

CHAPITRE 2

Télésanté : organisation des soins de santé durant la pandémie de COVID-19 et développement de projets

Audit de performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre universitaire de santé McGill

EN BREF

La télésanté favorise une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des soins de santé. Durant la pandémie de COVID-19, la possibilité d'offrir des soins de santé à distance a permis aux médecins omnipraticiens de maintenir une certaine offre de soins. Toutefois, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'a pas mis en place l'encadrement nécessaire en ce qui concerne les téléconsultations : durant la pandémie, les médecins ont réalisé la quasi-totalité de leurs téléconsultations par téléphone, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts à distance.

Par ailleurs, au début de la pandémie, le MSSS et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux n'étaient pas bien préparés lorsqu'ils ont été dans l'obligation d'adapter leurs pratiques au contexte de soins de santé à distance. En effet, depuis 2001, des initiatives visant le développement de la télésanté ont été entreprises dans le réseau, mais elles n'ont pas donné les résultats escomptés. De plus, certains projets de télésanté prometteurs à l'échelle provinciale, amorcés dès 2006, sont encore en cours d'implantation. L'état des infrastructures technologiques, entre autres choses, limite le développement de la télésanté.

Enfin, le MSSS ne détient pas l'information qui lui permettrait de bien évaluer la contribution de la télésanté à l'amélioration des soins de santé. Par exemple, le seul suivi qu'il a effectué est lié à un objectif qu'il s'est fixé en 2018, soit d'augmenter de 40 % les téléconsultations réalisées en régions éloignées d'ici 2020. Cet objectif n'a pas été atteint.

CONSTATS

1

Le MSSS n'a pas mis en place l'encadrement nécessaire en ce qui concerne les téléconsultations, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts à distance.

2

Au cours des 20 dernières années, plusieurs initiatives visant le développement de la télésanté n'ont pas donné les résultats escomptés. De plus, les infrastructures technologiques comportent des limites importantes pour la prestation de soins de santé à distance.

3

Des projets de télésanté prometteurs ne sont pas mis en œuvre ou exploités à leur plein potentiel. Ils ne sont donc pas accessibles au plus grand nombre de patients possible.

4

Le MSSS n'évalue pas la contribution de la télésanté à l'amélioration de la prestation des soins de santé, ce qui ne lui permet pas d'orienter son développement.

ÉQUIPE

Martin St-Louis

Directeur principal d'audit

Sébastien Simard

Directeur d'audit

Audrey Bergeron

Ariane Harvey

Laurie Lebel-Tremblay

Maxime Lessard

Julie Plante-Pilote

Gordana Rimac

Véronique Tardif

SIGLES

CCT	Centre de coordination en télésanté
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	7
Le MSSS n'a pas mis en place l'encadrement nécessaire en ce qui concerne les téléconsultations, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts à distance.	12
Au cours des 20 dernières années, plusieurs initiatives visant le développement de la télésanté n'ont pas donné les résultats escomptés. De plus, les infrastructures technologiques comportent des limites importantes pour la prestation de soins de santé à distance.	18
Des projets de télésanté prometteurs ne sont pas mis en œuvre ou exploités à leur plein potentiel. Ils ne sont donc pas accessibles au plus grand nombre de patients possible.....	22
Le MSSS n'évalue pas la contribution de la télésanté à l'amélioration de la prestation des soins de santé, ce qui ne lui permet pas d'orienter son développement.	27
Recommandations.....	31
Commentaires de l'entité auditée.....	32
Renseignements additionnels.....	33

MISE EN CONTEXTE

1 La télésanté consiste en la prestation de soins de santé à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication. Elle est une modalité complémentaire de l'offre de soins de santé traditionnelle et elle comporte plusieurs avantages. Par exemple, elle favorise une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des soins, spécialement pour les personnes vulnérables et les personnes demeurant en région éloignée pour qui le fait de se déplacer pour recevoir des soins de santé peut s'avérer plus difficile.

2 Les activités de télésanté sont multiples. En plus de la téléconsultation, il y a notamment la téléexpertise, qui consiste, par exemple, en une consultation entre deux intervenants en vue de confirmer un diagnostic, et la télésurveillance, qui permet entre autres d'effectuer à distance le suivi de données cliniques sur l'état de santé d'un patient. La définition des principales activités de télésanté est présentée dans la section Renseignements additionnels.

3 Plusieurs acteurs participent au développement de la télésanté. D'abord, à titre de premier responsable, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit rendre accessible un ensemble de soins de santé à distance qui soient intégrés et de qualité. Pour ce faire, il a attribué plusieurs responsabilités à quatre centres de coordination en télésanté (CCT) qui se répartissent l'accompagnement offert aux établissements de santé et de services sociaux sur le territoire du Québec. La figure 1 présente la répartition des 34 établissements qui sont desservis par l'un ou l'autre des CCT. Le nom de ces établissements ainsi que les rôles et responsabilités des principaux acteurs en télésanté sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

Téléconsultation

La téléconsultation est une consultation à distance, par exemple entre un patient et un médecin omnipraticien, qui permet notamment de poser ou de confirmer un diagnostic, de réaliser un suivi de l'état de santé du patient ou de modifier un plan de traitement ou une ordonnance.

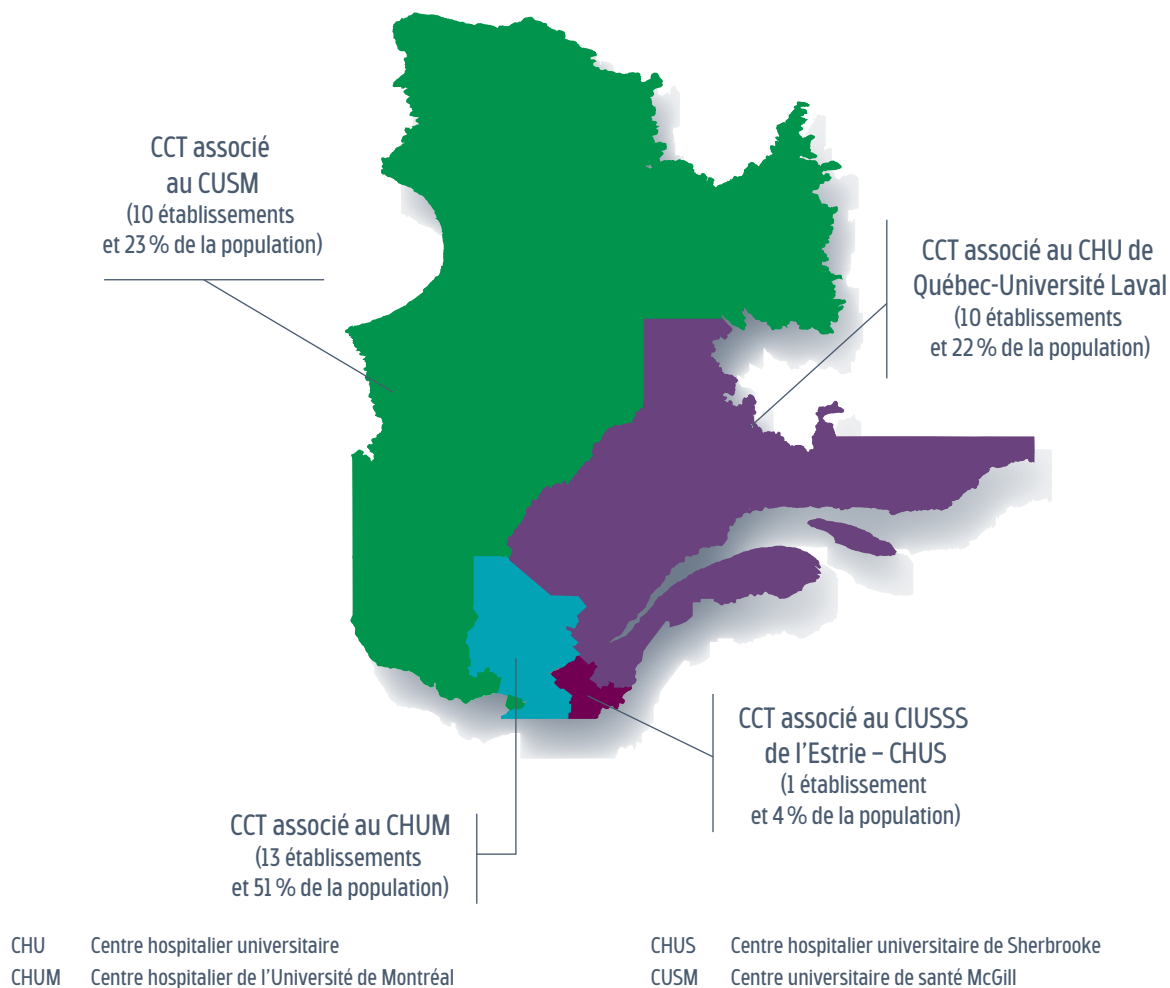
Intervenants

Dans le présent rapport, nous employons le terme « intervenants » pour faire référence à tous les professionnels de la santé qui interviennent dans l'offre de soins de santé, et non pas uniquement aux médecins. Le premier constat porte plus spécifiquement sur les téléconsultations réalisées par les médecins, alors que les autres constats abordent la télésanté impliquant l'ensemble des intervenants.

