint de la population d'une province, la télémédecine publique à la canadienne ne règlera pas tous les problèmes d'accès du jour au lendemain. En effet, bien qu'une consultation virtuelle permette au patient d'éviter d'avoir à se déplacer – ce qui n'est pas un avantage négligeable –, l'attente pour l'obtention d'une consultation ne sera pas nécessairement moins longue.

Figure 2-2

Proportion de patients obtenant « toujours » ou « souvent » une réponse la journée même lorsqu'ils contactent le bureau de leur médecin, 2016



Note : Parmi ceux qui ont tenté de contacter leur médecin.

Source : Calculs de l'auteur. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada: Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes dans 11 pays – tableaux de données », février 2017, onglet 6.

Par exemple, seulement 43 % des Canadiens arrivent à obtenir une consultation non urgente le jour même où le lendemain, ce qui place encore leur pays en dernière place dans la comparaison du Commonwealth Fund, citée plus haut⁴⁹. Dans les conditions actuelles, le fait que la consultation se fasse en personne ou à distance changera peu de choses à cette statistique à court terme, quoique des gains puissent éventuellement être réalisés, particulièrement pour les consultations impliquant des spécialistes (voir section suivante).

L'offre bonifiée par les entreprises offrant des consultations virtuelles repose sur une dynamique complètement différente et étrangère à celle des systèmes publics canadiens, qui est basée sur le rationnement des soins. Pour l'État, un patient représente une dépense nette; au Canada, nos gouvernements cherchent donc à limiter de telles dépenses, notamment en restreignant l'offre de

soins et en rationnant par les files d'attente. Pour les entreprises œuvrant dans le domaine de la santé, les patients représentent en revanche un revenu potentiel; elles en veulent donc plus.

Plusieurs entreprises de télémédecine sont déjà en concurrence au Canada afin d'augmenter l'offre de soins, notamment Akira, Dialogue, EQ Care, Maple et Wello, tandis que d'autres, comme Babylon et Teladoc, sont en train de s'implanter au pays. Dès que les applications de ces entreprises sont activées, que ce soit sur un appareil mobile ou sur un ordinateur, elles sont prêtes à recevoir la description des symptômes du patient afin d'évaluer sa condition.

Les modalités varient, mais certaines vont jusqu'à garantir une consultation avec un médecin par texto ou vidéo en quelques minutes, voire quelques secondes, 24 heures sur 24, sept jours par semaine⁵⁰, afin de diagnostiquer

49. Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*, The Commonwealth Fund, juillet 2017, p. 21.

50. Sites web d'Akira, Babylon, Maple et Teladoc. Pages consultées le 3 juillet 2019.

des problèmes de santé courants et prescrire des médicaments au besoin (acné, allergies, bronchites, conjonctivites, courbatures, diarrhée, dysfonction érectile, fièvre, grippe, infections urinaires, insomnie, migraines, otite, piqûres, problèmes de santé mentale ou sexuelle, renouvellements de prescriptions, entre autres).

Les patients qui ont accès à ces consultations évitent non seulement de se rendre en clinique ou à l'hôpital, mais ils obtiennent dans bien des cas une solution à leur problème en moins de temps qu'il leur aurait fallu seulement pour se rendre à un établissement médical, ceci sans devoir quitter leur foyer ou s'absenter de leur lieu de travail.

Selon les données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé en 2016, plus de quatre Canadiens sur dix estimaient que leur dernière visite à l'urgence était due à une condition qui aurait pu être traitée à leur clinique habituelle⁵¹. Les entreprises œuvrant dans le secteur affirment de leur côté que de 50 à 70 % des problèmes couramment rencontrés en soins primaires peuvent être réglés par une consultation virtuelle⁵². Même si ces estimations devaient s'avérer trop optimistes, il fait peu de doute qu'un plus grand accès à des consultations virtuelles sur demande pourrait permettre à des centaines de milliers, voire à des millions de Canadiens d'éviter une attente improductive aux cliniques sans rendez-vous ou à l'urgence pour des problèmes de santé mineurs.

Alléger la pression sur les finances publiques

Un plus grand recours à la télémédecine pourrait réduire la pression croissante des dépenses de santé sur les finances publiques. D'abord, parce que le coût pour les systèmes publics des consultations virtuelles pourrait s'avérer moins élevé que celui des visites traditionnelles. Ensuite, parce qu'une partie du fardeau financier pourrait être déplacé de l'État vers les entreprises.

Des coûts moins élevés pour le système et les patients

Plusieurs études ont montré que les consultations virtuelles pouvaient permettre des économies de coûts par rapport aux consultations en personne, du point de vue du fournisseur de soins.

Une étude réalisée au sein d'un groupe de pratique médicale en 2010 auprès d'un peu moins de 800 patients séparés en deux cohortes a par exemple comparé les coûts des consultations en personne à une clinique à ceux des consultations tenues sur un portail opéré par la même clinique. Les consultations virtuelles se sont avérées sensiblement moins coûteuses du point de vue du fournisseur de soins que les consultations en personne (161 \$, contre 219 \$ pour les visites en clinique)⁵³.

Les signataires de l'étude, presque tous médecins, ont notamment estimé que les consultations virtuelles représentaient une « alternative attrayante à l'ajout de patients supplémentaires via des moyens traditionnels », puisqu'elles permettent d'éviter des coûts associés aux structures physiques et au personnel additionnel. De plus, ils ont considéré que les économies potentielles pour les patients « étaient évidentes », notamment en ce qui a trait aux dépenses indirectes liées aux visites en personne (l'absence du travail, les frais de garde, les déplacements et le stationnement, par exemple)⁵⁴.

Pour l'État, un patient représente une dépense nette; au Canada, nos gouvernements cherchent donc à limiter de telles dépenses, notamment en restreignant l'offre de soins.

Une autre étude effectuée par la firme Mercer a conclu que le coût d'une visite virtuelle moyenne était sensiblement moins élevé qu'une consultation en personne (moins de 50 \$ contre environ 125 \$)⁵⁵. Bien que ces études aient été réalisées dans le contexte américain, où la télémédecine entrepreneuriale est plus développée et où les incitations et les modes de rémunération ne sont pas les mêmes, elles laissent tout de même entrevoir les gains qu'un plus grand recours aux consultations virtuelles pourra permettre de réaliser au Canada.

Des consultations évitées et une attente réduite pour les spécialistes

Une recension d'études s'étant intéressées à l'efficacité des consultations électroniques a noté que de 34 à 92 % des visites en personne pouvaient être évitées,

51. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 44, onglet 9.

52. 50 % selon Akira, plus de 60 % selon Dialogue et 70 % selon OnCall, une entreprise offrant des solutions technologiques pour des fournisseurs de soins. Pages consultées le 3 juillet 2019.

53. James E. Rohrer *et al.*, « Impact of Online Primary Care Visits on Standard Costs: A Pilot Study », *Population Health Management*, vol. 13, no 2, 2010.

54. *Idem.*

55. Mercer, *Mercer's National Survey of Employer-Sponsored Health Plans*, Mercer, 2 novembre 2017.



pour des spécialités aussi variées que la cardiologie, l'hématologie, la rhumatologie, l'obstétrique et la gynécologie, la psychiatrie, la gastroentérologie, la néphrologie et la pneumologie, entre autres⁵⁶.

La même étude a noté qu'en dermatologie et en otorhinolaryngologie, le triage par la transmission numérique d'images avait été deux fois plus efficace que la méthode traditionnelle de triage pour réduire le recours aux consultations en personne⁵⁷. En outre, les gains d'efficacité ont permis de réduire substantiellement le temps requis pour obtenir une consultation en ophtalmologie et en otorhinolaryngologie⁵⁸. Cela concorde avec l'expérience de l'Ontario, qui a vu ses temps d'attente pour les consultations en dermatologie en région passer de plusieurs mois à seulement quelques jours,

Les consultations en ligne menées par des fournisseurs de soins primaires auprès de spécialistes ont permis d'éviter de référer le patient dans la grande majorité des cas, ce qui représente des économies potentielles significatives.

grâce à l'apport de l'Ontario Telemedicine Network, ou OTN, un organisme financé par les fonds publics⁵⁹.

En plus des gains pour les patients sur le plan de l'attente, des économies importantes peuvent découler de ces consultations évitées. Une étude réalisée en Europe par des médecins a montré que le recours aux consultations en ligne par des infirmières et des médecins demandant des conseils pour patients souffrant de

56. Liam J. Caffery et al., « Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: A scoping review », *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 22, no 8.

57. *Ibid.*, p. 5.

58. *Ibid.*, p. 5 et 7.

59. Edward M. Brown, « The Ontario Telemedicine Network: A Case Report », *Telemedicine and e-Health*, vol. 19, no 5, avril 2013, p. 375.

maladies chroniques du rein a permis d'économiser presque 500 euros pour chaque consultation en personne évitée avec un néphrologue⁶⁰.

Un projet-pilote réalisé par des médecins ontariens en 2010 et 2011 a mené à des conclusions semblables. Les consultations en ligne menées par des fournisseurs de soins primaires auprès de spécialistes ont permis d'éviter de référer le patient au médecin spécialiste dans la grande majorité des cas, ce qui représente des économies potentielles significatives. La transmission électronique des informations du patient a aussi permis de rendre les consultations plus efficaces et de raccourcir leur durée. Selon les auteurs, la consultation virtuelle entre professionnels peut être rémunérée à un tarif moindre qu'une consultation en personne, cette dernière nécessitant un examen complet⁶¹.

Les auteurs ont aussi noté qu'à l'époque, en Ontario seulement, plus de 50 000 patients étaient référés à des spécialistes *chaque jour*. Même en supposant que seulement 10 % de ces références pourraient être évitées, l'étude avait estimé que des économies quotidiennes de l'ordre de 400 000 \$ en découleraient pour la seule province de l'Ontario. À l'échelle canadienne, cette évaluation prudente représente des centaines de millions de dollars d'économies chaque année, sans compter l'accès accru pour les patients⁶².

Évidemment, la concrétisation de ces économies à l'intérieur des systèmes publics de santé du pays suppose que les modes de rémunération des médecins tiennent compte des gains de productivité que la télémédecine permet de réaliser. Présentement, certaines provinces, notamment l'Ontario, le Québec, l'Alberta et la Saskatchewan, accordent une rémunération plus élevée pour les consultations virtuelles⁶³.

Enfin, même les chercheurs qui émettent des doutes quant à la possibilité de générer des économies à partir de la télémédecine sont d'accord pour affirmer qu'elle permet d'améliorer l'accès aux soins. Ils ne remettent

d'ailleurs pas en cause le coût unitaire moins élevé des visites virtuelles. La préoccupation est plutôt que l'accès facilité aux soins et aux suivis entraîne une augmentation totale des dépenses en santé⁶⁴. Comme l'a noté une étude suédoise se penchant sur la même problématique, «ce sont les systèmes de rémunération et l'encadrement qui devraient faire l'objet de réformes, et non la demande des patients pour plus de soins et de plus grande qualité»⁶⁵. L'apport des employeurs pourrait aussi être salubre.

L'apport et le gain des employeurs

En plus des économies découlant de la réduction des coûts liés aux consultations, l'expansion de la télémédecine entrepreneuriale pourrait en soi avoir un impact sur les finances publiques des gouvernements du pays, en déplaçant une partie du fardeau financier de l'État vers les employeurs. Pour ces derniers, offrir des consultations virtuelles à leurs employés pourrait se traduire par des économies importantes.

Une étude publiée en 2013 avait évalué le coût total de l'absentéisme pour les employeurs canadiens à près de 17 milliards, ou 2,4 % de la masse salariale.

En effet, bien que certaines entreprises de télémédecine offrent des consultations virtuelles directement aux particuliers, la plupart d'entre elles visent aussi les régimes collectifs d'assurance ou les employeurs, en faisant valoir les économies importantes que ces derniers pourront réaliser en diminuant ou en évitant l'absentéisme pour des raisons médicales.

Une étude du Conference Board publiée en 2013 avait évalué le coût total de l'absentéisme pour les employeurs canadiens à près de 17 milliards, ou 2,4 % de la masse salariale⁶⁶. Aux États-Unis, une autre étude, parue en 2003, avait évalué le coût de la perte de productivité pour des raisons de santé à près de 1700 \$ par

60. Nynke D. Scherpbier-de Haan et al., « Consultation Process for Patients with Chronic Kidney Disease », *Annals of Family Medicine*, vol. 11, no 2, février 2013.

61. Clare Liddy et al., « Building Access to Specialist Care through e-Consultation », *Open Med.*, vol. 7, no 1, 8 janvier 2013, p. 5.

62. *Ibid.*, p. 7.

63. Kerry Waddell, Eilish M. Scallan et Michael G. Wilson, « Understanding the Use and Compensation for Virtual-care Services in Primary Care », McMaster Health Forum, McMaster University, 27 juillet 2018, p. 5; Gouvernement du Québec, Régie de l'assurance-maladie, Médecins spécialistes, Manuel et guide de facturation, Manuel des médecins spécialistes, Brochure no 1, Protocole d'accord concernant la télémédecine, p. 61-63; Gouvernement de la Saskatchewan, *Payment Schedule for Insured Services Provided by a Physician*, 1^{er} avril 2019, mis à jour le 7 mai 2019, p. 89.

64. J. Scott Ashwood et al., « Direct-to-Consumer Telehealth May Increase Access to Care but Does Not Decrease Spending », *Health Affairs*, vol. 36, no 3, mars 2017.

65. Mårten Blix and Johanna Jeansson, « Telemedicine and the Welfare State: The Swedish Experience », Research Institute of Industrial Economics, IFN Working Paper No. 1238, 2018, p. 21.

66. Nicole Stewart, « Quand les employés manquent à l'appel : l'absentéisme dans les grandes organisations canadiennes », Le Conference Board du Canada, 23 septembre 2013, p. 9.

employé annuellement. Près du tiers de ce coût était lié à des absences du travail⁶⁷.

De façon plus spécifique, une enquête par sondage réalisée pour le compte de Wello, une entreprise offrant des consultations virtuelles, a révélé que près de 40 % des travailleurs canadiens ont dit s'être absents du travail pour une durée de deux jours ou plus afin de se rendre en personne à une clinique, ce qui peut représenter plusieurs centaines de dollars par an pour chaque employé⁶⁸. Sur son site Web, Wello offre des forfaits de consultations virtuelles à 11 ou 15 \$ par mois par employé. Dialogue, une autre entreprise du secteur, dit proposer des forfaits à des prix semblables⁶⁹.

« Il existe une preuve abondante provenant de recherches scientifiques rigoureuses indiquant que des interventions de télémédecine peu coûteuses en soins primaires sont réalisables et acceptables tant pour les patients que pour les médecins. »

Le plan d'affaires des entreprises offrant des consultations virtuelles est donc de convaincre des employeurs que celles-ci peuvent non seulement leur éviter des pertes, mais même entraîner des économies importantes. En se basant sur une moyenne de 7,5 visites chez le médecin par année, et en supposant que la moitié des employés qui ont accès à des consultations virtuelles en profiteront, Medysis, une autre entreprise active dans le secteur, estime qu'une PME de 50 employés pourra réaliser des économies de 43 000 \$ par année, et que ces économies pourraient s'élever à 673 000 \$ par an pour une entreprise ayant 750 employés⁷⁰. Vu sous cet angle, offrir l'accès à des consultations virtuelles aux employés n'est plus une dépense pour les employeurs, mais un investissement qui leur permettra de diminuer les coûts liés à l'absentéisme, ou même au « présentéisme ».

