eConsult Québec

Guide d'orientation sur l'implantation d'un service de conseil numérique

Comité de transition eConsult Québec

Table des matières

COMITÉ DE RÉDACTION 4
REMERCIEMENTS 4
DÉFINITIONS 5
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES 5
1. CONTEXTE 6
- ECONSULT : DE QUOI S'AGIT-IL? 7
- HISTORIQUE 7
- PORTÉE ET BÉNÉFICES DU CONSEIL NUMÉRIQUE 8

2. GOUVERNANCE DU PROJET ECONSULT 9
3. DÉPLOIEMENT D'UN SERVICE DE CONSEIL NUMÉRIQUE - ÉTAPES INITIALES 12
- ÉTAPES INITIALES RELEVANT DU COMITÉ DIRECTEUR 13
- MODÉLISATION DU PROCESSUS D'UNE DEMANDE ECONSULT 13
  - Le modèle avec un CRDS comme centre de répartition 14
  - Le modèle avec un GMF-U comme centre de répartition 15
- TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION 16
  - Choix de la plateforme 16
  - Meilleures pratiques informatiques dans le contexte du projet pilote 16
  - Éléments requis 17
  - Intégration d'outils existants (DMÉ, DCI, Registres provinciaux, etc.) 18
  - Soutien technique 19
  - Solution provinciale – Modèle d'acquisition 20

4. DÉPLOIEMENT RÉGIONAL 21
- CONSTITUTION DES ÉQUIPES 22
- IDENTIFICATION DES SPÉCIALITÉS PRIORITAIRES 23
  - Étude Wait time 1 ou analyse des délais d'attente 1 24
  - Sondage auprès des FSP 24
  - Sondages auprès des patients 25
  - Analyse CRDS 26
- STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT 27
- RECRUTEMENT DES SPÉCIALISTES 27
- COORDINATION DU SERVICE 29
- FORMATION ET SOUTIEN 30
- PLANIFICATION DES RESSOURCES 32
- GOUVERNANCE 32
- OPÉRATIONS 33
  - Ressources télésanté 33
  - Patient partenaire 33
  - Équipes locales 33

5. MAINTIEN ET BONIFICATION DU SERVICE ECONSULT 36
- ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES 37
- SURVEILLANCE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 38
  - Suivi des délais de réponse des spécialistes et fermeture des demandes 38
  - Suivi des utilisateurs inactifs 38
  - Différents suivis 39
- ÉVALUATION 40

6. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES EN LIEN AVEC L'ACCROISSEMENT D'ÉCHELLE 42
- GESTION DU CHANGEMENT 43
- RÉMUNÉRATION 44
  - Notions de base en lien avec la rémunération 44
  - Coûts moyens de la rémunération des spécialistes et temps autodéclaré par les spécialistes (pour les spécialités ayant effectué 13 eConsult ou plus) 45
  - Temps moyen pour compléter une eConsult, eConsult Québec 45
  - Temps moyen pour compléter une eConsult, Champlain BASE[MD] eConsult 46
  - Analyse comparative des modèles de rémunération 46
  - Coûts moyens par eConsult selon les modèles de rémunération des spécialistes 47
  - Éléments à considérer dans l'exploration de la rémunération des spécialistes (selon les données du projet eConsult Québec) 47
  - Éléments à considérer dans l'exploration de la rémunération des fournisseurs de soins primaires 48
- CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES ET LÉGALES 49
  - Guide des meilleures pratiques et recommandations 50
  - Autres éléments relatifs au cadre légal 51
- ÉDUCATION CONTINUE 51

Table des matières (suite)

LES ANNEXES

Annexe I : Particularités des trois régions du projet pilote

Annexe II : Le protocole de l'étude Wait Time 1

Annexe III : Données sur la volumétrie par spécialité

Annexe IV : Indicateurs de performance eConsult

Annexe V : Sondage auprès des spécialistes

Annexe VI : Sondage auprès des fournisseurs de soins primaires

Annexe VII : Sondage auprès des patients

Annexe VIII : Remuneration Brief

Comité de rédaction

Maxine Dumas Pilon
M.D., CCMF, FCMF, présidente du comité directeur eConsult Québec

Laurence Barraud
Directrice de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche, CISSS de l'Outaouais

Marie-Hélène Côté Bouchard
Chargée de projets, Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Alexander Dahl
Président, Akinox

Parmélie Demers
Chef de service – Accès aux services spécialisés, Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Antoinette Ghanem
Conseillère principale, Centre de coordination de la Télésanté du RUIS McGill

Annabelle Lévesque-Chouinard
M.D., CCMF, GMF-U de Gatineau, CISSS de l'Outaouais

Philippe Lottin
Directeur des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Véronique Nabelsi
Ph. D., chef de projet du service eConsult Québec, professeure titulaire à l'Université du Québec en Outaouais

Mélanie Rocher
Directrice adjointe aux services ambulatoires de la Direction des services professionnels du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, site Val-d'Or

Marie-Claude Roy
Agente de planification, programmation et de recherche, Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche, CISSS de l'Outaouais

Frédéric Turgeon
M.D., CCMF, FCMF, GMF-U Les Eskers d'Amos

Remerciements

Clare Liddy, M.D., et **Erin Kelly**, M.D., Champlain BASE^{MD} eConsult

Mylaine Breton, professeure
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Catherine Lamoureux
Assistante de recherche, Université de Sherbrooke

Mélanie-Ann Smithman
Professionnelle de recherche, Université de Sherbrooke

Définitions

Conseil numérique (CN) :
communication asynchrone entre un fournisseur de soins primaires (FSP), c'est-à-dire un spécialiste en médecine de famille, un omnipraticien, un résident en médecine de famille ou encore un infirmier praticien, et un médecin d'une autre spécialité (nommé ici spécialiste) via une plateforme Web sécurisée.

Il importe de préciser qu'il s'agit d'une forme de téléexpertise ou encore de téléconseil où le médecin spécialiste ne rencontre pas le patient. C'est pourquoi d'autres termes sont actuellement explorés afin de mieux décrire ce type d'activité (avis numérique, eConseil, expertise numérique, etc.).

eConsult :
terme utilisé pour référer à un conseil numérique (CN) fourni dans le cadre du projet pilote.

Fournisseur de soins primaires (FSP) :
spécialiste en médecine de famille, omnipraticien, résident en médecine de famille ou encore infirmier praticien spécialisé en première ligne.

Spécialiste :
médecin d'une spécialité autre que la médecine de famille ou professionnel non médical (psychologue, nutritionniste, physiothérapeute, etc.).

Liste des acronymes et sigles

ACPM	Association canadienne de protection médicale
APPR	Agent-e de planification, de programmation et de recherche
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
BASE[MD]	Building Access to Specialists through eConsultation
CCDG	Comité consultatif à la direction générale
CCT du RUIS McGill	Centre de coordination de la Télésanté du Réseau universitaire intégré de santé McGill
CD	Comité directeur
CECMDP	Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CISSSAT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CISSSO	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
CIUSSS-MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CN	Conseil numérique
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
Cote DIC	Cote de disponibilité, intégrité et confidentialité
CQMF	Collège québécois des médecins de famille
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
DCI	Dossier clinique informatisé
DGAASPEM	Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DICOM	Digital imaging and communications in medicine
DMÉ	Dossier médical électronique
DOSPLI	Direction de l'organisation des soins de première ligne
DPC	Développement professionnel continu
DRMG	Département régional de médecine générale
FAQ	Foire aux questions
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FSP	Fournisseur de soins primaires
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne
JPEG	Joint Photographic Experts Group (format d'images numériques qui permet la compression des fichiers)
LCOP	Loi sur les contrats des organismes publics
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PARS3	Plateforme apprenante de recherche en santé et en services sociaux
PC	Personal Computer
RACE	Rapid Access to Consultative Expertise
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAFIR	Service d'acheminement de formulaires informatisés et de suivi de requêtes
SMS	Short Message Service
TI	Technologie de l'information
UQO	Université du Québec en Outaouais

Consult Québec

1. Contexte

CONTEXTE

Le présent document vise à colliger les leçons apprises ainsi que les recommandations du comité directeur du projet eConsult Québec dans le but d'outiller les équipes qui auront à assurer le déploiement d'un service de conseil numérique afin de répondre aux enjeux d'accessibilité relatifs aux spécialités.

L'accessibilité aux consultations médicales spécialisées demeure un problème aigu pour les fournisseurs de soins primaires au Québec et leurs patients. En effet, 59 % des patients disent devoir attendre plus de 2 mois pour avoir une consultation spécialisée contre 36 % dans le reste des pays analysés par le Commonwealth Fund[1].

Ces données se traduisent par de longues listes d'attente, stress, insatisfaction et anxiété pour le patient, détérioration potentielle de son état ainsi que par une augmentation potentielle des coûts.

ECONSULT : DE QUOI S'AGIT-IL ?

eConsult est un mode de communication asynchrone entre fournisseurs de soins primaires et spécialisés. Ce mode de communication permet de répondre à une question précise sur un cas spécifique, dirigée vers un spécialiste, et ce, en évitant dans une bonne proportion des cas une demande de consultation officielle envers les ressources spécialisées. Au Québec, eConsult sera dorénavant désigné par les termes conseil numérique.

HISTORIQUE

Le service de consultation électronique Champlain BASE[MD] eConsult (Building Access to Specialists through eConsultation – Faciliter l'accès aux spécialistes par la consultation électronique) du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain (Ontario) a débuté en 2008-2009, et depuis a été solidement implanté dans l'est de l'Ontario avec 1 500 fournisseurs de soins de première ligne inscrits ayant accès à 118 domaines de spécialité. Un total de plus de 45 000 cas (eConsult) ont été complétés.

En 2014, l'initiative a été présentée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) aux sections provinciales de l'organisation. Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) s'est alors engagé dans la mise sur pied d'un projet pilote au Québec. Il a établi un partenariat avec le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Gatineau et le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), le Centre de coordination de la Télésanté (CCT) du RUIS McGill et, par la suite, avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ), avec la participation de la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces partenaires démarraient, en 2016, le projet pilote eConsult Québec. La première eConsult a eu lieu en juillet 2017 (voir annexe I – Particularités des trois régions du projet pilote).

Le projet a reçu un financement de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) à travers le projet collaboratif Médecine connectée : améliorer l'accès des prestataires de soins primaires aux médecins spécialistes. Le projet collaboratif a regroupé 11 équipes canadiennes engagées dans l'implantation de services visant l'amélioration de l'accès à l'expertise de spécialistes, soit le programme RACE[MC] ou encore le projet de consultation électronique BASE[MD].

[1] CIHI, How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries.

PORTÉE ET BÉNÉFICES DU CONSEIL NUMÉRIQUE

Projet instigateur Champlain BASE[MD] eConsult, 2010, à ce jour :

- 47 500 eConsult complétées;
- 118 spécialités;
- 1 500 FSP;
- Bonification de la prise en charge par le FSP dans 57 % des cas;
- Réduction de 40 % des besoins en consultation face à face;
- Délai de réponse moyen de 2 jours;
- Réduction des coûts par consultation estimée :
  de 133,60 $ à 42,42 $ dès la 1re année; l'impact croît avec les années.

Projet pilote québécois eConsult Québec, 2017, à ce jour :

- Calqué sur l'initiative ontarienne;
- 2 620 eConsult complétées;
- 26 spécialités;
- 200 FSP;
- Bonification de la prise en charge par le FSP dans 58 % des cas;
- Réduction de 40 % des besoins en consultation face à face;
- Délai de réponse moyen de 4,36 jours.

eConsult Québec

2. Gouvernance du projet eConsult

2. GOUVERNANCE DU PROJET eCONSULT

Il est important de noter que la gouvernance du projet pilote s'est inscrite dans un souci marqué de reproduire la vision du projet Champlain BASE[MD] eConsult et de se calquer à ce modèle qui avait fait ses preuves. L'une des coinstigatrices du projet, la Dre Clare Liddy, a participé aux travaux de l'équipe québécoise afin d'assurer une concordance étroite entre les deux projets. De plus, elle a su éclairer les travaux au fur et à mesure du déploiement en répondant aux questions émergentes de l'équipe. Il y a eu un partage important des instruments de mesure, leçons apprises et autres stratégies par l'équipe de Champlain BASE[MD] eConsult ainsi qu'avec toutes les équipes faisant partie de l'initiative Médecine connectée de la FCASS.

Le projet eConsult a structuré le déploiement de façon régionale, selon les spécificités locales. Toutefois, un comité directeur (CD) regroupant les trois régions, soit l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue et la Mauricie et Centre-du-Québec, le Collège québécois des médecins de famille (CQMF), le Centre de coordination de la Télésanté (CCT) du RUIS McGill, Akinox (fournisseur de la plateforme), un représentant du ministère (MSSS) ainsi qu'un patient partenaire, a assuré la supervision des travaux d'implantation. Le CD s'est doté d'une charte clarifiant les processus décisionnels, les rôles et responsabilités de chacun de même que le mandat et la durée du comité.

Trois équipes locales (ou régionales) ont été mises sur pied de même qu'un comité technologique. Les équipes locales procédaient du comité directeur et y étaient représentées.

Les points communs entre les gouvernances des équipes locales étaient les suivants :

- Soutien de la part de leur direction respective;
- Présence de médecins engagés dans les comités;
- Suivi régulier.

Quelques particularités régionales

Outaouais :

- Le projet a été implanté au sein du GMF-U : la culture organisationnelle au sein du GMF-U a facilité le déploiement;
- Le projet a été initié par l'équipe du GMF-U.

Abitibi-Témiscamingue et Mauricie et Centre-du-Québec :

- Le projet a été lié au déploiement de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS);
- Les équipes du projet eConsult étaient celles de l'APSS et le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) était aussi impliqué;
- Le déploiement dans plusieurs groupes de médecine de famille (GMF) a demandé d'impliquer les instances régionales médicales (tables médicales territoriales) et le Département régional de médecine générale (DRMG);
- La Mauricie et Centre-du-Québec et l'Abitibi-Témiscamingue ont participé à un comité consultatif du MSSS en lien avec l'APSS (2018) – Les deux régions ont proposé que le projet eConsult soit intégré au logiciel à l'étude.

GOUVERNANCE DU PROJET eCONSULT

2.

Mauricie et Centre-du-Québec :

- Une grande autonomie a été laissée aux GMF pour le recrutement de leurs participants. Le projet était décentralisé et a misé sur les secrétariats des GMF pour le soutien à l'utilisation de la plateforme eConsult.

RECOMMANDATIONS

Dans une perspective d'accroissement d'échelle, il apparaît impératif de :

- Conserver un lien avec les initiatives canadiennes afin de maximiser l'apport de l'expertise de leurs instigatrices et instigateurs et celle des équipes impliquées;
- Maintenir les leaders du projet pilote impliqués dans la gouvernance provinciale du projet à venir;
- Avoir accès aux personnes qui ont l'expérience terrain afin qu'elles fournissent les informations nécessaires à une prise de décisions éclairées;
- Établir une gouvernance inclusive qui reflète le large éventail d'intervenants touchés par l'initiative dans son ensemble;
- Lier le projet de conseil numérique à la logique d'accès gérée par le CRDS.

Consult Québec

3. Déploiement d'un service de conseil numérique

ÉTAPES INITIALES

3.

ÉTAPES INITIALES RELEVANT DU COMITÉ DIRECTEUR

Le comité directeur (CD) et ses sous-comités ont assuré :

- La modélisation du processus eConsult;
- La définition des besoins en matière de technologie de l'information (TI) et la supervision de leur solution.

Les différentes étapes impliquées dans le processus d'un conseil numérique et les recommandations qui en découlent sont explicitées ci-après.

MODÉLISATION DU PROCESSUS D'UNE DEMANDE eCONSULT

La mise en place du service eConsult requiert de définir le modèle organisationnel qui va supporter le flux d'une eConsult. Dans le projet actuel, deux modèles organisationnels ont été mis en place :

1) Le modèle avec un CRDS comme centre de répartition (Mauricie et Centre-du-Québec et Abitibi-Témiscamingue);
2) Le modèle avec un GMF-U comme centre de répartition (Outaouais).

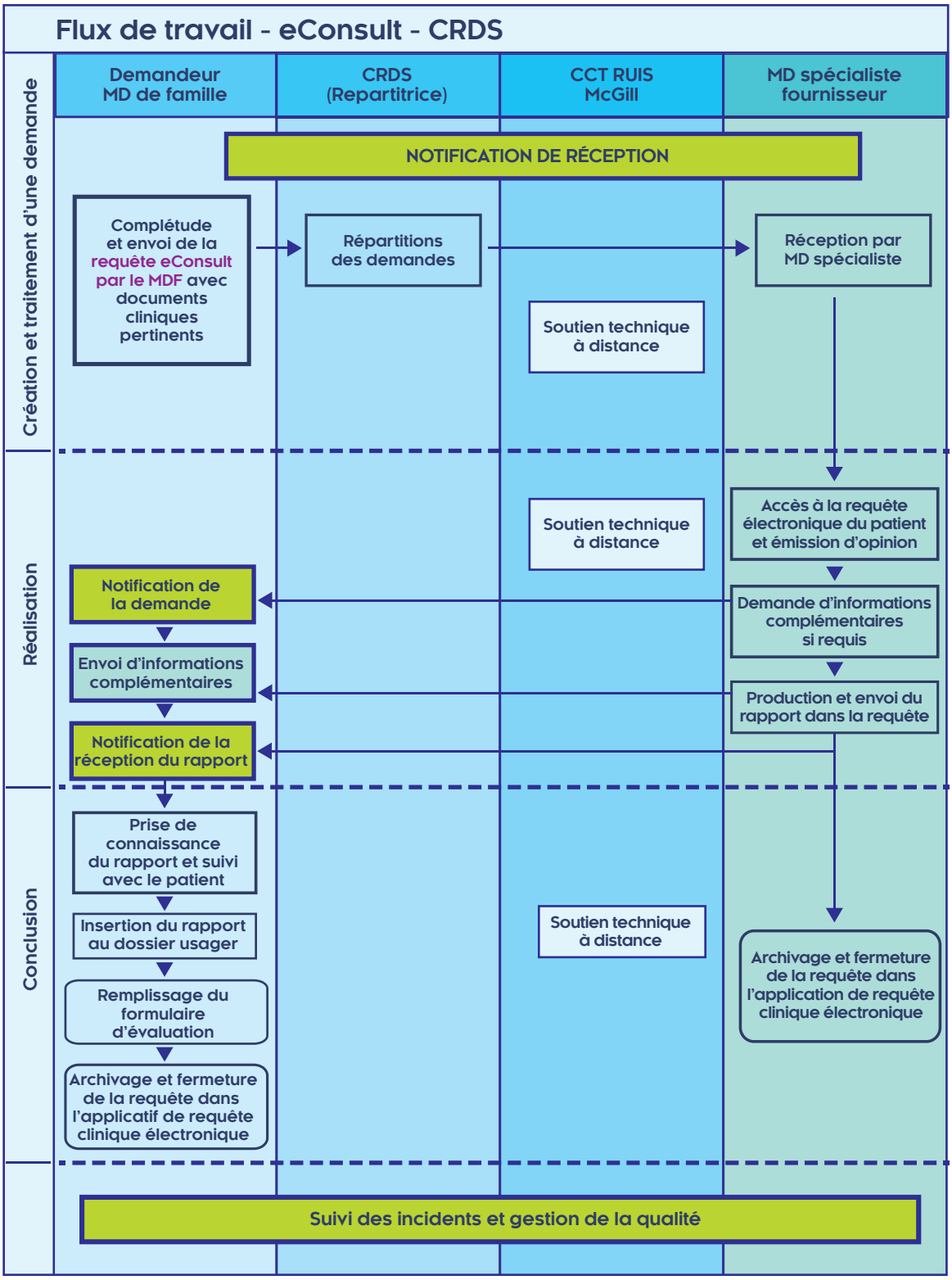
Ces modèles seront décrits dans les schémas qui suivent et comportent les entités suivantes :

- Les groupes demandeurs (FSP);
- Le centre de répartition;
- Le centre de soutien des opérations;
- Les groupes de médecins spécialistes fournisseurs de services (répondants).