34 établissements

Les 34 établissements sont principalement les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

FIGURE 1 Répartition des 34 établissements desservis par les CCT



Source : MSSS.

Pourquoi avons-nous fait cet audit ?

- Depuis plusieurs années, les technologies de l'information et de la communication sont devenues un incontournable pour l'amélioration de l'offre de soins de santé au Québec, étant donné que les territoires à couvrir par les établissements sont vastes.
- La pandémie de COVID-19 a accéléré le développement d'une offre de soins de santé à distance dans le réseau de la santé et des services sociaux, et ce, principalement pour que davantage de téléconsultations soient réalisées.
- D'autre part, le développement de la télésanté comporte de nombreux défis, notamment ceux relatifs à la rémunération des médecins, à la qualité des infrastructures technologiques et à la gestion des données. De plus, afin que la télésanté soit intégrée dans la prestation des soins de santé, l'organisation de ceux-ci doit parfois être revue.

Quels sont les objectifs de l'audit et la portée des travaux ?

- 7 Par nos travaux, nous voulions déterminer :
 - si le MSSS voit au bon fonctionnement des activités de télésanté afin d'accroître leur accessibilité et la continuité des soins de santé ;
 - si les CCT et les établissements ont mis en place des mesures adéquates et efficaces afin d'assurer la mise en œuvre efficace des activités de télésanté.
- 8 Nos travaux ont essentiellement porté sur l'organisation des activités de télésanté par le MSSS, les établissements et les quatre CCT. Nous avons examiné plus en détail un certain nombre de projets de télésanté mis en œuvre ou en cours, ainsi que l'organisation des téléconsultations qui ont été réalisées principalement depuis le début de la pandémie. D'autres organismes, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et des établissements du réseau, ont aussi été consultés. Nos travaux ont surtout porté sur la période de janvier 2010 à octobre 2021, mais certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.
- 9 Bien que nous exposions des enjeux en ce qui concerne les infrastructures technologiques, nos travaux ne visaient pas à évaluer la qualité de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble ni la gestion des projets informatiques.
- 10 Les objectifs de l'audit et la portée des travaux sont présentés en détail dans la section Renseignements additionnels.

Évolution des rôles et responsabilités en matière de télésanté

Avant 2015

- 11 En 2005, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifiée pour que la télésanté soit intégrée dans l'offre de soins de santé. Toutefois, le téléphone était clairement exclu de cette nouvelle modalité de prestation des soins de santé.
- 12 La responsabilité de concevoir une offre de soins de santé à distance avait été confiée à l'époque aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS). Jusqu'en 2009, la télésanté a été développée par l'intermédiaire de projets chapeautés par les RUISSS.
- 13 En 2009, ce sont les 4 CCT, créés sur la base des territoires couverts par les RUISSS, qui ont pris le relais afin de coordonner le développement des projets en matière de télésanté.

Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux

Les RUISSS ont été créés en 2003 dans le but de favoriser la concertation, ainsi que la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une vocation universitaire. Quatre réseaux ont été créés, qui couvrent des territoires donnés : le RUISSS de l'Université Laval, le RUISSS de l'Université McGill, le RUISSS de l'Université de Montréal et le RUISSS de l'Université de Sherbrooke.

De 2015 à 2018

14 En 2015, il y a eu une importante réforme des structures du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui a fait passer le nombre d'établissements de 182 à 34. Selon le MSSS, cette réforme était l'occasion d'accélérer le développement de la télésanté, notamment en raison de l'étendue plus vaste des territoires à couvrir par les établissements nouvellement créés.

15 De plus, le MSSS a mis en place une gouvernance provinciale en télésanté. Celle-ci reposait notamment sur la désignation d'un coordonnateur responsable du volet clinique et d'un coordonnateur chargé du volet technologique au sein du MSSS, ainsi que sur la désignation d'un pilote clinique et d'un pilote technologique dans chacun des établissements. Des mécanismes de coordination par l'intermédiaire de divers comités nationaux et territoriaux avaient aussi été prévus.

16 Dès lors, les 4 CCT se sont vu accorder par le MSSS un rôle central nécessaire au développement de la télésanté, soit :

- assurer un accompagnement auprès des 34 établissements du réseau, notamment quant à toute demande de soutien clinique et technologique liée à la télésanté ;
- assurer la gestion des projets de télésanté qui leur sont confiés par le MSSS et des projets situés sur leur territoire ;
- rendre compte aux établissements et au MSSS de l'utilisation des activités de télésanté.

Pilote clinique et pilote technologique

Le pilote clinique a notamment la responsabilité d'accompagner les intervenants afin d'évaluer les possibilités d'intégration de la télésanté dans la prestation des soins de santé, tandis que le pilote technologique voit entre autres à identifier des solutions technologiques utiles aux différents projets. Ils sont les promoteurs et les représentants de la télésanté dans leur établissement.

Depuis 2019

17 Dans son plan stratégique 2019-2023, le MSSS s'est donné comme objectif de mettre en œuvre huit projets provinciaux de télésanté d'ici 2023. Par cette initiative, le MSSS se veut plus proactif : il compte mettre en œuvre davantage de projets de télésanté sur l'ensemble du territoire québécois, notamment en développant des plateformes informatiques qui pourront être utilisées par tous les intervenants du réseau et qui seront accessibles à l'ensemble des patients.

Défis liés à la télésanté

18 Le développement de la télésanté présente plusieurs défis qui sont connus, pour la plupart, depuis de nombreuses années. Par exemple, les infrastructures technologiques doivent permettre de supporter les activités de télésanté (pour plus de détails, voir le constat 2). Nous présentons ci-après trois défis qui ne sont pas abordés en détail dans notre rapport.

Protection des renseignements personnels

19 Les activités de télésanté comportent des enjeux concernant la confidentialité et la protection des renseignements personnels, car elles impliquent un échange d'informations par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Conséquemment, des risques existent, notamment quant à l'hébergement des données et à la présence de tiers non autorisés durant les communications. Dans son processus d'acquisition des outils technologiques, le MSSS prévoit une analyse de leur sécurité, mais plusieurs défis demeurent quant à leur utilisation.

Diversité des acteurs concernés

20 En plus des 34 établissements du réseau, divers acteurs participent à l'offre de soins de santé, par exemple des cliniques privées ou des groupes de médecine de famille dans lesquels la majorité des médecins omnipraticiens exercent leur profession. Cette réalité fait que le MSSS doit considérer les contraintes liées à ces milieux de pratique, lesquels ont des environnements légaux et technologiques différents, ce qui représente un défi pour l'implantation de la télésanté.

Organisation des pratiques

21 L'intégration de la télésanté dans l'offre de soins de santé requiert une transformation des pratiques cliniques existantes. Ce défi est important compte tenu des capacités cliniques et technologiques qui diffèrent entre les acteurs impliqués dans les différentes trajectoires de soins de santé. Il importe donc que la télésanté ne soit pas considérée comme un service distinct ou une étape additionnelle, ce qui permettra de favoriser son développement et d'éviter les réticences au changement. Pour que l'intégration de la télésanté soit un succès, de la formation et un accompagnement accru auprès des intervenants et des patients sont également nécessaires, et ce, afin qu'ils s'approprient les outils selon leurs besoins et qu'ils adaptent leurs pratiques.

Le MSSS n'a pas mis en place l'encadrement nécessaire en ce qui concerne les téléconsultations, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts à distance.

Qu'avons-nous constaté ?

22 Le décret d'urgence sanitaire, adopté en mars 2020, a permis aux médecins d'être rémunérés pour les actes médicaux réalisés à distance, ce qui inclut l'utilisation du téléphone. Ainsi, les médecins omnipraticiens ont pu maintenir une certaine offre de soins de santé. Par contre, pour les médecins spécialistes, le délestage de certaines de leurs activités a mené à une réduction des soins de santé offerts pour certaines spécialités.

23 Par ailleurs, de mars 2020 à mars 2021, les outils de travail collaboratifs ont été peu utilisés par les médecins et la quasi-totalité des téléconsultations ont été effectuées par téléphone. Cela pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts à distance puisque certains actes médicaux requièrent un contact visuel avec le patient, voire un examen physique.