Bien sûr, ces derniers chiffres émanent des entreprises proposant les forfaits de consultations virtuelles. Ils sont d'abord des arguments de vente et ne peuvent pas être considérés comme des évaluations précises et finales qui s'appliqueront à la réalité de chacune des entreprises. Ceci étant dit, plusieurs entreprises et assureurs canadiens, après avoir fait leurs propres évaluations, ont décidé d'intégrer les forfaits de consultation virtuelle dans le panier des services offerts à leurs employés et assurés⁷¹.

Du point de vue de l'État, le développement de l'offre de téléconsultations sur demande via les employeurs peut représenter à terme des millions de consultations annuelles en moins dans les systèmes publics de santé, et conséquemment lui permettre d'offrir un accès plus rapide à des clientèles qui sont présentement mal desservies. Certains voudront y voir une « privatisation » des soins. En réalité, les systèmes de santé canadiens continueront de dépendre largement d'un financement public, tant pour les soins primaires que spécialisés, mais ils auront seulement un peu plus d'oxygène pour mener à bien leur mission.

Vers de meilleurs soins?

Les économies permises par la télémédecine seront-elles réalisées sur le dos des patients? Tout indique que non. La recension de près d'une centaine d'études, réalisée en 2015 par un regroupement d'universitaires en collaboration avec l'organisation indépendante Cochrane, n'a pas noté de différence notable dans les résultats cliniques des patients pour une variété de conditions : mortalité après une défaillance cardiaque, problèmes de santé mentale et dépendance, et soins dermatologiques, notamment. Les résultats ont été variables quant au nombre d'hospitalisations, menant parfois à plus d'hospitalisations, et parfois à moins⁷².

Par contre, des améliorations ont été notées dans la qualité de vie de patients ayant souffert de problèmes cardiaques, dans le contrôle du niveau de glucose de patients diabétiques, dans le niveau de mauvais cholestérol, pour le niveau de pression sanguine et chez certains

67. Walter F. Stewart et al., « Lost Productive Work Time Costs from Health Conditions in the United States: Results from the American Productivity Audit », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 45, no 12, p. 1243.

68. Wello, « Wello National Survey Findings », 17 septembre 2018.

69. Wello, Business plans, page consultée le 3 juillet 2019; Radio-Canada, « Voir un médecin en quelques minutes grâce à une application montréalaise », 7 juillet 2017.

70. Medisys Health Group, « Virtual Care in Canada: The solution at your Fingertips – A 2019 Virtual Healthcare Industry Report », p. 10.

71. Notamment la Banque Nationale, Cirque du Soleil et Stingray pour les entreprises, et Sun Life et SSQ Assurance du côté des assureurs. Voir Caisse de dépôt et placement du Québec, « Dialogue conclut une ronde de financement de 40 M\$ », Communiqué de presse, 17 juin 2019; Alain Thériault, « Sun Life offrira la télémédecine à ses clients », *Journal de l'assurance*, 12 mars 2018; *Journal de l'assurance*, « SSQ Assurance ajoute la télémédecine à son offre en collectif », 29 janvier 2018.

72. Gerd Flodgren et al., *Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016.



patients souffrant de conditions respiratoires chroniques⁷³.

Une autre recension publiée en 2016 et portant sur 86 articles scientifiques s’est montrée encore plus positive, affirmant « qu’il existe une preuve abondante provenant de recherches scientifiques rigoureuses indiquant que des interventions de télémédecine peu coûteuses en soins primaires sont réalisables et acceptables tant pour les patients que pour les médecins, et qu’elles entraînent habituellement une amélioration de la qualité et une diminution des coûts »⁷⁴.

En résumé

L’accès aux soins dans les systèmes de santé publics du Canada relève du parcours du combattant. L’avènement de la télémédecine entrepreneuriale pourrait faciliter cet accès et réduire l’attente pour des millions de patients

canadiens qui cherchent à traiter des problèmes de santé courants. Un plus grand recours à la télémédecine pourrait aussi réduire la pression sur les finances publiques en diminuant le nombre et le coût des consultations ou en les évitant. Enfin, l’expansion des services de télémédecine au sein des entreprises, en plus d’être une source d’économies pour ces dernières, pourrait réduire la demande de soins à l’intérieur des systèmes publics de santé, ce qui profitera à des clientèles qui sont actuellement mal desservies.

Pour que ce potentiel soit pleinement réalisé, certaines barrières au développement de la télémédecine devront d’abord être levées, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

73. *Idem*.

74. Rashid L. Bashshur et al., *The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care*, *Telemedicine Journal and E-Health*, vol. 22, no 5, 1^{er} mai 2016.

CHAPITRE 3

Les obstacles au déploiement de la télémédecine

Puisque la télémédecine existe sous différentes formes depuis plus de vingt ans et compte tenu de tous les avantages qu'elle offre, on peut se demander pourquoi elle n'est pas plus accessible pour les patients canadiens. Parmi les différents obstacles qui sont régulièrement mentionnés, on retrouve le manque de ressources financières, l'accès aux technologies et les barrières réglementaires.

Les deux premiers sont davantage des illustrations des limites des systèmes publics de santé canadiens que des obstacles réels au développement de la télémédecine. Les barrières réglementaires constituent cependant un réel obstacle, qui doit être aboli. Le rationnement de la télémédecine par les différents systèmes publics est une autre barrière structurelle, du point de vue du patient.

Les obstacles financiers

Le coût d'adoption des nouvelles technologies est souvent évoqué comme étant un obstacle au développement de la télémédecine⁷⁵. Les systèmes publics de santé du Canada subissent en effet une pression considérable si on regarde l'augmentation de leurs dépenses au cours des dernières décennies, que le vieillissement de la population et la demande croissante de soins ne feront qu'accentuer⁷⁶.

Cet argument ne tient pas la route si on considère les épisodes de soins individuellement, comme nous venons de le voir. Puisque le recours à la télémédecine permet de réduire les coûts de certains de ces épisodes et d'en éviter d'autres, il devrait en principe engendrer des gains d'efficience pour les systèmes de santé.

L'argument financier peut néanmoins tenir la route si on accepte la prémisse selon laquelle, dans les systèmes publics canadiens, l'accès aux soins est accordé sur une base de rationnement, ce qui est notamment illustré par l'attente pour se faire soigner. De ce point de vue, si les systèmes publics arrivaient à répondre à la demande

des Canadiens pour les soins, cela pourrait en théorie entraîner, selon les paramètres actuels, une augmentation des dépenses en santé des gouvernements. À tout le moins, les économies potentielles pourraient être effacées par la demande additionnelle de soins qui serait enfin satisfaite.

La réponse entrepreneuriale peut apporter une solution. D'une part, en raison des gains de productivité que l'entrepreneuriat peut permettre à l'intérieur même du système public, lorsqu'on lui fait appel⁷⁷; d'autre part, parce que ces solutions entrepreneuriales, en se développant aussi à l'extérieur du système public, font augmenter l'offre globale de soins tout en allégeant la pression sur les dépenses de l'État. Les employeurs aussi font partie de la solution, comme on l'a vu dans le chapitre précédent.

Les obstacles technologiques

L'accès aux technologies est parfois présenté comme un obstacle au développement de la télémédecine⁷⁸. Pourtant, plus de sept adultes canadiens sur dix possédaient un téléphone intelligent en 2017 selon une étude du Pew Research Center, une proportion comparable à l'Allemagne et au Royaume-Uni, à peine inférieure à celle aux États-Unis, et supérieure à la France.

Ces solutions entrepreneuriales font augmenter l'offre globale de soins tout en allégeant la pression sur les dépenses de l'État.

Les Canadiens comptent aussi parmi les plus grands utilisateurs d'Internet sur la planète, avec de 91 % de la population adulte⁷⁹. En outre, un rapport du CRTC montre que 98 % des Canadiens ont accès à une connexion Internet à haute vitesse à la maison, et que les réseaux cellulaires LTE couvrent 99 % de la popula-

75. Clemens Scott Kruse et al., « Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review », *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 24, no 1, p. 4-12, 16 octobre 2016.

76. Pour une vue d'ensemble de la question, voir Bacchus Barua et al., *The Sustainability of Health Care Spending in Canada 2017*, Institut Fraser, 24 mars 2017.

77. Voir notamment Patrick Déry et Jasmin Guénette, « Saint Göran : un hôpital concurrentiel dans un système universel », Note économique, IEDM, 17 octobre 2017; Patrick Déry, « Faire appel à l'entrepreneuriat pour héberger et soigner nos aînés », Le Point, IEDM, 26 avril 2018; Patrick Déry, « Les hôpitaux du Québec ont besoin d'entrepreneuriat », Le Point, IEDM, 12 juillet 2018.

78. Association médicale canadienne, *The Future of Technology in Health and Health Care: A Primer*, Health Summit Backgrounder, 2018, p. 5.

79. Calculs de l'auteur. Voir Gouvernement du Canada, « The Internet and Digital Technology », Statistique Canada, 14 novembre 2017.

tion. Enfin, la plupart des ménages canadiens (84 %) ont un ordinateur à la maison⁸⁰.

Encore une fois, et bien que certains patients vulnérables ou demeurant en région éloignée n'aient pas accès à tout l'éventail des technologies de communication et que les appareils domestiques ne puissent pas convenir dans toutes les situations, ce sont davantage des problèmes de rigidité des systèmes publics et de normes bureaucratiques qui sont en cause qu'un réel manque d'accès à la technologie.

Une étude parue en 2016 a fait la recension d'une trentaine d'articles se penchant sur les barrières à l'adoption de la télémédecine. Elle a conclu que le manque de familiarité avec les nouvelles technologies et la résistance au changement constituaient les deux principaux obstacles⁸¹. Les développements des dernières années ont essentiellement réglé le premier aspect. De multiples solutions existent et sont disponibles sur des appareils qu'une vaste majorité de patients et de soignants utilisent tous les jours. Il ne reste qu'à faire le choix de les utiliser.

En France et au Royaume-Uni, par exemple, on laisse à la discrétion du médecin le soin de décider si une application grand public (comme Skype ou Facetime) peut convenir aux fins d'une consultation virtuelle⁸². Comme quoi il n'est pas nécessaire d'attendre la solution parfaite pour agir, si le bien-être du patient est le premier critère à considérer.

Bien sûr, cela n'empêche pas de développer des applications spécifiques, dédiées à la télémédecine et qui intègrent d'autres fonctionnalités, comme l'accès au dossier médical du patient, par exemple. De multiples acteurs du secteur entrepreneurial consacrent d'ailleurs des ressources considérables à développer ce genre de produit, comme nous allons le voir au prochain chapitre.

La réglementation : le permis de pratique des médecins

Au Canada, un médecin pratiquant la médecine « classique » en cabinet ou dans un établissement de santé d'une province ou d'un territoire donné doit y détenir

un permis d'exercice. Cela signifie qu'un médecin qui désire exercer partout au pays devra détenir un permis de chacune des treize provinces et territoires⁸³.

L'obtention de ce permis sera sujette au respect de critères d'éligibilité, à la production de documents et au paiement de frais qui peuvent totaliser quelques milliers de dollars. Même si le processus d'application est semblable d'une province à l'autre, il devra être répété en entier pour chacune des provinces et chaque territoire où le médecin voudra pratiquer, de même que le paiement des frais. À cela s'ajoutera l'année suivante le versement de cotisations annuelles, multiplié encore une fois par le nombre de lieux de pratique.

De multiples solutions existent et sont disponibles sur des appareils qu'une vaste majorité de patients et de soignants utilisent tous les jours.

Cette lourdeur réglementaire a amené un médecin à qualifier le régime canadien de permis de « boursier bureaucratique », et un autre, d'origine australienne mais basé en C.-B., à déclarer qu'il lui était « plus simple de pratiquer la médecine en Tasmanie » qu'ailleurs au Canada⁸⁴. En Australie, comme à bien d'autres endroits dans le monde, un seul permis est en effet suffisant pour pratiquer la médecine sur l'ensemble du territoire national⁸⁵.

La situation canadienne est encore plus gênante si on la compare avec celle de l'Union européenne (UE), une mosaïque de 28 États nationaux⁸⁶, chacun avec sa langue, sa culture, son régime juridique et ses propres formations médicales, et dont la population totale dépasse le demi-milliard d'habitants. Du point de vue du Canada, où un médecin gatinos n'est pas autorisé à pratiquer dans un hôpital d'Ottawa, de tels obstacles pourraient paraître insurmontables.

Pourtant, malgré que l'on ait parfois qualifié la gouvernance européenne de « kafkaïenne » ou de « monstre

80. Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, Rapport de surveillance des communications 2018, Gouvernement du Canada, 27 février 2019.

81. Clemens Scott Kruse et al., *op. cit.*, note 75.

82. Sécurité sociale (France), L'Assurance Maladie, « Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 », dossier de presse, 12 septembre 2018; Marc Schmid et al., « Telemedicine in the UK – It's Starting to Happen », SMGroup, novembre 2016.

83. Médecins résidents du Canada, « Énoncé de collaboration concernant le permis de suppléance mobile canadien », page consultée le 12 juin 2019.

84. Michael Gorman, « Doctors want provincial barriers broken, call for national licensing system », CBC, 23 août 2018; André Picard, « Why isn't there a single medical licence for all doctors in Canada? », *The Globe and Mail*, 4 janvier 2019.

85. Medical Board of Australia, Registration, page mise à jour le 28 février 2019.

86. Au moment de publier, le Royaume-Uni fait toujours partie de l'Union européenne.

Tableau 3-1

Permis de pratique requis pour pouvoir offrir des soins virtuels, par province										
	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	IPE	TNL
MÉDECINS										
Permis de la province où le médecin pratique	✓	—	—	—	✓	—	—	✓	—	✓
Permis de la province où le patient reçoit les soins	—	✓ ₁	—	✓	—	✓	✓ ₂	—	✓	—
Le permis est toujours requis, que le médecin ou le patient soit localisé dans la province	—	—	✓	—	—	—	—	—	—	—
INFIRMIÈRES										
Permis de la province où l'infirmière pratique	✓	—	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Permis de la province où le patient reçoit les soins	—	✓	✓	—	—	—	—	—	—	—

Notes : 1. Un médecin ne détenant pas de licence en Alberta peut avoir recours à la télémédecine pour effectuer un maximum de cinq consultations par année ou en cas d'urgence. 2. Au Nouveau-Brunswick, la pratique de la télémédecine sans licence est sujette à certaines restrictions, notamment quant à la nature et la fréquence des consultations. Une licence de la province est requise pour éviter ces restrictions.