La gestion d'une demande eConsult est décrite dans chacun des modèles.

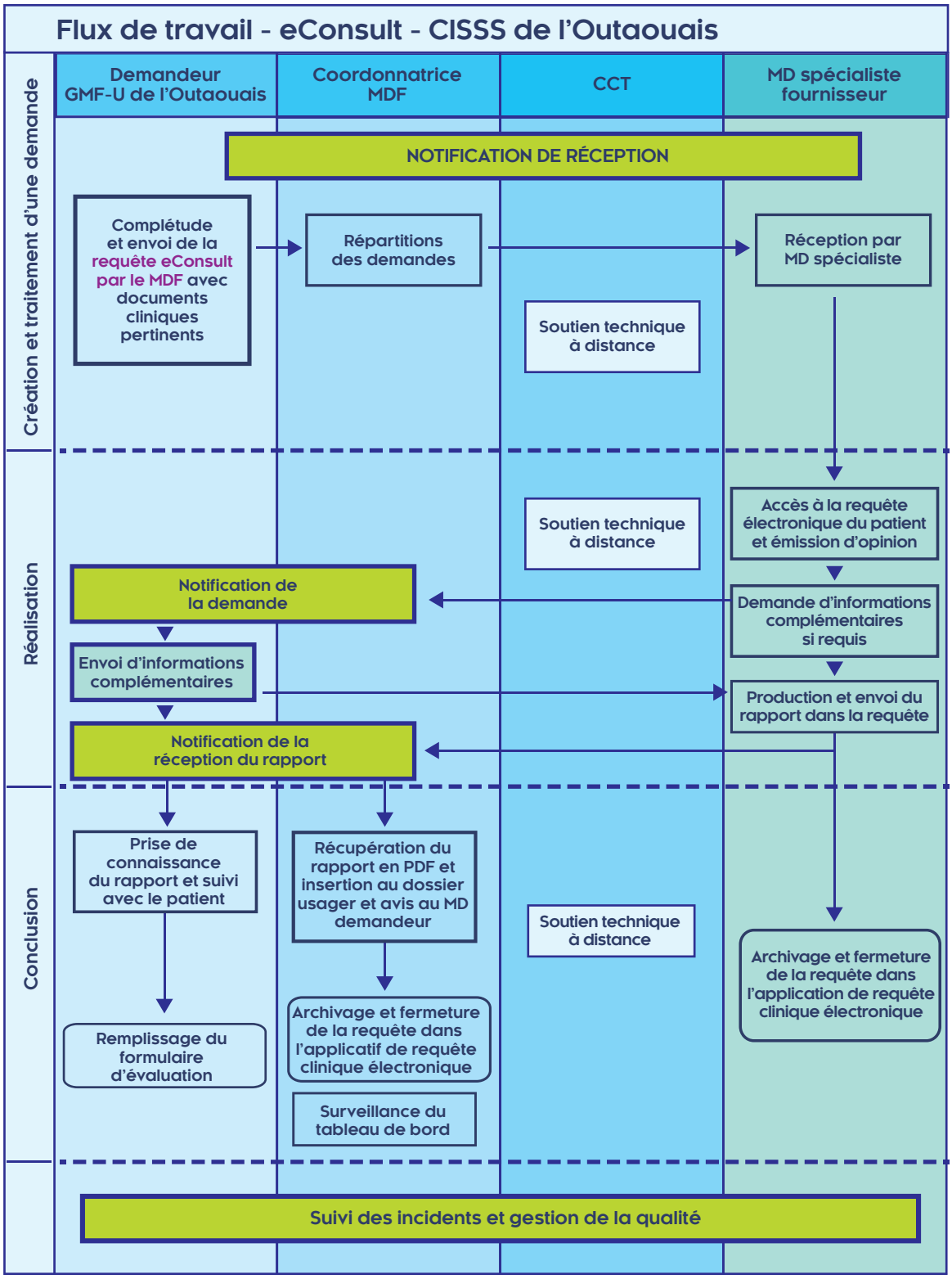
Nous avons deux modèles types de flux de travail eConsult :

LE MODÈLE AVEC UN CRDS COMME CENTRE DE RÉPARTITION



3.

LE MODÈLE AVEC UN GMF-U COMME CENTRE DE RÉPARTITION



RECOMMANDATION

La modélisation avec le CRDS comme centre de répartition devrait pouvoir être reprise telle quelle dans un projet québécois.

TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

CHOIX DE LA PLATEFORME

Le choix de la plateforme technologique et la bonne gestion des opérations qui l'entourent sont des éléments critiques pour le succès de l'initiative.

Pour réduire tout risque afférent au développement d'une nouvelle solution technologique, le projet pilote s'est appuyé sur une plateforme existante déjà éprouvée dans le réseau de la santé du Québec et utilisée en télésanté au RUIS McGill depuis plusieurs années. Certains partenaires régionaux n'auraient effectivement pas participé au projet s'ils avaient eu un outil à développer ou à corriger.

Avec l'implication du Centre de coordination de la Télésanté du RUIS McGill et du fournisseur Akinox, le formulaire du modèle Champlain BASE^MD eConsult a été adapté à la plateforme comme une trajectoire additionnelle parmi les autres trajectoires semblables de conseil numérique déjà en activité depuis 2006, ce qui a permis les bénéfices suivants :

- Conformité au contexte québécois et aux exigences de sécurité;
- Expérience utilisateur simplifiée, particulièrement pour les utilisateurs déjà actifs en télésanté qui n'ont pas eu à s'adapter à un outil additionnel (la nouvelle trajectoire s'est intégrée à leur flux de travail existant);
- Faible coût et nécessité d'adaptation, car tous les éléments de base requis étaient déjà disponibles sur la plateforme (seules les règles, notifications et particularités des formulaires pour la trajectoire eConsult ont nécessité d'être configurées selon le modèle Champlain BASE^MD);
- Grande rapidité de déploiement (solution déjà décloisonnée sur le Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM) et l'internet; aucune installation requise);
- Structure de développement, d'opération et soutien déjà en place;
- Utilisation de serveurs existants (aucun investissement additionnel nécessaire).

MEILLEURES PRATIQUES INFORMATIQUES DANS LE CONTEXTE DU PROJET PILOTE

Le bon déroulement du projet pilote est en partie tributaire de l'application de bonnes pratiques informatiques.

Nous en soulignons ici quelques-unes :

- Disponibilité et agilité des ressources clés (gestionnaires du projet, pilotes régionaux, soutien du CCT du RUIS McGill et du fournisseur);
- Rencontres régulières des différents acteurs (gouvernance, technologie, pilotage) et arrimage fluide entre ces paliers;
- Portée circonscrite et réaliste au niveau des adaptations technologiques (éviter le « scope creep »);
- Tests de rodage eConsult avec de faux patients (effectués dans chaque région avant la 1re eConsult);

MEILLEURES PRATIQUES INFORMATIQUES DANS LE CONTEXTE DU PROJET PILOTE (suite)

- Démonstration « live » de la plateforme aux parties prenantes;
- Charte de projet et entente fournisseur pour rôles et responsabilités bien définis;
- Processus de gestion des demandes de changement cohérent :
  - Attendre que les trois (3) régions soient déployées avant de faire des demandes de changement;
  - Unification des demandes de changement et priorisation entre les régions;
  - Lecture et prise en compte des commentaires des médecins participants aux fins d'amélioration de la plateforme;
- Organisation efficace du soutien technique avec support au niveau local et central;
- Outil de mesure (sondage de clôture eConsult) directement dans la plateforme (assurant la saisie par l'utilisateur).

RECOMMANDATIONS

Avec les impacts positifs du modèle, démontrés de façon incontestable au Québec comme ailleurs, son application à une échelle provinciale s'avère hautement souhaitable. Voici quelques recommandations et considérations jugées importantes par les parties prenantes du projet pilote.

ÉLÉMENTS REQUIS

Outre les exigences essentielles de performance et de convivialité, notons les éléments fondamentaux suivants présents dans la plateforme du projet pilote :

- Solution Web pur – aucune installation requise pour les utilisateurs – et réactive (utilisable sur téléphone intelligent, tablette et PC);
- Trajectoire de conseil numérique évolutive (capacité à évoluer vers de multiples trajectoires dynamiques);
- État d'archivage/classement des conseils numériques distinct pour demandeur et répondant (chaque professionnel peut déterminer de façon indépendante s'il a terminé toutes les actions qu'il veut poser en lien avec une requête complétée);
- Affichage de l'historique de toutes les communications et changements d'état dans chaque requête;
- Identification claire de l'utilisateur et de la délégation dans chaque action (p. ex. « requête envoyée par PERSONNE DÉLÉGUÉE de la part de PERSONNE RESPONSABLE);
- Exportation possible au format PDF pour impression de la requête;
- Saisie et comptabilisation du temps passé sur les requêtes par les utilisateurs (si un modèle de rémunération demeure relié à cette notion);
- Interface bilingue en français et en anglais basculable dynamiquement;
- Suivi des langues des requêtes et préférences des utilisateurs (pour faciliter la répartition);

ÉLÉMENTS REQUIS (suite)

- Possibilité de visualisation et saisie de requêtes en l'absence temporaire de connexion internet (fonctionnement hors ligne);
- Préférences par profil utilisateur pour les notifications (courriel, SMS);
- Notifications pilotables;
- Visualiseur de pièces jointes et d'imagerie (JPG, DICOM) intégré sans installation requise (Web pur);
- Fonctions d'intelligence d'affaires et rapports (statistiques, tableaux de bord, indicateurs) intégrés avec filtrage automatique des données, selon les permissions utilisateurs, sans installation ou licence additionnelle requise; comporte les tableaux de bord et rapports montés spécifiquement pour le suivi opérationnel, la facturation, la gestion, et la recherche entourant le modèle eConsult Québec;
- Cryptage et journalisation complète de tous les accès et modifications;
- Accessibilité de façon sécuritaire tant depuis l'internet (sans nécessiter de décloisonnement) que depuis l'entièreté du RITM – éviter à tout prix les entraves ou lourdeurs d'accès souvent présentes au sein des actifs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS);
- Solution bâtie expressément pour supporter la collaboration et l'arrimage entre processus et systèmes variés, compatible aux systèmes cliniques, dossier médical électronique (DMÉ) / Dossier clinique informatisé (DCI); étant donné la nécessité d'interfacer tous les produits DMÉ, un fournisseur de DMÉ serait en conflit d'intérêts en gérant une telle plateforme pour ses compétiteurs;
- Pour cause de restrictions budgétaires, plusieurs demandes d'amélioration ont été identifiées dans le cadre du projet, mais n'ont pas encore été réalisées; elles s'avéreraient néanmoins importantes pour une mise à l'échelle, quelques-unes étant jugées prioritaires :
    - Décentralisation de certaines fonctions de gestion des utilisateurs et permissions;
    - Identification des patients avec option en vue de questions pour patients « anonymes » (questions d'ordre général);
    - Rappels automatisés pour différentes étapes après délais;
    - Gestion des notes et communications d'ordre administratif;
    - « Macrorequêtes » – permettre plusieurs requêtes à l'endroit de différentes spécialités associées dans un même flux;
    - Notifications groupées (« digest »).

INTÉGRATION D'OUTILS EXISTANTS (DMÉ, DCI, REGISTRES PROVINCIAUX, ETC.)

L'intégration est essentielle dans le contexte du projet pour minimiser la redondance de saisies, encourager son adoption par les cliniciens en s'arrimant à leur flux de travail quotidien, et assurer l'acheminement intègre de l'information aux systèmes appropriés. La solution de conseil numérique devra harmonieusement supporter les usages intégrés tout comme les utilisations hors intégration (en attente d'intégration ou lorsqu'une intégration n'est pas prévue).

INTÉGRATION D'OUTILS EXISTANTS (DMÉ, DCI, REGISTRES PROVINCIAUX, ETC.) (suite)

Il existe nombre de produits et fournisseurs au Québec pour desservir les cliniciens de première ligne et spécialistes, sans compter ceux utilisés par les autres professionnels qu'il serait bénéfique d'intégrer prochainement au projet. Il faut impérativement éviter une intégration « point à point » nécessitant autant d'interfaces personnalisées que de produits. L'approche favorisée est « hub-and-spoke » avec la définition d'une interface centralisée, standardisée (p. ex. HL7 FIHR), ouverte sur une plateforme opérationnelle facilitant les tests et intégrations autonomes par les divers fournisseurs intéressés. Cette approche est plus efficace et efficiente, bien moins coûteuse à l'échelle, et permet de faire évoluer plus aisément la plateforme de conseil numérique de façon centralisée et indépendante. Le projet est conçu sur une plateforme qui contient déjà de nombreuses intégrations semblables, donc les capacités de la technologie et des équipes la supportant sont éprouvées. L'implémentation rapide de SAFIR par les fournisseurs de DMÉ démontre également le bien-fondé et la faisabilité d'une telle approche. Une approche d'homologation par le MSSS pourrait être souhaitable, tant que des niveaux de services rapides et efficaces pourront être offerts pour ne pas créer d'entraves contre-productives à l'adoption.

Côté expérience utilisateur, plusieurs niveaux d'intégration sont envisageables, selon le degré de fonctionnalité qu'un utilisateur pourrait accomplir directement dans son outil habituel versus dans la solution de conseil numérique centralisée. Nous préconisons, surtout pour le démarrage, une approche plus pragmatique minimisant les efforts requis pour adapter les DMÉ et permettant de limiter les dépendances sur des systèmes externes pour garder le système central flexible. Ainsi, une requête pourrait être initiée depuis le DMÉ; l'utilisateur serait alors automatiquement transféré à la solution de conseil numérique sans nécessiter d'authentification additionnelle; avec les informations pertinentes des patients déjà présentes. Les actions de conseil numérique seront complétées dans la solution et seront envoyées automatiquement au DMÉ au fur et à mesure pour référence. À terme, si l'expérience démontre une plus grande stabilité dans l'évolution du service, les fonctionnalités disponibles directement depuis les systèmes connectés pourront s'accroître progressivement.

Un enjeu majeur, par ailleurs, est celui de l'association des contenus cliniques préexistants aux requêtes (p. ex. les résultats d'examens ou laboratoires). Il faut éviter les pertes de temps associées à leur sélection et transfert par les demandeurs. Dans le contexte de l'intégration, nous préconisons une approche automatisée par spécialité, selon laquelle pour chaque spécialité une présélection de données cliniques est automatiquement associée à partir du système source et une approche standardisée de présentation, recherche et sélection est rendue disponible à l'utilisateur pour le choix d'informations optionnelles à ajouter (le tout automatiquement transféré via interface, sans intervention manuelle). À cette fin, il serait bon d'examiner des approches comme celle du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de Sherbrooke dans le contexte de PARS3 ainsi que le projet ACCÈS 2022 d'Inforoute Santé du Canada qui pourraient s'avérer des solutions élégantes pour l'extraction automatisée de données des DMÉ dans l'architecture cible.

SOUTIEN TECHNIQUE

Les utilisateurs de la solution de conseil numérique sont susceptibles de l'utiliser à toute heure, sept jours sur sept. C'est pourquoi nous recommandons de prévoir la disponibilité du soutien technique en conséquence. Il est important de bien établir les niveaux et responsabilités de support et d'assurer le maximum d'autonomie aux utilisateurs et aux coordonnateurs locaux et régionaux, tout en implémentant une veille intime à l'échelle provinciale.

DÉPLOIEMENT D'UN SERVICE DE CONSEIL NUMÉRIQUE

ÉTAPES INITIALES

3.

SOLUTION PROVINCIALE – MODÈLE D'ACQUISITION

De nombreux acteurs incluant des directeurs généraux d'établissements du RSSS ont partagé leur inquiétude à l'égard des risques associés à l'acquisition d'une solution technologique différente au moment de la mise à l'échelle provinciale, alors qu'une solution existe déjà et a été éprouvée dans le contexte québécois. Les risques principaux se concentrent autour des dimensions suivantes, dans un contexte où historiquement de nombreux projets informatiques d'envergure n'ont pas satisfait les attentes initiales :

- Délais;
- Coûts;
- Adoption.

Les voies connues pour l'acquisition sont :

- Contrat de gré à gré avec avis d'intention – article 13 de la Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP);
- Développement à l'interne du réseau de la santé; difficile à envisager dans le contexte de pénurie de ressources qualifiées;
- Appel d'offres public.

RECOMMANDATIONS

- Évaluer la possibilité d'une mise à l'échelle sur la plateforme existante, et ce, dans le respect du cadre légal et réglementaire;
- Si cela n'est pas possible, conserver une portée réaliste et une stratégie de mitigation des risques dans le contexte d'un appel d'offres.

Consult Québec

4. Déploiement régional

Dans le projet pilote, il y a eu un support très structurant à cette initiative du conseil numérique, ce qui ne sera peut-être pas le cas dans toutes les régions quand il y aura un accroissement d'échelle.

Retenons que toutes les équipes locales ont :

- *constitué une équipe locale,*
- *identifié leurs spécialités prioritaires,*
- *réfléchi à une stratégie de déploiement,*
- *assuré le recrutement des FSP et des spécialistes,*
- *assuré une coordination du service une fois celui-ci déployé,*
- *assuré le soutien aux utilisateurs et l'assurance de la qualité,*
- *participé à des rencontres mensuelles afin de bonifier le service dans une perspective d'amélioration continue.*

CONSTITUTION DES ÉQUIPES

Le projet eConsult Québec est né à la suite d'un réseautage important du Collège québécois des médecins de famille (CQMF) qui a permis la rencontre de différents acteurs essentiels au projet. Ce démarchage aura duré environ 18 mois. La stratégie employée a été d'exposer l'idée du projet lors d'activités de réseautage de l'organisation et d'y cibler des partenaires clés. Ainsi, la rencontre avec le CCT du RUIS McGill a été aléatoire, alors que l'identification du GMF-U de Gatineau comme site pilote a été réfléchie. En effet, cette équipe avait démontré son leadership et son côté « early adopter » dans plusieurs initiatives. De nouveaux partenaires clés ont été identifiés par la suite, soit le CISSSO, l'Université du Québec en Outaouais (UQO) pour la recherche, les CISSS-AT, CIUSSS-MCQ et Akinox. Avec ces partenariats, le projet pilote a été bonifié d'expertises nouvelles et nécessaires. Les différents joueurs ont fait preuve de proactivité, collaboration et respect. L'équipe de Champlain BASE[MD] eConsult a généreusement guidé l'équipe québécoise tout au long du processus. Ses acteurs se sont constitués sous l'entité eConsult Québec et se sont dotés d'un comité directeur, d'une charte et d'un mandat clair. Le tout sera présenté en détail dans la section « Gouvernance ».

Chaque région a mis sur pied un comité dit local ou régional constitué de médecins champions, FSP et spécialistes, et de responsables de la coordination (ce poste variant selon les besoins).

La FCASS recommandait la constitution d'une équipe composée de la manière suivante :

- Chef d'équipe;
- Champion FSP;
- Champion spécialiste;
- Spécialiste TI;
- Responsable de la collecte de données et de l'amélioration continue;
- Patient partenaire.