Outils de travail collaboratifs

Les outils de travail collaboratifs sont notamment les logiciels Zoom, Reacts et Microsoft Teams, qui permettent de réaliser des téléconsultations par visioconférence.

24 D'autres ajustements seront nécessaires si le MSSS a la volonté de continuer à offrir des soins de santé par l'intermédiaire de téléconsultations, par exemple des précisions sur leur utilisation et des modifications à la tarification applicable.

Pourquoi ce constat est-il important ?

25 Au moment de l'adoption du décret d'urgence sanitaire en mars 2020, très peu de médecins effectuaient des actes à distance auprès d'un patient. Avant ce décret, aucun médecin omnipraticien n'avait facturé d'actes relatifs à une activité de télésanté, même si certains médecins pouvaient faire des suivis téléphoniques sans être rémunérés, et de 40 à 50 médecins spécialistes seulement réalisaient des actes à distance chaque mois. Pendant la première année de la pandémie, du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021, le nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes qui facturaient des actes à distance chaque mois se situait en moyenne à 12 730 (environ 70 % des médecins).

26 Avant la pandémie, le MSSS prévoyait de rendre disponibles les outils de travail collaboratifs, dont le logiciel Teams, aux intervenants travaillant dans les établissements d'ici 2020. Avec l'arrivée de la pandémie, il a décidé d'élargir la portée de son plan de déploiement des outils à tous les intervenants du réseau et a dû accélérer sa mise en œuvre, tout en développant la formation et le soutien aux utilisateurs et en gérant les enjeux quant à la sécurité de l'information, ce qui a complexifié le déploiement.

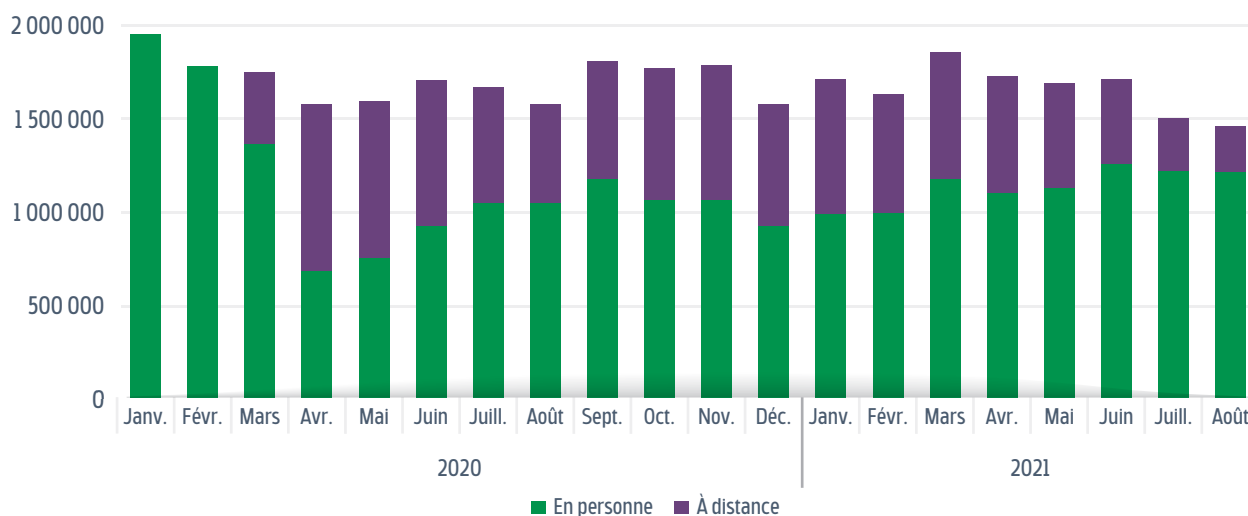
27 Malgré l'urgence sanitaire, il est nécessaire que le MSSS effectue un certain encadrement au moment opportun afin de s'assurer que les intervenants savent bien utiliser les outils de travail collaboratifs et que les soins de santé offerts à distance sont de qualité.

Ce qui appuie notre constat

Maintien d'une certaine offre de soins de santé des médecins omnipraticiens durant la pandémie

28 Le décret d'urgence sanitaire, adopté en mars 2020, a notamment permis aux médecins d'être rémunérés pour les actes médicaux réalisés à distance, ce qui inclut l'utilisation du téléphone comme acte assurable. Ainsi, les médecins omnipraticiens ont pu maintenir une certaine offre de soins de santé durant la pandémie. Au cours des premiers mois de la pandémie, le nombre de patients ayant obtenu une consultation avec un médecin omnipraticien (en personne ou à distance) a quelque peu diminué. Toutefois, à partir de l'automne 2020, ce nombre est redevenu presque semblable à ce qu'il était avant la pandémie (figure 2).

FIGURE 2 Nombre de patients ayant eu une consultation avec un médecin omnipraticien¹



1. Il s'agit d'une compilation produite à partir des données de la RAMQ.

29 Par ailleurs, le délestage de certaines activités des médecins spécialistes a mené à une réduction des soins de santé offerts pour certaines spécialités. En effet, la pandémie a causé le report ou l'annulation de plusieurs rendez-vous médicaux jugés non urgents. La gestion des activités délestées, la reprise ou non de celles-ci ainsi que leurs conséquences sur l'offre de soins de santé des médecins spécialistes n'ont pas fait l'objet de notre audit.

Utilisation du téléphone pour la quasi-totalité des téléconsultations effectuées par les médecins durant la pandémie

30 Selon la facturation des médecins de mars 2020 à septembre 2021, 99 % des téléconsultations effectuées par les médecins omnipraticiens l'ont été par téléphone. Pour les médecins spécialistes, la proportion est de 91 %. Le tableau 1 présente les sommes facturées par les médecins omnipraticiens et spécialistes pour leurs téléconsultations. Il est à noter que les mêmes tarifs s'appliquent pour les actes médicaux effectués en personne ou à distance.

TABLEAU 1 Facturation des médecins pour les téléconsultations, du 1^{er} mars 2020 au 30 septembre 2021 (en milliers de dollars)¹

	Téléphone	Visioconférence	Total
Médecins omnipraticiens	733 158	10 724	743 882
Médecins spécialistes	440 682	41 765	482 447
Total	1 173 840	52 489	1 226 329

1. Il s'agit d'une compilation produite à partir des données de la RAMQ.

31 Pourtant, dès mars 2020, des représentants du MSSS et des CCT ont tenu des rencontres régulières avec les pilotes cliniques et technologiques des établissements dans le but de les informer quant aux modalités d'utilisation de la visioconférence et de faciliter le déploiement des outils de travail collaboratifs dans le réseau. Cela a permis à un plus grand nombre d'utilisateurs d'avoir accès aux logiciels Zoom et Reacts, et au MSSS de déployer rapidement les outils de travail collaboratifs, dont le logiciel Teams, pour que le personnel administratif et clinique du réseau puisse effectuer plus facilement des téléconsultations par visioconférence.

32 Selon les pratiques recensées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les téléconsultations par visioconférence ajoutent la possibilité d'un examen physique visuel et seraient plus interactives. Les téléconsultations par téléphone, pour leur part, sont souvent limitées à la communication de résultats ou au suivi de l'état de santé d'un patient après sa sortie de l'hôpital.

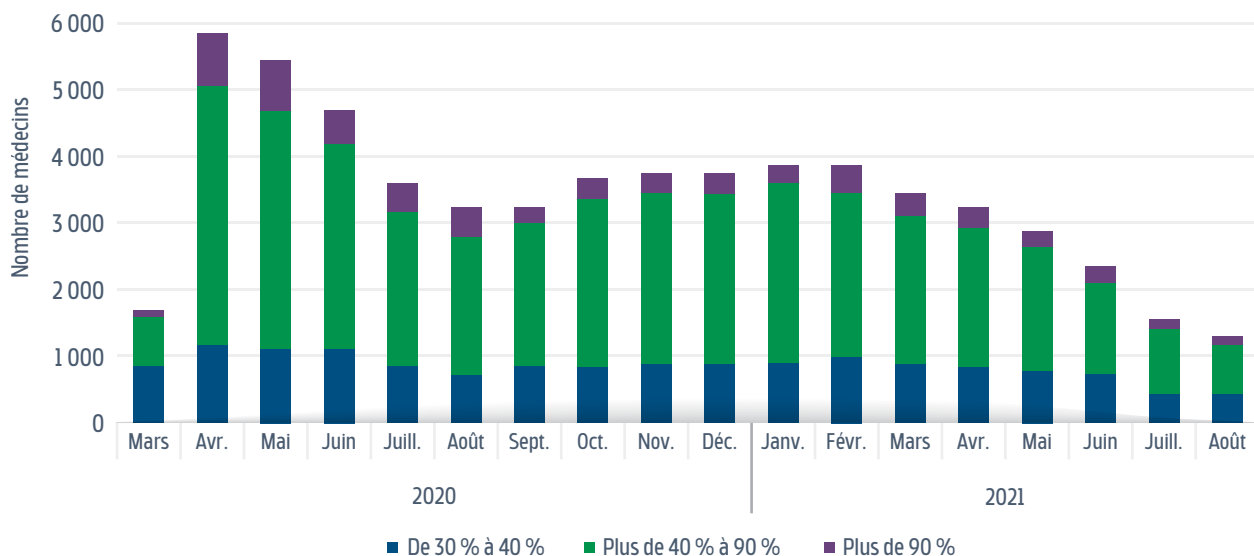
33 Durant la première année de la pandémie, le MSSS n'a pas précisé dans quel contexte les téléconsultations pouvaient être réalisées par téléphone. C'est seulement en avril 2021 qu'il a publié un guide intitulé *Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire*, dans lequel il recommande notamment de limiter l'utilisation du téléphone pour un suivi, une consultation avec un autre intervenant ou une consultation avec un patient connu de l'établissement dont le problème de santé a déjà fait l'objet d'un suivi. En juin 2021, dans une directive destinée aux établissements, le MSSS a réaffirmé les limites qu'il avait déterminées, en plus d'ajouter que le problème de santé devait être non complexe. Le MSSS a non seulement formulé ses recommandations tardivement, mais il n'a pas mis en place les moyens lui permettant de s'assurer que celles-ci sont respectées.