Sources : *Permis de pratique des médecins :* College of Physicians and Surgeons of British Columbia, « Practice Standard », novembre 2013, révisé le 24 juin 2019; College of Physicians & Surgeons of Alberta, « Telemedicine », 6 août 2014; College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan, « Policy : The practice of telemedicine », page consultée le 4 juillet 2019; College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan, « Telemedicine Licensure », février 2019; The College of Physicians & Surgeons of Manitoba, *Standards of Practice of Medicine*, janvier 2019, p. 86-87; College of Physicians and Surgeons of Ontario, « Telemedicine », avril 2007, révisé en décembre 2014; Collège des Médecins du Québec, *Le Médecin, La Télémédecine et les Technologies de l'Information et de la Communication : Guide d'exercice*, février 2015, p. 10-11; College of Physicians and Surgeons of New Brunswick, « Regulation #13: Telemedicine Regulation », septembre 2008; College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, « Professional Standards Regarding the Provision of Telemedicine Services », février 2001, révisé le 14 décembre 2018; The College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island, « Telemedicine », 16 janvier 2017; The College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador, « Standard of Practice : Telemedicine », 22 mars 2017. *Permis de pratique des infirmières :* British Columbia College of Nursing Professionals, « Practice Standards for Registered Nurses and Nurses Practitioners : Telehealth »; CARNA, *Telehealth Nursing Practice, Requirements*; College of Registered Nurses of Manitoba, « Telepractice », mai 2018; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, « Practice Guideline : Telepractice », juin 2009, révisé en février 2017; vérifications effectuées auprès des collèges et associations d'infirmières de la Saskatchewan, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard en juin et juillet 2019.

bureaucratique»⁸⁷, il y a déjà près de 20 ans que l'UE a fait en sorte que les médecins autorisés à pratiquer dans un pays membre puissent offrir des services de télémédecine dans tous les autres, sans avoir à obtenir de permis additionnel⁸⁸. Le Canada est loin du compte.

Le permis d'exercice et la télémédecine

Les exigences des collèges des médecins des provinces en ce qui a trait à la pratique de la télémédecine sont semblables à celles pour la pratique de la médecine classique. Règle générale, le médecin désirant pratiquer la télémédecine dans plusieurs provinces devra se procurer plusieurs permis. Deux tendances principales se dégagent (voir le Tableau 3-1).

La première tendance s'intéresse au lieu où les soins sont reçus. Selon cette logique, c'est la localisation du patient qui détermine la province où le médecin doit détenir son permis, peu importe l'endroit d'où il offre la consultation. C'est la solution retenue par l'Alberta, le Manitoba, le Québec, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard⁸⁹.

La seconde tendance se base sur la localisation du médecin. Selon cette logique, le collège d'une province donnée ne s'intéresse qu'aux médecins pratiquant dans cette province, peu importe où les patients reçoivent les soins. C'est la solution adoptée par la Colombie-Britannique, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve.

La province restante, la Saskatchewan, a choisi une troisième voie, qui additionne les deux premières. Le médecin doit détenir un permis d'exercice en tout temps, que ce soit le médecin ou le patient qui est localisé dans la province.

La localisation du patient

L'approche fondée sur le patient signifie par exemple qu'un patient du Québec ne peut obtenir de soins en télémédecine que d'un médecin détenant un permis de pratique au Québec. Si un médecin basé en Ontario ou en Alberta désire prodiguer des soins à un patient québécois via la télémédecine, il doit détenir un permis de pratique émis par le Collège des médecins du Québec.

Le désavantage de cette approche est que le médecin qui veut pratiquer dans plus d'une province doit multiplier les demandes de permis, le temps consacré à la gestion de la paperasse, les frais initiaux et les cotisations annuelles, comme dans le cas de la pratique classique.

Bien qu'elle représente un irritant important pour certains médecins pratiquant leur métier dans un cadre traditionnel et qu'elle les rendra moins enclins à étendre leur pratique ou faire de la suppléance dans une autre province, l'approche par le lieu du patient ne causera pas de problème pour la majorité d'entre eux. La pratique en cabinet privé ou en établissement est par définition en un lieu fixe, situé à l'intérieur d'un seul territoire provincial (quoique ce ne soit pas le cas pour tous les médecins, comme nous allons le voir bientôt).

L'UE a fait en sorte que les médecins autorisés à pratiquer dans un pays membre puissent offrir des services de télémédecine dans tous les autres, sans avoir à obtenir de permis additionnel.

L'avènement de la télémédecine change la donne, particulièrement lorsqu'elle s'exerce dans un cadre entrepreneurial qui, lui, ne connaît pas de frontières. Pour un médecin souhaitant développer une pratique plus étendue, ou encore pour une entreprise souhaitant offrir ses services à l'ensemble de la population canadienne, l'obligation de détenir un permis d'exercice dans la province du patient peut constituer un frein administratif et financier important.

Ainsi, selon les règles actuelles, un médecin désirant offrir des consultations en télémédecine dans toutes les provinces devra posséder et renouveler six ou sept permis provinciaux selon son lieu d'exercice, soit un permis pour chacune des provinces qui ont cette exigence, et un autre pour celle d'où il pratique, dans le cas de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve⁹⁰. Outre le fardeau administratif, cela pourra impliquer des cotisations annuelles de l'ordre de 10 000 à 12 000 \$⁹¹. Un médecin – ou une entreprise œuvrant dans le domaine de la télémédecine – pourra choisir de limiter le nombre de provinces au sein

87. Philippe Ricard, « La gouvernance européenne, ce 'monstre bureaucratique' », *Le Monde*, 29 mai 2013; Hans Bull, « 'Kafka à la sauce bruxelloise' : observations d'un praticien désabusé », *Revue française d'administration publique*, vol. 1, no 13, p. 99-104, 18 mai 2010.

88. Soohyun Laura Chang et al., « How the European Union Is Embracing Cross-border Telemedicine and What the U.S. State Medical Boards Can Learn from It », George Washington University, School of Medicine and Health Sciences, affiche de présentation, printemps 2018.

89. Au moment d'écrire ces lignes, le Collège des médecins du Manitoba était en train de revoir son cadre de pratique de la télémédecine.

90. Le nombre varie, puisque la Colombie-Britannique, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse n'ont pas cette exigence, mais le médecin pratiquant depuis une de ces provinces devra néanmoins y détenir un permis.

91. Calcul de l'auteur basé sur le montant des cotisations annuelles dans les différentes provinces.



desquelles il exercera la télémédecine afin de limiter ses frais. Ce faisant, cette embûche supplémentaire limitera d'autant l'offre de fournisseurs de soins pour le patient, qui sera perdant.

La localisation du médecin

L'avantage de la seconde approche, basée sur la localisation du médecin, est que le médecin n'a besoin en théorie de ne détenir qu'un seul permis pour pratiquer la télémédecine. Par contre, pour que cela soit le cas dans la pratique, toutes les provinces doivent adopter la même solution.

Ainsi, un médecin exerçant au Québec et qui désire pratiquer la télémédecine au Québec, en Colombie-Britannique, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve n'a besoin que d'un seul permis, soit celui du Québec, puisque les collègues des quatre autres provinces s'intéressent au lieu où est situé le médecin. Toute autre province représente cependant un permis de plus à se procurer, puisque celui-ci dépend alors de la localisation du patient. À la marge, de telles restrictions ont certainement eu une influence sur la vitesse à

Selon les règles actuelles, un médecin désirant offrir des consultations en télémédecine dans toutes les provinces devra posséder et renouveler six ou sept permis provinciaux.

laquelle le développement de la télémédecine s'est produit au Canada. La perception qu'ont plusieurs médecins de ces règles en donne un aperçu, comme on le verra un peu plus loin.

Un corollaire important du critère de la localisation du médecin est que le patient est libre de consulter un médecin de son choix. En théorie, celui-ci pourrait même être localisé à l'extérieur du pays⁹².

92. Vanessa Mui et al., « Telemedicine: Making Delivery of Health Care Services across Borders More Accessible to Canadians », Fasken Martineau, Health Law Bulletin, 2017, consulté le 2 juillet 2019.

La reconnaissance mutuelle des permis de pratique

Du point de vue du patient, l'allègement de la réglementation des permis de pratique, par exemple par la reconnaissance mutuelle des permis provinciaux, pourrait contribuer à augmenter l'offre de soins et à en faciliter l'accès. Un obstacle important serait levé pour le développement de la télémédecine entrepreneuriale, mais il y aurait également des gains à faire pour les systèmes publics provinciaux. En effet, la reconnaissance mutuelle des permis permettrait une plus grande souplesse et favoriserait une meilleure allocation des ressources. De tels gains d'efficacité rendraient par conséquent de précieux services, compte tenu du manque de médecins dans plusieurs régions du pays⁹³.

L'allègement de la réglementation des permis de pratique, par exemple par la reconnaissance mutuelle des permis provinciaux, pourrait contribuer à augmenter l'offre de soins et à en faciliter l'accès.

L'exemple américain montre que c'est tout à fait réalisable ici. Aux États-Unis, au début de 2019, 24 États avaient adopté une politique favorisant l'émission accélérée de licences pour les médecins. Les infirmières américaines sont allées encore plus loin. Le principe d'un permis de pratique amélioré, qui permet à une infirmière détenant une licence dans un État de pratiquer dans un autre État sans devoir demander une nouvelle licence, avait déjà été accepté par 31 États en janvier 2019⁹⁴.

D'ailleurs, comme montre le Tableau 3-1, les infirmières canadiennes tendent vers de meilleures pratiques réglementaires que leurs collègues médecins, puisqu'elles privilégient davantage l'approche basée sur la localisation du soignant. Une infirmière détenant un permis de pratique dans une seule province peut ainsi exercer son métier dans toutes les autres, à l'exception de l'Alberta et de la Saskatchewan.

L'effet bien réel des barrières réglementaires

Un sondage récent des Médecins résidents du Canada donne une idée de l'effet des barrières réglementaires

dans le cadre actuel canadien. Près d'un médecin résident sur cinq (18,5 %) dit vouloir faire de la suppléance à l'extérieur de la province où il exercera principalement la médecine, une fois sa formation terminée. Ce pourcentage monte à plus de la moitié (52 %) si on évoque la possibilité qu'il ne soit plus nécessaire de faire des demandes de permis additionnelles⁹⁵.

Un autre sondage effectué par l'Association médicale canadienne montre comment la lourdeur bureaucratique affecte la flexibilité et la disponibilité de l'effectif médical. Dans un panel Web, 10 % des répondants ont affirmé détenir au moins deux permis de pratique au Canada. Parmi ceux qui ont déclaré n'avoir qu'un seul permis, plus de la moitié (53 %) ont dit avoir demandé un permis dans une seconde province ou territoire⁹⁶. Parmi les principaux obstacles mentionnés par les répondants pour l'obtention d'un permis dans une nouvelle province ou territoire, celui qui revient le plus souvent est la complexité du processus de demande de permis (90 %), suivi de sa longueur (84 %) et des coûts associés (79 %).

Même en supposant que l'ensemble des répondants n'est pas représentatif (parce qu'il était constitué par définition de médecins intéressés à pratiquer à plusieurs endroits), cela représente un bassin potentiel de plusieurs milliers de médecins qui seraient disposés à étendre leur pratique. Leur apport pourrait être significatif lorsqu'on considère leurs motivations, même en se plaçant strictement du point de vue des systèmes publics.

En effet, lorsqu'on a demandé à ces mêmes médecins ce qu'ils envisageaient de faire si un permis national était instauré, une proportion importante a indiqué qu'il était « probable ou très probable » qu'ils feraient de la suppléance dans une autre province ou territoire (48 %), qu'ils iraient pratiquer de façon temporaire en région rurale ou éloignée dans une autre province (47 %) ou qu'ils pratiqueraient dans plusieurs provinces ou territoires sur une base régulière (31 %). Plus du tiers (36 %) se sont dits intéressés à pratiquer la télémédecine.

Enfin, dans le même sondage, une majorité écrasante de médecins (93 %) s'est prononcée pour l'établissement d'un permis de pratique national ou pour la reconnaissance du permis de pratique de leur province dans l'ensemble du Canada (92 %). Et, soulignons-le, ce sondage

93. Steve Bartlett and Stu Neatby, « Doctor shortage – connecting the dots and seeking solutions for Atlantic Canada », *The Chronicle Herald*, 14 février 2019.

94. Center for Connected Health Policy, « Telehealth Policy Barriers », Fact Sheet, février 2019, p. 2.

95. Médecins résidents du Canada, Sondage national de 2018 auprès des résidents, p. 47.

96. Association médicale canadienne, « Résumé d'un sondage mené auprès des membres du Forum électronique : Le permis d'exercice national », novembre 2018.

a été mené en référence au cadre de pratique classique. La télémédecine n'était même pas un enjeu!

Le rationnement dans les systèmes de santé publics

En plus des barrières liées au permis de pratique, la plupart des systèmes publics de santé du Canada limitent l'accès à la télémédecine en imposant toutes sortes de conditions qui n'existent pas dans le cadre de la télémédecine entrepreneuriale. La télémédecine à l'intérieur du système public de santé n'est donc présentement pas une option pour la grande majorité des Canadiens, à l'exception des résidents de la Colombie-Britannique. D'ailleurs, même dans cette province, l'État ne paiera que pour un maximum de quatre consultations virtuelles par an⁹⁷. Ailleurs au pays, les gouvernements des provinces rationnent l'accès à la télémédecine dans les systèmes publics par différents moyens.

L'éligibilité des patients

La plupart des systèmes de santé provinciaux réservent l'utilisation de la télémédecine à des clientèles demeurant en région éloignée, ou à tout le moins priorisent grandement ces clientèles. C'est le cas pour l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick, notamment. Pour presque toutes ces provinces, le principal critère d'éligibilité à la télémédecine est celui de l'éloignement. En Ontario, des critères d'éligibilité ont aussi été développés en fonction des besoins des patients, mais la majorité de la clientèle desservie demeure en région éloignée⁹⁸.

L'éligibilité des lieux

En plus de devoir satisfaire les critères énoncés par le gouvernement de leur province, les patients admissibles à la télémédecine doivent la plupart du temps recevoir les soins dans un endroit désigné ou approuvé à cette fin. C'est par exemple le cas de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve⁹⁹. Mis à part des cas où la

condition du patient l'exige, ou encore où l'utilisation d'équipements hautement spécialisés serait requise, une telle exigence témoigne d'une conception de la télémédecine qui date d'une autre époque, avant l'avènement du téléphone intelligent et de la tablette.

Une majorité écrasante de médecins (93 %) s'est prononcée pour l'établissement d'un permis de pratique national ou pour la reconnaissance du permis de pratique de leur province (92 %).

En comparaison, le Veterans Health Administration (qui comporte plus de 1200 établissements de santé aux États-Unis et qui est financé par le gouvernement américain) n'impose aucune exigence relative au lieu où les soins sont donnés ou rendus, ni quant aux types de soins qui peuvent être offerts¹⁰⁰.

L'éligibilité du médecin

Le patient n'est pas le seul à devoir se conformer à des exigences bureaucratiques pour pouvoir bénéficier de la télémédecine à l'intérieur du système public de santé. Dans plusieurs provinces, les médecins doivent eux aussi demander la permission au gouvernement ou s'inscrire auprès des autorités publiques avant de pouvoir offrir des consultations via la télémédecine à l'intérieur du système public, même s'ils détiennent déjà un permis de pratique de cette même province. Cette exigence est entre autres présente en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador¹⁰¹.