Nous avons inclus des personnes jouant ces différents rôles à divers niveaux de notre structure. L'identification et le recrutement des champions FSP locaux ont permis une mise en pratique plus rapide des collègues locaux. Les champions FSP ont été des facilitateurs de la réussite du projet, car ils ont pu faire des suivis, communiquer avec leur communauté de pratique et contacter des spécialistes. Des champions spécialistes ont également été recrutés afin de faciliter le recrutement d'autres spécialistes et conserver ainsi nos acquis en matière de ressources participantes au projet. Aucune rémunération spécifique n'était prévue pour ces ressources.

Cette structure a permis d'intégrer une approche « bottom-up » dans l'identification des besoins en spécialité et en TI en plus de processus adaptés aux diverses réalités locales, et cela, tout en maintenant une saine gouvernance garante de la vision du modèle ayant déjà fait ses preuves.

Un patient partenaire a été impliqué dans les activités suivantes, dans le cadre du projet : validation des formulaires de consentement et des instruments de mesure – sondages, guides d'entrevue, etc. – et veille relativement au bon niveau de littératie. Notre patient partenaire est aussi impliqué dans les structures de gouvernance : réunions du comité directeur et du comité local en Outaouais.

RECOMMANDATIONS

- Prévoir la constitution d'équipes locales par région pour assumer les tâches d'identification des besoins prioritaires en spécialité, le recrutement, les processus, la coordination du service et l'amélioration de la qualité;
- Intégrer les rôles prévus par la FCASS au sein de ces équipes;
- Impliquer un patient partenaire dans chaque équipe;
- Prévoir et effectuer des rencontres fréquentes;
- Maintenir une clarté des rôles, parrain du projet, intervenants et gouvernance.

IDENTIFICATION DES SPÉCIALITÉS PRIORITAIRES

Au moment de la préparation d'un déploiement d'un service d'eConsult, il est primordial de rester bien ancré dans les besoins des patients en matière d'accès aux spécialistes, et ce, par la prise en charge des FSP, principaux utilisateurs du service. L'offre en spécialité et les besoins en découlant sont variables d'une région à l'autre.

Modalités d'évaluation des besoins

Différentes modalités ont été utilisées afin de bien cerner les besoins en accès des patients. Ces modalités permettent de diminuer les risques, limités mais présents, que certains spécialistes se servent du service pour s'autoréférer des patients, diriger ceux-ci vers des services non assurés ou encore créer un besoin qui sert leur spécialité sans que celui-ci ne constitue un besoin réel des patients. Elles mitigent de plus les risques reliés à des analyses effectuées à haut niveau de gestion qui pourraient ne pas tenir compte des réalités concrètes du terrain.

Les modalités suivantes sont recommandées, les premières répondant mieux aux besoins des patients et des FSP :

- Étude Wait Time 1;
- Sondages auprès des FSP;
- Prédéploiement;
- Perdéploiement via :
  - la rétroaction de la plateforme,
  - les sondages FSP en ligne,
  - les communications avec le médecin champion ou la gestionnaire de projet;
  - Sondages auprès des patients;
  - Analyse CRDS.

ÉTUDE WAIT TIME 1 OU ANALYSE DES DÉLAIS D'ATTENTE 1

Méthodologie

Nous avons fait une analyse des délais d'attente 1 dans une clinique, le GMF-U de Gatineau, du 23 décembre 2016 au 9 janvier 2017.

Avant de commencer la collecte des données, l'équipe de Champlain BASE[MD] eConsult a rencontré le responsable de la clinique de soins primaires pour établir le processus de collecte des données aux demandes de consultation avec un spécialiste. Il s'agit, pour cette première étape, d'un questionnaire préextraction et d'une vérification des données des dossiers médicaux afin d'établir la période entre la date où le patient est adressé à un spécialiste et la date de son rendez-vous avec le spécialiste.

Une fois les sources d'information identifiées, l'équipe fait l'extraction des données des dossiers médicaux dans la clinique, consigne et identifie les obstacles et les facilitateurs à utiliser, après l'analyse pour l'élaboration du manuel sur l'extraction des données. Ensuite, les données des dossiers médicaux sont téléchargées et analysées, et les délais moyens par spécialité sont identifiés. Enfin, les conclusions de l'étude sont interprétées à l'aide de données quantitatives. Une synthèse des discussions et des rencontres avec la clinique peut être ajoutée pour mettre l'accent sur les résultats de l'étude.

Cette méthode a pour avantage de bien capter les délais réels vécus sur le terrain en lien avec les différentes spécialités. Cependant, elle ne permet pas de saisir l'absence d'offre pour une spécialité donnée, si la spécialité n'existe simplement pas dans une région ou que les médecins ont cessé d'adresser leurs patients à cette spécialité. À titre d'exemple, lors du projet pilote, il n'y avait pas de rhumatologue dans la région de l'Outaouais. Les FSP de la région ne dirigeaient donc pas leurs patients vers cette spécialité; ils avaient néanmoins besoin de cette expertise pour prodiguer des soins complets (voir annexe II – Le protocole de l'étude Wait Time 1).

SONDAGE AUPRÈS DES FSP

Méthodologie

- Prédéploiement en groupe;
- Perdéploiement via :
  - la rétroaction de la plateforme,
  - les sondages FSP en ligne,
  - les communications avec le médecin champion ou le/la gestionnaire de projet.

Prédéploiement

Le sondage en groupe, au moment d'une réunion du Département régional de médecine générale (DRMG), par exemple, permet de prendre le pouls des besoins perçus par les FSP avant le déploiement. Il s'agit d'une modalité assez rapide et conviviale qui contribue à la fois à faire connaître l'initiative aux utilisateurs potentiels ainsi que de recueillir l'information sur les besoins en spécialité. Il permet aussi de mettre un visage sur les personnes-ressources du projet et de faciliter la formation et l'engagement.

Un sondage en ligne pourrait être considéré à cet égard, mais comporte le risque d'être plus impersonnel et de participer à la surabondance de courriels, sans apporter les avantages mentionnés ci-haut.

Perdéploiement

LA RÉTROACTION DE LA PLATEFORME : SONDAGE DE CLÔTURE

Méthodologie

Le sondage de clôture comporte une série de quatre à cinq questions permettant d'évaluer l'impact du service sur le processus de demande de conseil et la valeur perçue. Il est rempli par les FSP.

Le sondage de clôture s'est avéré fort utile à bien des égards. Actuellement, quoiqu'il ne comprenne pas de question précise sur l'ajout de nouvelles spécialités à l'offre de service, la question ouverte « commentaire » permet au FSP d'indiquer ce type d'information. Utilisé adéquatement, le sondage pourrait comprendre une question spécifique, puisée à même cette source, une ou deux fois par année.

LES SONDAGES DE SATISFACTION EN LIGNE DES FSP

Méthodologie

Le sondage de satisfaction des FSP est un sondage réalisé une à deux fois par année. Il a offert plusieurs informations pertinentes, notamment sur les spécialités à ajouter en cours de route. Il s'agit toutefois d'une modalité plus lourde à effectuer.

LES COMMUNICATIONS AVEC LE MÉDECIN CHAMPION (MÉDECIN DE FAMILLE) OU LE/LA GESTIONNAIRE DE PROJET

Méthodologie

Lors du déploiement de l'initiative, l'équipe eConsult Québec a eu recours à l'emploi de médecins champions ou de gestionnaires au niveau régional afin d'actualiser la liste des besoins prioritaires. Ces derniers ont accompli ce rôle au moment d'échanges formels ou informels avec les médecins utilisateurs afin de colliger leur perception des besoins en spécialité. Ce mécanisme aura été très utile pour l'ajout de spécialités en cours de projet, une fois les besoins prioritaires couverts.

SONDAGES AUPRÈS DES PATIENTS

Quoiqu'il n'ait pas été utilisé pour l'identification initiale des besoins en spécialité, un sondage auprès de 66 patients a été effectué dans la deuxième moitié du projet afin d'explorer l'acceptabilité de ce dernier par ceux-ci ainsi que leur expérience. Le résultat a été frappant en ce qu'il a révélé une grande méconnaissance du projet par les patients, de son utilité et de ses impacts. Néanmoins, ces derniers semblent avoir trouvé acceptable et même souhaitable l'initiative.

SONDAGES AUPRÈS DES PATIENTS (suite)

Dans un déploiement à venir, il serait opportun de prévoir, dans un premier temps, un mécanisme pour bien outiller les utilisateurs (FSP et autres spécialistes) afin qu'ils puissent communiquer adéquatement à leurs patients l'information en lien avec le service de conseil numérique. Dans un deuxième temps, il serait à propos d'impliquer les patients au niveau des différents paliers décisionnels afin de favoriser un projet qui honore les principes du patient-partenaire.

ANALYSE CRDS

Méthodologie

Dans le cadre du projet pilote, nous avons demandé aux CRDS des trois régions de faire une extraction de toutes les demandes provenant des GMF afin de, (i) non seulement connaître le volume de consultations par GMF pour sélectionner par ordre de priorité les sites pour un déploiement du service eConsult Québec aux fins d'accroissement d'échelle de la région, mais aussi, afin de (ii) mieux cibler les spécialités prioritaires par GMF/clinique.

Pour chaque clinique sélectionnée, nous avons évalué, et ce, pour les neuf spécialités de la phase 1 desservies par le CRDS – gastroentérologie, neurologie, néphrologie, cardiologie, orthopédie, ophtalmologie, ORL, pédiatrie et urologie – toutes les consultations, selon la priorité clinique (A, B, C, D, E). Cette démarche nous a permis de relever les spécialités où il y avait des hors délais conformément à la priorité clinique.

Cette approche est intuitive pour le CRDS puisqu'il s'agit de ses propres données. Néanmoins, elle comporte plusieurs défis. Tout d'abord, celui de traduire des délais d'accès aux spécialités pour des pathologies déjà hiérarchisées, alors que le conseil numérique répond à des questions non différentiées. De plus, quoiqu'un calcul de retard sur les délais prescrits par l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS)/CRDS intégrant les différents types de délais (catégorie A, B, C, D et E) puisse être fait et renseigner sur les difficultés d'accès dans une spécialité, la validité de cette valeur composite pour représenter les besoins terrain n'a pas été établie. Finalement, elle occulte les spécialités non inscrites au CRDS qui, comme nous l'avons mentionné plus tôt, sont un élément important.

Un calcul intéressant pourrait être de faire la moyenne des délais des consultations qui ont été effectuées hors des délais des priorités cliniques CRDS (A, B, C, D et E) et de hiérarchiser les spécialités à la lumière de cette information.

RECOMMANDATIONS

- Utiliser une approche multimodale incluant l'analyse d'un coefficient d'écart de délais par spécialité, des sondages auprès des FSP ainsi que des évaluations de type Wait Time 1;
- Utiliser une approche régionale d'évaluation des besoins.

STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT

Le projet pilote en Outaouais a débuté avec un GMF. Cette approche a permis de contrôler le recrutement (contrainte budgétaire du projet de recherche) et surtout a permis une appropriation de l'utilisation de la plateforme et la validation des mécanismes de suivi.

En Mauricie et Centre-du-Québec et en Abitibi-Témiscamingue, le déploiement a été fait dans plusieurs GMF simultanément (6) et la stratégie a été d'utiliser une agente administrative de la clinique comme relais de formation et de soutien. Le support centralisé a été installé au CRDS, ce qui était un point de chute naturel pour les GMF et les spécialistes.

RECRUTEMENT DES SPÉCIALISTES

Le recrutement est un exercice qui exige du temps localement. Il a été effectué de personne à personne par les champions FSP et spécialistes, dans la majorité des cas.

Le recrutement des spécialistes a été fait en fonction des éléments suivants :

- Les besoins en spécialité identifiés;
- Les ressources disponibles;
- L'intérêt des spécialistes à participer;
  - Ce facteur est le plus considérable dans le recrutement des spécialistes. Un spécialiste non intéressé n'offrira pas un aussi bon rendement. De plus, un médecin qui se montre intéressé à participer possède déjà, en général, de très bonnes habiletés et intérêts avec les systèmes informatiques, ce qui facilite la tâche. Aussi, en recrutant localement, il est possible d'aller « courtiser » les spécialistes grandement appréciés pour leur aptitude à l'enseignement, leur respect envers leurs collègues FSP, etc., afin qu'ils adhèrent au projet. L'inverse est également possible. Du fait que les médecins sont sélectionnés, cela permet d'éviter des adhésions qui ne feraient pas l'unanimité.

Plusieurs stratégies ont été employées pour le recrutement des médecins :

1. Échanges par téléphone ou courriel;
2. Point à l'ordre du jour dans les tournées de la direction;
3. Rencontres :
   - des comités de direction : Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) ou comité consultatif au président-directeur général (PDG) et à la table des chefs, table du Département régional de médecine générale (DRMG), comité consultatif à la direction générale (CCDG), comité APSS,
   - en GMF,
   - individuelles,
   - des groupes de spécialités,
   - avec les chefs de service des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

RECRUTEMENT DES SPÉCIALISTES (suite)

Le recrutement personnalisé a fait ses preuves au cours du projet pilote : il permet de mieux cibler les spécialistes compétents et motivés et de bien expliquer les tenants et aboutissants du projet pour que ceux-ci adhèrent en pleine connaissance de cause. Cette approche, qui demande certes temps et attention, permet toutefois d'augmenter significativement le taux de rétention des médecins recrutés. Il est ainsi permis de croire que le temps investi au départ génère des bénéfices à moyen et long terme, car les champions n'ont pas à recruter de nouveaux spécialistes pour pallier le départ de ceux recrutés initialement.

Le recrutement des spécialistes est exigeant. Il faut s'assurer de recruter des spécialistes qui croient à eConsult et à son déploiement. Dans un contexte de démarrage de projet, il a été très bénéfique que les spécialistes des autres régions répondent aux eConsult d'une région donnée afin d'offrir aux demandeurs une offre de service intéressante.

À titre informatif, certains médecins référents aiment savoir qui est la personne qui répondra à la demande. Cependant, très peu de demandes sont nominatives. Quelques médecins spécialistes ont refusé de participer au projet avec les deux autres régions. Leur raison était que si le patient devait être adressé, il préférait assurer le suivi puisqu'ils étaient déjà au courant du cas. Inversement, un spécialiste de l'Abitibi-Témiscamingue a refusé de participer pour sa propre région, car il ne voulait justement pas que les médecins puissent lui envoyer directement des patients.

L'un des obstacles rencontrés aura été l'inscription sur la plateforme ou la difficulté à obtenir les informations nécessaires à l'ouverture du compte utilisateur et les signatures pour le formulaire de consentement à la recherche. En effet, le médecin spécialiste doit remplir un formulaire de type Excel imprimé sur support papier et doit physiquement signer le formulaire de consentement, ce qui ralentit et complexifie le processus.

Afin de faciliter le recrutement et la rétention des médecins spécialistes, la création d'un compte utilisateur doit impérativement être simplifiée. Le formulaire devrait être accessible en ligne et offrir l'option de signature électronique pour que les spécialistes puissent le remplir sans délai.

Au cours du projet pilote, les spécialistes devaient fournir une réponse à une demande de conseil en ligne dans un délai maximal d'une semaine. Or, certains spécialistes ont souligné que ce délai était trop court, surtout si la demande n'était pas considérée comme urgente. Quoique ce commentaire n'ait pas transparu dans le sondage spécialiste, il importe de noter qu'il peut avoir un impact sur le roulement de participants.

Aussi, un appel a été lancé à différents professionnels de la santé comme des optométristes, pharmaciens, nutritionnistes, etc. Huit personnes sont disponibles pour se joindre à eConsult dans leur domaine d'expertise. L'Abitibi-Témiscamingue est toujours en attente de la prolongation du projet. Cette initiative a été mise en veilleuse dans la perspective du déploiement panquébécois.

RECOMMANDATIONS

- Utiliser une approche personnalisée et le bouche-à-oreille dans le recrutement des spécialistes afin d'assurer une adhésion éclairée et ainsi réduire le roulement.
- Réfléchir sur les niveaux de recrutement et la constitution d'équipes de spécialistes responsables de régions; à titre d'exemple de hiérarchisation, en fonction des besoins établis, l'approche suivante au recrutement pourrait être envisagée :
  - Spécialistes régionaux;
  - En l'absence d'une offre de service ou par manque d'intérêt, spécialistes des :
    - i. corridors de références habituels,
    - ii. RUIS;
- Spécialistes « centralisés » provenant des milieux universitaires tertiaires ou quaternaires;
- Réfléchir sur les critères et modalités de sélection des spécialistes – devraient-ils provenir uniquement de milieux universitaires?; démontrer un dossier vierge d'enquêtes du CMQ; etc.

COORDINATION DU SERVICE

OUTAOUAIS

Une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) a été impliquée dans les tâches suivantes :

- Gestion et soutien à la création du profil des cliniques des trois régions;
- Gestion, répartition, fermeture et classement des requêtes;
- Au niveau des TI :
  - Gestion et suivi des bogues informatiques;
  - Liaison et suivi avec le CCT du RUIS McGill et Akinox;
  - Suivi auprès des usagers de la plateforme;
- Contribution au niveau de la compilation et suivi des paiements des spécialistes de même que l'audit pour les paiements des spécialistes.

Une technicienne administrative a été impliquée dans la compilation et le suivi des paiements des spécialistes et l'audit pour les paiements des spécialistes.

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Une directrice adjointe et une chargée de projet ont principalement été à la tête de la coordination. La chargée de projet s'est occupée de la gestion quotidienne du projet eConsult, soit les inscriptions des médecins ou la répartition des demandes. Deux agentes localisées au CRDS avaient été formées pour la répartition, mais après leur départ, il n'a pas été nécessaire de les remplacer à cause de la faible charge de travail requise.

Un comité de coordination local a été créé avec des médecins de famille des trois GMF participants, un médecin spécialiste champion et un usager partenaire. Ce sont ces médecins qui, localement, ont donné de la visibilité à eConsult. Ce sont également majoritairement eux qui discutent individuellement avec

d'autres médecins pour favoriser les adhésions et répondre aux questions. La directrice adjointe et la chargée de projet s'occupaient, quant à elle, du recrutement en allant promouvoir eConsult dans des rencontres en GMF ou à des groupes de médecins spécialistes.

En Abitibi-Témiscamingue, un grand bassin de médecins ne fait pas partie d'un GMF. Plusieurs ont fait part de leur hâte d'adhérer au projet.

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

L'équipe d'implantation était composée d'un chargé de projet (APPR) ainsi que d'un directeur de projet – directeur des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques. Leurs principales fonctions étaient de recruter les médecins de famille et spécialistes. La gestion quotidienne des eConsult a été assurée par la chargée de projet et une agente du CRDS.

Nous n'avons pas identifié de médecin de famille ou spécialiste champion pour le démarrage. Toutefois, nous croyons qu'il serait aidant d'avoir des médecins de famille et des médecins spécialistes champions pour faciliter le recrutement puisque c'est la tâche la plus ardue dans un contexte de nouveauté.

Dans une perspective de déploiement, il apparaît important de prévoir des structures locales de coordination impliquant des médecins champions afin de faciliter le recrutement ainsi que des agents de coordination avec leurs directeurs. L'implication de patients partenaires fournit un éclairage précieux aux travaux, particulièrement au niveau de la gestion de changements et des communications. Aussi, il est intuitif de planifier la répartition des demandes et le soutien technique au sein des équipes CRDS.