34 D'autres facteurs expliquent le fait que les outils de travail collaboratifs permettant de réaliser des téléconsultations par visioconférence ont été faiblement utilisés par rapport au téléphone :

- En mars 2020, le MSSS a demandé aux médecins de privilégier les téléconsultations par téléphone pour les rencontres ne requérant pas de contact visuel avec le patient afin de minimiser les répercussions sur les infrastructures technologiques et de favoriser le déploiement des outils de travail collaboratifs.
- En septembre 2021, ce n'étaient pas tous les médecins omnipraticiens exerçant dans un groupe de médecine de famille ou une clinique privée qui avaient une adresse courriel du MSSS ni accès au logiciel Teams. Bien que les adresses courriel sécurisées du MSSS soient nécessaires pour l'utilisation de ce logiciel, elles ont d'abord été attribuées uniquement aux médecins qui exercent dans un établissement du réseau.
- Au début de la pandémie, les équipes techniques du MSSS et des établissements n'étaient pas prêtes à traiter le nombre élevé de demandes d'assistance des intervenants du réseau. De plus, l'assistance technique offerte par le MSSS aux patients n'était pas structurée. Conséquemment, ces derniers n'ont pas reçu l'aide nécessaire lorsqu'ils ont eu des problèmes techniques, par exemple lorsqu'ils ne parvenaient pas à se connecter à une rencontre virtuelle avec un intervenant.

35 Dans le guide du MSSS intitulé *Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire*, il est spécifié que les activités de télésanté devraient représenter en moyenne de 30 à 40 % de la pratique annuelle d'un médecin. D'avril 2020 à août 2021, 18 % des médecins en moyenne ont effectué 30 % ou plus de leur pratique à distance (figure 3), et ce, en quasi-totalité par téléphone. En avril 2021, 2 367 médecins ont réalisé plus de 40 % de leurs consultations à distance ; le nombre était de 901 en août 2021. En outre, un taux de plus de 90 % est considéré comme inacceptable par le MSSS, sauf pour certaines exceptions. En avril 2021, 293 médecins ont effectué plus de 90 % de leurs consultations à distance ; en août 2021, le nombre était de 178.

FIGURE 3 Proportion de téléconsultations effectuées par les médecins qui ont réalisé 30 % ou plus de leur pratique à distance



Source : RAMQ.

36 Enfin, bien qu'il ait été porté à l'attention du MSSS que des patients n'ont pas pu obtenir de consultations en personne avec leur médecin malgré leurs besoins, ou ont été redirigés à l'urgence, le MSSS ne sait pas à quelle fréquence ces situations se sont produites.

37 D'autres ajustements seront nécessaires si le MSSS a la volonté de continuer à offrir des soins de santé par l'intermédiaire de téléconsultations. En voici des exemples :

- La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* n'inclut pas les téléconsultations par téléphone dans les activités de télesanté. Cette possibilité a été donnée uniquement en vertu du décret d'urgence sanitaire. Des modifications législatives seront requises si le MSSS décide de conserver ce type de téléconsultations après la pandémie. Rappelons que les mêmes tarifs s'appliquent pour les actes médicaux effectués en personne ou à distance.
- Des précisions sur l'utilisation des téléconsultations devront être apportées, notamment quant aux actes médicaux pouvant être effectués à distance, soit par visioconférence ou par téléphone. D'ailleurs, selon les pratiques recensées par l'INESSS, les téléconsultations ne devraient pas être utilisées pour réaliser certains actes à distance, comme ceux associés à des difficultés respiratoires ou à la perte de fonctions neurologiques.
- Les obligations professionnelles du médecin en lien avec le consentement du patient n'ont pas été modifiées pour les téléconsultations. En plus du consentement habituel qui doit être obtenu préalablement à toute intervention, le médecin doit obtenir le consentement du patient spécifiquement pour la téléconsultation après lui avoir communiqué l'information sur les contraintes liées à l'utilisation des outils technologiques, ce qui représente un défi.

CONSTAT 2

Au cours des 20 dernières années, plusieurs initiatives visant le développement de la télésanté n'ont pas donné les résultats escomptés. De plus, les infrastructures technologiques comportent des limites importantes pour la prestation de soins de santé à distance.

Qu'avons-nous constaté ?

38 À compter de 2001, des initiatives visant à intégrer les activités de télésanté dans l'offre de soins de santé ont été entreprises au sein du réseau de la santé et des services sociaux, mais elles n'ont pas donné les résultats escomptés. De plus, en 2015, le MSSS a déterminé plusieurs actions à accomplir dans le domaine de la télésanté, mais celles-ci ne sont toujours pas réalisées adéquatement. Cela a eu pour effet que le MSSS et les établissements n'étaient pas bien préparés lorsqu'ils ont été dans l'obligation d'adapter leurs pratiques au contexte de soins de santé à distance au début de la pandémie.

39 Par ailleurs, les pilotes cliniques et technologiques des établissements du réseau n'ont pas le temps nécessaire pour promouvoir les activités de télésanté au sein de leur établissement. En outre, les infrastructures technologiques des établissements comportent des limites quant à leur capacité de supporter une offre importante de soins de santé à distance.

Pourquoi ce constat est-il important ?

40 Le MSSS a créé la Table ministérielle en télésanté, constituée notamment de représentants des fédérations médicales, du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et d'experts de la télésanté, afin qu'elle détermine des moyens qui permettraient d'intégrer la télésanté de façon harmonieuse et économique dans l'ensemble des soins de santé. Le rapport de cette table, publié en 2001, contenait des recommandations à l'intention du MSSS, des attentes importantes concernant les possibilités offertes par la télésanté pour l'amélioration de la prestation des soins de santé, ainsi que les conditions pour bien intégrer la télésanté dans l'offre de soins de santé.

41 D'autre part, le MSSS et les établissements doivent disposer d'infrastructures technologiques de qualité pour pouvoir offrir des soins de santé à distance. Le MSSS avait d'ailleurs fixé des objectifs à cet égard dans son plan directeur des ressources informationnelles 2015-2020, dans la foulée de la réforme des structures du réseau.

Ce qui appuie notre constat

Peu de progrès pour des initiatives datant de 2001

42 Dans son rapport publié en 2001, la Table ministérielle en télésanté a formulé des recommandations en matière de télésanté, mais celles-ci ont fait l'objet de peu de suivi de la part du MSSS. Voici quelques aspects des recommandations qui n'ont pas été suffisamment pris en considération :

- identification des besoins des établissements pour lesquels la télésanté peut apporter une contribution ;
- détermination d'un cadre financier adéquat pour assurer la pérennité et l'utilisation optimale des projets de télésanté ;
- utilisation de technologies interopérables qui permettent notamment la disponibilité et le partage des informations cliniques ;
- évaluation des projets et des retombées de la télésanté.

43 Selon une des recommandations de la Table, le MSSS devait confier à une direction clinique la responsabilité de mettre en œuvre un plan d'action pour répondre aux recommandations qui avaient été formulées. Un tel plan a été élaboré par le MSSS en 2006, mais il est demeuré un document de travail. De plus, aucun mécanisme de suivi n'a été mis en place pour s'assurer que les enjeux soulevés en 2001 ont été pris en compte et que les recommandations ont été mises en œuvre.