La rémunération des médecins

Bien que le critère de la rémunération des médecins dans les systèmes publics soit lié aux précédents, il représente en soi une barrière à l'expansion de la télémédecine au Canada de l'avis de près de la moitié des médecins¹⁰². En effet, à l'exception de la Colombie-Britannique, les médecins ne sont rémunérés que s'ils

97. Doctors of BC, « Virtual Care in Private Practice: Billing & Incentives for GP's e-Communication with Patients », mis à jour le 27 mars 2019.

98. Kerry Waddel, Eilish M. Scallan et Michael G. Wilson, « Understanding the Use and Compensation for Virtual-care Services in Primary Care », McMaster Health Forum, McMaster University, 27 juillet 2018, p. 5; Edward M. Brown, « The Ontario Telemedicine Network: A Case Report », *Telemedicine and e-Health*, vol. 19, no 5, 19 avril 2013.

99. Kerry Waddel, Eilish M. Scallan et Michael G. Wilson, *ibid.*, p. 6-9; Alberta Health Services, Programs & Services, Telehealth; eHealth Saskatchewan, Telehealth; Doctors Manitoba, Compensation & Advocacy, Billing, General Schedule, Telemedicine Services; Newfoundland & Labrador Centre for Health Information, *Provincial Telehealth Program Manuel*, mis à jour en juillet 2017, p. 11.

100. United States Government Accountability Office, *Telehealth and Remote Patient Monitoring Use in Medicare and Selected Federal Programs*, Report to Congressional Committees, avril 2017, p. 13.

101. Kerry Waddel, Eilish M. Scallan et Michael G. Wilson, *op. cit.*, note 98, p. 6-10; Newfoundland & Labrador Centre for Health Information, *op. cit.*, note 99, p. 12.

102. 50 % des omnipraticiens et 43 % des spécialistes, selon un sondage. Voir Canada Health Infoway, 2018 Canadian Physician Survey – Physicians' Use of Digital Health and Information Technologies in Practice, décembre 2018, p. 20 et 22.



prodiguent des soins virtuels aux patients qui ont rempli les conditions d'éligibilité établies par les gouvernements de leurs provinces et dans les lieux approuvés par ceux-ci. Plusieurs médecins offriraient malgré tout des consultations par téléphone, courriel ou messages textes de façon ponctuelle, sans être rémunérés¹⁰³.

En résumé

Plusieurs obstacles sont régulièrement invoqués pour expliquer la lente croissance de la télémédecine au Canada et le faible accès pour les patients. Les considérations financières et technologiques sont davantage des symptômes de la rigidité des systèmes publics et de leur résistance à l'innovation que de vraies barrières, puisque la télémédecine peut entraîner des gains d'efficacité importants, d'une part, et que les technologies sur lesquelles elle s'appuie sont largement disponibles et éprouvées, d'autre part. Dans les deux cas, l'entrepreneuriat peut apporter des solutions, que l'État peut choisir d'adopter.

Les barrières réglementaires, elles, ont un effet bien réel, puisqu'elles limitent l'allocation de la ressource que constitue le personnel soignant. Elles sont aussi des obstacles à l'innovation par les individus et les entreprises, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des systèmes publics. Le rationnement par le gouvernement sur l'offre de soins en général et de la télémédecine en particulier est une entrave de plus à l'accès aux soins. Toutes ces barrières sont solubles mais, comme nous allons le voir, il est illusoire de penser que les solutions ne viendront que de l'État.

103. Kerry Waddel, Eilish M. Scallan et Michael G. Wilson, *op. cit.*, note 98.

CHAPITRE 4

Cas d'étude : La télémédecine entrepreneuriale au Canada et l'Ontario Telemedicine Network

Les chapitres précédents nous ont permis d'établir un portrait et quelques tendances globales de la télémédecine au Canada, des gains qu'elle rend possibles et des obstacles à sa diffusion.

Dans le présent chapitre, nous allons examiner plus concrètement les différentes solutions offertes sur le plan de l'accès aux soins et de services aux patients par les entreprises actives dans la télémédecine entrepreneuriale au Canada, puis ouvrir une brève fenêtre sur la télémédecine du futur. Nous allons aussi nous pencher sur le cas de l'Ontario Telemedicine Network (OTN), le plus développé des réseaux provinciaux.

La télémédecine entrepreneuriale au Canada

Les entreprises actives dans le marché canadien de la télémédecine se présentent principalement sous deux formes. Les entreprises du premier groupe procurent des plateformes technologiques pour la dispensation de la médecine virtuelle aux différents fournisseurs de soins (cliniques, hôpitaux), un peu à l'instar d'OTN. Ils sont cependant financés par des fonds privés et vendent leurs services partout au pays, et même à l'étranger. C'est le cas notamment de Medeo et d'OnCall.

Les entreprises du second groupe se concentrent sur la livraison de consultations virtuelles aux patients, moyennant une rémunération versée par le patient, l'employeur, ou l'assureur (en vertu d'un régime collectif)¹⁰⁴. C'est le cas entre autres d'Akira, Dialogue, EQ Virtual, Maple, Medisys, VirtualMED et Wello. C'est donc à ces dernières entreprises que la présente section va s'intéresser, dans la continuité de ce cahier. L'objectif n'est pas de dresser un portrait détaillé ou exhaustif, ni de porter un jugement sur leur modèle d'affaires ou encore d'évaluer la qualité de leurs services, mais bien de montrer, dans l'ensemble, l'étendue des possibilités qu'elles offrent.

Répondre aux besoins des patients

Les entreprises offrant des consultations virtuelles voient dans l'engagement des systèmes publics de santé du

pays une occasion de courtiser des patients et des employeurs, directement ou à travers des régimes d'assurance collective. Pour les premiers, le manque d'accès aux soins et l'attente peuvent représenter non seulement une source de souffrance ou d'anxiété, mais aussi un coût de renonciation important, puisque cela diminue leur participation active au marché du travail; pour les seconds, l'absentéisme est une perte sèche qu'il faut réduire.

La dynamique se trouve ainsi complètement renversée par rapport à la télémédecine publique. Dans la télémédecine entrepreneuriale, le patient choisit son fournisseur de soins et le moment où il est soigné. S'il n'est pas satisfait des services qu'il reçoit, il peut se tourner vers un autre fournisseur. La prospérité des entreprises de télémédecine, leur croissance et leur pérennité sont liées à leur façon de répondre aux besoins des patients et clients, et à la valeur que ceux-ci accordent à leurs services, comme c'est le cas pour les entreprises actives dans une foule de secteurs concurrentiels.

Dans la télémédecine entrepreneuriale, le patient choisit son fournisseur de soins et s'il n'est pas satisfait des services qu'il reçoit, il peut se tourner vers un autre fournisseur.

Cette notion de choix du patient, qui est un concept généralement étranger au système de santé canadien, est pourtant bien intégrée dans la plupart des pays développés ayant un système de santé universel. Elle est aussi considérée par l'OCDE comme l'une des mesures les plus efficaces pour améliorer l'accès aux soins¹⁰⁵.

Toutes les entreprises actives dans le secteur de la télémédecine entrepreneuriale ont en commun d'offrir des consultations sur demande par texte, voix ou vidéo pour des problèmes de santé courants via le téléphone, la tablette ou l'ordinateur personnel, à l'endroit et au moment qui convient aux patients. Le modèle d'affaires est, encore une fois, passablement différent de la télémédecine publique, qui demeure généralement centrée sur les établissements de santé et qui oblige la plupart du temps le patient à se déplacer à un lieu approuvé par l'État pour y recevoir une consultation virtuelle.

104. Les services d'EQ Virtual sont gratuits pour les patients habitant la Colombie-Britannique, où les consultations vidéo sont remboursées par l'État. Dans le reste du Canada, le patient doit déboursier des frais pour ces consultations. EQ Virtual, How we care for you, Frequently Asked Questions.

105. Yanick Labrie, *Pour un système de santé universel et efficace : Six propositions de réforme*, Cahier de recherche, IEDM, 13 mars 2014.

Les soins et services offerts par les entreprises, de même que la façon dont ils sont livrés, varient grandement, conformément à ce qu'on pourrait s'attendre d'un marché concurrentiel¹⁰⁶. Leur dénominateur commun est qu'ils restent dans la plupart des cas inaccessibles dans le genre de télémédecine offerte dans les systèmes publics de santé du pays.

Disponibilité

La définition de « consultation sur demande » est différente d'une entreprise à l'autre. Certaines, comme Virtual MED, offrent des consultations de jour, sur rendez-vous. D'autres, comme Akira et Maple, garantissent une consultation avec une infirmière praticienne ou un médecin à l'intérieur de quelques minutes, 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Entre ces possibilités se trouvent des offres intermédiaires, dans lesquelles le patient peut parler rapidement à un coordonnateur de soins ou une infirmière, puis prendre rendez-vous avec une infirmière praticienne ou un médecin si nécessaire, le jour même ou les suivants (Dialogue, EQ Virtual, Wello).

Soins

La plupart des entreprises offrant des consultations virtuelles se concentrent sur les problèmes de santé courants (fièvre, grippe, infections mineures, allergies, santé sexuelle, renouvellements de prescription, etc.). Ces types de maux sont précisément ceux qui obligent les Canadiens à se rendre plus souvent à l'urgence que dans des pays comparables pour régler des problèmes qui auraient pu être pris en charge par un médecin de famille, si celui-ci avait été disponible¹⁰⁷.

Certaines entreprises offrent aussi des consultations avec des médecins spécialistes, notamment des chirurgiens, des dermatologues, des psychiatres et des urologues. D'autres incluent des services paramédicaux, notamment ceux de naturopathes, nutritionnistes ou psychologues.

Services

Une référence pour un spécialiste peut être fournie au terme d'une consultation virtuelle, si l'entreprise n'est pas en mesure d'offrir elle-même le service. Le renouvellement, la prescription de nouveaux médicaments et

la transmission à la pharmacie du patient sont habituellement offerts, ainsi que la livraison. Certaines entreprises peuvent aussi fournir des billets d'absence ou des requêtes pour des tests de laboratoires. L'historique des consultations du patient ou son dossier médical sera accessible à l'intérieur même de l'application qui sert aux consultations.

À titre de comparaison, en 2018, moins du quart des Canadiens disaient être en mesure de renouveler leurs prescriptions de médicaments ou d'accéder à leur dossier médical par voie électronique¹⁰⁸.

Prix

Le prix des consultations varie grandement. Certaines offrent des consultations ponctuelles, tandis que d'autres offrent des forfaits annuels ou laissent le choix de l'une ou l'autre option à leurs clients. Le prix des consultations débute généralement à 50 \$ (EQ Virtual, Maple, Wello), mais peut être plus élevé en dehors des heures de bureau (Maple). Quant au prix des forfaits, ceux pour les individus s'établissent autour de 240 à 400 \$ pour un abonnement annuel et entre 480 à 800 \$ pour un forfait familial (Akira, Maple, Virtual MED, Wello)¹⁰⁹.

Les entreprises actives dans le secteur de la télémédecine entrepreneuriale ont en commun d'offrir des consultations sur demande par texte, voix ou vidéo pour des problèmes de santé courants.

Ces prix ne sont pas directement comparables puisque la disponibilité des consultations (sur demande, sur rendez-vous) varie, de même que l'étendue des services. Le marché de la consultation sur demande étant en expansion, ils donnent toutefois une idée de ce que des patients canadiens sont présentement prêts à déboursier pour éviter des déplacements, l'attente avant un rendez-vous ou sur place, et pour améliorer de façon générale leur accès aux soins.

Des forfaits pour les employeurs sont également offerts par la plupart des entreprises, certaines se concentrant exclusivement sur ce marché (Dialogue). La mutualisation des risques permet alors d'offrir ces services à des

106. Les informations à ce sujet recensées dans la présente section proviennent des sites web des entreprises ou de conversations avec des représentants de celles-ci.

107. Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*, The Commonwealth Fund, juillet 2017, p. 22.

108. Inforoute Santé du Canada, « Relier les patients pour favoriser leur santé, 2018 », août 2018, p. 14 et 17.

109. Selon les sites web des entreprises concernées. Pages consultées le 16 juillet 2019.



prix inférieurs aux tarifs individuels ou familiaux. L'intérêt pour les employeurs est de diminuer les coûts liés à l'absentéisme pour des raisons médicales (voir le chapitre 2).

Un pied dans les systèmes publics

Certaines de ces entreprises ont aussi un pied dans les systèmes publics du pays, à l'instar des entreprises qui fournissent des plateformes technologiques aux établissements de santé. Akira, par exemple, est impliquée dans un projet avec l'hôpital Baycrest, dans la région de Toronto, pour favoriser les consultations virtuelles avec des patients âgés demeurant à leur domicile¹¹⁰.

À l'Île-du-Prince-Édouard, l'hôpital Western, à Alberton, a démarré un projet-pilote en collaboration avec Maple afin d'effectuer des « rondes d'hôpital virtuelles », en raison de la pénurie de médecins qui sévit dans la province. Neuf médecins sont impliqués dans le projet,

À l'Île-du-Prince-Édouard, l'hôpital Western a démarré un projet-pilote d'effectuer des « rondes d'hôpital virtuelles », en raison de la pénurie de médecins dans la province.

dont six qui sont à l'extérieur de la province mais qui y détiennent un permis d'exercice¹¹¹.

Ce genre de collaboration entrepreneuriale au sein des systèmes publics pourra encore une fois étonner, voire choquer d'un point de vue canadien. Pourtant, le phénomène est encore une fois largement répandu dans les systèmes de santé des pays développés, qui sont tous universels à l'exception de celui des États-Unis, et qui offrent pour la plupart un accès aux soins largement

110. Centre for Aging + Brain Health Innovation, Projects, Telemedicine as a supporting technology to outpatient care.

111. Kevin Bisset, « P.E.I. hospital turns to tele-conferencing doctors on carts rolled by nurses », The Canadian Press, 2 décembre 2018.

supérieur à celui que les Canadiens connaissent¹¹². Mais même au Canada, d'autres effets de l'entrepreneuriat à l'intérieur des systèmes publics de santé ont été documentés. Au Québec par exemple, le cas des CHSLD privés conventionnés, qui sont parfaitement intégrés au réseau public, a montré que la recherche du profit a incité les entrepreneurs à être plus efficaces dans la gestion de leurs ressources, tout en offrant des soins de meilleure qualité que dans les établissements gérés par l'État¹¹³.

La médecine du futur

La télémédecine n'a certainement pas pris sa forme finale. L'entreprise israélienne de télésanté TytoCare a récemment mis en vente aux États-Unis son ensemble d'examen médical pour la maison. Pour la somme de 300 \$US, on peut se procurer un appareil qui inclut un stéthoscope, un thermomètre, un otoscope et un dépresseur pour la langue, et qui peut être lié à l'application de l'entreprise pour transmettre des informations à un professionnel effectuant une consultation virtuelle. Le détaillant américain Best Buy, qui distribue l'appareil, a d'ailleurs montré son intérêt pour la télésanté en acquérant un fournisseur de solutions de soins à distance pour les aînés¹¹⁴.