RECOMMANDATION

Les modèles de coordination de la Mauricie et Centre-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue semblent mieux adaptés à un déploiement québécois.

FORMATION ET SOUTIEN

Lors du projet pilote, le processus d'une demande eConsult a débuté par l'adhésion du médecin. Que ce soit un référent ou un répondant, chaque médecin doit avoir signé le consentement au projet et ouvert son compte Atlas pour débuter. Cette étape peut prendre quelques jours depuis l'invitation par l'équipe de soutien du CCT du RUIS McGill, transmise à l'utilisateur afin qu'il crée son compte dans la plateforme.

Pour la coordination régionale, il est important de conserver un suivi (ex. : tableau Excel) des demandes de création de compte.

À l'étape du courriel d'inscription, les documents étaient joints de même que l'adresse du site internet eConsult Québec et le lien pour la courte vidéo « Vimeo » qui se voulait un rappel du fonctionnement de la plateforme. Plus de détails sur son fonctionnement ont été offerts aux spécialistes, car les médecins de famille ont la possibilité de faire appel aux collègues de leur clinique, qui sont plus accessibles.

Le principal défi de la première connexion a été le processus de double identification pour chacun des appareils connectés. Afin de pallier ce frein, en Mauricie et Centre-du-Québec, il a été ajouté, dans les outils de communication, une mention à cet égard. De plus, lors des présentations aux médecins de famille, une mention spécifique a été faite à cet effet.

Une fois le médecin inscrit, il peut commencer ses démarches. Le fonctionnement d'eConsult est très simple et convivial. Étant donné la convivialité de la plateforme et des outils disponibles (vidéo, présentation PowerPoint et plateforme test), aucune formation spécifique n'est requise. Les utilisateurs contactent les ressources responsables de leur secteur au besoin.

Une fois que la demande est créée par le demandeur, elle doit être transmise au spécialiste par la répartitrice. Un courriel est reçu lorsqu'une action est requise. Dans le cas où il y a plus d'un spécialiste par spécialité, le principe d'alternance est respecté.

Il est possible de copier-coller des notes du DMÉ directement dans la eConsult, ce qui facilite le processus. Ce fonctionnement a été encouragé comme décrit dans les recommandations relatives aux bonnes pratiques.

Le système en lui-même nécessite peu de soutien à l'utilisation; cependant, au moment de l'inscription des médecins participants, une courte formation et un soutien au démarrage sont nécessaires. La taille de l'équipe assignée au déploiement conditionnera la vitesse d'accroissement.

Des collaborations avec les autres équipes canadiennes déployant un service similaire au projet eConsult ont eu lieu, notamment via l'initiative Médecine connectée. Ces dernières ont permis de bonifier le déploiement en cours.

RECOMMANDATIONS

- Il est important de soutenir les médecins référents et répondants dès les premières étapes afin qu'ils adhèrent au projet et qu'ils deviennent autonomes; l'utilisation d'eConsult doit s'insérer dans la pratique;
- Il importe de conserver un suivi (ex.: tableau Excel) des demandes de création de compte;
- Il est déterminant de bien définir le modèle organisationnel à un niveau macro de même que les règles et algorithmes de répartition des demandes, à un niveau plus micro; une partie de ces processus devrait être automatisée;
- Le flux de travail eConsult peut être entièrement reproduit et adapté dans une perspective de déploiement québécois;
- Une formation des utilisateurs est essentielle :
  - une version « autoportante » est recommandée, soit une formation légère, sous la forme d'une vidéo en ligne ou d'un « PowerPoint » facile d'utilisation,
  - elle devrait être couplée à un accès rapide à un soutien téléphonique ou à des modalités Web (courriel, *chat*, etc.); cet accès devrait être intégré à l'application.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES ISSUES DU DÉPLOIEMENT

- Déployer le projet par clinique ou par région; commencer par un site permettra de tester les procédures de recrutement, de formation et de soutien;
- Envisager une approche personnalisée du déploiement par région, dépendant de la culture organisationnelle, de l'organisation naturelle ou de l'organisation DMÉ *versus* CRDS;

- Faciliter l'extraction de données de chaque région pour mieux cibler les spécialités prioritaires; l'emploi rapide de l'analyse des données d'utilisation, des demandes, est important pour suivre l'utilisation réelle de la plateforme; cette autonomie régionale dans le suivi des données est un facteur important de succès du déploiement;
- Offrir un financement permettant de fournir un soutien au démarrage en allouant les ressources requises, ce qui représente un atout et un facteur accélérateur du déploiement;
- Intégrer le service de conseil numérique au sein d'une structure gérant déjà l'accès et donc le contact avec les GMF et les spécialistes, ce qui est un facteur facilitant au déploiement et permettant une mutualisation des dépenses;
- Adopter une perspective centrée sur le continuum patient et les trajectoires reliées afin de délimiter le conseil numérique des références physiques ou virtuelles;
- Garder une vision d'écosystème, incluant particulièrement un arrimage avec la solution cible APSS;
- Lire le très pertinent « iBook » de l'équipe Champlain BASE[MD] eConsult;
- Maintenir l'accent sur la vision et ne pas complexifier le concept.

PLANIFICATION DES RESSOURCES

Dans le cadre du projet pilote, les ressources décrites ci-après ont été requises. Elles peuvent guider en matière de ressources à anticiper pour un projet provincial.

GOUVERNANCE

Une personne a assumé la **présidence** du comité directeur (CD). Elle a :

- assuré la viabilité du projet pilote en cours,
- créé la stratégie d'accroissement d'échelle,
- contribué à la conceptualisation du modèle théorique d'intégration d'eConsult aux CRDS et aux services de télésanté,
- représenté le MSSS auprès des initiatives cliniques et de recherche québécoise et canadienne afin de recueillir les meilleures pratiques et diffuser l'expérience.

Cette personne a été rémunérée au moyen d'un jeton du CQMF.

Le CD pouvait également compter sur une ressource en soutien administratif et une responsable des communications fournies par le CQMF, puis intégrées au budget.

Au niveau du **soutien administratif**, la ressource a assuré les tâches suivantes :

- Préparation de Doodle, ordre du jour, documents afférents, participation aux réunions mensuelles;
- Rédaction des comptes rendus;
- Mise à jour de la page Web incluant le traitement de demandes d'information reçues de la page Web.

Au niveau de la **responsable des communications**, les tâches suivantes ont été effectuées :

- Développement d'outils de communication (page Web, napperons « one-pager », relations médias au moment du lancement « officiel » du projet, guide d'orientation, infographies, etc.);
- Ressource pour l'accroissement d'échelle (stratégie de communication).

OPÉRATIONS

Une chef d'équipe a :

- contribué à la conception de la solution informatique,
- géré les aspects logistiques et de recherche du projet,
- assuré la coordination entre les trois (3) sites et l'équipe TI,
- généré les données utilisées dans les processus d'amélioration continue.

Cette personne a été rémunérée à travers ses fonctions universitaires.

RESSOURCES TÉLÉSANTÉ

Les ressources de télésanté ont contribué à :

- Analyser les processus d'organisation du service;
- Élaborer le formulaire et l'intégrer dans la plateforme de télésanté;
- Travailler les flux de travail avec les coordonnatrices;
- Monter les cliniques dans la plateforme de télésanté;
- Assurer la gestion des utilisateurs;
- Procéder aux tests avant la mise en activité;
- Assurer le soutien opérationnel et technique aux utilisateurs;
- Assurer la gestion de la qualité et l'optimisation des processus;
- Étudier les demandes de changement et d'amélioration de la plateforme.

Ces efforts de l'équipe du CCT du RUIS McGill n'ont pas été financés dans le cadre du projet.

PATIENT PARTENAIRE

Aucune rémunération n'a été prévue pour le patient partenaire.

ÉQUIPES LOCALES

Comme mentionné plus haut, les équipes locales ont été composées différemment, selon les régions du projet.

CHAMPIONS MÉDECINS DE FAMILLE ET SPÉCIALISTES LOCAUX

Un à deux individus par région ont suffi aux besoins.

SPÉCIALISTES

Un spécialiste par spécialité a généralement été suffisant pour couvrir une région voire deux ou trois; ce qui a été le cas pour plusieurs spécialités. Des données sur la volumétrie par spécialité sont disponibles (voir annexe III – Données sur la volumétrie par spécialité).

L'outil de projection développé par l'équipe des docteures Claire Liddy et Erin Kelly a été utilisé pour prévoir le nombre d'eConsult attendu pour une année et ainsi les budgets associés à la rémunération des spécialistes. Cet outil, conçu à partir de l'expérience du déploiement du projet Champlain BASE[MD] eConsult, propose un calcul basé sur le nombre d'eConsult effectué par tranche de 1000 individus de population pour une région donnée. L'expérience ontarienne a révélé des taux d'utilisation d'environ 0,5 eConsult/1000 individus de population dans la première année avec une augmentation d'environ 2 eConsult/1000/année fiscale supplémentaire. L'expérience québécoise a plutôt montré un taux de 3 eConsult/1000 de population dès la première année. La deuxième année est en cours d'analyse.

RESSOURCES ADMINISTRATIVES

OUTAOUAIS

Une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) a été requise à raison de quelques heures par semaine.

Une technicienne administrative a aussi été requise quelques heures par semaine.

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Une directrice adjointe et une chargée de projet ont principalement été à la tête de la coordination et y ont dédié quelques heures par semaine.

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

L'équipe d'implantation était composée d'une chargée de projet (APPR) ainsi que d'un directeur de projet – directeur des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques.

Environ une dizaine d'heures par semaine ont été consacrées à la coordination et à la gestion du projet.

RESSOURCES HUMAINES EN LIEN AVEC LA SURVEILLANCE ET L'AMÉLIORATION CONTINUE

Dans la plupart des cas, ces tâches ont toutes été réalisées par les chargées de projet eConsult et ont nécessité quelques heures par semaine. Cependant, une fois que le processus est en place, une agente administrative (CRDS ou autre) pourrait faire les suivis requis. En Abitibi-Témiscamingue, bien que la gestion puisse se faire à l'intérieur du CRDS, il n'y a rien actuellement qui rallie le tout. Il s'agit effectivement de deux services parallèles. En Mauricie et Centre-du-Québec, la gestion opérationnelle des eConsult est réalisée au CRDS.

RECOMMANDATIONS

- Encourager la création d'équipes locales inspirées de la composition des équipes du projet pilote;
- Rassurer les CRDS/équipes de première ligne en indiquant qu'un programme de conseil numérique est un programme peu exigeant et à moindre coût;
- Utiliser les outils de projection afin d'effectuer les prévisions de volumétrie et de coûts associés.

PARTICULARITÉS EN CONTEXTE D'ENSEIGNEMENT

Lorsqu'un résident souhaite faire une eConsult il en discute, dans un premier temps, avec le médecin superviseur. Il écrit le texte de la eConsult dans le DMÉ et l'envoie en « tâche » au superviseur qui retranscrit la eConsult, y inclut les pièces jointes et la communique pour traitement. Une fois que le spécialiste a répondu à la requête, le superviseur recopie la réponse dans le DMÉ et transmet un message au résident pour l'en aviser. C'est le résident qui fait le suivi avec le patient par la suite. Cette façon de procéder est loin d'être optimale, car elle augmente inutilement la charge de travail du superviseur.

RECOMMANDATION

Les résidents devraient avoir leur propre compte eConsult. Cela étant, ils discuteraient au préalable avec le superviseur, comme c'est déjà le cas lorsqu'ils communiquent avec un spécialiste.

eConsult Québec

5. Maintien et bonification du service eConsult

5. MAINTIEN ET BONIFICATION DU SERVICE eCONSULT

Les étapes suivantes ont été importantes pour le maintien et la bonification du service eConsult. Elles ont été assurées par le CD et les équipes locales :

- *L'engagement des diverses parties prenantes;*
- *Les activités de surveillance de la qualité et d'évaluation;*
- *Les projections budgétaires.*

ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes identifiées pour le projet eConsult Québec ont été les suivantes :

1. Les patients;
2. Les utilisateurs : FSP et spécialistes, actifs, inactifs et à être recrutés;
3. Les fédérations médicales : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ);
4. Le MSSS et plus spécifiquement : la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM) sous la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) et la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés (DOSPLI) maintenant dissoute;
5. Les équipes de recherche de l'UQO, de l'Université McGill et de l'Université de Sherbrooke;
6. Les équipes de télésanté des autres RUIS;
7. Le Collège des médecins du Québec (CMQ);
8. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM).

Peu de travail a été effectué auprès des patients lors du projet pilote. Nous avons néanmoins impliqué un patient partenaire dans notre comité directeur, ce qui a permis un éclairage des décisions y étant prises. Le sondage patient aura aussi permis un certain niveau d'engagement.

Rapidement, un lien a été établi avec la DGAUMIP et la DOSPLI par le biais de présentations, et ce, avant le démarrage du projet. Par la suite, un membre de la DGAUMIP a siégé au comité directeur afin d'assurer un alignement avec les orientations de la direction. Cet engagement, ainsi que la preuve colligée, a permis la convergence d'un soutien au sein des directions de la santé.

Tout aussi rapidement, une collaboration avec le milieu de la recherche a été établie afin de saisir les possibilités d'étudier l'initiative et d'en démontrer les bénéfices, à l'instar des stratégies utilisées par l'équipe de Champlain BASE^{MD} eConsult.

Tous les autres acteurs clés, soit les FMOQ, FMSQ, MSSS, CMQ, ont été rencontrés tôt dans le processus, au cours de la première année du déploiement du projet pilote dans les trois sites, afin de leur faire connaître les bénéfices de la solution numérique. Les données de l'équipe Champlain BASE^{MD} eConsult ont été utilisées pour soutenir les démonstrations.

RECOMMANDATIONS

Dans un accroissement d'échelle :

- Maintenir un engagement des parties prenantes pour favoriser l'adhésion au projet de conseil numérique;
- Prévoir des rencontres régulières avec les acteurs clés;
- Identifier tous les joueurs, de tous les niveaux, afin de bien déterminer les lieux et la fréquence des communications avec ceux-ci;
- Bien définir les responsabilités de chacun pour atteindre les résultats opérationnels escomptés; maximiser la capacité et les compétences en faisant participer le secteur privé;
- Impliquer les fédérations médicales, FMOQ et FMSQ, dans la promotion, le soutien et la prise en compte du projet pour les règles de facturation et d'organisation de la pratique et des services.

SURVEILLANCE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Cette section présente les différentes surveillances effectuées.

SUIVI DES DÉLAIS DE RÉPONSE DES SPÉCIALISTES ET FERMETURE DES DEMANDES

Sur une base ponctuelle, les requêtes en attente sont vérifiées par la répartition – répartitrice, APPR, chargé-e de projet. La plateforme ne transmet pas de courriel automatisé aux médecins pour leur rappeler le délai de réponse, ce qui doit être fait manuellement par les répartitrices. En Outaouais, un suivi des demandes hors délais et des demandes non complétées auprès des spécialistes/médecins de famille des trois régions était fait en temps réel.

La situation devient parfois problématique lorsqu'un spécialiste ne répond pas dans un délai de 7 jours. Il est important d'évaluer si une relance est nécessaire afin de ne pas démobiliser les spécialistes qui participent au projet. Dans certains cas, nous avisons plutôt le demandeur que le délai de réponse du spécialiste pourrait être plus élevé. Dans le cadre du projet, il n'existe aucun levier pour sommer le spécialiste de répondre rapidement.

SUIVI DES UTILISATEURS INACTIFS

Un des indicateurs du projet est le nombre d'utilisateurs inactifs. Afin de pouvoir faire des interventions ciblées, il faut connaître le nom des demandeurs et donc croiser la liste des comptes créés avec la liste des eConsult réalisées. En Mauricie et Centre-du-Québec, un sondage personnalisé a été mené auprès de plusieurs demandeurs afin de connaître les raisons de la non-utilisation d'eConsult – problème de connexion, spécialité non disponible, pas eu l'occasion, etc. Il y a eu un faible taux de réponse. Cela démontre qu'il faut plutôt travailler sur le recrutement de nouveaux demandeurs (incluant toutes les IPSPL du réseau) par des présentations ciblées, de la publicité, du bouche-à-oreille, etc.

5. MAINTIEN ET BONIFICATION DU SERVICE eCONSULT

DIFFÉRENTS SUIVIS

Pour les personnes qui disposent des droits, il est possible d'extraire des données exportables en format Excel, telles que délai de réponse, temps pour compléter la eConsult, réponses au sondage. Ces données permettent de produire certaines statistiques et analyses : nombre d'eConsult par demandeur, nombre d'eConsult par spécialiste, taux de satisfaction, etc.

Chaque mois, il y a eu une présentation des résultats à partir du sondage de clôture, mais d'autres éléments ont pu être extraits de la plateforme comme les utilisateurs actifs et inactifs, le nombre de spécialiste(s)/spécialité(s) par région, le nombre de FSP par clinique, le nombre d'eConsult par région et pour l'ensemble des régions, le nombre d'eConsult et le nombre de FSP qui ont fait au moins une eConsult par période, le taux de distribution des spécialités, la rémunération et le temps en minutes par spécialité, le nombre d'itérations, le délai moyen pour répondre à la requête, le temps de réponse en jours par clinique/région, etc. D'autres indicateurs ont été également utilisés dans le cadre du projet collaboratif « Médecine connectée » (voir annexe IV – Indicateurs de performance eConsult).

Dans la plateforme eConsult, il y a une section nommée commentaires où les spécialistes peuvent partager leur opinion sur n'importe quel aspect de l'expérience. La plupart des commentaires consistaient en l'appréciation positive du service eConsult; certains commentaires portaient sur des problèmes de la plateforme et des points d'amélioration que nous avons ajoutés dans une matrice afin de bonifier la plateforme pour offrir un meilleur service et en améliorer la qualité.

Outre les statistiques récoltées par la chef de projet, il nous est impossible de connaître l'état de situation des régions comme, par exemple, le nombre de références par spécialité, le nombre de références par médecins de famille, le nombre de références de nos demandeurs dans les autres secteurs… Les qualités de réponse ne sont pas non plus évaluées. Aucun médecin à ce jour ne s'est plaint de la qualité d'une réponse reçue. Toutefois, comme il s'agit d'un service « conseil » le fournisseur de soins primaires peut ou non tenir compte du conseil du spécialiste.

RECOMMANDATIONS

- Effectuer une vigie sur les demandes et sur le fonctionnement dans le but de favoriser une bonne évolution du projet;
- Prévoir l'automatisation de certains de ses processus;
- Avoir la possibilité d'effectuer un suivi en temps réel avec une traçabilité (hors délais) :
  - Tableaux de bord automatisés,
  - « Business intelligence »,
  - Opérationnel,
  - Gestion,
  - Statistiques en mode dynamique;
- Accéder aux données des DMÉ pour faciliter la surveillance, l'évaluation de la qualité de l'acte ou de la trajectoire;
- Prévoir un logiciel d'extraction de données;
- Utiliser la surveillance pour soutenir le changement (se réajuster/s'adapter);
- Évaluer la qualité des réponses des spécialistes (opinion partagée);
- S'assurer que l'entité en charge de la surveillance exerce une fonction critique suffisante de manière indépendante et efficace.