44 Par ailleurs, le Plan stratégique 2001-2004 du MSSS contenait entre autres l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés, notamment par le développement de la télésanté. À ce moment, les spécialités pour lesquelles il était pertinent d'utiliser la télésanté n'avaient pas été déterminées.

45 C'est seulement en 2015 que le MSSS a identifié certaines spécialités jugées prioritaires. Cependant, il a réalisé peu de démarches par la suite afin d'intégrer la télésanté dans l'offre de soins de santé spécialisés. En septembre 2021, il a donné le mandat à l'INESSS d'analyser les meilleures pratiques et interventions en matière de soins de santé à distance pour sept spécialités, dont plusieurs sont les mêmes que celles identifiées en 2015. La volonté d'introduire davantage la télésanté dans certaines spécialités médicales est manifeste depuis plusieurs années, mais les résultats sont encore à venir.

Démarches insuffisantes relativement à des éléments importants prévus en 2015 et en 2016

46 En 2015, le MSSS a dressé un état de situation et défini des orientations ministérielles en matière de télésanté en vue d'instaurer une gouvernance dans ce domaine. Toutefois, certaines actions prévues dans son plan de mise en œuvre ne sont pas encore réalisées, et ce, bien que des actions semblables aient été formulées dans son plan d'action de 2006. Voici deux exemples à cet égard :

- analyse des possibilités de la télésanté pour les spécialités médicales jugées prioritaires et définition des orientations cliniques afférentes ;
- mise en place d'un financement adéquat et à long terme des activités de télésanté, notamment quant aux projets en la matière.

47 Pour d'autres actions, les démarches ont été insuffisantes, ce qui n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Par exemple, il était prévu d'utiliser la télésanté en cas de rupture de services, mais cette pratique a été peu utilisée par les établissements en raison du manque d'intervenants.

48 De plus, dans la foulée de ses orientations ministérielles, le MSSS a élaboré, en 2016, un cadre de référence en matière de télésanté qui explique notamment le fonctionnement de la télésanté et les rôles et responsabilités des différents acteurs. Ce document prévoit la création de plusieurs instances de coordination, comme un comité exécutif ministériel de télésanté, qui a notamment le mandat de prioriser les projets de télésanté provenant des établissements, un comité directeur ministériel, qui a entre autres la responsabilité de suivre l'état d'avancement de ces projets, et un comité national de coordination stratégique, qui est notamment chargé de collaborer avec le MSSS à la définition des orientations en matière de télésanté. Toutefois, soit ces instances n'avaient pas été mises en place avant la pandémie, soit elles n'assumaient pas leurs principales fonctions.

49 Le cadre de référence prévoit également que les établissements doivent produire un plan d'action et un bilan annuel sur l'utilisation de la télésanté, ainsi que mettre en place une structure de gestion des projets permettant de les prioriser et une structure d'évaluation de la pérennité des services. En plus du fait que ces exigences sont nombreuses, le MSSS n'en fait pas le suivi. Conséquemment, il n'utilise pas les informations pertinentes produites par les établissements pour planifier et coordonner les projets de télésanté à l'échelle provinciale.

Pilotes cliniques et technologiques n'ayant pas le temps nécessaire pour exercer leurs responsabilités

50 Selon le cadre de référence en matière de télésanté, le MSSS demande notamment à chaque établissement de nommer un pilote clinique et un pilote technologique pour qu'ils soient les promoteurs et les représentants de la télésanté dans leur établissement. Toutefois, selon un sondage réalisé par le MSSS en février 2019, près de 45 % des pilotes consacraient, par semaine, moins de 10 % de leur temps au développement de la télésanté au sein de leur établissement. Nos travaux d'audit confirment cet enjeu. Une des principales raisons est le fait que le MSSS n'a pas octroyé de budget spécifique à cet égard. Les responsabilités ont été confiées à des employés déjà en poste et elles s'ajoutent à leur charge de travail.

51 À cet effet, une des propositions de l'Institut de la pertinence des actes médicaux est de financer la création d'autres postes dans chacun des établissements du réseau et d'un poste de chargé de projet provincial, et ce, à l'aide des sommes récupérées dans l'enveloppe des médecins spécialistes. Toutefois, le financement accordé par l'intermédiaire de cette enveloppe serait temporaire.

Infrastructures technologiques limitant l'offre de soins de santé à distance

52 L'accessibilité à un réseau informatique de qualité est une condition de base pour pouvoir offrir des soins de santé à distance. À la fin de nos travaux, plusieurs établissements étaient encore en train d'implanter un réseau informatique sans fil fiable au sein de leurs installations. De plus, plusieurs établissements n'avaient pas terminé la mise en place de solutions visant l'informatisation des données cliniques des patients, même si le MSSS s'était fixé un tel objectif pour 2020. Selon les documents consultés, certains échéanciers vont même jusqu'en 2024. L'accès des intervenants aux données cliniques des patients et le partage de celles-ci entre les établissements du réseau est un enjeu, par exemple lorsqu'un patient doit consulter un médecin spécialiste à distance. En outre, dans le réseau de la santé et des services sociaux, il existe une multitude de systèmes d'information différents qui ne peuvent pas communiquer d'informations cliniques entre eux.

53 Le faible niveau de dépenses en ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux dans les dernières années peut expliquer en partie ces difficultés. En effet, depuis 2011-2012, les dépenses en la matière ne représentent qu'environ 2 % des dépenses totales du secteur de la santé et des services sociaux, alors que ces dernières correspondent à près de 40 % des dépenses totales du gouvernement du Québec. Par exemple, en 2018-2019, les dépenses en ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux représentaient près de 2 % de ses dépenses totales. Pour la même année, cette proportion s'élevait à près de 5 % pour les autres ministères et organismes budgétaires. Un autre élément à considérer est le ratio de l'effectif en ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux par rapport à son effectif total, qui était l'un des plus bas au sein du gouvernement en 2018-2019 (1,6 % par rapport à un ratio moyen d'environ 6 % pour les autres ministères et organismes budgétaires).

54 Par ailleurs, dans la majorité des établissements que nous avons visités, près de 90 % des investissements en ressources informationnelles sont consacrés, par exemple, au maintien des actifs et au renouvellement de licences, ce qui laisse peu d'argent pour assurer la mise en œuvre de projets de télésanté ou pour participer à ceux déjà en place. Soulignons toutefois que certains établissements, surtout ceux à vocation universitaire, peuvent bénéficier de sources de financement supplémentaires, telles que des fonds de recherche ou des dons provenant de fondations.

CONSTAT 3

Des projets de télésanté prometteurs ne sont pas mis en œuvre ou exploités à leur plein potentiel. Ils ne sont donc pas accessibles au plus grand nombre de patients possible.

Qu'avons-nous constaté ?

55 Certains des projets mis en œuvre à l'échelle provinciale présentent des résultats mitigés, notamment parce que la clientèle visée en bénéficie peu. De plus, des projets qui sont en cours, parfois depuis plus de 10 ans, progressent peu.

56 Le MSSS n'a pas réalisé toutes les démarches pour s'assurer de prioriser les projets de télésanté à mettre en œuvre à l'échelle provinciale en fonction de ceux ayant le meilleur potentiel de contribuer à l'amélioration durable de l'accès aux soins de santé, et de les ajuster s'il y a lieu. Par exemple, il a obtenu une liste de projets réalisés ou en cours au sein des établissements, mais celle-ci est incomplète, et il n'avait pas encore terminé son analyse à la fin de nos travaux.

Pourquoi ce constat est-il important ?

57 En 2015, lorsque le MSSS a dressé un état de situation sur la télésanté, il a constaté que des projets de télésanté avaient été développés sans vision intégrée ni collaboration soutenue entre les établissements. Le MSSS souhaitait alors mettre en œuvre des projets pour qu'ils soient davantage accessibles à l'ensemble des établissements et pour qu'ils répondent aux besoins de ces derniers et des patients. Notons que les principaux projets mis en œuvre ou en cours à l'échelle provinciale ont été amorcés il y a plusieurs années, parfois dès 2006.

58 Ce ne sont pas tous les projets réalisés à l'échelle locale et territoriale qui doivent être mis en œuvre dans l'ensemble des établissements de la province. Par exemple, deux établissements ont développé des projets de télésanté destinés aux grands brûlés. Ces deux établissements desservent l'ensemble de cette clientèle pour la province et, par conséquent, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre ces projets dans plus d'établissements. Le MSSS doit disposer des outils lui permettant de faire une analyse rigoureuse des projets de télésanté et de prioriser adéquatement ceux à réaliser à l'échelle provinciale. Il doit notamment considérer les besoins des patients, les bénéfices attendus ainsi que les coûts pour rendre accessible un projet à tous les établissements, puisque cela peut signifier l'acquisition d'une plateforme informatique coûteuse et représenter des défis de mise en œuvre.