D'autres entreprises, qui n'étaient pas à l'origine impliquées dans la fourniture de soins, ont vu dans le marché actuel une opportunité. Au Canada, l'entreprise de télécommunications Telus possède maintenant un réseau d'une trentaine de cliniques médicales, suite à son acquisition de Medisys. Elle possède également sa propre application au Canada en collaboration avec la Britannique Babylon, en plus d'être active dans les dossiers médicaux électroniques¹¹⁵.

Aux États-Unis, des géants technologiques comme Apple et Amazon, dont la capacité de disruption à grande échelle est bien établie, ont aussi signalé leur intention d'utiliser leurs appareils et applications dans un contexte médical. La première a montré que sa montre intelligente pouvait détecter certains problèmes cardiaques dans le cadre d'une étude à grande échelle,

tandis que la seconde a pris une entente avec le système public de santé du Royaume-Uni – le NHS – pour fournir des conseils médicaux pour certains problèmes de santé courants, à l'aide de l'intelligence artificielle et de son assistant personnel Alexa¹¹⁶.

Dialogue, d'ailleurs, utilise l'intelligence artificielle dans l'outil de triage de son application. Elle a installé cette technologie au Centre hospitalier de l'Université de Montréal dans le cadre d'un projet-pilote et devrait la déployer sous peu en Allemagne¹¹⁷. L'application de Telus inclut elle aussi un vérificateur de symptômes basé sur l'intelligence artificielle, qu'un patient peut utiliser sans avoir à demander une consultation¹¹⁸. Après la médecine sans l'hôpital, verra-t-on la médecine sans médecin?

La vague entrepreneuriale et technologique s'apprête à changer complètement, et de façon parfois imprévisible, la façon dont nous serons soignés.

Ces développements récents, et plusieurs autres qui ne sont pas mentionnés en ces pages, débordent largement du seul cadre de la télémédecine. Ils pointent tous dans la même direction, celle de la vague entrepreneuriale et technologique qui s'apprête à changer complètement, et de façon parfois imprévisible, la façon dont nous serons soignés.

L'Ontario Telemedicine Network

Les gouvernements de la plupart des provinces canadiennes ont mis en place des programmes ou des réseaux de télémédecine depuis une vingtaine d'années déjà, principalement pour améliorer l'accès aux soins de spécialité pour les patients demeurant en région éloignée et nécessitant un suivi pour des conditions chroniques ou particulières. Le plus important est l'Ontario Telemedicine Network (OTN), que le ministère de la

112. Yanick Labrie, *op. cit.*, note 105.

113. Patrick Déry, « Faire appel à l'entrepreneuriat pour héberger et soigner nos aînés », *Le Point*, IEDM, 26 avril 2018.

114. Zoë LaRock, « Best Buy's exclusive telehealth launch sets it on collision course with Amazon », *Business Insider*, 18 avril 2019; Eric Wicklund, « Best Buy Targets Senior Telehealth Market with GreatCall Deal », *mHealthIntelligence*, 16 août 2018.

115. Pamela Fayerman, « Telus jumps into business of health clinics, buys national chain », *Vancouver Sun*, 3 août 2018; Eric Rankin, « Filling the medical care gap or causing cracks? Telus launches health app », *CBC News*, 18 mars 2019.

116. Stanford Medicine News Center, « Apple Heart Study demonstrates ability of wearable technology to detect atrial fibrillation », 16 mars 2019; Shilpa Mete, « Amazon's Alexa Focuses on Healthcare: How are Others Placed? », *Yahoo! Finance*, 11 juillet 2019.

117. Jacob Serebrin, « Montreal company brings artificial intelligence to medical system », *Montreal Gazette*, 23 novembre 2018; Caisse de dépôt et placement du Québec, « Dialogue concludes a \$40-million round of financing », communiqué de presse, 17 juin 2019.

118. Eric Rankin, *op. cit.*, note 115.

Santé de la province présente comme « l'un des plus gros réseaux de télémédecine au monde »¹¹⁹.

Quoique l'OTN ait pris sa forme actuelle en 2006, les origines de cet organisme à but non lucratif financé principalement par l'État remontent au milieu des années 1990. Sa mise en place est principalement le résultat de l'initiative et du travail de longue haleine du Dr Ed Brown, le PDG actuel de l'organisme. Le Dr Brown, que l'on pourrait qualifier d'« entrepreneur social », a patiemment établi le cas pour la télémédecine en Ontario auprès des établissements de santé, du gouvernement de la province et d'autres intervenants¹²⁰.

L'OTN ne fournit pas les soins. Il procure aux établissements de santé des solutions technologiques pour rendre les soins à distance accessibles au personnel soignant et aux patients. Dans les faits, l'OTN est une extension du système public de la province et son fournisseur unique de consultations virtuelles.

Tous les hôpitaux de la province sont liés à l'OTN, ainsi que nombre de centres de santé communautaire, cliniques de médecins et d'infirmières, établissements d'enseignement, centres de soins de longue durée, centres de réadaptation et établissements de détention, par exemple¹²¹.

Le principal service offert aux patients par l'OTN est la consultation virtuelle (eVisite). Celle-ci permet aux patients de se rendre dans un établissement desservi par l'OTN pour recevoir une consultation vidéo avec un médecin spécialiste situé dans un autre établissement. Les patients évitent ainsi d'avoir à parcourir de longues distances et leur accès aux soins s'en trouve amélioré. C'est d'ailleurs cette conception de la télémédecine – soit celle d'un service destiné d'abord aux patients demeurant en région éloignée – qui est à l'origine de la diffusion du service dans la province¹²².

Outre les eVisites aux patients, un service de consultations de spécialistes (eConsultations) est aussi offert à des fournisseurs de soins primaires – des médecins et des infirmières praticiennes –, ainsi que de spécialiste à spécialiste. L'OTN offre également des programmes de

télédermatologie, de téléophtalmologie pour les patients diabétiques, de télémonitorage à domicile de patients souffrant d'une maladie chronique (Telehomecare) et de consultations virtuelles aux communautés autochtones, entre autres¹²³.

Dans tous les cas, malgré les déplacements évités, on est encore loin des consultations sur demande que les entreprises de télémédecine offrent actuellement à leurs patients. L'OTN a cependant commencé à offrir des consultations virtuelles en soins primaires à domicile à l'automne 2017 dans le cadre d'un projet-pilote, avec l'objectif de fournir des soins « le jour même ou le lendemain »¹²⁴.

Les programmes de consultations virtuelles entre fournisseurs de soins primaires et spécialistes ont permis d'éviter des visites de patients en personne avec ces derniers dans près de 80 % des cas.

Tous les services rendus à travers l'OTN sont effectués à l'intérieur du système public de santé ontarien. Pendant l'année 2017-2018, l'organisme a facilité tout près de 900 000 consultations à distance¹²⁵. Bien que ce nombre puisse sembler impressionnant, il demeure modeste pour une province de plus de 14 millions d'habitants¹²⁶, qui compte près de 37 000 médecins actifs et plus de 100 000 infirmières¹²⁷, et dans laquelle environ 100 millions de services cliniques sont dispensés chaque année¹²⁸.

En outre, la quasi-totalité des consultations facilitées par l'OTN sont livrées, physiquement, dans des établissements de santé, notamment pour des questions de

119. Gouvernement de l'Ontario, Ministry of Health – Ministry of Long-Term Care, *Excellent Care for All, Telemedicine - Improving access to care through technology*, page consultée le 28 juin 2019.

120. Morgan Holmes et Anton Hart, « Profile: Ed Brown and the Development of the Ontario Telemedicine Network », *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 4, septembre 2009; Edward M. Brown, « The Ontario Telemedicine Network: A Case Report », *Telemedicine and e-Health*, vol. 19, no 5, Mary Ann Liebert, Inc., 19 avril 2013.

121. Edward M. Brown, *ibid.*, p. 374.

122. *Ibid.*, p. 373.

123. Ontario Telemedicine Network, *OTN Annual Report 2017/18*.

124. Ontario Telemedicine Network, *Virtual Care for Providers, eVisit Primary Care*, page consultée le 16 juillet 2019.

125. Ontario Telemedicine Network, *op. cit.*, note 123, p. 6.

126. Ontario, Ministère des Finances, *Profil de l'Ontario*, mis à jour en mai 2019.

127. The College of Physicians and Surgeons of Ontario, « Annual Report 2018 », p. 2; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Nursing Statistics, Membership Totals at a Glance*, mise à jour le 2 juillet 2019.

128. Calculs de l'auteur. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, 270 millions de services cliniques ont été dispensés dans l'ensemble du Canada en 2015-2016. L'Ontario représente un peu moins de 40 % de la population du pays.



Le principal service offert par l'OTN est la consultation virtuelle (eVisit) entre un patient situé dans un établissement de santé et un médecin spécialiste situé dans un autre établissement. Photo Deborah Baic, archives La Presse canadienne.

facturation¹²⁹. Seulement 21 500 consultations virtuelles ont eu lieu au domicile des patients en 2017-2018. À titre de comparaison, le volet d'apprentissage et de développement professionnel de l'OTN a permis de tenir 13 476 « événements d'apprentissage » et 35 939 rencontres de nature administrative pendant la même période¹³⁰.

Bénéfices certains, lente progression

Il ne fait pas de doute que les services rendus par l'OTN procurent des bénéfices importants pour les patients qui peuvent en profiter et pour le système public de santé de la province. Les programmes de consultations virtuelles entre fournisseurs de soins primaires et spécialistes ont permis d'éviter des visites de patients en per-

La lente progression de la diffusion de la télémédecine à l'intérieur du système public de santé ontarien illustre la difficulté des systèmes bureaucratiques à intégrer l'innovation.

sonne avec ces derniers dans près de 80 % des cas¹³¹. Celui de télémonitorage a entraîné une diminution de 60 à 80 % des hospitalisations et des visites à l'urgence pour les patients concernés¹³².

Les consultations à distance et les séjours à l'hôpital évités ont aussi généré des économies. L'OTN estime en outre avoir fait épargner au gouvernement ontarien 72 millions \$ en subventions non versées pour le déplacement de patients habitant des régions éloignées, ce

129. Les médecins pratiquant dans le système public ne peuvent pas facturer des visites virtuelles de patients à leur domicile. Seules les visites de patients dans un environnement de soins (« healthcare setting ») sont facturables. OTNhub, eVisit (Videoconference) Help, Getting Started, FAQ General; David Paddon, « New wave of telemedicine uses mobile phone video to link patients, doctors », La Presse canadienne, 7 avril 2019.

130. Ontario Telemedicine Network, *op. cit.*, note 123, p. 6 et 26.

131. *Ibid.*, p. 9 et 10.

132. *Ibid.*, p. 12 et 13.

qui est plus élevé que le budget total de l'organisme¹³³. Il évalue aussi que le programme de téléophtalmologie, par exemple, qui rend possible la détection de problèmes avant que ceux-ci ne s'aggravent, permet de soigner les patients au vingtième du coût de traitements tardifs¹³⁴. C'est sans compter les bénéfices évidents pour les patients.

Les bienfaits de la télémédecine – tant du point de vue des patients que de celui du payeur de soins – sont connus depuis longtemps, et les fondations d'OTN ont été mises en place il y a plus de 20 ans. Pourquoi, alors, le système de santé public ontarien n'arrive-t-il toujours qu'à offrir des consultations à distance à une fraction de ses citoyens, privant les patients et le système des bénéfices qu'ils pourraient récolter si ces services étaient disponibles à grande échelle?

Les entreprises de télémédecine rivalisent sur le plan des soins, des services et des prix, et plus généralement par leur capacité à innover et à créer de la valeur pour leurs patients.

La lente progression de la diffusion de la télémédecine à l'intérieur du système public de santé ontarien illustre encore une fois la difficulté des systèmes bureaucratiques à intégrer l'innovation, même lorsque celle-ci vient de l'intérieur, et ce en dépit des meilleures intentions. Il y a plusieurs années, le Dr Brown avait prédit que le quart de tous les soins, et même plus, serait livré de façon virtuelle en 2020¹³⁵. À quelques mois de l'échéance, on est forcé de constater que cette prédiction optimiste était loin du compte.

La perception qu'a l'actuel gouvernement ontarien du système de santé de la province est révélatrice. Après avoir pris acte au début de 2019 du fait que «chaque jour dans la province, au moins 1000 patients reçoivent des soins dans les couloirs de nos hôpitaux»¹³⁶, le Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé a publié son rapport final en juin. L'une

de ces recommandations vise «à augmenter la disponibilité et l'utilisation d'une variété d'options de soins virtuels», dont «les appels téléphoniques, le courriel et les messages textes sécurisés, les visites vidéo»¹³⁷. On ne peut s'empêcher de se demander pourquoi, en 2019, on se sent encore obligé de souligner une telle évidence.

En résumé

La télémédecine dans les systèmes de santé provinciaux continue à rendre de précieux services aux patients, notamment ceux demeurant loin des grands centres ou aux prises avec des conditions chroniques. Les régimes publics tardent cependant à intégrer les avantages de la télémédecine, à les déployer à grande échelle et à en faire profiter à un plus grand nombre de citoyens. Le cas de l'OTN – malgré ses succès – et la très faible proportion de Canadiens ayant recours aux soins virtuels en font foi.

Les systèmes publics provinciaux gagneraient à incorporer davantage les innovations émanant des entrepreneurs. Ceux-ci ont su mettre de l'avant différents modèles de télémédecine et rivalisent sur le plan des soins, des services offerts et des prix, et plus généralement par leur capacité à innover et à créer de la valeur pour leurs patients. Comme dans tout marché concurrentiel, cette lutte profite aux clients et continuera à générer de l'innovation dans la façon dont nous sommes soignés.

133. Ontario Telemedicine Network, Financial Statements, Ernst & Young, 31 mars 2018, p. 5.

134. *Ibid.*, p. 6 et 16.

135. Tristan Bronca, «Virtual visits: The new frontier of telemedicine», *The Medical Post*, 9 septembre 2014.

136. Gouvernement de l'Ontario, *Hallway Health Care: A System Under Strain – 1st Interim Report from the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine*, janvier 2019, p. 2.

137. Gouvernement de l'Ontario, *A Healthy Ontario: Building a Sustainable Health Care System - 2nd Report from the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine*, juin 2019, p. 24.

CONCLUSION

Des recommandations pour nos décideurs publics

À l'aube des années 2020, être forcé de patienter dans un bureau de médecin ou une salle d'urgence pour un problème de santé mineur devrait être aussi anachronique que faire la file au bureau de poste pour envoyer une lettre ou déposer un chèque de paie en personne à un comptoir bancaire. Pourtant, pour la majorité des Canadiens, les visites à la clinique ou à l'hôpital ressemblent beaucoup à ce qu'ils ont connu depuis vingt, trente ou quarante ans, comme si nos systèmes de santé avaient été placés sous une cloche de verre.