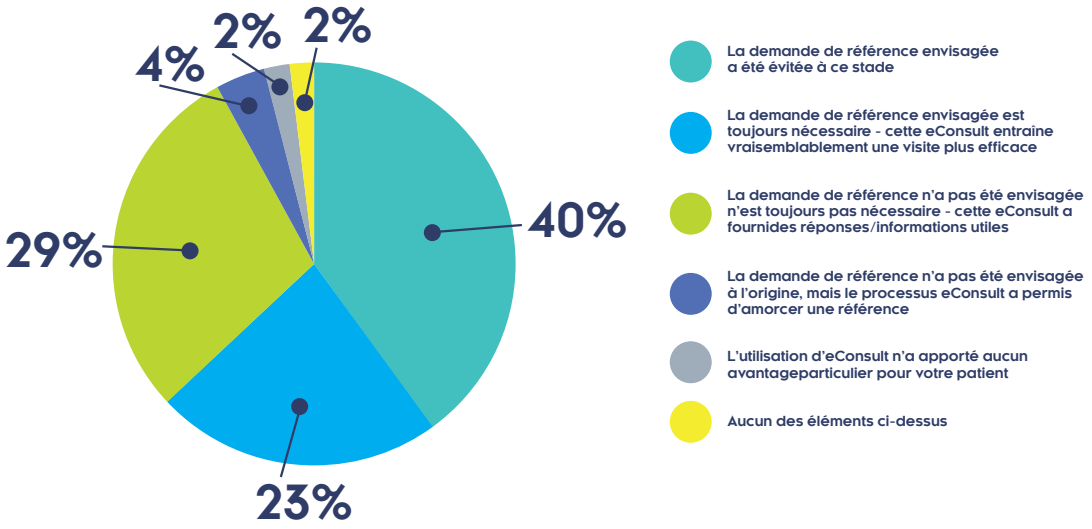
ÉVALUATION

En plus des éléments de surveillance mentionnés dans la section précédente, différentes modalités ont été utilisées afin de s'assurer de prendre le pouls de l'expérience des utilisateurs et de s'inscrire dans une perspective d'amélioration continue de la qualité du projet dans son ensemble.

Notons la réalisation des sondages suivants :

- Sondage de clôture effectué après chaque eConsult par le FSP nous renseignant sur l'impact de la eConsult sur la prise en charge et autres questions connexes (voir le graphique ci-dessous);

IMPACT SUR LA RÉFÉRENCE



- Sondage auprès des spécialistes, explorant l'expérience de l'utilisateur, effectué une fois par année (voir annexe V – Sondage auprès des spécialistes);
- Sondage auprès des FSP, explorant l'expérience de l'utilisateur, effectué une fois par année (voir annexe VI – Sondage auprès des fournisseurs de soins primaires);
- Sondage auprès des patients, explorant l'expérience patient du processus (voir annexe VII – Sondage auprès des patients).

Il ressort de ces sondages une grande acceptabilité du service par tous les acteurs et un impact positif sur la prise en charge. Cependant, il a été noté que les patients étaient mal informés du processus.

5. MAINTIEN ET BONIFICATION DU SERVICE eCONSULT

RECOMMANDATIONS

- Créer une définition documentée de la réussite, des résultats opérationnels et de la façon dont ils seront mesurés;
- Déterminer les questionnaires d'évaluation, mécanismes et la fréquence d'administration de ces sondages;
- Faire passer en boucle de rétroaction les éléments d'évaluation qui mériteraient d'apparaître sur la plateforme;
- Effectuer une analyse de la littérature scientifique sur les leçons apprises à l'international afin de compléter l'information ici colligée; à cet effet, voici quelques sujets proposés :
    - L'adoption FSP,
    - La nature optionnelle *versus* imposée,
    - Les impacts d'eConsult sur l'épuisement professionnel médical,
    - L'analyse d'impacts organisationnels et sociétaux,
    - Coûts et impacts,
    - Analyse du travail additionnel, ou non, pour les FSP qui effectuent une eConsult;
- Effectuer un mappage de ce qu'il y a à déterminer et de ce que l'on ne sait pas;
- Encourager la participation aux activités de forums nationaux de conseil numérique et maintenir la collaboration avec les équipes de recherche;
- Communiquer une information crédible et actuelle pour faire preuve de ce qui a été réalisé, du caractère adéquat des moyens employés et des leçons qui ont été tirées;
- Effectuer un examen juste et éclairé du rendement, des réalisations et difficultés reconnues, apporter les correctifs adéquats, et imputer les conséquences aux personnes responsables;
- Assurer et mettre en œuvre de façon exhaustive et explicite la gestion des résultats tout au long de l'initiative de transformation, du commencement jusqu'à l'étape suivant l'entrée en service;
- Déterminer les indicateurs de performance pour la reddition de comptes;
- Explorer les manières de faciliter la communication du processus aux patients.

Consult Québec

6. Considérations générales en lien avec l'accroissement d'échelle

6. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES EN LIEN AVEC L'ACCROISSEMENT D'ÉCHELLE

Les éléments suivants constituent des éléments clés utiles aux réflexions entourant l'accroissement d'échelle d'un service tel que le service eConsult :

- *Gestion du changement;*
- *Rémunération;*
- *Considérations déontologiques et légales;*
- *Valeur éducative du service eConsult.*

GESTION DU CHANGEMENT

L'introduction d'eConsult est une innovation dans la pratique des FSP et des spécialistes. Elle apporte un changement à plusieurs niveaux :

1. Une nouvelle modalité de communication entre les FSP et les spécialistes qui requiert un investissement de la part du FSP; la mise en place de nouvelles modalités organisationnelles, implication des structures du CRDS, des nouveaux rôles permettant d'assurer la répartition des demandes, la coordination des opérations, la surveillance des tableaux de bord ainsi que le soutien tant aux FSP qu'aux spécialistes, est une nouveauté qui requiert un accompagnement et un renforcement des processus;

2. L'implication des CRDS avec un rôle de répartition;

3. L'adoption de nouvelles façons de faire, la mise en place de structures de gouvernance, les réflexions autour des enjeux de rémunération des médecins (médecins de famille et spécialistes), l'aspect légal de la pratique, les relations avec les autres projets structurants comme la solution cible APSS, sont autant d'éléments qui nécessiteront une collaboration soutenue de nombreux acteurs du réseau et une gestion du changement tout au long du projet;

4. L'introduction d'une technologie est un élément facilitateur pour certains et perturbateur pour d'autres; la gestion du changement en lien avec l'utilisation d'une nouvelle technologie est importante, quoique dans le cas qui nous concerne, la plateforme était déjà éprouvée et intuitive et n'a nécessité qu'une formation minimale; en revanche, la réorganisation du travail nécessaire lors de l'introduction d'une technologie requiert un encadrement et un accompagnement serrés au moment du déploiement;

5. Le soutien à la gestion du changement qu'offre l'analyse des données probantes générées en temps réel par le projet eConsult Québec s'avérera fondamental dans un contexte de système de santé apprenant.

RECOMMANDATIONS

- Faire évoluer le noyau d'expertise d'eConsult Québec (p. ex. le comité directeur est devenu le comité de transition pour l'accroissement d'échelle) vers l'établissement d'un Centre d'excellence en conseil numérique sous l'égide du MSSS pour assurer la gouvernance et l'évolution du processus et de la plateforme, de même que faciliter la coordination interrégionale vitale au projet entre les CRDS; au moment du déploiement, une recette affinée par l'expérience sera mise à contribution pour accompagner chaque région et CRDS dans son adoption;

RECOMMANDATIONS (suite)

- Avoir déjà l'outil/plateforme en place; clé en main intégré pour les établissements afin de minimiser au maximum tout effort nécessaire à l'adoption;
- Offrir des disponibilités d'aide et de formation directement depuis la plateforme pour minimiser la nécessité de formations additionnelles;
- Mettre à l'essai la solution technologique avant le lancement, incluant des simulations complètes basées sur des situations réelles, et ce, à l'aide d'un échantillon d'utilisateurs réels;
- Déterminer les processus de demandes de changement et s'assurer de leur agilité;
- Communiquer la fonctionnalité prévue de toute nouvelle solution technologique – y compris ses limites – à tous les intervenants;
- Opérer la solution sur une infrastructure robuste hébergée de préférence en infonuagique pour s'arrimer aux orientations gouvernementales et gagner en agilité et performance;
- Prévoir un tableau de bord qui fournit aux utilisateurs un portrait des statistiques et des données qui seraient pertinentes pour eux – avec objectifs/indicateurs mesurables;
- Prévoir une stratégie de communication efficace incluant des communications dirigées vers le patient.

RÉMUNÉRATION

Il est à noter que dans le cadre du projet pilote, les spécialistes ont été rémunérés au taux de 200 $/heure, au prorata du temps travaillé pour la eConsult répondue.

Le texte qui suit présente l'information sommaire sur les enjeux relatifs à la rémunération du conseil numérique en y incluant une revue de littérature ainsi que des comparables.

NOTIONS DE BASE EN LIEN AVEC LA RÉMUNÉRATION

- La rémunération constitue l'un des aspects les plus coûteux du service;
- Les coûts estimés demeurent toutefois bas; ils sont de l'ordre de 463 000 $ pour les spécialistes et 163 000 $ pour les médecins de famille dans les projections à 4 ans – « Projection Budget »;
- Une économie de coûts importante a été démontrée en comparaison avec la consultation en face à face;
- Dans les initiatives ontarienne et québécoise, la rémunération des spécialistes est de 200 $/heure au prorata du temps passé; une eConsult coûte environ 50 $;
- La durée du travail est autodéclarée par le médecin; la moyenne est de 12 minutes.

COÛTS MOYENS DE LA RÉMUNÉRATION DES SPÉCIALISTES ET TEMPS AUTODÉCLARÉ PAR LES SPÉCIALISTES
(POUR LES SPÉCIALITÉS AYANT EFFECTUÉ 13 ECONSULT OU PLUS)

Groupe de spécialités	Moyenne par spécialité d'une rémunération par eConsult ($)	Temps moyen pour compléter une eConsult (minutes)	Nombre de cas complétés
Gastroentérologie	67,31	20,21	47
Psychiatrie	66,93	20,10	50
Rhumatologie	60,84	18,27	26
Neurologie	50,36	15,12	41
Dermatologie	43,14	12,96	203
ORL	41,29	12,40	25
Chirurgie générale	40,52	12,17	30
Pédiatrie	40,50	12,16	37
Médecine interne	38,87	11,67	224
Neurochirurgie	35,26	10,59	17
Gynécologie/Obstétrique	31,73	9,53	117
Orthopédie	30,38	9,12	57
Endocrinologie	29,30	8,80	75
Maladie infectieuse	28,18	8,46	13
Cardiologie	27,75	8,33	24
TEMPS MOYEN		12,66	

Nabelsi, V. Dumas Pilon, M. Lévesque-Chouinard, A. and Liddy, C. Improving Referral Process, Timeliness, Effectiveness, and Equity of Access to Specialist Medical Services through eConsult: A Pilot Study. Accepted for publication. JIMR Medical Informatics.

TEMPS MOYEN POUR COMPLÉTER UNE eCONSULT, **eCONSULT QUÉBEC**

Temps moyen requis pour compléter une eConsult	Nombre d'eConsult	% d'eConsult
< 10 min	286	29
10-15 min	536	54
15-20 min	67	7
20 min >	97	10

TEMPS MOYEN POUR COMPLÉTER UNE eCONSULT, **CHAMPLAIN BASE^MD eCONSULT**

Temps moyen requis pour compléter une eConsult	Nombre d'eConsult	% d'eConsult
< 10 min	1790	48,8
10-15 min	1175	32
15-20 min	563	15,3
20 min >	142	3,9

Différents modèles de rémunération ont été explorés au pays et comportent leurs avantages et inconvénients.

ANALYSE COMPARATIVE DES MODÈLES DE RÉMUNÉRATION

Modèles	Avantages	Inconvénients
Taux horaire au prorata (200 $/h)	Permet plus de types de spécialités (p. ex. non médicales) Paiement seulement lorsqu'il y a réponse Permet flexibilité au niveau du volume et de la complexité des cas	Service de paiement indépendant du paiement habituel, mais intégré à la plateforme
Taux horaire au prorata avec incitatif (200 $/h + 10 $ si fait en moins de 24 h ou 5 $ en moins de 48 h)	Potentiel de permettre une réponse plus rapide	Qualité de la réponse pourrait baisser Intérêt limité puisque le délai de réponse est déjà court et que l'eConsult est de nature non urgente
À l'acte (44,50 $)	Plus aligné avec les structures de paiement traditionnelles	Ne tient pas compte de la complexité des cas Les médecins doivent assurer la facturation eux-mêmes Moins de flexibilité pour les spécialités non médicales
Temps dédié (3 heures par semaine x 200 $/h)	Simplifie la planification et le paiement pour les spécialistes et les payeurs	Coûts significativement plus élevés

COÛTS MOYENS PAR eCONSULT SELON LES MODÈLES DE RÉMUNÉRATION DES SPÉCIALISTES

Modèles	Coûts moyens par eConsult ($)
Taux horaire au prorata (200 $/h)	45,72
Taux horaire au prorata avec incitatif (200 $/h + 10 $ si fait en moins de 24 h ou 5 $ en moins de 48 h)	51,90
À l'acte (44,50 $)	44,50
Temps dédié (3 heures par semaine x 200 $/h)	337,44
Avec ajout d'heure additionnelle	133,41

Liddy, Deri Armstrong, McKellpis, Drosinis, Afkham and Keely, Chosing a Model for eConsult Specialist Remuneration: Factors to Consider. Informatics. 2016.

- Les sommes versées varient selon les provinces et territoires – 10 $ à 76 $ pour les spécialistes et 16 $ à 32 $ pour les FSP (voir annexe VIII – Remuneration Brief);
- Seulement quelques spécialistes sont requis par spécialité pour répondre aux demandes de CN;
- La rémunération n'est pas la principale source de motivation des spécialistes participants;
- Dans le modèle ontarien, des professionnels non médicaux – psychologue, physiothérapeute, nutritionniste, etc. – participent au service.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS L'EXPLORATION DE LA RÉMUNÉRATION DES SPÉCIALISTES (SELON LES DONNÉES DU PROJET eCONSULT QUÉBEC)

- Les cinq spécialités qui déclarent des temps plus élevés semblent être associées à un taux plus élevé de consultations évitées;
- La rémunération à l'acte est utilisée par 50 % des médecins spécialistes participants et la rémunération mixte compte pour 50 % de ceux-ci;
- Dans 87 % des cas, les spécialistes font des recherches pour répondre aux questions;
- De plus, 84 % des spécialistes considèrent la rémunération adéquate.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS L'EXPLORATION DE LA RÉMUNÉRATION DES FOURNISSEURS DE SOINS PRIMAIRES

- Une eConsult semble prendre plus de temps et impliquer une charge de travail supplémentaire que la requête traditionnelle de consultation, notamment pour l'application de la prise en charge recommandée; ceci est en cours d'évaluation;
- Le nombre d'eConsult moyen par mois pour un FSP est d'environ quatre (4), dépassant ainsi le nombre de consultations téléphoniques aux spécialistes alloué par année.

Impact d'une eConsult sur la prise en charge par les FSP pour les spécialités ayant complété plus de 13 eConsult

Specialist Domain Name	Référence évitée	Référence encore non-nécessaire	Référence encore nécessaire	Nouvelle référence	Aucun bénéfice	Autres
Dermatologie	43%	23%	22%	6%	3%	3%
Médecine interne	43%	33%	16%	3%	1%	3%
Gynécologie	28%	39%	24%	5%	2%	2%
Orthopédie	34%	20%	31%	6%	6%	3%
Endocrinologie	57%	21%	18%	4%	1%	0%
Neurologie	37%	27%	28%	4%	4%	0%
Pédiatrie	38%	34%	25%	2%	1%	1%
Gastroentérologie	44%	35%	15%	5%	1%	0%
Psychiatrie générale adulte	51%	23%	16%	3%	0%	5%
Rhumatologie	42%	39%	16%	1%	0%	1%
Chirurgie Général	30%	20%	35%	8%	6%	2%
Otorhinolaryngologie	40%	25%	30%	5%	0%	0%
Cardiologie Général	28%	36%	30%	4%	0%	2%
Pneumologie Général	33%	36%	29%	0%	0%	2%
Infectiologie	18%	43%	16%	7%	14%	2%
Adulte	23%	28%	46%	0%	3%	0%
Allergologie	43%	0%	52%	4%	0%	0%
Néphrologie	25%	25%	40%	5%	0%	5%
Ophtalmologie	38%	19%	31%	6%	0%	6%
Fertilité	29%	21%	50%	0%	0%	0%
Clinique de la Douleur	33%	11%	33%	11%	0%	11%
Immunisation	0%	67%	0%	0%	0%	33%
Santé publique et médecine préventive	67%	33%	0%	0%	0%	0%
Médecine dentaire	0%	50%	50%	0%	0%	0%
Anesthésie	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Gynéco-oncologie	0%	0%	100%	0%	0%	0%

Nabelsi, V. Dumas Pilon, M. Lévesque-Chouinard, A. and Liddy. C. Improving Referral Process, Timeliness, Effectiveness, and Equity of Access to Specialist Medical Services through eConsult: A Pilot Study. Accepted for publication. JIMR Medical Informatics 2019.

RECOMMANDATIONS

- Prévoir une rémunération uniforme pour toutes les spécialités (c.-à-d. : même tarification que l'on soit interniste, gynécologue ou dermatologue);
  - La rémunération au prorata du temps investi est le mode de rémunération qui permet la meilleure flexibilité pour tenir compte de la complexité ou de la simplicité du travail requis et le meilleur coût-bénéfice, tant pour les FSP que pour les médecins spécialistes;
- En l'absence de cette possibilité, des codes pour une activité simple et pour une activité complexe pourraient être développés.

CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES ET LÉGALES

Le projet eConsult Québec était d'abord un projet de recherche, il a été encadré légalement et éthiquement dans l'approbation de son protocole par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais.

Néanmoins, des démarches ont été initiées auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ) et de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) afin de s'assurer que le projet était en complète cohérence avec les meilleures normes de pratique ainsi qu'avec le code de déontologie dans la perspective d'un déploiement provincial.

Il est rapidement devenu clair que le projet s'inscrivait dans un cadre légal assez flou. En effet, comme le code de déontologie du CMQ fait office de loi au Québec, il a été consulté afin d'en extraire les éléments essentiels. Cependant, le guide du CMQ sur la télésanté, publié en 2016, n'explore pas les questions en lien avec le conseil numérique, le premier ayant été rédigé avant l'arrivée de ce dernier. Il a donc été entendu d'établir, dans un premier temps, les meilleures pratiques en lien avec le consentement du patient, la documentation et la sélection des spécialistes comme détaillées ci-après.

6. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES EN LIEN AVEC L'ACCROISSEMENT D'ÉCHELLE

Effectuer une analyse des risques en lien avec :

- La sécurité de la plateforme : bien évaluer la cote DIC (disponibilité, intégrité et confidentialité) de la solution TI développée;
- Le respect des normes en matière de conservation des documents : les documents électroniques doivent être conservés pendant un minimum de 10 ans; advenant la fin du projet, prévoir la conservation des données pendant cette période;
- Les médecins spécialistes :
  - Possibilité de médecins spécialistes participants délinquants ou aux compétences douteuses; considérer obtenir, lors du recrutement, un certificat de conduite professionnelle – Bureau du coroner, CNESST, mesures disciplinaires –, une confirmation d'inscription à l'ordre et une preuve d'assurance médicale, et ce, avec l'accord du médecin « répondant » concerné;
  - Risque d'autoréférence, de favoritisme, ou direction de patients vers des services non assurés; prévoir les balises à cet effet;
- Les corridors de services : baliser les consultations interrégionales et assurer un corridor de services clair pour la prise en charge, au besoin, afin d'éviter la confusion.