Ce qui appuie notre constat

Résultats mitigés pour certains projets mis en œuvre à l'échelle provinciale

59 Des projets de télésanté que le MSSS a mis en œuvre à l'échelle provinciale présentent des résultats mitigés, soit parce qu'ils n'atteignent pas les objectifs fixés ou parce que peu d'établissements les utilisent. Le financement des dépenses récurrentes nécessaires au fonctionnement des projets de télésanté peut expliquer en partie le peu d'intérêt des établissements pour ce type de projets. En effet, ces dépenses, qui incluent notamment l'embauche de ressources permanentes, l'entretien et le remplacement des outils technologiques ainsi que la formation continue, sont à la charge des établissements. Nous présentons ci-après deux exemples de projets mis en œuvre à l'échelle provinciale ainsi que certaines raisons pour lesquelles les résultats obtenus sont mitigés. Une description de chacun des projets est présentée dans la section Renseignements additionnels.

Télésoins à domicile

60 En 2015, le MSSS a déployé, en collaboration avec six établissements, une plateforme provinciale permettant aux établissements d'offrir des télésoins à domicile. Toutefois, seulement 13 des 34 établissements du réseau ont offert ce type de soins via la plateforme provinciale et 1 528 patients ont pu en bénéficier en 2019-2020. Dans son plan d'action en télésanté 2019-2023, le MSSS s'est fixé une cible de 3 000 patients. D'ailleurs, cette cible est peu ambitieuse puisque, par exemple, plus de 600 000 Québécois sont traités pour le diabète de type 2 seulement, et c'est sans compter les autres maladies chroniques.

Service de réadaptation pour les personnes victimes d'une amputation traumatique de la main requérant une revascularisation microchirurgicale d'urgence

61 Le service vise une clientèle très précise, car le nombre de patients potentiels est estimé entre 100 et 150 par année. Toutefois, au 31 mars 2019, seulement 8 établissements ont offert ce service et 13 patients en ont bénéficié, soit 13 % de la clientèle potentielle. Selon un sondage réalisé en février 2021 auprès des ergothérapeutes, 40 % des répondants ont affirmé qu'ils privilégiaient les modalités utilisées habituellement (téléphone et courriel), 20 % ont eu des problèmes d'accès à la plateforme et 16 % ont mentionné qu'ils manquaient de connaissances et de formations pour bien utiliser la plateforme.

Peu de progrès pour les projets en cours

62 Actuellement, le MSSS consacre ses efforts au développement de projets de télésanté à l'échelle provinciale. Ces projets ont le potentiel d'atteindre de nombreux patients. Toutefois, ils sont encore en cours, dont certains depuis plusieurs années, voire parfois depuis plus de 10 ans. Nous présentons ci-après quatre exemples de projets en cours. Une description de chacun des projets est présentée dans la section Renseignements additionnels.

Télédepistage de la rétinopathie diabétique

63 En 2008, le MSSS a poursuivi les démarches afin de développer le télédepistage de la rétinopathie diabétique, notamment à la suite d'une recommandation de l'INESSS. Trois projets pilotes ont donc été réalisés à l'échelle territoriale de 2012 à 2014. En 2017, deux CCT ont reçu le mandat du MSSS d'élaborer une proposition pour un modèle provincial d'organisation des services de télédepistage. Toutefois, dès 2018, le MSSS a repris le projet afin d'ajouter des éléments importants à sa portée, par exemple un volet sur l'intelligence artificielle, ce qui a occasionné des délais additionnels. Le MSSS prévoit acquérir la plateforme pour le télédepistage en mars 2022 et la déploiera par la suite dans tous les établissements. Si l'échéancier est respecté, plus de 10 ans se seront écoulés entre la réalisation des projets pilotes et la mise en œuvre du projet à l'échelle provinciale. Actuellement, plusieurs patients pourraient bénéficier de ce projet puisque, par exemple, moins du tiers des personnes atteintes du diabète de type 2 ont accès à un depistage tous les deux ans, comme le recommande la Société canadienne d'ophtalmologie, alors que 80 % d'entre elles recevront un diagnostic de rétinopathie diabétique.

Télépathologie

64 En 2006, le MSSS a proposé d'offrir des services de télépathologie. Deux projets ont donc été amorcés à l'échelle territoriale de 2010 à 2012. Selon les résultats de l'un des projets, 40 % des intervenants n'y ont pas recours, soit parce qu'ils manquent d'intérêt, parce qu'ils ne sont pas habitués à la technologie ou parce qu'il y a des lacunes dans l'organisation des services. En 2019, le MSSS a décidé d'entreprendre des démarches afin d'obtenir une plateforme provinciale pour la télépathologie. Plus de deux ans plus tard, le projet est toujours à l'étape de l'élaboration d'un dossier d'opportunité. Pourtant, la télépathologie permettrait de diminuer les délais de réponse et de pallier la pénurie d'effectifs dans ce domaine, notamment par une meilleure répartition de la charge de travail entre les pathologistes. En effet, selon le MSSS, 39 % des prélèvements chirurgicaux en lien avec un cancer ne sont pas analysés dans les délais ministériels prescrits. De plus, certains établissements ont dû envoyer des prélèvements à des laboratoires privés ou en dehors de la province, ce qui a augmenté les délais de réponse et entraîné des coûts importants. Enfin, le projet en cours vise principalement les chirurgies oncologiques, alors que d'autres spécialités, par exemple la chirurgie générale, l'urologie et la dermatologie, pourraient en bénéficier.

Téléassistance en soins de plaies

65 Un premier projet territorial de téléassistance en soins de plaies a été réalisé de 2009 à 2012. Un deuxième projet a ensuite été amorcé en 2016, car des changements dans l'organisation des services devaient avoir lieu. Les résultats du deuxième projet territorial sont mitigés puisque seulement 117 patients ont bénéficié des services offerts, alors que l'objectif était de 280. L'accompagnement des infirmières qui fournissaient les services à domicile n'a pas pu être offert comme prévu, ce qui a limité leur participation au projet. Ainsi, 56 % d'entre elles avaient effectué deux téléconsultations ou moins, dont 25 % qui n'en avaient effectué aucune. Actuellement, bien que des démarches aient été effectuées, le projet provincial n'est pas encore amorcé.

Plateforme de consultations virtuelles

66 Rappelons que le MSSS, dans son plan stratégique 2001-2004, avait comme objectif d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés. Pour ce faire, il prévoyait notamment l'implantation de la visioconférence à l'échelle provinciale pour les services spécialisés. Le projet en cours au sein du MSSS vise d'abord à développer la télédermatologie, car il s'agit de l'une des spécialités pour lesquelles les délais d'attente avant l'obtention d'une première consultation sont les plus longs. Ces délais peuvent atteindre trois ans. Selon le MSSS, de 2014-2015 à 2016-2017, seulement 0,04 % des consultations en dermatologie ont été effectuées à distance. De plus, au 31 mars 2017, 61,4 % des dermatologues inscrits auprès de la RAMQ travaillaient principalement dans les régions de Montréal et de Québec. À l'heure actuelle, le déploiement de la plateforme est prévu à partir du printemps 2022.

67 Après la télédermatologie, le MSSS vise le développement des consultations à distance pour sept autres spécialités, et ce, à l'aide des sommes récupérées dans l'enveloppe des médecins spécialistes. Étant donné que très peu de médecins ont effectué des téléconsultations par visioconférence pendant la pandémie, le MSSS devra s'assurer que la plateforme déployée sera utilisée par le plus grand nombre d'intervenants possible, et ce, au bénéfice du plus grand nombre de patients.

Analyses incomplètes pour cibler les projets à mettre en œuvre et les améliorer

68 Depuis 2016, le MSSS a effectué divers exercices de recensement afin de connaître les projets de télésanté réalisés ou en cours au sein des établissements. Un nouveau recensement a été entamé en décembre 2020. Celui-ci a notamment permis au MSSS d'obtenir une liste de projets comprenant une courte définition de ceux-ci. Toutefois, cette information est loin d'être suffisante pour que le MSSS puisse s'assurer de bien prioriser les projets à mettre en œuvre à l'échelle provinciale en fonction de ceux ayant le meilleur potentiel de répondre aux besoins des établissements et des patients, et de contribuer à l'amélioration durable de l'accès aux soins de santé.

69 Par exemple, dans cette liste de projets réalisés ou en cours, 16 établissements ont un projet de télésanté en orthophonie, 18 établissements ont un projet lié à des services de réadaptation en déficience physique et 19 établissements ont un projet en cardiologie. Ces différents projets locaux de télésanté visant des patients ayant des besoins similaires démontrent la nécessité pour le MSSS de coordonner davantage les soins de santé offerts à distance, ainsi que de voir à un partage des pratiques et des expériences dans un souci d'efficacité et d'efficience. À la fin de nos travaux, le MSSS n'avait pas encore terminé l'analyse de ces informations.