Comme c'est le cas depuis longtemps pour bien des soins médicaux, et maintenant pour la télémédecine, le fait que nombre d'entrepreneurs voient des opportunités d'affaires à chercher à pallier les problèmes actuels d'accès aux soins – dans un pays où ces mêmes soins sont censés être universels et gratuits – en dit long sur l'état des systèmes de santé publics canadiens.

Il ne fait aucun doute que les systèmes gouvernementaux continueront de jouer un rôle important et de fournir la plus grande partie des soins. Mais il ne fait pas plus de doute que dans un avenir prévisible, ils demeureront incapables de répondre entièrement à la demande croissante pour des soins accessibles et de qualité. De ce point de vue, exclure l'apport des entrepreneurs pour augmenter l'offre de soins reviendrait à interdire à des patients de se faire soigner en temps opportun.

C'est vrai aussi pour la télémédecine. L'offre de soins à distance dans le système public continuera de croître graduellement pour les patients qui souffrent de conditions particulières ou qui demeurent dans des endroits où certains soins ne sont pas disponibles. Cette offre s'élargira petit à petit pour les soins primaires au sens large. Il demeure néanmoins irréaliste d'espérer que la médecine sur demande, telle que la conçoivent certains entrepreneurs et que de plus en plus de patients souhaitent, deviendra une réalité dans un avenir rapproché uniquement grâce à l'apport des systèmes publics, que ce soit au Canada ou ailleurs.

L'apport entrepreneurial représente ici une opportunité rare et gagnante pour plusieurs parties intéressées : les patients, qui verront l'accès aux soins amélioré; les employeurs, qui pourront réaliser des économies en réduisant l'absentéisme, tout en améliorant la santé de leurs

employés; les systèmes publics, enfin, dont le fardeau sera allégé, ce qui pourra leur donner un peu d'oxygène afin de faire face aux défis qui s'en viennent, notamment sur le plan démographique.

Le principe : l'abolition de toutes les barrières

L'objectif général de nos décideurs publics provinciaux, de qui relèvent ultimement nos systèmes de santé, devrait être d'abaisser toutes les barrières qui ralentissent le développement et l'expansion de la télémédecine. Cela devrait s'appliquer peu importe que les consultations virtuelles soient offertes par des entrepreneurs privés ou par des acteurs des systèmes publics, car ce sont les premiers, plus naturellement incités à innover, qui entraîneront les seconds dans leur sillage. De façon spécifique, plusieurs mesures devraient être envisagées. Nous présentons ci-dessous les plus importantes. Il est à noter qu'aucune d'entre elles n'entraîne en soi de dépenses additionnelles pour les gouvernements.

1. Reconnaissance mutuelle des permis de pratique

L'obligation pour les médecins (et à un moindre degré pour les infirmières) de détenir des licences multiples est probablement le plus grand frein à l'expansion des entreprises actives dans le domaine de la télémédecine, puisqu'elle complique le recrutement ou lui ajoute des coûts importants. Une plus grande mobilité de la main-d'œuvre en santé pourrait aussi permettre de réaliser des gains d'efficacité importants au sein des systèmes publics, comme nous l'avons vu au chapitre 3.

L'objectif général de nos décideurs publics provinciaux devrait être d'abaisser toutes les barrières qui ralentissent le développement et l'expansion de la télémédecine.

Si un médecin ou une infirmière détient un permis de pratique valide d'un ordre professionnel d'une province, les collèges des autres provinces devraient considérer que ce permis est également valide sur leur territoire. C'est présentement le cas pour presque toutes les provinces en ce qui concerne les infirmières pratiquant la télémédecine, mais pour seulement quatre provinces dans le cas des médecins. Le Canada tire de la patte en

cette matière en comparaison avec l'Europe et les États-Unis.

La reconnaissance mutuelle des permis entre les provinces devrait s'appliquer non seulement à l'exercice de la télémédecine, mais à tous les types de pratiques, pour tous les professionnels de la santé. L'anatomie d'un Albertain, d'une Ontarienne, d'un Québécois ou d'une Néo-Brunswickoise n'étant pas fondamentalement différente, il n'y a aucune raison valable pour se priver des bénéfices qu'apporterait une plus grande flexibilité dans l'allocation des ressources en santé.

La reconnaissance mutuelle est préférable à celle de la création d'un permis national, qui risquerait d'ajouter une couche bureaucratique ou de mener à des disputes entre une hypothétique autorité fédérale et des autorités provinciales. Un permis national serait peut-être la marche à suivre si on avait à recréer le système de permis aujourd'hui. Cependant, ce système existe déjà et des instances locales sont en place, ce qui n'est pas une mauvaise chose dans un grand pays comme le Canada.

2. Éliminer les barrières professionnelles

Les obstacles qui limitent l'offre de soins et qui empêchent une allocation optimale des ressources ne sont pas que géographiques. Le Canada est, parmi les pays développés, l'un de ceux qui comptent le moins de médecins en proportion de sa population, ce qui contribue aux problèmes d'accès aux soins¹³⁸. Heureusement, d'autres professionnels qualifiés peuvent effectuer certaines des tâches qui sont encore parfois réservées aux médecins. Les champs de pratique des infirmières, des infirmières praticiennes et des pharmaciens, notamment, devraient être élargis le plus possible afin de correspondre à leur capacité professionnelle, lorsque l'intervention d'un médecin n'est pas essentielle. Moins les établissements et les entreprises offrant des services de télémédecine dépendront des médecins, qui demeurent une ressource rare, plus ils seront en mesure d'élargir leurs services et d'améliorer l'accès pour les patients.

Le principe qui devrait guider de telles réformes est le meilleur intérêt du patient, et non celui d'un regroupement professionnel ou d'un autre. Des différences qui subsistent toujours entre les provinces quant à la capacité professionnelle d'un même groupe à poser ou non certains actes suggèrent que des gains peuvent encore

être effectués¹³⁹. Les provinces devraient donc favoriser un élargissement maximal de la capacité professionnelle de leurs infirmières et pharmaciens, entre autres, en se basant sur les règles qui prévalent dans la province où cette capacité est la plus large. Une recension des meilleures pratiques à l'étranger, menant à leur adoption par chacune des provinces, devrait être aussi être envisagée. De telles réformes auraient des retombées non seulement sur la diffusion de la télémédecine, mais sur tout le système de santé.

Chaque province peut d'ailleurs agir en cette matière sans attendre les autres, et de façon unilatérale au besoin. La levée des barrières ne sera qu'à l'avantage de la province qui en aura le moins, puisque celle-ci pourra profiter d'un plus grand nombre de professionnels pouvant œuvrer sur son territoire.

3. Revoir les modes de rémunération des médecins

Au Canada, les médecins reçoivent près des trois quarts de leur rémunération sous forme de paiements à l'acte¹⁴⁰. Ce mode de rémunération exige que chaque acte médical potentiel soit défini, répertorié et éventuellement facturé.

La reconnaissance mutuelle des permis entre les provinces devrait s'appliquer non seulement à l'exercice de la télémédecine, mais à tous les types de pratiques.

Il existe différentes façons de rémunérer les médecins, chacune comportant ses avantages et ses inconvénients¹⁴¹. L'aspect du paiement à l'acte qui nous intéresse particulièrement est que ce mode de rémunération n'incite pas à accomplir des actes pour lesquels un paiement n'est pas prévu. Ceci n'est pas de

139. Association des pharmaciens du Canada, La pharmacie au Canada, Champ d'exercice élargi des pharmaciens; Patrick Déry, « Doit-on permettre aux superinfirmières de poser des diagnostics? », Le Point, IEDM, 28 février 2019.

140. Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins au Canada, 2017 - Rapport sommaire*, février 2019, p. 8 et 25.

141. Pour un bref tour d'horizon des différents modes de rémunération et de leurs effets, voir Marie-Pascale Pomey et al., « Les modes de rémunération des médecins pour accroître la performance : quelles leçons pour le Québec », *Le Point en santé et services sociaux*, vol. 11, no 4, hiver 2015-2016, p. 37-42. Voir aussi Rose Anne Devlin et Sisira Sarma, « Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians », *Journal of Health Economics*, vol. 27, no 5, septembre 2008, p. 1168-1181; Jean-Louis Denis et al., *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative*, Rapport de recherche, Fonds de recherche Société et Culture, février 2017.

138. Patrick Déry, « Il est temps de mettre fin aux quotas de médecins », Le Point, IEDM, 15 mars 2018.



nature à favoriser l'innovation dans la pratique médicale, que cette innovation soit de nature technologique ou autre. Le faible recours des médecins canadiens aux technologies de l'information dans leur relation avec le patient – qu'il s'agisse simplement de communiquer par courriel, ou même par téléphone – en est une illustration (voir le chapitre 1). Parmi les pays de l'OCDE, le Canada fait d'ailleurs partie d'une minorité de pays dont le paiement à l'acte est encore le mode de rémunération prédominant¹⁴².

L'adoption de modes de rémunération alternatifs éviterait de devoir définir à la pièce chaque nouveau soin ou chaque nouvelle façon de rendre les soins. Sans entrer dans le détail, le principe général serait de favoriser davantage des types de rémunération qui mettent l'accent sur l'ensemble des soins rendus aux patients ou sur la population prise en charge, en tenant compte d'indicateurs de performance, plutôt que sur chacune des inte-

Les champs de pratique des infirmières, des infirmières praticiennes et des pharmaciens devraient être élargis le plus possible.

rations individuelles avec le médecin¹⁴³. En plus de favoriser l'innovation, cela encouragerait aussi la délégation à d'autres professionnels, comme les infirmières et les pharmaciens, puisque cette délégation ne serait plus associée à une perte de revenu pour le médecin.

Ici aussi, les avantages d'un tel changement de politique se feraient sentir bien au-delà du seul cadre de la télémédecine.

4. Autoriser la pratique médicale mixte

Le Canada se distingue aussi sous un autre aspect parmi les pays développés puisque, dans la plupart des

142. Valerie Paris et al., *OECD Health Working Papers No. 50 – Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, OCDE, 28 avril 2010, p. 33-35.

143. Tristan Bronca, « Virtual visits: The new frontier of telemedicine », *The Medical Post*, 9 septembre 2014.

provinces, un médecin ne peut pratiquer à la fois au sein du secteur public et dans le secteur privé¹⁴⁴. Pourtant, il a déjà été démontré dans le passé qu'il existait une « offre de travail en réserve » chez les médecins spécialistes. Au Québec par exemple, plusieurs d'entre eux se sont dits prêts à effectuer des heures de travail additionnelles en plus de celles qu'ils font déjà dans le système public¹⁴⁵.

Une objection prévisible à cette proposition est que l'adoption de la pratique mixte par des médecins entraînerait une diminution de leur nombre d'heures travaillées dans le système public. On pourrait répondre à cette crainte en obligeant les médecins à effectuer un nombre d'heures minimales dans le système public, comme cela s'est fait ailleurs. En Angleterre, en Australie, au Danemark et en Norvège, notamment, des études ont montré que les médecins qui adoptent une pratique mixte augmentent globalement le nombre d'heures passées à soigner des patients, sans pour autant diminuer le temps consacré au système public¹⁴⁶.

Présentement, comme les consultations virtuelles ne sont généralement pas considérées comme un service assuré du point de vue de l'État, plusieurs médecins employés par les entreprises de télémédecine œuvrent également à l'intérieur d'un des systèmes de santé publics du pays, sans que cela ne contrevienne aux lois régissant l'assurance maladie publique¹⁴⁷. Comme cette question se posera possiblement au cours des prochaines années, cependant, une autorisation explicite de la pratique mixte, assortie d'un nombre minimal d'heures devant être effectuées dans le système public, dissiperait à l'avance tout doute à cet effet. Comme dans les exemples précédents, l'abolition de cette barrière, qui permettrait une meilleure allocation des res-

sources médicales en général, ne devrait pas être limitée à la télémédecine puisqu'elle apporterait des bénéfices pour les systèmes de santé dans leur ensemble.

5. Voir le secteur privé comme un partenaire

Encore une fois, le Canada se distingue de la plupart des pays développés par la place qu'il fait à l'entrepreneuriat dans ses systèmes publics de santé. Alors que les systèmes de santé mettant les entreprises privées à contribution – à l'intérieur de régimes universels – sont la norme à travers la quasi-totalité des pays de l'OCDE, le Canada fait bande à part avec un réseau hospitalier entièrement monopolisé par l'État. Dans la plupart des pays européens, des organismes à but non lucratif et même des entreprises privées à but lucratif gèrent une partie significative des hôpitaux. La couverture universelle est préservée, avec des résultats probants tant du point de vue des patients que des finances publiques¹⁴⁸.

L'adoption de modes de rémunération alternatifs éviterait de devoir définir à la pièce chaque nouveau soin ou chaque nouvelle façon de rendre les soins.

Le même esprit d'ouverture devrait prévaloir pour la télémédecine. Comme on l'a vu au chapitre 4, même ici, au Canada, on peut revendiquer des exemples de succès entrepreneuriaux à l'intérieur des systèmes publics de santé. Des entreprises actives dans le domaine de la télémédecine ont elles aussi montré qu'elles pouvaient appuyer les établissements publics.

Les systèmes publics sont d'énormes paquebots, auxquels il n'est pas facile de faire prendre un virage. D'une certaine façon, même les succès obtenus par des organismes publics – ou qui dépendent du financement de l'État, comme l'OTN – sont une illustration de leurs limites, qu'elles soient politiques ou financières. Les organismes publics et les entrepreneurs ont chacun leur rôle à jouer. La collaboration de ces derniers avec le secteur public, leur complémentarité et même leur concurrence devraient être accueillies avec enthousiasme par nos décideurs.

144. Yanick Labrie, *Pour un système de santé universel et efficace : six propositions de réforme*, Cahier de recherche, IEDM, 13 mars 2014, p. 33-37.

145. Marcel Boyer et Julie Frappier, « Médecins spécialistes au Québec : Évaluation de l'offre de réserve », Note économique, IEDM, 22 avril 2009.

146. Karen Bloor et al., « Variation in activity rates of consultant surgeons and the influence of reward structures in the English NHS », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 9, no 2, 2004, p. 82; Terence Chai Cheng, Catherine M. Joyce et Anthony Scott, « An Empirical Analysis of Public and Private Medical Practice in Australia », *Health Policy*, vol. 111, no 1, 2013, p. 43-51; Karolina Socha et Mickael Bech, « Dual practitioners are as engaged in their primary job as their senior colleagues », *Danish Medical Journal*, vol. 59, no 2, 2012; Linda Midttun, « Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists », *Social Science & Medicine*, vol. 64, 2007, p. 1267-1268; Linda Midttun, « Medical specialists' allocation of working time », *Health Policy*, vol. 83, 2007, p. 119. Une autre façon de répondre à la crainte concernant les effectifs médicaux pourrait être de réduire ou même d'abolir les contingentements dans les facultés de médecine du pays. Voir Patrick Déry, *op. cit.*, note 138.

147. Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé – Foire aux questions*. Voir aussi Philippe H. Trudel et al., « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique », Note économique, IEDM, avril 2003.