Assurer un processus d'assurance de la qualité

Des communications claires seront primordiales. En effet, il faudra prévoir une campagne de communication forte permettant une bonne compréhension des obligations déontologiques et légales de toutes les parties impliquées, notamment :

Pour les médecins utilisateurs requérants

- Assurer le respect des normes en matière de tenue de dossier :
  - Obtenir le consentement verbal du patient et le documenter;
  - Indiquer dans son dossier qu'il s'agit d'une eConsult ou d'un CN afin de pouvoir retracer l'information;
  - Joindre la réponse obtenue au dossier du patient;
  - Communiquer le résultat de la eConsult au patient à moins d'en avoir convenu autrement.

Pour les médecins utilisateurs répondants (spécialistes)

- Être conscient que la responsabilité médicolégale, professionnelle et civile est engagée lorsqu'une recommandation est faite ou un avis donné;
- S'il y a prise en charge du patient par le médecin spécialiste, le conseil numérique doit être conservé dans le dossier du patient;
  - Un mécanisme de transfert de l'information doit être prévu à cet effet;
- En l'absence de dossier patient pour le spécialiste, ou lors d'une demande non nominative, la plateforme peut faire office de documentation.

Autres considérations

- Advenant l'ajout de professionnels non médecins au service, s'assurer qu'ils soient encadrés par des ordres professionnels;
- IPS – Assurer la concordance avec le cadre déontologique et légal entourant cette pratique; le médecin partenaire devrait être participant;
- Si le service est utilisé en matière de DPC : s'assurer que les conflits d'intérêts des médecins spécialistes soient déclarés.

AUTRES ÉLÉMENTS RELATIFS AU CADRE LÉGAL

Il apparaît sage de vérifier les éléments légaux afférents au conseil numérique et d'obtenir un éclairage pertinent. L'Association canadienne de protection médicale a offert de soutenir les travaux de déploiement à cet effet.

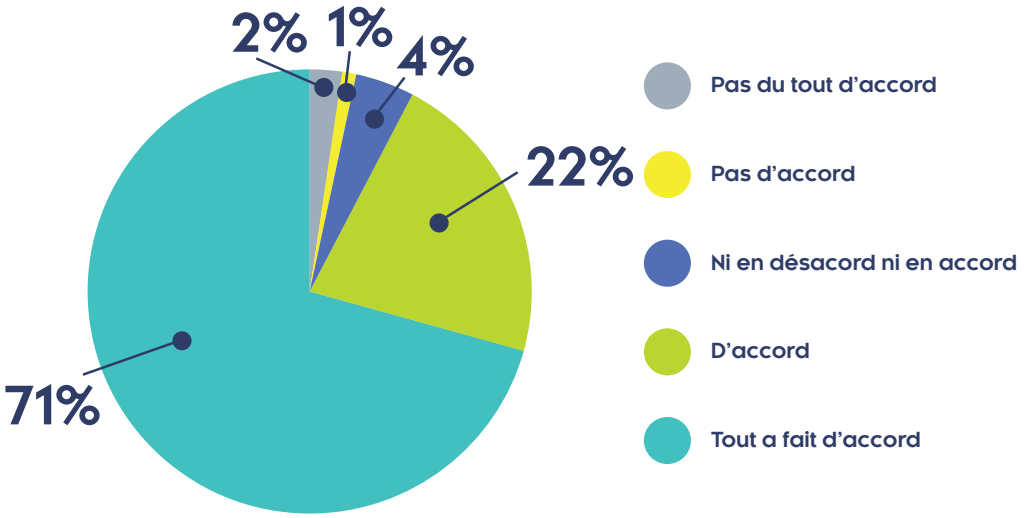
Dans l'éventualité d'un élargissement de portée visant l'intégration de professionnels autres que médecins, il sera important d'effectuer les démarches au niveau légal à cet égard également.

ÉDUCATION CONTINUE

À partir de la période P1 débutant le 1er avril 2019, nous avons ajouté une question au sondage de clôture sur la plateforme : Êtes-vous en accord que la réponse obtenue avec cette eConsult a une haute valeur éducative?

Nous avons compilé les données du 1er avril 2019 au 16 juillet 2019 (P4); les résultats démontrent que 93 % des FSP sont tout à fait d'accord et d'accord avec la haute valeur éducative à la suite de la réponse obtenue du spécialiste.

La valeur éducative du service



RECOMMANDATIONS

- Permettre aux secteurs de l'enseignement de puiser les données, à même les banques de conseils numériques, ce qui aiderait à bâtir des programmes de formation continue basés sur des besoins identifiables plus facilement;
- Permettre au secteur de la recherche de bénéficier de ces données en suivant, entre autres, l'évolution des demandes d'opinion en spécialité à travers le temps;
- Envisager un suivi des apprentissages reçus au fil du temps en faisant un lien avec les nouvelles demandes;
- Imaginer la création d'une banque de questions/réponses types (FAQ) basées sur les thèmes prévalents qui reviennent dans les demandes de conseils aux diverses spécialités.

Annexe I.

Particularités des trois régions du projet pilote

Particularités des trois régions du projet pilote : Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Mauricie et Centre-du-Québec

D'entrée de jeu, il est important de souligner que l'étendue des trois régions oblige inévitablement les patients à devoir se déplacer sur de longues distances pour obtenir des soins spécialisés. Aussi, les patients attendent des mois avant d'avoir un rendez-vous avec un spécialiste. Le fardeau que l'attente représente pour les patients est énorme. Dans certains cas, il contribue à augmenter le niveau d'inquiétude, d'anxiété, de stress pour les patients, à des retards dans leur diagnostic, à la duplication des tests et à la détérioration de leurs conditions entraînant des coûts et une satisfaction moindre pour les patients et les prestataires de soins (CIHI, 2012).

Outaouais

Le CISSS de l'Outaouais dessert l'ensemble de la population de l'Outaouais, soit environ 390 000 personnes, dont 60 % en zone urbaine, ville de Gatineau, et près de 40 % en territoire rural; 5 % vivent dans des réserves autochtones, soit environ 20 000 personnes. Le GMF-U de Gatineau est en zone urbaine.

Ce projet collaboratif d'amélioration continue de la qualité s'arrime parfaitement avec le projet d'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Ce dernier met en place un processus complet pour l'uniformisation des demandes de référence en consultations spécialisées pour l'ensemble du Québec et les mécanismes permettant d'assurer à l'usager un accès aux services spécialisés à l'intérieur du délai correspondant à sa condition clinique. Ce projet permet de travailler en amont de la demande de consultation en spécialité, et ce, en facilitant les échanges entre les fournisseurs de soins de santé primaires (FSP) et les spécialistes. Ces échanges orienteront le FSP vers le bon spécialiste et au bon moment. Il permettra d'éviter des attentes indues pour le patient lorsque le FSP peut être orienté vers la démarche à suivre dans un délai beaucoup plus court (maximum de 7 jours).

Une attention particulière est portée sur les temps d'attente en soins de première ligne. Les délais sont énormes actuellement en Outaouais, dépassant plus de six mois dans pratiquement toutes les spécialités médicales et pouvant atteindre jusqu'à deux ans et plus. Le projet de conseil numérique s'inscrit en amont de l'APSS et permettra de mieux cibler les références nécessitant une rencontre du patient et d'offrir un service plus pertinent et de qualité. Des efforts importants sont déployés partout au Canada dont au Québec afin d'établir des références et des cibles pour les patients dans des domaines de soins spécialisés.

Abitibi-Témiscamingue

Tout comme le CISSS en Outaouais, l'amélioration de l'accès des fournisseurs de soins primaires à des services de consultation de spécialistes concorde avec les priorités stratégiques du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Une particularité de cette région est l'immensité de son territoire (57 349 kilomètres carrés) et de sa faible densité de population (147 982 habitants en 2016, pour une densité de 2,6 hab./km carré) qui oblige souvent les patients à de très longs déplacements pour obtenir des soins spécialisés, et cela, sans tenir compte du fait que plusieurs spécialités n'ont pas de médecin permanent sur le territoire, comme l'endocrinologie, la néphrologie, la physiatrie, etc.

Aussi, ce projet s'arrime avec celui de l'APSS du MSSS du Québec. Afin d'améliorer l'accès à la médecine spécialisée, un centre de répartition des demandes de services (CRDS) est implanté dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue tout comme en Outaouais. Au Québec, il y a un total de 14 CRDS. Le CRDS est le seul point de chute pour toute nouvelle demande de services pour une consultation en médecine spécialisée. Les médecins référents peuvent y envoyer leur demande de services pour une première demande de consultation afin que celle-ci soit prise en charge pour l'ensemble du continuum de soins.

Mauricie et Centre-du-Québec

L'amélioration de l'accès des fournisseurs de soins primaires à des services de consultation de spécialistes concorde avec les priorités stratégiques du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec qui dessert plus de 512 300 personnes sur un territoire de 45 000 km^2, dont plus de 6 800 Autochtones habitant majoritairement au nord du territoire. Le territoire est également réparti sur les deux rives du fleuve Saint-Laurent et s'étend jusqu'en Haute-Mauricie.

Depuis le début de l'APSS, le CRDS de la Mauricie et du Centre-du-Québec a traité plus de 100 000 demandes de services; et, pour plusieurs spécialités, il a été noté une augmentation de la demande pour des indications cliniques qui ne nécessitent pas obligatoirement une consultation avec un spécialiste. En raison de son vaste territoire, et de l'absence de spécialités dans certains établissements, qui obligent la clientèle à se déplacer sur de longues distances, la Mauricie et Centre-du-Québec est une région où le projet de conseil numérique pourrait aider les fournisseurs de soins de santé primaires à gérer leur clientèle plus efficacement, et ce, en référant au bon spécialiste, au bon moment.

Nous avons fait une compilation des données extraites du CRDS; l'urologie et l'orthopédie sont les disciplines où le temps d'attente est le plus long (parmi les neuf spécialités faisant partie de la phase 1 du projet APSS). L'analyse des listes d'attente pour les phases 2 et 3 de l'APSS nous illustre que la dermatologie et la santé mentale sont des spécialités avec un défi d'accès.

Annexe II.

Le protocole de l'étude Wait Time 1

Le protocole de l'étude Wait Time 1

Addendum to OHSN Protocol #2013674-01H; Bruyère #M-16-058
Building Capacity for Specialized Services through eConsultation

Amendment Title

Applied Health Research Question: Understanding the impact of the wait time between initial primary care referral of a patient to the time the patient is seen by a specialist, or Wait Time 1

Amendment Rationale

Excessive patient wait times for accessing care are one of the most significant problems facing many health care systems. The burden of waiting is significant for patients and in some cases can lead to increased anxiety, stress, and poorer health outcomes.(1)

There is a lack of published information detailing the full spectrum of time a patient waits. The full waiting period includes tracking the time from when the patient's symptoms start, to when they see their primary care provider (PCP) who requests a specialist referral, to when the patient sees the specialist, and finally, the wait between seeing the specialist until they begin treatment. Most wait time measures reported in the literature tend to focus on the amount of time between when the patient sees the specialist until the time they are treated.(2)

Recently, a survey was completed as part of the broader INSPIRE-PHC (the funder of our main study). The survey asked all the CEOs of the Ontario Local Health Integration Networks (LHINs) about their priority research questions. We have been asked to conduct this research to answer one of their priority questions:

"Wait 1 – a significant amount of the metrics for Wait 1 come from specialist information; could we solicit the input of primary care providers to ensure the perspective of the primary care provider is also captured?"

The LHIN CEOs have defined wait time 1 as the length of time between the date a patient is referred to a specialist and the date they actually see the specialist, so we will use the same definition of wait time 1 throughout this project. The majority of published information on wait time 1 comes from the specialist perspective, and is often based on data from large national health surveys that are subject to recall bias. (2;3) To our knowledge, few studies have been conducted in Canada that calculate wait time 1 from the primary care perspective. (2;4;5)

The objectives of this study are threefold: (1) to understand and test the feasibility of calculating wait times from the primary care perspective through a chart audit; (2) to calculate wait time 1 for primary care practices in Canada; and (3) to develop a chart abstraction manual for future studies examining wait times. The results of this study will be highly relevant for the LHIN CEOs, PCPs, and the participating clinics, to better understand how long patients are waiting for access to specialist care.

Research Questions

This study will answer the following three research questions:

1. What is the wait time between the date a PCP initiates a specialist referral and the date the patient is seen by the specialist?
2. What are the patient and health system costs of waiting for care?
3. What is the association between socioeconomic status and wait times?

Study Duration

This study will run from October 1, 2015 to December 31, 2018 (see Appendix A: Study Flow of Retrospective Chart Audit).

Study Design

We will conduct a retrospective chart audit of several primary care practices in Canada, which will include The Ottawa Hospital Academic Family Health Team (three clinics) and other Canadian clinics that choose to participate. The data will include patient and practice level information captured through the chart audit and a clinic survey (see Appendix B: Clinic Information Survey).

Setting

Primary care practices in Canada

Inclusion Criteria

Primary health care clinics where the clinic leadership agrees to participate can be included in this study. Each clinic must agree to provide space, data access, on-site resource person (to help set-up access to the EMR, answer general questions) for the chart abstractors.

Exclusion Criteria

Any clinic not meeting the inclusion criteria.

Sampling

We will use a convenience sample from the clinics that have expressed interest in this project. If successful, we may expand the study to other organizations.

Sample Size

In the initial phase of the study, we will extract information from all referral letters sent during one month. We anticipate this will include at least 100 charts per clinic. We will also sample charts from at least one clinic that uses eConsult services regularly from a time-period before they started using eConsult.

Data Source

We will select all referral letters from each participating clinic for a time-period (roughly one month) that will allow us to sample 100 charts from each clinic. The month will be selected so most referrals should have received a specialist response within a one-year time frame.

Chart Abstractors – Selection and Training

We will work with students and residents to assist with the chart abstraction. Training will be provided by the Principal Investigator (PI) and an experienced chart abstractor. The abstractors will be trained on site. Their work will be checked and verified, and they will have the opportunity to ask questions. Once the PI and resident trainer are satisfied with their work, they will be assigned to one of the clinics to complete the chart abstractions for that clinic. The research team will monitor the data collection and be able to respond quickly to any issues that may arise during the data collection phase.

As part of this study, we will also be meeting regularly with the chart abstractors to find out if the methodology, data collection tool, instructions and training are sufficient to complete the work. Their information will assist in refining the next phase of the study, and the development of a chart abstraction manual.

Data Access

Each participating clinic will supervise the chart abstractor throughout the chart abstraction process. The clinic will establish the guidelines as to how the chart abstractor can work (i.e. hours of access, clinic liaison), and will provide the space and access to the referral letters and EMRs. Each chart abstractor will be required to sign the appropriate clinic and research confidentiality agreements before accessing any of the data. The clinic will retain the right to cancel the access of any chart abstractor at any time.

Data Collection

Each chart abstractor will collect information from two sources at the clinic: (1) specialist referral letters; (2) clinic's EMR. We will collect data from each specialist referral and abstract their healthcare utilization data during the specified time frame (see Appendix C: Data Collection Form).

Data Confidentiality

Data will be stored on a secure server at the Winchester District Memorial Hospital. Chart abstractors will not store any information in any other place (i.e. laptop, USB key, paper copy, etc.). This site is password protected and conforms to the existing patient privacy legislation in Ontario. The only people who will have access to the information will be members of the research team directly involved in the data collection or analysis. The only patient identifiers to be collected are the first three digits of the patient's postal code, which is being collected to allow us to conduct the patient cost and socioeconomic analyses as outlined below. The data is therefore de-identified on the server. Electronic files will be kept for a period of ten years after the completion of the study.

Analysis Plan

De-identified data will be downloaded from the secure web-based platform and stored on the secure servers at Bruyère Continuing Care hospital. Descriptive statistics will be used to characterize referral, practice, and patient data.

One of our dependent variables is specialist wait time and this will be calculated in days between date referral is made to the date the patient is seen by the specialist. Wait times do not typically follow a normal distribution, therefore medians and 75th percentiles will be calculated. We will examine differences in wait times across specialty types, clinics, patient gender, patient age, SES, and rurality. SES will be calculated based on the first three digits of the patient's postal code and linking to census data from Statistics Canada. The rurality of each patient will be calculated based on the standard scales (i.e. Rurality Index for Ontario).

Another dependent variable will be health system and patient utilization costs during wait time 1. These will be quantified based on the appropriate fee schedules and available datasets. Medians and 75th percentiles of costs will be calculated. We will examine differences health system utilization costs and patient costs across specialty types, clinics, patient gender, patient age, SES, rurality, and wait time.

All data analysis will be done in SAS version 9.3 or similar statistical software.

Potential Risks

At the clinic level, the potential risks are the disruption in workflow when the chart abstractor is working (although every effort will be made to mitigate this risk during the planning stage). We do not foresee any risk to individual's health information, since the identifiable information being collected is the first three digits of the patient postal code.

Potential Benefits

Our plan is to provide each clinic with aggregated results, which may provide benefit in understanding the length of time patients in their clinic are actually waiting for specialist care. Individual patients will not receive any direct benefit from participating in this study. However, by collecting their data, we will be able to measure and characterize patient wait times which may be of benefit to future patients.

Ethics

This study will be submitted to The Ottawa Health Sciences Research Ethics Board and the Bruyère Continuing Care Research ethics Board for review and approval. Other sites may conduct administrative reviews, according to their local requirements.

Audits

The Ottawa Health Science Network Research Ethics Board, the Bruyère Research Ethics Board, the Ottawa Hospital Research Institute and the Bruyère Research Institute may review relevant study records under the supervision of Drs. Keely or Liddy or their research staff for audit purposes.

Dissemination

Articles will be submitted for publication in peer-reviewed journals. The research will also be disseminated through academic and professional forums such as conferences. We will prepare individual reports for each clinic and share the aggregated results with them, which assist with their own quality improvement initiatives.

Impact

There is almost no published data about the length of time a patient waits between the initial visit to their primary care provider and the specialist. This information is of importance to all clinicians and policy makers in Canada, and may have a profound impact on healthcare policy.

Study documents

1. Appendix A: Study Flow Diagram of Retrospective Chart Audit
2. Appendix B: Clinic Information Survey
3. Appendix C: Data Collection Form

References

1. Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada, 2012: A Focus on Wait Times. CIHI, 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-ENweb.pdf
2. Jaakkimainen L, Glazier R, Barnsley J, Salkeld E, Lu H, Tu K. Waiting to see the specialist: patient and provider characteristics of wait times from primary to specialty care. BMC Fam Pract 2014;15(1):16.
3. Barua B, Esmail N. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada. Fraser Institute, 2013. http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2013.pdf.
4. Thanh NX, Wanke M, McGeachy L. Wait time from primary to specialty care: a trend analysis from Edmonton, Canada. Healthc Policy 2013;8(4):35-44.
5. Thind A, Stewart M, Manuel D, Freeman T, Terry A, Chevendra V, et al. What are wait times to see a specialist? An analysis of 26,942 referrals in southwestern Ontario. Healthc Policy 2012;8(1):80-91.

Appendix A: Study Flow of Retrospective Chart Audit

Planning
Research team meets with primary care clinics who have volunteered to establish data collection process. We will also ask questions about the referral process at each clinic (Appendix B)

>>> **Planning**

Data Collection
Research team performs chart abstraction at clinics and documents and identifies barriers and facilitators to be used post study in development of chart abstraction manual

>>> **Data Collection**

Data Analysis
Chart abstraction data are downloaded and analyzed by research team

>>> **Data Analysis**

Interpretation
Conclusions of study interpreted using quantitative data. A synthesis of meetings and discussions with clinics and chart abstractors may be added to further explain study results. Paper(s) will be submitted for publication in a scientific journal. The publication may be individual or based on aggregate data.