70 Enfin, pour connaître la performance des projets et pouvoir ajuster l'offre de soins de santé, le cas échéant, il importe de se doter d'un processus permettant de les évaluer. Certains établissements et CCT ont évalué des projets, mais il n'existe aucun processus d'évaluation des projets de télésanté. En 2011, le MSSS a travaillé sur un projet de cadre de référence pour l'évaluation en télésanté, mais ce document n'a jamais été officialisé ni diffusé aux divers responsables. Pourtant, en 2001, la Table ministérielle en télésanté avait déjà souligné l'importance de l'évaluation des projets et formulé une recommandation à cet égard.

Le MSSS n'évalue pas la contribution de la télésanté à l'amélioration de la prestation des soins de santé, ce qui ne lui permet pas d'orienter son développement.

Qu'avons-nous constaté ?

71 Une des finalités de la télésanté définies par le MSSS est d'accroître l'accessibilité des soins de santé, notamment d'un point de vue géographique. Cependant, l'objectif déterminé en 2018 en lien avec cette finalité n'a pas été atteint.

72 De plus, dans son plan stratégique 2019-2023, le MSSS s'est donné comme objectif de mettre en œuvre huit projets provinciaux de télésanté. Toutefois, cet objectif ne lui permet pas d'apprécier la performance de ces projets et ainsi, de s'assurer qu'ils contribueront aux finalités de la télésanté.

73 Enfin, les objectifs liés à la télésanté que le MSSS a signifiés aux établissements dans les ententes de gestion et d'imputabilité ne les responsabilisent pas, car ils ne leur permettent pas d'avoir un impact important sur le développement de la télésanté.

Pourquoi ce constat est-il important ?

74 Plusieurs problèmes d'accès aux soins de santé de première ligne ont été soulevés dans notre rapport d'audit intitulé *Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs*, publié en octobre 2020. De plus, les délais pour l'obtention de services spécialisés ne sont pas respectés. Par exemple, pour l'année 2019-2020, la cible de 80 % des consultations auprès d'un médecin spécialiste réalisées à l'intérieur des délais fixés dans le Plan stratégique 2019-2023 du MSSS n'a pas été atteinte.

75 La télésanté peut contribuer significativement à l'accessibilité des soins de santé. Le MSSS doit donc disposer d'une information de qualité lui permettant d'évaluer la contribution de la télésanté et, ainsi, d'orienter son développement et de promouvoir son intégration dans l'offre de soins de santé auprès des établissements et des intervenants.

Ce qui appuie notre constat

Peu de données significatives pour évaluer les retombées de la télésanté

76 Le MSSS a défini cinq grandes finalités de la télésanté (figure 4). L'une d'entre elles est d'accroître l'accessibilité géographique et temporelle des services.

FIGURE 4 Principales finalités de la télésanté pour le MSSS



Source : MSSS.

77 Cependant, le MSSS ne détient pas l'information qui lui permettrait de bien évaluer la contribution de la télésanté à l'accessibilité géographique et temporelle des services. Le seul suivi qu'il a effectué est lié à son plan d'action 2018-2020 portant sur la Stratégie gouvernementale pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2018-2022. Selon ce plan d'action, le MSSS visait à augmenter de 40 % les téléconsultations réalisées en régions éloignées entre des intervenants et des patients d'ici 2020 (cible de 14 446 téléconsultations) par rapport au résultat de 2017-2018 (8 857 téléconsultations). Dans son rapport annuel de gestion 2018-2019, il a rapporté que 10 319 téléconsultations avaient été réalisées, soit une augmentation de seulement 17 %. En 2019-2020, le nombre total de téléconsultations avait légèrement diminué par rapport à l'année précédente. L'objectif fixé par le MSSS n'a donc pas été atteint.

78 De plus, il est à noter que le MSSS n'a pas déterminé les régions éloignées concernées ni les spécialités visées. Pourtant, des ruptures de services importantes sont observées dans plusieurs régions quant à certaines spécialités. D'ailleurs, en 2015, le MSSS voulait que la télésanté permette d'offrir un dépannage ponctuel lors de ces ruptures de services, mais cette initiative n'a pas été un succès. Le MSSS devrait notamment utiliser l'information liée aux ruptures de services afin de préciser les activités pour lesquelles la télésanté peut contribuer à améliorer la prestation et la continuité des soins de santé.

Objectif stratégique associé à la télésanté qui ne permet pas d'apprécier la performance de celle-ci

79 En 2019, le MSSS a élaboré un plan d'action en télésanté visant la mise en œuvre de 13 projets de télésanté à l'échelle provinciale d'ici 2023. Dans son plan stratégique 2019-2023, le MSSS s'est donné comme objectif de mettre en œuvre huit de ces projets.

80 D'abord, lorsque le MSSS a défini cette cible de huit projets dans son plan stratégique, trois d'entre eux avaient déjà été mis en œuvre. De plus, un des projets inclus dans le plan d'action en télésanté a été scindé en trois, ce qui concourt à l'atteinte de la cible de huit fixée dans le plan stratégique. Surtout, le fait d'implanter des projets à l'échelle provinciale ne permet pas au MSSS de s'assurer qu'ils seront utilisés par les intervenants, qu'ils serviront à offrir des soins de santé aux patients en temps opportun et qu'ils contribueront réellement aux finalités de la télésanté.

81 Au 31 mars 2021, le MSSS affirmait avoir mis en œuvre cinq projets à l'échelle provinciale. La figure 5 présente les 13 projets inclus dans le plan d'action en télésanté du MSSS, qui sont soit mis en œuvre soit en cours. Il est possible d'observer que les projets ayant une plus grande portée en termes de clientèles potentielles sont les projets en cours. Par exemple, le projet de plateforme de consultations virtuelles vise d'abord la mise en œuvre de la télédermatologie et, par la suite, le développement de consultations à distance pour sept autres spécialités médicales, soit la pédiatrie, la pneumologie, la neurologie, la psychiatrie, la chirurgie générale, la médecine interne et l'oncologie. Une description de chacun des projets est présentée dans la section Renseignements additionnels.

FIGURE 5 Mise en œuvre de 13 projets de télésanté à l'échelle provinciale^{1,2}



1. Les données entre parenthèses représentent des résultats pour les projets mis en œuvre et des clientèles potentielles pour les projets en cours.

2. Il s'agit d'une compilation produite à partir des informations du MSSS.

Ententes de gestion et d'imputabilité : peu de responsabilisation des établissements

82 Des ententes de gestion et d'imputabilité sont conclues annuellement entre le MSSS et les établissements du réseau. Elles contiennent des objectifs à atteindre et des indicateurs permettant de les mesurer. C'est seulement depuis 2019-2020 que la télésanté est clairement une attente, puisque trois objectifs en la matière ont alors été précisés dans les ententes.

83 D'abord, les établissements devaient démontrer leur contribution au plan d'action en télésanté du MSSS. Toutefois, ce dernier n'a pas effectué de suivi des plans d'action produits par les établissements en matière de télésanté ni d'analyse de leur bilan annuel, afin de connaître, par exemple, les actions qui ont été mises en place pour augmenter les téléconsultations en régions éloignées. La raison invoquée par le MSSS est le contexte de la pandémie. Les deux autres objectifs sont de maintenir actif un comité tactique local en télésanté, ainsi que de contribuer à l'exercice de recensement des soins de santé offerts à distance et des projets de télésanté en cours de réalisation au sein de chaque établissement. Ces objectifs ne permettent pas aux établissements d'être responsables quant à l'atteinte des finalités de la télésanté ni d'avoir un impact important sur le développement de celle-ci. Par exemple, la majorité des établissements ont mentionné qu'ils avaient mis en place un comité tactique local, mais certains comités ont tenu peu ou pas de réunions.

Comité tactique local en télésanté

Le comité tactique local en télésanté d'un établissement a notamment pour rôle la promotion, la priorisation et la coordination des activités de télésanté. Le pilote clinique et le pilote technologique y siègent. Ce comité était déjà prévu dans le cadre de référence en télésanté élaboré en 2016.

RECOMMANDATIONS

84 Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

- 1 Apporter les ajustements nécessaires pour assurer une pratique efficace, économique et sécuritaire en matière de soins de santé offerts à distance.
- 2 S'assurer de mettre en place les mesures nécessaires pour que les initiatives visant le développement de la télésanté soient réalisées dans des délais raisonnables, notamment en ce qui a trait aux infrastructures technologiques permettant la prestation de soins de santé à distance.
- 3 Se doter des outils permettant de prioriser les projets de télésanté en fonction de ceux ayant le meilleur potentiel de contribuer à l'amélioration durable de l'accès aux soins de santé, évaluer ces projets en temps opportun et s'assurer de leur utilisation optimale par les intervenants et les patients.
- 4 Définir des objectifs et des indicateurs qui permettent :
 - de mesurer la contribution de la télésanté à l'amélioration de la prestation des soins de santé ;
 - de responsabiliser les établissements quant au développement de la télésanté et à l'atteinte de ses finalités.