148. Yanick Labrie, *op. cit.*, note 144.

6. Résister à la tentation réglementaire

La dernière recommandation est peut-être la plus difficile à appliquer du point de vue du législateur, puisqu'elle est antinomique à son rôle : il s'agit pour lui de s'abstenir d'intervenir davantage et d'ériger de nouveaux obstacles au déploiement de la télémédecine, que ce soit pour le type de soins rendus, les professionnels qui livrent ces soins, l'endroit d'où et où ils sont livrés, ou encore quant à la technologie employée. Les bienfaits de la télémédecine pour les patients ont été largement démontrés. Il ne s'agit pas tant d'un nouveau champ professionnel que d'une nouvelle façon de rendre accessible des soins éprouvés, prodigués par des professionnels expérimentés qui sont déjà régis par des codes de déontologie et des ordres professionnels. Le législateur devrait prendre un pas de côté, et concentrer son action à faire tomber les barrières qui subsistent encore.

Une question de choix

Derrière tous ces obstacles à lever se trace un fil conducteur. C'est celui d'une culture politique où l'innovation doit fréquemment être planifiée, contrôlée et centralisée.

Trop souvent, des institutions en place – les gouvernements et des groupes d'intérêts, par exemple – posent des actions qui ont davantage pour effet de freiner les initiatives entrepreneuriales que de les encourager. Les personnes les mieux placées pour implanter des solutions innovantes, elles, ont généralement peu d'autonomie décisionnelle et doivent composer avec un cadre réglementaire rigide et des pratiques sur lesquelles elles ont peu d'emprise. L'écart entre l'innovation et sa croissance dans le secteur entrepreneurial et dans le secteur public, tel que nous l'avons décrit en ces pages, en témoigne.

De plus, dans un système où la demande dépasse largement l'offre, peu d'acteurs ont besoin d'innover pour préserver leurs activités et leurs revenus. Cette résistance au changement est d'ailleurs documentée dans plusieurs pays en ce qui a trait spécifiquement à la télémédecine¹⁴⁹. Une partie de ce déficit d'innovation provient aussi d'une méfiance bien présente à l'égard des entrepreneurs œuvrant dans un contexte de santé, qui demeure particulièrement marquée au Canada¹⁵⁰.

Différents modèles peuvent être imaginés en ce qui a trait à l'évolution de nos systèmes de santé, et cette discussion dépasse largement le cadre d'un cahier s'intéressant à la télémédecine. Il reste que cette médecine virtuelle pourrait être à l'origine d'une révolution dans la façon d'être soigné, si seulement on lui laisse prendre son envol. Dans le passé, bien des intervenants – médecins, fonctionnaires, politiciens – ont décidé quand, où et comment les patients pouvaient avoir accès aux soins¹⁵¹. Dans l'avenir, il est inévitable que ce choix finisse par appartenir aux patients. On devrait tout mettre en œuvre pour que cela devienne une réalité le plus rapidement possible.

149. Clemens Scott Kruse et al., « Evaluating Barriers to Adopting Telemedicine Worldwide: A Systematic Review », *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 24, no 1, 2018.

150. Santé Canada, *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*, Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, juillet 2015, p. 113.

151. Ce passage est inspiré d'une déclaration récente du Dr Rob Williams, directeur médical de l'OTN, cité dans André Picard, « Bureaucratic, technological barriers impeding public's desire for digital health innovations, conference told », *The Globe and Mail*, 13 août 2019.

ANNEXE

Pourquoi l'innovation passe-t-elle par l'entrepreneuriat?

Au Canada, même si les gouvernements financent l'assurance maladie et que l'État détient le monopole sur les soins hospitaliers, le secteur de la santé demeure hautement propice à l'entrepreneuriat. Tant le secteur privé que les entrepreneurs au sens plus large y jouent un rôle important.

Après tout, même lorsque vous vous faites opérer dans un hôpital public, par un médecin opérant dans le système public, c'est une entreprise privée qui a fabriqué le matériel médical. Il en est de même pour les médicaments qu'on vous prescrit. Un grand nombre de technologies est également mis à contribution, y compris en coulisses, lorsque les tâches de gestion sont accomplies grâce à des logiciels développés par des entreprises privées. Ou, encore, lorsque la prise de rendez-vous chez votre médecin a été effectuée à l'aide d'un site Web créé par un entrepreneur, que ce site soit opéré par une entreprise ou par le gouvernement.

Pour comprendre pourquoi et comment l'entrepreneuriat occupe une place importante dans le système de santé et pourquoi il demeure son principal moteur d'innovation, on doit revenir à l'essence même de ce qu'est l'entrepreneuriat.

Qu'est-ce que l'entrepreneuriat?

La fonction de l'entrepreneuriat consiste essentiellement à régler des problèmes ou à combler des besoins de la société. C'est vrai pour tout type d'entrepreneuriat, dans n'importe quel domaine. Entreprendre, c'est identifier un problème non résolu et agir pour offrir une solution. C'est aussi être à l'affût des opportunités de profit non réalisées. L'entrepreneuriat est donc une forme d'arbitrage par lequel l'entrepreneur identifie un problème, mais également une ressource sous-évaluée qu'il peut utiliser pour réaliser un profit¹⁵².

Il en résulte parfois une innovation technique importante. Dans certains cas, il peut simplement s'agir d'acheter une ressource là où elle est peu chère pour la revendre là où son prix est plus élevé. L'entrepreneur résout ainsi un problème simple, celui d'allouer plus effi-

cacement une ressource ou un service qui est plus rare à un endroit (ou à un moment) qu'à un autre¹⁵³.

Le domaine de la santé recèle de nombreux problèmes – et autant de possibilités d'arbitrage – qu'un entrepreneur astucieux peut transformer en opportunités de profit. C'est le cas au Canada, mais également dans les systèmes de santé d'autres pays, où des entrepreneurs identifient des problèmes et proposent des solutions concrètes à ces problèmes. (L'entrepreneuriat est d'ailleurs beaucoup plus développé à l'intérieur des systèmes de santé universels des pays européens que chez nous, au Canada¹⁵⁴).

Même lorsque vous vous faites opérer dans un hôpital public, par un médecin opérant dans le système public, c'est une entreprise privée qui a fabriqué le matériel médical.

L'apport des entrepreneurs en santé peut parfois sembler banal. Un médecin qui fonde une clinique, par exemple, rend un service à la communauté et à ses patients. Cependant, l'innovation dans ce cas est marginale, voire inexistante, et ne provoquera pas de grande révolution dans le monde de la médecine. Dans d'autres cas, l'entrepreneuriat peut être synonyme d'innovations majeures.

En effet, certaines initiatives entrepreneuriales ont une plus grande envergure, nécessitent de plus grandes mises de fonds et ont le potentiel d'affecter beaucoup plus de gens. C'est le cas lorsque des innovations importantes nécessitent de grands efforts de recherche. Un nouveau médicament, comme ceux qui traitent le cancer ou le diabète par exemple, nécessite en moyenne des investissements de plus de 3 milliards \$US en recherche¹⁵⁵.

152. Israel Kirzner, « Entrepreneurial discovery and the competitive market process: an Austrian Approach », *Journal of Economic Literature*, vol. 35, no 1, 1997, p. 69-71.

153. Raymond J. March, Adam G. Martin et Audrey Redford, « The Substance of Entrepreneurship and the Entrepreneurship of Substances », *Journal of Entrepreneurship and Public Policy*, vol. 5, no 2, 2016, p. 206-211.

154. Yanick Labrie, « Le rôle positif du profit dans le domaine de la santé », Note économique, IEDM, 6 novembre 2014; Yanick Labrie, *Pour un système de santé universel et efficace – Six propositions de réforme*, Cahier de recherche, IEDM, 13 mars 2014.

155. Calcul pour la mise en dollars de 2019 par l'auteur. Joseph A. DiMasi, Henry G. Grabowski et Ronald W. Hansen, « Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs », *Journal of Health Economics*, vol. 47, mai 2016, p. 20-33.

Le type d'innovation qui nous intéresse dans ce cahier, soit la livraison de soins de santé à distance plutôt qu'en personne, est assurément un exemple majeur d'entrepreneuriat et d'innovation. En l'espèce, des entrepreneurs ont réalisé que ces technologies pouvaient résoudre des problèmes d'accès et d'attente, et éviter des déplacements. Ils peuvent avoir évalué que de tels bénéfices pourraient être à l'origine de gains d'efficacité importants dans la livraison des soins de santé. Ils peuvent aussi avoir considéré que ces gains pourraient représenter des économies importantes pour des individus ou des entreprises (des employeurs et des assureurs, par exemple).

Qu'une innovation soit banale ou qu'elle implique une technologie de fine pointe, la dynamique entrepreneuriale est la même. Dans tous les cas, l'entrepreneur qui propose au marché de nouvelles solutions fondées sur ces innovations s'est aperçu que celles-ci avaient une valeur importante et qu'un profit pouvait être réalisé en les diffusant, que ce soit en réduisant les coûts, en améliorant les services ou en menant à la création de produits jusque-là inexistantes.

L'entrepreneuriat n'est pas qu'une des forces motrices de l'innovation, il s'agit de la force motrice principale derrière l'innovation. Bien sûr, il arrive parfois que le gouvernement innove, mais il s'agit là d'exceptions.

Pourquoi l'État peine-t-il à innover?

Quand de nouvelles technologies ont permis de mieux répondre à des besoins en transport, une armée d'entrepreneurs s'est affairée à concevoir, fabriquer et rendre accessibles des trains, des voitures et des avions. L'avènement d'une foule de moyens de communication, du télégraphe au téléphone portable en passant par la radio et la télévision, a aussi été le résultat de multiples essais, erreurs, échecs et, éventuellement, du succès d'entrepreneurs qui ont soit développé la technologie eux-mêmes, soit trouvé une façon innovatrice de l'utiliser.

Le cas du téléphone intelligent, un objet aujourd'hui omniprésent, est un exemple éloquent. Le téléphone cellulaire s'est transformé à maintes reprises depuis son invention il y a plus de quarante ans¹⁵⁶. Il est passé d'un appareil lourd et encombrant, destiné à une poignée d'utilisateurs, à un produit où la fonction qui lui donne son nom est même devenue secondaire. Pour bien des utilisateurs, c'est avant tout un écran portable connecté

à internet, qui permet de prendre des photos et d'écouter de la musique (et, grâce à des entrepreneurs, d'accéder à une infirmière ou à un médecin en direct, en quelques mouvements de doigts).

Toutes ces innovations n'ont évidemment pas été le fruit d'une seule entreprise, mais le résultat de forces concurrentes et de tentatives plus ou moins aléatoires – et souvent infructueuses – de trouver un produit qui répondrait à des besoins. Les succès sont moins fréquents que les échecs. Ils sont encore moins couramment le résultat de l'intervention publique, qui mène rarement à une innovation qui soit viable économiquement. Pourquoi? Simplement, les structures lourdes, bureaucratiques, rigides, centralisées et qui découragent le risque ne favorisent pas l'innovation. Et quand celle-ci survient malgré tout dans un tel contexte, le réel initiateur de l'innovation sera souvent un individu patient et déterminé, comme dans un des cas d'étude du chapitre 4.

Les structures lourdes, bureaucratiques, rigides, centralisées et qui découragent le risque ne favorisent pas l'innovation.

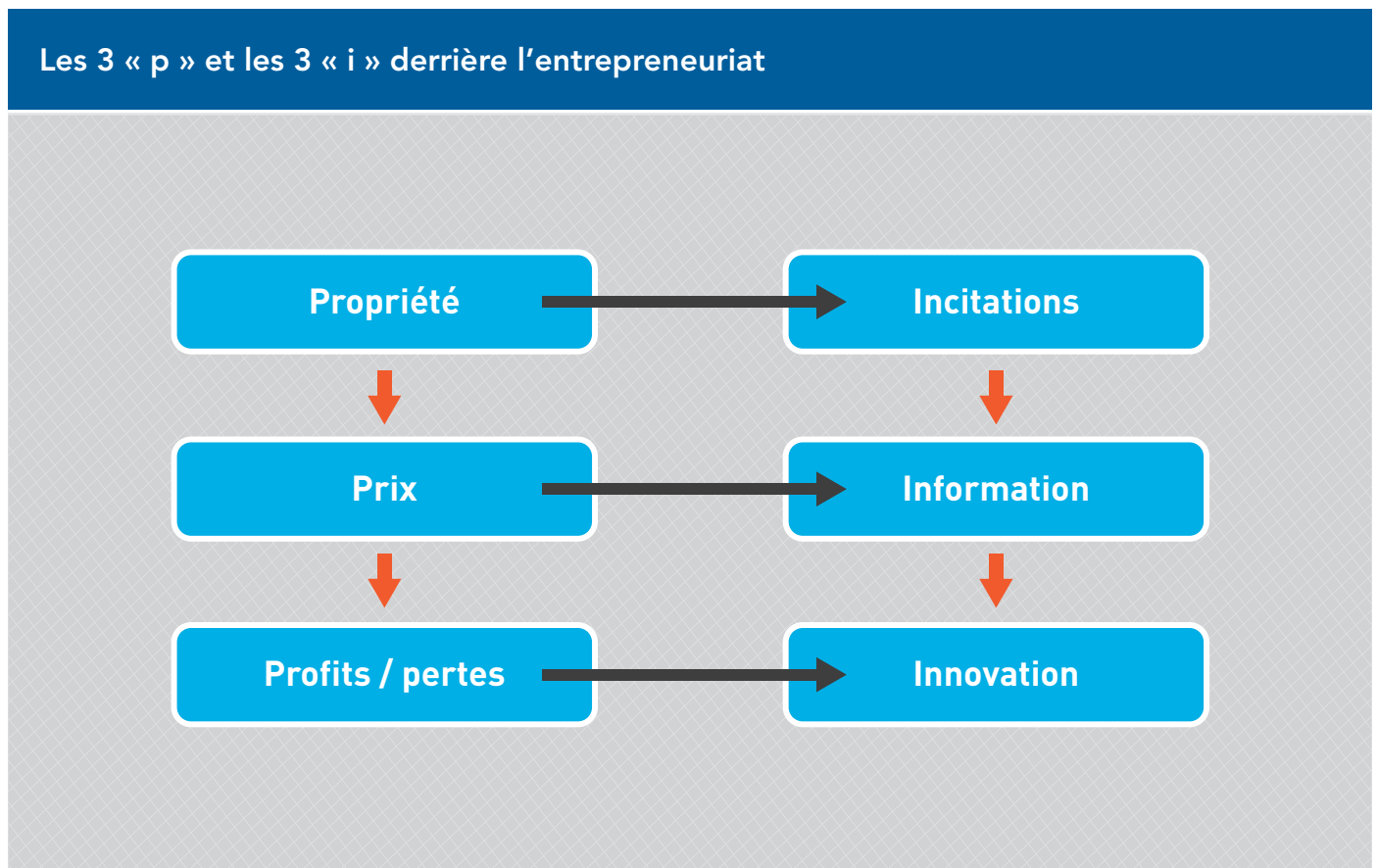
La raison pour laquelle l'innovation est surtout le produit d'entrepreneurs tient au contexte dans lequel ceux-ci évoluent. Ce contexte les oriente vers l'innovation, voire les force à innover s'ils veulent que leurs entreprises voient le jour ou survivent. Pour qu'il y ait entrepreneuriat, ce contexte doit présenter les 3 « p » (propriété, prix et profit/perte) ainsi que les 3 « i » correspondants (incitations, information et innovation), tel que l'illustre la Figure A-1.