>>> **Interpretation**

Knowledge Exchange
We will present the results to each clinic/clinic group and will engage in additional KE work as opportunities arise.

>>> **Knowledge Exchange**

Appendix B: Clinic Information Survey

Understanding Wait Time 1
Pre-Chart Abstraction Survey

Before the data collection begins, we will meet with the clinic leads to discuss the data referral and data collection process at their clinic. This will help us plan the intervention, and will provide us with tools for cross-comparison of data.

Section One

1. Enter the following information about the clinic:

Clinic name: _____
Postal code (first 3 digits only): _____
Position of respondent: _____

2. In your clinic, do you have a designated referral clerk(s)?

- O Yes
- O No

If no, who is responsible for managing your referrals?

_____

3. How are referrals to specialists completed?

- O Electronic
- O Paper (Fax, Mail, etc.)
- O Both
- O Other

4. For each referral to a specialist, are you able to identify the specific specialty type each patient has been referred to?

_____

5. Is the reason for the specialist referral captured?

_____

6. Are you able to identify which patients have been referred to a specialist?

_____

Section Two

1. How long has your clinic been in operation?

- O Less than 1 year
- O 1 to 4 years
- O 5 to 9 years
- O More than 10 years

2. How is your clinic funded?

_____

3. Please indicate the number of primary care providers (general practitioners, family physicians (GPs/FPs) and nurse practitioners (NPs)) in your clinic and their FTEs (full-time equivalent = more than 35 hours/week):

_____= number of GPs/FPs _____= FTEs
_____= number of NPs _____= FTEs

4. What is your estimated patient roster size?

_____

5. Approximately how many patient visits do you have each year for your clinic?

_____

6. In your clinic:

a) Are services offered by medical specialists on site?

- O **Yes**
  If yes, how many different specialties are present? _____
- O **No**

b) Do you have experience with a shared care model of patient care with specialists?

- O **Yes**
  If yes, which specialists? _____
- O **No**

c) Do you have experience using telemedicine?

- O **Yes**
  If yes, do you have a unit on site? _____
- O **No**

Appendix C: Data Collection Form

Category	Q #	Description
Clinic ID	1.0	Choose from the drop down menu
1. Specialist Referral Information	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.5.1 1.6 1.7 1.7.1 1.8 1.9	Date referral letter created Date referral letter sent Specialty type Reason for referral Was the referral urgent? What information is present for it to be urgent? Is the referral for a procedure? Did the specialist inform the PCP of the appointment date? If yes what was the nature of the communication Date of specialist appointment Location (first three digits of clinic postal code) of specialist appointment
2. Patient Demographic Data	2.1 2.2 2.3 2.4	Year of birth Patient gender Patient Postal code (first three digits) Language of referral
3. Specialist Follow-Up	3.1 3.1.1	Did the PCP receive any communication from the specialist following the referral visit? If yes, what was the nature of the communication between PCP and specialist?
4. Health Care Utilization During Waiting Period	4.1 4.1.1 4.1.2 4.1.3 4.1.4	What were the: # and date of visits to PCP/clinic #, date and location (first three digits of postal code) of ER visits #, date and location (first three digits of postal code) of hospitalizations #, date (date of requisition and the date it was performed), type and location (first three digits of postal code) of imaging tests ordered
5. General Comment Field	5.1	Please detail any comments or feedback when completing this form.

List of Abbreviations

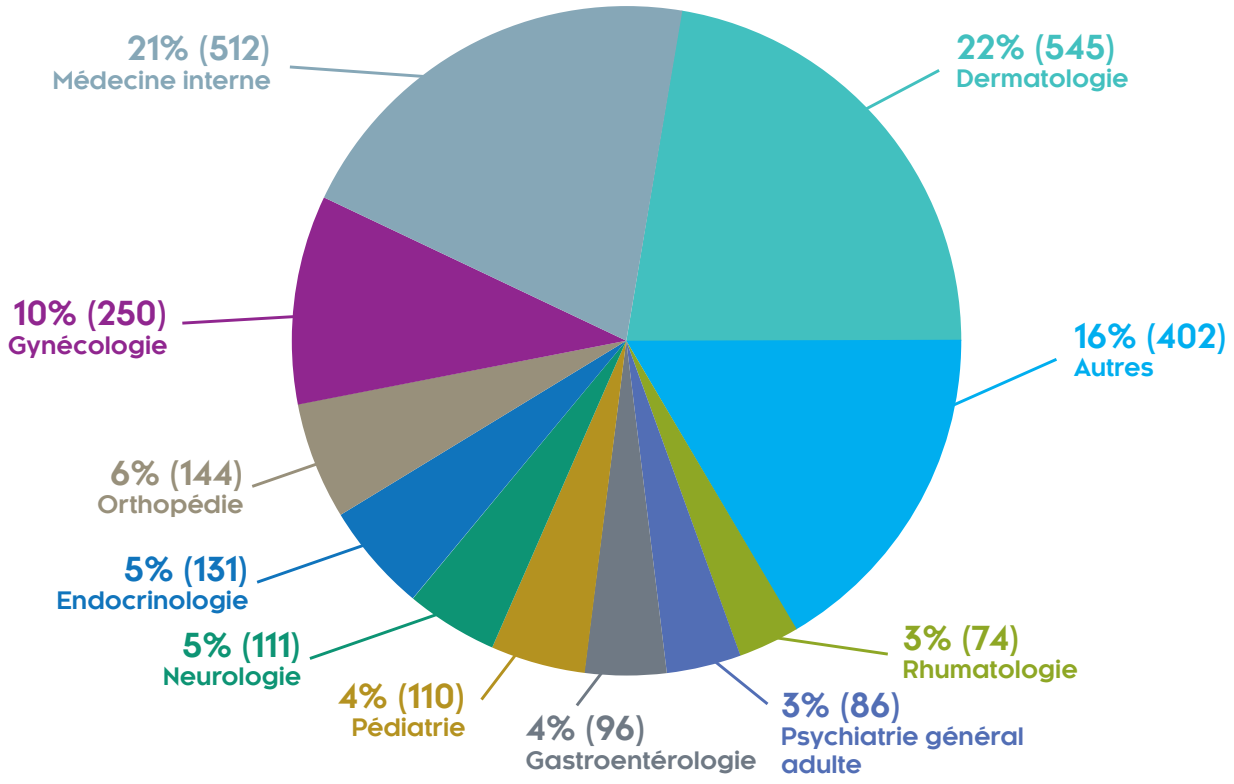
PCP – primary care provider
ER – emergency room

Annexe III.

Données sur la volumétrie par spécialité

Données sur la volumétrie par spécialité

Nombre de eConsult (cumul) Total



Dermatologie · Médecine interne · Gynécologie · Orthopédie · Endocrinologie · Neurologie · Pédiatrie · Gastroentérologie · Psychiatrie général adulte · Rhumatologie · Autres

Annexe IV.

Indicateurs de performance eConsult

Indicateurs de performance eConsult

Projet collaboratif Médecine connectée – Soumission de données (mars 2019)

Saisissez les mois (ou les dates de collecte) dans les cellules ci-dessous.

Indicateur	Avez-vous recueilli des données pour cet indicateur? (O, N, S.O.)	**Définition opérationnelle dans le cadre de Médecine connectée selon le plan de mesure** (Veuillez examiner et remplir les colonnes suivantes selon le cas.)	Cette définition correspond-elle à celle que vous utilisez? (O/N)	Si non, fournissez la définition opérationnelle que vous utilisez.	**Source** (p. ex., plateforme de consultation électronique, sondage)	**Fréquence de collecte de données** (p. ex., une fois par semaine/mois/trimestre, deux fois)	Mesure	**Cible**	Mois 1 (référence)	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6	Mois 7	Mois 8	Mois 9	Mois 10	Mois 11	Mois 12	Mois 13	Mois 14	Mois 15	Mois 16	Mois 17	Mois 18	Mois 19	Mois 20	Mois 21	Mois 22	Mois 23	Graphiques sparkline (« diagrammes de progression » simples illustrant le progrès)
Pourcentage de visites à un spécialiste évitées avec raison	Oui	Numérateur : Nombre de consultations à distance pour lesquelles le prestataire de soins primaires affirme qu'un aiguillage était d'abord envisagé, mais a pu être évité à ce stade. Dénominateur : Nombre total de consultations à distance.	O		Plateforme	Mois	Numérateur	5	1	0	5	10	8	9	4	7	8	26	19	29	50	40	32	22	36	47	50	42	54	46	19	
							Dénominateur	20	3	2	9	16	16	20	11	24	31	68	59	76	115	97	88	65	94	99	123	103	116	114	40	
							Pourcentage	35	33%	0%	56%	63%	50%	45%	36%	29%	26%	38%	32%	38%	43%	41%	36%	34%	38%	47%	41%	41%	47%	40%	48%	
Pourcentage de visites aux services d'urgence évitées avec raison	Non	**Numérateur :** Nombre de consultations à distance ayant révélé que le patient n'avait PAS besoin d'aller aux services d'urgence, sans lesquelles une visite aux services d'urgence aurait été envisagée. **Dénominateur :** Nombre total de consultations à distance.					Numérateur																									
							Dénominateur																								
							Pourcentage																								
Nombre de prestataires de soins primaires participants	Oui	N° 1 : Nombre de prestataires de soins primaires individuels qui utilisent la consultation à distance au moins deux fois au cours de la période établie. N° 2 : Nombre d'utilisateurs individuels (si le nombre défini ci-dessus est impossible à déterminer).	N° 1	*Indiquez si chaque valeur mensuelle est cumulative ou correspond au nombre de nouveaux prestataires de soins primaires participants pour ce mois.*	Plateforme	Trimestre	Nombre	**	1	1	1	5	5	5	3	7	6	12	13	21	20	19	21	16	20	23	32	26	29	30	20	
Nombre de spécialistes participants	Oui	Nombre de spécialistes qui ont accepté de fournir des conseils lorsqu'ils ont reçu une demande par l'entremise du service de consultation à distance.	O	*Indiquez si chaque valeur mensuelle est cumulative ou correspond au nombre de nouveaux spécialistes participants pour ce mois.*	Plateforme	Trimestre	Nombre	15	1	2	7	7	7	10	9	14	17	24	23	24	29	27	31	23	26	29	28	28	32	28	18	
Nombre de spécialités visées	Oui	Nombre de spécialités auxquelles le service de consultation à distance permet d'accéder. **(Veuillez joindre une liste complète des spécialités visées au moment de la soumission des données.)**	O		Plateforme	Trimestre	Nombre	12	13	13	13	13	14	14	14	18	20	21	21	21	22	22	22	22	22	22	22	18	22	22	22	
Volume mensuel de consultations à distance	Oui	Nombre de demandes de consultation par mois au service de consultation à distance.			Plateforme	Mois	Nombre	20	3	2	9	16	16	20	11	24	31	68	59	76	115	97	88	65	94	99	123	103	116	114	40	
Pourcentage de demandes de consultation électronique qui obtiennent la réponse d'un spécialiste en sept jours	Oui	**Numérateur :** Nombre de consultations électroniques pour lesquelles le spécialiste répond en sept jours. **Dénominateur :** Nombre total de consultations électroniques.		Si votre équipe vise un délai de réponse de cinq jours (et non de sept jours), veuillez le préciser ici.	Plateforme	Trimestre	Numérateur	12	3	2	9	14	14	19	10	22	31	55	55	66	105	82	77	60	78	60	75	86	100	89	30	
							Dénominateur	20	3	2	9	16	16	20	11	24	31	68	59	76	115	97	88	65	94	99	123	103	116	114	40	
							Pourcentage	60	100%	100%	100%	88%	88%	95%	91%	92%	100%	81%	93%	87%	91%	85%	88%	92%	83%	61%	61%	83%	86%	78%	75%	
Pourcentage de demandes de consultation téléphonique qui obtiennent la réponse d'un spécialiste en deux heures	S.O.	**Numérateur :** Nombre de consultations téléphoniques pour lesquelles le spécialiste appelle le prestataire de soins primaires dans les deux heures suivant la demande. **Dénominateur :** Nombre total de consultations téléphoniques.		Si votre équipe vise un délai de réponse de 30 minutes (et non de deux heures), veuillez le préciser ici.			Numérateur																									
							Dénominateur																								
							Pourcentage																								
Expérience des patients	Non	**Si vous avez recueilli des données pour cet indicateur, veuillez joindre les résultats du sondage ainsi qu'une description détaillée des méthodes de collecte.**																													
Expérience et satisfaction des prestataires de soins primaires	Non	**Si vous avez recueilli des données pour cet indicateur, veuillez joindre les résultats du sondage ainsi qu'une description détaillée des méthodes de collecte.** Si vous avez posé la question énumérée ci-dessous, vous pouvez saisir les résultats pour cette question dans la présente feuille de calcul (au besoin).																													
Sondage auprès des prestataires de soins primaires – Question d'intérêt : Bienfait éducatif perçu par le fournisseur qui formule la demande	Non	**Numérateur :** Nombre de réponses positives aux questions du sondage (soit « oui », soit 4 ou 5 sur l'échelle de Likert de cinq points, donc « d'accord/satisfait » ou « tout à fait d'accord/très satisfait »). **Dénominateur :** Nombre total de prestataires de soins primaires qui ont répondu au sondage.					Numérateur																									
							Dénominateur																								
							Pourcentage																								
Expérience et satisfaction des spécialistes	Non	**Si vous avez recueilli des données pour cet indicateur, veuillez joindre les résultats du sondage ainsi qu'une description détaillée des méthodes de collecte.** Si vous avez posé la question énumérée ci-dessous, vous pouvez saisir les résultats pour cette question dans la présente feuille de calcul (au besoin).																													
Sondage auprès des prestataires de soins de santé – Question d'intérêt : Communications ou relations améliorées entre les fournisseurs qui formulent les demandes et ceux qui offrent les consultations	Non	**Numérateur :** Nombre de réponses positives aux questions du sondage (soit « oui », soit 4 ou 5 sur l'échelle de Likert de cinq points, donc « d'accord/satisfait » ou « tout à fait d'accord/très satisfait »). **Dénominateur :** Nombre total de prestataires de soins primaires et de spécialistes qui ont répondu au sondage.			Sondage	Une fois	Numérateur																									
							Dénominateur																								
							Pourcentage																								

Annexe V.

Sondage auprès des spécialistes

Sondage auprès des spécialistes

Merci d'avoir accepté de remplir le présent sondage sur votre expérience en tant que spécialiste consultant de [nom du service de consultation à distance]. La compréhension de votre perspective relativement aux consultations à distance est essentielle à l'amélioration du service pour tous. Les questions du présent sondage sont tirées de l'enquête conçue et utilisée par l'équipe du projet BASEMC de consultation électronique dans la région de Champlain.

Les renseignements que vous fournissez resteront confidentiels. Aucun rapport ni aucune publication découlant du sondage ne révélera votre identité.

Si vous avez des questions sur le sondage ou votre participation, veuillez communiquer avec [nom de la personne x] à [adresse courriel] ou [nom de la personne y] à [adresse courriel].

Section 1 : Participation

1. Comment avez-vous entendu parler du service de consultation à distance pour la première fois?

- O Collègue omnipraticien ou médecin de famille
- O Collègue participant aux soins primaires autre qu'un médecin
- O Collègue spécialiste
- O Conférencier d'une réunion sur ce service
- O Responsable de clinique pour le service de consultation à distance
- O Employé de la régie régionale de la santé
- O Employé du ministère de la Santé
- O Mon association médicale provinciale
- O Matériel promotionnel sur ce service
- O Communication avec l'équipe du service après en avoir entendu parler par _____
- O Autre (veuillez préciser) _____

2. Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous avez choisi de participer au service? (sélectionnez jusqu'à trois réponses)

- O Diminution des temps d'attente
- O Nouvelle source de revenus
- O Innovation dans les soins aux patients
- O Diminution des visites en personne
- O Diminution des déplacements pour les patients
- O Communication directe avec les fournisseurs de soins primaires
- O Réussite d'autres projets de consultation à distance ailleurs au Canada
- O Formation des fournisseurs de soins primaires
- O Autre (veuillez préciser) _____

3. Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés ci-dessous? (sélectionnez au moins une réponse par énoncé)

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accod	Tout à fait d'accord	Sans objet/Je préfère ne pas répondre
1. Le service de consultation à distance est un moyen réalisable d'améliorer l'accès aux spécialistes.	○	○	○	○	○	○
2. Les consultations à distance sont un moyen efficace de former les fournisseurs de soins primaires.	○	○	○	○	○	○
3. Les spécialistes devraient pouvoir consulter d'autres spécialistes au moyen du service de consultation à distance.	○	○	○	○	○	○
4. Je suis à l'aise de prodiguer des conseils au moyen de [plateforme de consultation électronique/application de consultation téléphonique].	○	○	○	○	○	○
5. Les questions soumises dans le cadre d'une consultation à distance me poussent parfois à effectuer des recherches supplémentaires sur le cas avant de fournir une réponse.	○	○	○	○	○	○
6. Le processus de consultation à distance améliore la communication entre les prestataires de soins de santé.	○	○	○	○	○	○
7. Je trouve important ou utile de recevoir de la rétroaction du demandeur après lui avoir prodigué des conseils au moyen du service.	○	○	○	○	○	○
8. Le service de consultation à distance est convivial.	○	○	○	○	○	○
9. Je reçois un soutien adéquat quand j'ai des questions sur le service.	○	○	○	○	○	○
10. Le processus de consultation à distance peut être intégré sans difficulté à mon flux de travail clinique.	○	○	○	○	○	○
11. Je reçois une rémunération appropriée lorsque je réponds aux consultations à distance.	○	○	○	○	○	○

4. À quelle fréquence vivez-vous les situations suivantes?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Sans objet/Je préfère ne pas répondre
1. Les consultations à distance représentent un fardeau supplémentaire; j'ai de la difficulté à les intégrer à ma charge de travail clinique.	○	○	○	○	○	○
2. L'information fournie par le demandeur est suffisante pour que j'offre des conseils en toute confiance.	○	○	○	○	○	○
3. Je reçois des questions inappropriées dans le cadre du service de consultation à distance.	○	○	○	○	○	○
4. Le délai de [sept/cinq] jours est suffisant pour que je donne une réponse éclairée.	○	○	○	○	○	○
5. Les questions reçues au moyen du service de consultation téléphonique sont celles auxquelles je peux répondre immédiatement.	○	○	○	○	○	○

5. Parmi les améliorations technologiques suivantes, lesquelles souhaitez-vous voir apporter au service de consultation à distance? (cochez toutes les réponses applicables)

- ○ Intégration au système de dossiers médicaux électroniques
- ○ Possibilité de marquer les questions intéressantes
- ○ Intégration de la messagerie sécurisée au service de consultation téléphonique
- ○ Autre (veuillez préciser) _____
- ○ Aucune, le service me convient ainsi

Section 2 : Données démographiques

Veuillez prendre quelques minutes pour nous en dire plus à votre sujet. Vos réponses aux questions optionnelles suivantes nous permettront de mieux comprendre les résultats du sondage.

6. Quel est votre principal type de pratique?

- ○ Pratique en milieu universitaire
- ○ Pratique en hôpital communautaire
- ○ Pratique indépendante dans un bureau communautaire
- ○ Pratique en cabinet de groupe avec d'autres spécialistes dans un bureau communautaire
- ○ Pratique mixte avec des spécialistes et des fournisseurs de soins primaires dans un bureau communautaire
- ○ Autre
- ○ Je préfère ne pas répondre

7. Quel est votre principal modèle de paiement?

- O Rémunération à l'acte
- O Salaire
- O Autre
- O Je préfère ne pas répondre

8. Quelle est votre spécialité?

_____

9. Où se trouve votre bureau principal?

- O Zone urbaine/suburbaine
- O Petite municipalité
- O Zone rurale
- O Région éloignée ou isolée

Section 3 : Prochaines étapes

10. Avez-vous d'autres commentaires sur votre expérience relativement aux consultations à distance?

11. Quelles modifications aimeriez-vous apporter au service actuel de consultation à distance?

12. Pouvons-nous communiquer avec vous pour obtenir des précisions sur certaines de vos réponses ou des renseignements supplémentaires?

- O Oui
- O Non

12a. Si oui, veuillez fournir l'information suivante :

Nom _____

Adresse courriel _____

Numéro de téléphone _____

Source : The Champlain BASE™ eConsult Service. Sondage reproduit avec l'autorisation de la Dre Clare Liddy, Centre d'excellence eConsult de l'Ontario.

Annexe VI.

Sondage auprès des fournisseurs de soins primaires

Sondage auprès des fournisseurs de soins primaires

Merci d'avoir accepté de remplir le présent sondage sur votre expérience en tant qu'utilisateur de [nom du service de consultation à distance]. La compréhension de votre expérience et de votre opinion relativement aux consultations à distance est essentielle à l'amélioration du service pour tous. Certaines questions du présent sondage sont tirées de l'enquête conçue et utilisée par l'équipe du projet BASEMC de consultation électronique dans la région de Champlain.

Les renseignements que vous fournissez resteront confidentiels. Aucun rapport ni aucune publication découlant du sondage ne révélera votre identité.

Si vous avez des questions sur le sondage ou votre participation, veuillez communiquer avec [nom de la personne x] à [adresse courriel] ou [nom de la personne y] à [adresse courriel].

1. Quelle est votre profession?

- O Médecin de famille
- O Infirmier praticien ou infirmière praticienne
- O Autre (veuillez préciser) _____

2. Quels types de services de consultation à distance utilisez-vous? (cochez toutes les réponses applicables)

- O Consultation téléphonique
- O Consultation électronique
- O Application de consultation téléphonique

3. Comment avez-vous entendu parler du service pour la première fois? (cochez toutes les réponses applicables)

- O Collègue omnipraticien ou médecin de famille
- O Collègue participant aux soins primaires autre qu'un médecin
- O Collègue spécialiste
- O Conférencier d'une réunion sur ce service
- O Employé du ministère de la Santé
- O Mon association médicale provinciale
- O Employé de la régie régionale de la santé
- O Matériel promotionnel sur ce service
- O Autre (veuillez préciser) _____

4. Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous utilisez le service? (sélectionnez jusqu'à trois réponses)

- O Diminution des temps d'attente
- O Nouvelle source de revenus
- O Innovation dans les soins aux patients
- O Diminution des visites en personne des spécialistes
- O Diminution des déplacements pour les patients
- O Communication directe avec les spécialistes
- O Meilleure gestion des patients
- O Apprentissage direct auprès des spécialistes
- O Réussite d'autres projets de consultation à distance ailleurs au Canada
- O Autre (veuillez préciser) _____

5. Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés ci-dessous?

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accod	Tout à fait d'accord	Sans objet/Je préfère ne pas répondre
1. Le service de consultation à distance est un moyen réalisable d'améliorer l'accès aux spécialistes.	○	○	○	○	○	○
2. Les consultations à distance sont un moyen efficace pour les fournisseurs de soins primaires d'obtenir une formation médicale continue pertinente.	○	○	○	○	○	○
3. Les consultations à distance sont un moyen efficace d'améliorer les soins aux patients.	○	○	○	○	○	○
4. J'ai confiance en la qualité des conseils reçus.	○	○	○	○	○	○
5. Je suis à l'aise de demander des conseils au moyen de [plateforme de consultation électronique/application de consultation téléphonique].	○	○	○	○	○	○
6. Le processus de consultation à distance améliore la communication entre les prestataires de soins de santé.	○	○	○	○	○	○
7. Je suis à l'aise de recevoir des conseils de spécialistes hors de mon réseau habituel de recommandation.	○	○	○	○	○	○
8. Le service de consultation à distance est convivial.	○	○	○	○	○	○
9. Je reçois un soutien adéquat quand j'ai des questions sur le service.	○	○	○	○	○	○
10. Le processus de consultation à distance peut être intégré sans difficulté à mon flux de travail clinique.	○	○	○	○	○	○
11. Je reçois une rémunération appropriée lorsque j'utilise le service.	○	○	○	○	○	○
12. Généralement, le spécialiste répond en temps opportun à ma demande de consultation.	○	○	○	○	○	○

6. Selon votre meilleure estimation, quelle proportion de cas que vous auriez autrement recommandés (sauf ceux concernant une intervention précise) est maintenant réglée grâce aux consultations à distance?

- O De 0 à 19 %
- O De 20 à 39 %
- O De 40 à 59 %
- O De 60 à 79 %
- O De 80 à 100 %

7. Quelles sont les situations courantes pour lesquelles vous utilisez le service de consultation à distance?

- O Confirmation d'un plan d'action ou de traitement
- O Confirmation d'un diagnostic
- O Vérification du choix de médicament ou de posologie
- O Confirmation du type de spécialiste vers qui le patient devrait être aiguillé
- O Autre (veuillez préciser) _____

8. Comment le service de consultation à distance a-t-il modifié votre façon de gérer vos patients?

9. L'utilisation du service a-t-elle modifié votre relation avec vos collègues spécialistes?

- O Oui
- O Non

9a. Si oui, comment?

_____

10. Veuillez indiquer les autres spécialités médicales ou chirurgicales auxquelles vous aimeriez avoir accès au moyen du service de consultation à distance :

_____

11. Parmi les améliorations suivantes, lesquelles souhaitez-vous voir apporter au service de consultation à distance? (cochez toutes les réponses applicables)

- O Intégration au système de dossiers médicaux électroniques
- O Intégration de la messagerie sécurisée au service de consultation téléphonique
- O Autre (veuillez préciser) _____
- O Aucune, le service me convient ainsi

12. Quel est votre principal modèle de paiement?

- O Rémunération à l'acte
- O Salaire
- O Autre
- O Je préfère ne pas répondre

13. Quelles modifications aimeriez-vous apporter au service actuel de consultation à distance?

14. Avez-vous d'autres commentaires sur votre expérience relativement aux consultations à distance?

15. Pouvons-nous communiquer avec vous pour obtenir des précisions sur certaines de vos réponses ou des renseignements supplémentaires?

- O Oui
- O Non

15a. Si oui, veuillez fournir l'information suivante :

Nom _____

Adresse courriel _____

Numéro de téléphone _____

Source : The Champlain BASE™ eConsult Service. Sondage reproduit avec l'autorisation de la Dre Clare Liddy, Centre d'excellence eConsult de l'Ontario.

Annexe VII.

Sondage auprès des patients

Sondage auprès des patients

Introduction

L'objectif du présent sondage est d'obtenir la rétroaction des patients dont le fournisseur de soins primaires (p. ex., médecin de famille ou infirmier praticien) a récemment consulté un spécialiste en ligne. Ce service est offert pour que votre fournisseur de soins primaires ait accès rapidement aux connaissances des spécialistes afin de répondre à votre besoin de santé. Grâce à ce sondage, nous espérons mieux comprendre l'incidence qu'a eue ce service sur votre expérience du système de santé.

Données démographiques

1. Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? _____

2. Quel âge avez-vous?

- O Moins de 18 ans
- O Entre 18 et 29 ans
- O Entre 30 et 49 ans
- O Entre 50 et 64 ans
- O 65 ans ou plus

Concernant votre expérience de la consultation électronique

3. Quels types de spécialistes votre fournisseur de soins primaires a-t-il consultés avec le service eConsult?

- O Liste des principales spécialités. Possibilité de répondre « autre » et de choisir plusieurs spécialités.
- O Je ne sais pas/incertain

4. Combien de temps s'est écoulé avant que vous obteniez les résultats de la consultation électronique?

- O Je n'ai pas pris connaissance des résultats (aller à la question 6).

5. Ce délai vous paraît-il acceptable?

- O Oui
- O Non. Un délai de _____ m'aurait paru acceptable.

6. Avant de consulter le spécialiste en ligne, est-ce que votre fournisseur de soins primaires vous a demandé quelles questions vous vouliez poser au spécialiste?

- O Oui
- O Non

6a. Si oui, avez-vous obtenu une réponse complète à toutes les questions?

- O Oui
- O Non
- O Je n'ai pas encore reçu les résultats

7. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la consultation électronique?

- O Très insatisfait
- O Insatisfait
- O Neutre
- O Satisfait
- O Très satisfait

8. Avez-vous évité de consulter un spécialiste en personne grâce à la consultation électronique effectuée par votre fournisseur de soins primaires?

- O Oui, j'ai évité la consultation en personne d'un spécialiste (aller à la question 9).
- O Non, la consultation électronique a confirmé que je devais consulter un spécialiste (aller à la question 11).

9. Décrivez l'incidence qu'a eue sur vous le fait de ne pas avoir à consulter un spécialiste en personne. Sélectionnez tous les énoncés qui s'appliquent :

- O Coûts évités (déplacement, stationnement, services de garde pour des enfants ou des personnes âgées)
- O Absence du travail évitée
- O Réduction de mon niveau de stress et d'anxiété
- O Autre (veuillez expliquer) _____

10. Étiez-vous à l'aise que votre fournisseur de soins primaires consulte un spécialiste en ligne au lieu de vous recommander une consultation en personne d'un spécialiste?

- O Oui
- O Non

10a. Si ce n'est pas le cas, pouvez-vous en donner les raisons? _____

11. Même si la consultation électronique a confirmé la nécessité d'une consultation en personne d'un spécialiste, est-ce qu'elle vous a fourni des renseignements utiles ou éclairé sur les mesures à prendre avant de consulter le spécialiste (p. ex., changements dans les médicaments, tests à effectuer)?

- O Oui
- O Non

12. Veuillez terminer la phrase : Le service serait encore meilleur si...

_____

13. Demanderiez-vous à votre fournisseur de soins primaires d'utiliser le service de consultation électronique en votre nom à l'avenir?

- O Oui
- O Non
- O Incertain

Processus et méthodologie proposée

Le sondage peut être effectué de plusieurs manières : en ligne, sur papier ou sous forme de courte entrevue téléphonique ou en personne. Avec quelques modifications, il pourrait également être utilisé comme guide d'entrevue dans un groupe de discussion. Au besoin, vous pourriez demander conseil à des patients partenaires ou à des conseillers auprès des patients pour effectuer le sondage. Il est important d'effectuer le sondage régulièrement pendant le projet (au lieu d'une fois à la fin) afin que vous puissiez obtenir de la rétroaction en temps opportun et l'utiliser pour améliorer les services.

Il n'existe pas de moyen facile pour obtenir ces données. Providence Health Care a décidé de faire imprimer des cartes professionnelles, de les distribuer aux médecins de famille locaux et de leur demander d'en donner une aux patients pour qui ils ont effectué une consultation électronique. Si votre équipe choisit la même méthode, pensez à intégrer le paragraphe suivant dans l'introduction au sondage :

Vos réponses seront intégrées à celles des autres pour assurer leur anonymat. La participation au sondage est facultative. Votre refus d'y participer n'aura aucune incidence sur les soins qui vous seront offerts. Si vous décidez de donner votre nom et vos coordonnées, nous vous enverrons une carte-cadeau de [0,00 $] de [nom de l'entreprise]. Nous vous remercions en avance de remplir ce sondage et nous vous sommes grandement reconnaissants pour votre rétroaction. N'hésitez pas à appeler [nom], au [numéro de téléphone], si vous avez des questions ou des préoccupations.

Si vous choisissez cette méthode, la question suivante devrait être ajoutée à la fin du questionnaire :

Nom et adresse postale (facultatif, seulement si vous désirez recevoir une carte-cadeau)

Nous savons que cette méthode entraîne un taux de réponse très faible. Nous aimerions aussi en savoir plus sur votre expérience liée aux méthodes que vous utilisez pour recueillir les données.

D'autres ressources sur la mesure de l'expérience des patients se trouvent dans le bureau virtuel du projet Médecine connectée.

Source : The Champlain BASE™ eConsult Service. Sondage reproduit avec l'autorisation de la Dre Clare Liddy, Centre d'excellence eConsult de l'Ontario.

Annexe VIII.

Remuneration Brief

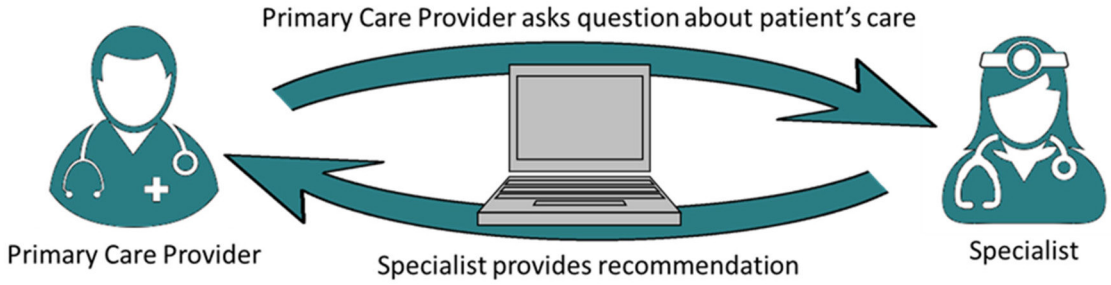
Remuneration Brief – Champlain Base[MD] eConsult

Position Statement

As eConsult services expand across Canada, new payment models are needed to ensure providers are appropriately remunerated.

What is eConsult?

An eConsult service is an online application that supports prompt, secure communication between primary care providers (PCP) and specialists. PCPs log on and submit a question concerning a patient's care. Specialists respond with advice, recommendations for referral, or requests for additional info.



Remuneration for Providing eConsult Services

Payment for eConsult services varies between services, clinics, and jurisdictions. Different models have been attempted, including fee-for-service, session fees, and salaried models. On the payer side, the rate for eConsult varies between jurisdictions, with some provinces/ territories having adopted fee codes for eConsult (see Table).

Some eConsult services remunerate providers using their own system (e.g. Champlain BASE™ pays most specialists $200/hour prorated to time spent completing a case, with some variation based on individual payment models). As eConsult services become more common, a more concrete, streamlined approach will be necessary to support clear and reasonable remuneration strategies.

Recommendations/Key Considerations

Policymakers and innovators must work together to develop new policies that clearly outline how health care providers are paid for eConsults. Key steps include:

- Developing a consistent set of fee codes for eConsult, which providers can use to bill the provincial/federal government as they do for other services. For guidance, look to provinces that have already established fee codes for eConsult services (e.g. Alberta).

- Encouraging consistency between jurisdictions. Creation of a national set of fee codes may raise significant policy challenges, but coordination between provinces/territories would facilitate eConsult's use across borders.

- Accounting for interjurisdictional eConsults by adopting a "payment follows patient" policy, with the patient's home jurisdiction ultimately responsible for covering the cost of their care.

- Engaging ministries of health, medical associations, and regulatory colleges from participating provinces/territories to create a consistent approach to provider remuneration.

Table: Fee codes in each province/territory for eConsult and teleconsult services*

Province/ Territory	Teleconsult		eConsult		In-Person
	Referring Physician	*Consultant*	*Referring Physician*	*Consultant*	*Consultant*
NU	N/A - physicians are paid sessional rates or via term contracts[1]				
NT	N/A	$17.47[2a] or $29.13[2b]	N/A - physicians are salaried		
YT	No	$37.50[3a] or $41.60[3b]	No	$36.80[3c] or	$101.60 - $468.00
BC	$40.00[4a]	$15.14,[4b] $15.16,[4c] $40.00[4d] or $60.00[4e]	No	$10.10	$64.00 - $233.91
AB	$32.90 - $45.21[5a]	$77.35 - $135.13[5a], $17.23 - $27.83[5b], $17.23[5c]	$32.43	$76.27	$77.25 - $241.82
SK	No	$50.50 (major), $20.40 (minor),[6a] or $12.50[6b]	No	$12.50[6b] or $20.40[6c]	$61.20 - $229.40
MB	$15.35[7a]	$15.35,[7b] $47.50,[7c] $60.00[7d]	No	$15.35[7b]	$74.05 - $252.60
ON	$31.35	$40.45	$16.00	$20.50[8a]	$65.90 - $199.40[8b]
QC	$26.00[9a]	$17.00,[9b] $35.00[9c] or	No	No	$74.05 - $404.00
NB	No	No	No	No	$100.00 - $200.00
NS	$27.83[10]	$60.50[10]	No	No	$150.04[10]
PE	No	$45.00[11]	No	No	$80.00 - $205.00
NL	No	No	No	$50[12]	$50.51 - $250.00

1. No information available regarding the provision of specialist services
2. Physicians are salaried. Consultants from outside NT can bill NT as follows: a. Teleconference from physician, nurse practitioner (NP) or midwife; b. Review of imaging by a non-radiologist
3. a. Telephone calls from community NPs to physicians providing scheduled emergency coverage in the hospital; b. Remote communication from physician; c. Remote communication from non-physician
4. a. Billable only by a referring physician who is a general practitioner (GP); b. Calls initiated by a Community Health Representative from a First Nation Community; c. Remote communication from non-physician; d. GPs who are the consulting physician for a call from an NP; e. GPs with specialty training
5. a. Telecommunication between physicians; b. Telecommunication initiated by select types of non-physicians; c. Telecommunication initiated by a pharmacist. Prices for a and b vary depending on time of day.
6. a. In SK, the consultant may bill for a major or minor telephone assessment – for a major assessment, the consultant must provide a written submission of the consultant's opinion and recommendations to the referring physician; for a minor assessment, the consultant may respond by telephone, fax or email. Remote telephone calls from nurses are billed at the minor rate; b. Communication with non physicians via phone, fax or email; c. Consultant may respond to minor telephone request by e-mail
7. a. Referring physicians can bill for telephone consultations with psychiatrists only; b. remote communication from other healthcare providers; c. billable by Psychiatrists if response is made within 48 hours; d. billable by Psychiatrists if response is made within 2 hours.
8. a. Only dermatologists and ophthalmologists can bill "E-Assessments," an opinion and/or recommendation provided electronically through a secure server (e.g. secure messaging, electronic medical record). The consultant may choose to return their opinion by telephone; however, a written opinion must be provided electronically or by mail. These specialties can bill $44.45 and $45.85, respectively; b. Billable only when patient is referred by a physician or an NP
9. a. Billable only by a referring physician who is a specialist; b. Billable when initiated by a pharmacist; c. Billable when initiated by a specialist or a non-physician (not billable when initiated by a GP); d. Billable by psychiatrists only
10. Gastroenterology (GI) pilot only – in place since April 2013. The in-person consultation fee is for GI specialists only
11. Only for internal medicine, pediatrics, dermatology and out-of-province specialists
12. Consulting specialists are paid on a pro-rated basis of $200/hour (average consult is 15 minutes)

**Reprinted with permission from authors. Original source: Stanistreet K, Verma J, Kirvan K, Drimer N, Liddy C. Physician Remuneration for Remote Consults: An Overview of Approaches across Canada. Healthcare quarterly (Toronto, Ont). 2017;20(3):12.*