Les droits de propriété fournissent les incitations qui permettent aux acteurs économiques de prendre des décisions quant à leur temps, leurs efforts et leurs ressources matérielles. Les prix qui émergent de transactions sur le marché (que rendent possibles les droits de propriété) fournissent l'information dont les acteurs économiques ont besoin relativement aux modalités d'échange et à la rareté relative des biens et services offerts sur le marché. Enfin, l'attrait du profit – ou la punition infligée par une perte – garantit que les participants à un marché donné seront constamment à l'affût d'innovations créatrices permettant de réduire les coûts de production, de livrer plus aisément des biens et services ou de lancer de nouveaux produits pour satisfaire les goûts variés et toujours changeants des consommateurs.

Sans la pression constante des incitations fournies par la propriété privée, les signaux communiqués par les prix

156. Motorola, « Motorola Demonstrates Portable Telephone to Be Available for Public Use by 1976 », communiqué de presse, 3 avril 1973.

Figure A-1



Source : Peter J. Boettke et Mathieu Bédard, *Comment encourager l'entrepreneuriat au Canada : les enseignements de l'école autrichienne d'économie*, IEDM, Cahier de recherche, 19 septembre 2017, p. 28.

et la rétroaction du marché qui punit par une perte ou récompense par un profit, les systèmes économiques ne pourraient ni allouer efficacement les ressources, ni découvrir continuellement des façons nouvelles et novatrices de fabriquer et de livrer des produits et services pour combler les désirs des consommateurs. C'est précisément le cas pour les activités gouvernementales, qui évoluent dans un contexte différent et qui sont orientées vers d'autres types d'objectifs.

Cela explique en partie pourquoi les systèmes publics de santé du pays, même s'ils dispensent des services de télémédecine depuis plus de vingt ans, se sont fait rattraper en quelques années et même dépasser par de jeunes pousses. Ou, encore, pourquoi des hôpitaux européens, tirés vers le haut par l'entrepreneuriat, ont vu leur performance s'améliorer de façon notable¹⁵⁷, pendant que la principale innovation des hôpitaux canadiens a été l'avènement de la médecine de corridor.

Des hôpitaux européens, tirés vers le haut par l'entrepreneuriat, ont vu leur performance s'améliorer de façon notable, pendant que la principale innovation des hôpitaux canadiens a été l'avènement de la médecine de corridor.

Dans le contexte gouvernemental, il n'y a pas de propriété privée, puisque ceux qui démarrent des projets ne possèdent pas de droits sur ceux-ci. Ils ne peuvent donc pas céder ces droits à d'autres parties, ni s'approprier les « fruits » de leurs projets. Il n'y a pas non plus de prix; il y a bien des coûts, utilisés dans la comptabilité du gouvernement, mais il ne s'agit pas de prix de marché résultant du jeu de l'offre et de la demande.

De plus, les gains ne sont pas conservés par la personne responsable d'avoir mis en œuvre un projet, et cette personne n'est pas responsable personnellement

157. Yanick Labrie, *op. cit.*, note 154.

lorsqu'un projet est déficitaire. La démocratie cherche à pallier ce problème par les urnes en offrant la possibilité de remplacer les politiciens et les gouvernements à intervalles réguliers. Toutefois, il s'agit d'un mécanisme incomparable à celui du marché puisqu'il est indirect et qu'il n'assure pas que les projets déficitaires seront abandonnés.

C'est parfois même le contraire : on « récompense » les projets qui ont échoué en leur octroyant un budget supérieur, sous prétexte que l'échec serait dû à une insuffisance de ressources. La façon dont les dépenses en santé au pays augmentent depuis quarante ans de façon presque automatique¹⁵⁸, sans que l'on remette en cause des façons de faire qui produisent les mêmes résultats décevants (sur le plan de l'accès, en particulier), en est une illustration frappante.

Lorsqu'un entrepreneur a répondu au besoin criant de mettre en relation des médecins et des patients, la réaction du gouvernement du Québec a été d'entreprendre une guérilla judiciaire contre l'entrepreneur.

Tous ces mécanismes qui freinent l'innovation dans un contexte gouvernemental – ou, vu autrement, l'absence de mécanismes qui la favorisent – sont également à l'œuvre dans les systèmes publics de santé. Le rêve d'accéder à un professionnel de la santé situé à des dizaines, voire à des centaines de kilomètres sans avoir à se déplacer est présent depuis fort longtemps, mais il tarde à se réaliser dans nos systèmes publics, comme nous l'avons vu dans ce cahier.

Des services publics d'assistance médicale existent d'ailleurs depuis plusieurs années. On peut penser par exemple au service du gouvernement du Québec, le service téléphonique Info-Santé 811, ou à d'autres services provinciaux du même type. Lancé en 2006, Info-Santé 811 reste encore limité à des conseils, sans qu'il soit possible d'obtenir une prescription¹⁵⁹. Le site Web se contente d'indiquer le numéro de téléphone et le déroulement typique d'un appel; il n'offre même pas de

service de clavardage, ce qui semble presque inconcevable aujourd'hui.

Bien que de nombreuses entreprises de télémédecine aient vu le jour depuis, pour ensuite évoluer et intégrer de nouvelles technologies et de nouveaux services, cela n'a pas été le cas pour Info-Santé, qui reste figé dans les paramètres d'une autre époque, antérieure à la démocratisation d'internet et l'avènement des appareils mobiles¹⁶⁰.

Même lorsqu'il s'agit d'imiter les innovations des entrepreneurs, le gouvernement rencontre des problèmes. Lorsqu'au Québec, encore, un entrepreneur a répondu au besoin criant de mettre en relation des médecins et des patients dans un système de santé surchargé et incapable de répondre à la demande, la réaction du gouvernement a été de créer son propre système de rendez-vous cinq ans en retard, puis d'entreprendre une guérilla judiciaire contre l'entrepreneur en question¹⁶¹. Comble de l'ironie, la solution gouvernementale connaît aujourd'hui des ratés importants, au point que les médecins eux-mêmes sont réticents à l'utiliser¹⁶².

La part de l'État, la part du privé

Si nous admettons volontiers qu'une partie de ce que le gouvernement fournit et organise est utile (par exemple les routes, les ponts et d'autres biens publics), cela ne veut pas dire que le gouvernement occupe une place particulièrement importante dans l'innovation. Nous avons mentionné internet un peu plus tôt. Les partisans de l'intervention du gouvernement aiment bien rappeler qu'internet a été créé par le gouvernement.

C'est en partie vrai. La technologie sous-jacente a été créée à des fins militaires et les organisations privées qui ont participé au processus étaient tellement subventionnées qu'elles auraient pu être gérées par le gouvernement¹⁶³. Cependant, il ne s'agit que d'une partie de l'histoire. Si internet était resté ce qu'il était à ce moment-là, il n'aurait jamais affecté la vie des ménages comme il le fait aujourd'hui, simplement parce qu'internet était, à ce stade, peu utile pour le commun des mortels.

160. Patrick Déry, « Les hôpitaux du Québec ont besoin d'entrepreneuriat », Le Point, IEDM, 12 juillet 2018.

161. Mathieu Bédard et Kevin Brookes, « Entrepreneuriat et fiscalité - Comment l'impôt affecte l'activité entrepreneuriale », Cahier de recherche, IEDM, 13 septembre 2018, p. 18-19.

162. Nicolas Lachance, « Des médecins torpillent Rendez-vous santé Québec », Le Journal de Montréal, 2 avril 2019.

163. L. Gordon Crovitz, « Who Really Invented the Internet? », *The Wall Street Journal*, 22 juillet 2012; Michael Moyer, « Yes, Government Researchers Really Did Invent the Internet », *Scientific American*, 23 juillet 2012.

158. Institut canadien d'information en santé, Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018, novembre 2018.

159. Radio-Canada, « Des réponses plus rapides au 8-1-1 », 29 février 2012. Depuis août 2019, les infirmières d'Info-Santé peuvent vérifier si des rendez-vous sont disponibles sur la plateforme Rendez-vous santé Québec.

Le développement de la technologie d'internet et ce qui a fait qu'il est devenu le phénomène de société qu'il est de nos jours est entièrement imputable au secteur privé.

Quand on pense à internet en 2019, on pense à Google, Amazon, Facebook, YouTube, Netflix et Twitter, pour ne nommer que ces quelques-unes des dizaines, voire des centaines d'entreprises qui ont changé notre perception et notre utilisation de ce réseau planétaire. Toutes ces entreprises se servent d'internet, tout comme Walmart utilise quotidiennement le réseau routier pour transporter des marchandises. Mais dire que le succès de Walmart repose sur le gouvernement parce que ce dernier a construit des routes aurait peu de sens; la valeur ajoutée n'est pas venue de l'autoroute, mais de ce que l'on a fait avec. De la même façon, le gouvernement a fourni la technologie pour internet, mais ce sont des entrepreneurs du secteur privé qui sont responsables des innovations que l'on y trouve et qui définissent le XXI^e siècle.

En fait, il est fréquent que le secteur public effectue de la recherche fondamentale et développe certaines infrastructures, mais c'est souvent le secteur privé qui les utilise pour répondre aux besoins des consommateurs. L'industrie pharmaceutique en est un autre exemple. Le secteur public fait énormément de recherche fondamentale, mais c'est encore une fois le secteur privé qui est responsable de la très grande majorité des nouveaux médicaments. À titre d'exemple, entre 1990 et 2007, seulement 9 % des nouveaux médicaments homologués aux États-Unis ont été découverts par des institutions de recherche du secteur public. Les laboratoires privés financent aussi la quasi-totalité des essais cliniques¹⁶⁴.

Il y a un parallèle à faire entre l'innovation dans le domaine de la santé et internet. Les instituts de recherche publics effectuent l'essentiel de la recherche fondamentale sur les maladies. Cependant, sans diminuer l'importance de cette contribution, c'est le secteur privé qui, au final, utilise ces connaissances pour élaborer des traitements. C'est de lui, ultimement, que viennent les innovations qui sauvent des vies.

L'entrepreneuriat comme vecteur de changement social

Il est difficile d'imaginer des opportunités commerciales importantes qui ne provoquent aucune transformation sociale ni aucun changement institutionnel. En fait, les

dimensions commerciales, institutionnelles et sociales sont inextricablement liées. Les entrepreneurs ne peuvent réussir que s'ils sont à l'écoute de ce que les gens veulent et qu'ils répondent à une demande ou à un besoin de leurs clients.

Comme le veut la célèbre citation d'Adam Smith : « Ce n'est pas de la bienveillance du boucher, du brasseur ou du boulanger que nous attendons notre dîner, mais plutôt du soin qu'ils apportent à la recherche de leur propre intérêt. Nous ne nous en remettons pas à leur humanité, mais à leur égoïsme¹⁶⁵. » Ou encore, comme le disait Benjamin Franklin, un innovateur et un entrepreneur bien avant d'être un homme d'État : « Doing well by doing good », que l'on pourrait traduire par « bien se porter en faisant le bien »¹⁶⁶.

Entre 1990 et 2007, seulement 9 % des nouveaux médicaments homologués aux États-Unis ont été découverts par des institutions de recherche du secteur public.

Contrairement à l'État, l'entrepreneur en concurrence ne peut imposer sa solution : son succès va dépendre de l'adhésion volontaire du plus grand nombre. Et il est difficile aujourd'hui de nier que l'adoption à grande échelle d'innovations comme l'imprimerie, l'automobile, ou le téléphone intelligent a eu des impacts sociaux importants.

L'emploi d'innovations comme la télémédecine est aussi susceptible de transformer les systèmes de santé. Mais pour permettre ces changements, l'État doit éviter de mettre de bâtons dans les roues des entrepreneurs. Les gouvernements interviennent de multiples façons dans l'entrepreneuriat¹⁶⁷, mais la plupart de ces interventions ont en commun de faire augmenter les coûts pour les entrepreneurs et de décourager l'innovation – et parfois même de la rendre impossible – ou, quand celle-ci survient, de rendre son fruit moins accessible.

164. Yanick Labrie, *Quel rôle jouent les secteurs public et privé dans l'innovation pharmaceutique?*, Note économique, IEDM, 3 septembre 2014.

165. Adam Smith, *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations*, Éditions Cannan, Chicago: Presse Universitaire de Chicago, 1976 [1776], p. 18 [traduit par T. Scotto].

166. Walter Isaacson, *Benjamin Franklin: An American Life*, Simon & Schuster, juin 2004.

167. Peter J. Boettke et Mathieu Bédard, *Comment encourager l'entrepreneuriat au Canada : les enseignements de l'école autrichienne d'économie*, Cahier de recherche, IEDM, 19 septembre 2017, p. 37-50.

C'est précisément ce qui se produit lorsque, par exemple, des barrières réglementaires empêchent un médecin en Ontario d'offrir une consultation virtuelle à un patient en Saskatchewan ou à l'Île-du-Prince-Édouard ou quand l'État réserve l'utilisation des soins à distance à une catégorie de patients, comme on l'a vu dans ce cahier.

Le rôle premier du gouvernement est de ne pas entraver l'apparition de nouvelles solutions qui pourront permettre de soigner mieux et plus rapidement les patients.

En somme, le rôle premier du gouvernement est de ne pas entraver l'apparition de nouvelles solutions qui pourront permettre de soigner mieux et plus rapidement les patients, et qu'il pourra ensuite lui-même adopter.

En résumé

L'entrepreneuriat est la principale source d'innovation. Même lorsque l'État innove, comme dans le cas d'Internet, la plupart des bénéfices que nous en tirons aujourd'hui proviennent d'acteurs privés. Les systèmes publics de santé du pays profitent eux aussi des nombreuses innovations provenant d'entreprises privées sous la forme de matériel et de logiciels, ou encore de nouveaux traitements. L'innovation entrepreneuriale peut avoir un impact social considérable, et cela demeure vrai en santé. Cependant, le gouvernement doit prendre garde à ne pas nuire aux entrepreneurs, afin que les bénéfices des innovations qu'ils produisent puissent être accessibles au plus grand nombre.

À PROPOS DE L'AUTEUR



PATRICK DÉRY

Patrick Déry est analyste associé senior à l'IEDM. Il est détenteur d'un baccalauréat en droit et d'un certificat en journalisme de l'Université Laval. Il a développé sa propre entreprise pendant neuf ans dans le commerce de détail avant de la vendre et de se tourner vers le journalisme pendant une dizaine d'années. Il a notamment dirigé les pages d'opinion de *La Presse* de 2013 à 2015. Patrick a un intérêt particulier pour les politiques publiques en santé et en éducation, ainsi que pour la petite entreprise. Il a oeuvré au sein de l'équipe de l'IEDM de janvier 2017 à juin 2019.



Institut économique de Montréal

910, rue Peel, bureau 600, Montréal QC H3C 2H8

T 514.273.0969 F 514.273.2581 **iedm.org**

ISBN 978-2-922687-94-1