COMMENTAIRES DE L'ENTITÉ AUDITÉE

L'entité auditée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits ci-après. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes nos recommandations.

Commentaire du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le MSSS accueille favorablement le rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ) et prend acte des quatre recommandations qui lui sont adressées. Les éléments soulevés par le VGQ ainsi que les recommandations formulées s'inscrivent en continuité avec les démarches en cours au MSSS.

« Les recommandations sont également cohérentes avec les objectifs et les orientations poursuivis dans les travaux réalisés actuellement. Le MSSS s'engage donc à prendre les mesures nécessaires pour répondre aux recommandations formulées à son attention.

« Par ailleurs, le MSSS souhaite apporter une précision supplémentaire au paragraphe 34, puce 2, qui est la suivante : "En septembre 2021, ce n'étaient pas tous les médecins omnipraticiens exerçant dans un groupe de médecine de famille ou une clinique privée qui avaient une adresse courriel du MSSS ni accès au logiciel Teams. Bien que les adresses courriel sécurisées du MSSS soient nécessaires pour l'utilisation de ce logiciel, elles ont d'abord été attribuées uniquement aux médecins qui exercent dans un établissement public." Néanmoins, le MSSS tient à préciser qu'à compter d'octobre 2021, tous ces médecins avaient accès aux abonnements M365 du MSSS.

« Enfin, au regard de certains constats du rapport, le MSSS souhaite rappeler que cet audit a été réalisé pendant une période exceptionnelle induite par le contexte d'urgence sanitaire qui a cours depuis la mi-mars 2020. Cette situation d'urgence et de délestage dans le réseau de la santé et des services sociaux a permis aux professionnels et aux institutions de faire évoluer les pratiques, bien que tous les changements n'aient pas pu être déployés de la façon souhaitée. »

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Objectifs de l'audit et portée des travaux

Principales activités de télésanté selon le ministère

Répartition des 34 établissements desservis par
l'un ou l'autre des centres de coordination en télésanté

Rôles et responsabilités des principaux acteurs en télésanté

Projets mis en œuvre et en cours à l'échelle provinciale

Objectifs de l'audit et portée des travaux

Objectifs de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de mars 2022 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission d'audit. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après. Ces critères s'inspirent notamment de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, de la *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*, ainsi que de saines pratiques de gestion.

Objectifs de l'audit	Critères d'évaluation
Déterminer si le MSSS voit au bon fonctionnement des activités de télésanté afin d'accroître leur accessibilité et la continuité des soins de santé.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un cadre de référence complet et cohérent est en place et fait l'objet d'un suivi rigoureux. ■ Les risques liés à la télésanté sont identifiés et des mesures appropriées pour les atténuer sont implantées. ■ Une information fiable et à jour permet d'orienter et d'adapter le développement des activités de télésanté.
S'assurer que les CCT et les établissements ont mis en place des mesures adéquates et efficaces afin d'assurer la mise en œuvre efficace des activités de télésanté.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La planification et l'organisation des activités de télésanté sont réalisées en cohérence avec les orientations ministérielles et les besoins des patients. ■ Des mécanismes permettent d'apprécier l'efficacité des activités de télésanté, de suivre et d'évaluer les projets et d'apporter les mesures correctives lorsque nécessaire.

Les travaux d'audit dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les Normes canadiennes de missions de certification (NCMC) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCMC 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1. Ainsi, il maintient un système de contrôle qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 2 février 2022.




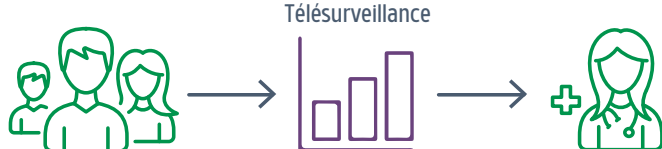
Nos travaux ont essentiellement porté sur l'organisation des activités de télésanté par le MSSS, les établissements et les quatre CCT. Nous avons examiné plus en détail un certain nombre de projets de télésanté mis en œuvre ou en cours, ainsi que l'organisation des téléconsultations qui ont été réalisées principalement depuis le début de la pandémie.

Pour mener à bien nos travaux, nous avons réalisé des entrevues auprès de gestionnaires et de professionnels du MSSS, des quatre CCT et de la RAMQ, ainsi qu'auprès de certains établissements de santé et de services sociaux.

Nos travaux ont surtout porté sur la période de janvier 2010 à octobre 2021, mais certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Principales activités de télésanté selon le ministère

Il existe diverses définitions des activités de télésanté selon les acteurs concernés, et ce, pour des concepts qui sont parfois similaires. Voici une définition des principales activités de télésanté selon le MSSS.

 <p>Téléconsultation</p>	<p>Consultation à distance, par exemple entre un patient et un médecin omnipraticien, qui permet notamment de poser ou de confirmer un diagnostic, de réaliser un suivi de l'état de santé du patient ou de modifier un plan de traitement ou une ordonnance.</p>
 <p>Téléexpertise</p>	<p>Acte médical effectué à distance par un intervenant sans la présence du patient, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, en réponse à une demande de consultation par un autre intervenant ou un tiers.</p>
 <p>Téléassistance</p>	<p>Acte médical qui consiste, par exemple, pour un intervenant à assister à distance un autre intervenant qui est en train de réaliser un acte médical ou chirurgical.</p>
 <p>Télésurveillance</p>	<p>Suivi à distance des données cliniques, radiologiques ou biologiques d'un patient, qu'elles soient recueillies par le patient lui-même, un médecin ou un autre intervenant à des fins de diagnostic ou de traitement.</p>

Répartition des 34 établissements desservis par l'un ou l'autre des centres de coordination en télésanté

CCT associé au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHU Sainte-Justine
CISSS de Laval
CISSS de Lanaudière
CISSS des Laurentides
CISSS de la Montérégie-Est
CISSS de la Montérégie-Centre
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Institut de Cardiologie de Montréal
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

CCT associé au Centre universitaire de santé McGill

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
CISSS de la Montérégie-Ouest
CISSS de l'Outaouais
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Centre universitaire de santé McGill
Centre de santé Inuulitsivik
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

CCT associé au CHU de Québec-Université Laval

CHU de Québec-Université Laval
CISSS du Bas-Saint-Laurent
CISSS de Chaudière-Appalaches
CISSS de la Côte-Nord
CISSS de la Gaspésie
CISSS des Îles
CIUSSS de la Capitale-Nationale
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Centre local de services communautaires Naskapi
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

CCT associé au CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Rôles et responsabilités des principaux acteurs en télésanté

MSSS

Le MSSS voit au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Il doit notamment rendre accessible un ensemble de soins de santé intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. Pour ce faire, le MSSS :

- élabore, met en œuvre et effectue le suivi des orientations cliniques, technologiques et stratégiques dans le domaine de la télésanté ;
 - établit les normes applicables tout en favorisant l'utilisation des technologies de l'information et de la communication de manière à réaliser des gains d'efficacité et de productivité ;
 - développe et met en œuvre des programmes et des activités de télésanté en fonction des besoins de la population, et assure la coordination des projets à l'échelle provinciale ;
 - assure une gestion maîtrisée de l'information relative à la dispensation des soins de santé ;
 - analyse les données relatives aux activités de télésanté et en évalue les résultats par rapport aux objectifs fixés.
-

CCT

Les CCT coordonnent et assurent notamment le suivi des projets de télésanté des établissements qu'ils desservent. Pour ce faire, les CCT :

- assurent la gestion des projets de télésanté qui leur sont confiés par le MSSS et des projets situés sur leur territoire ;
 - accompagnent les établissements dans la mise en œuvre de nouveaux projets et quant à toute demande de soutien clinique et technologique liée à la télésanté ;
 - effectuent une vigie et une veille sur les meilleures pratiques et technologies en télésanté ;
 - rendent compte aux établissements et au MSSS de l'utilisation des activités de télésanté.
-

Établissements de santé et de services sociaux

Les établissements de santé et de services sociaux offrent à la population des soins de santé, notamment des services courants de première ligne, des services de nature préventive ou curative, ou encore des services de réadaptation et de réinsertion. Les activités de télésanté peuvent s'inscrire dans les différentes missions des établissements. Pour ce faire, ceux-ci doivent notamment :

- intégrer la télésanté comme une modalité de soins de santé dans leur organisation ;
 - mettre en place les mesures nécessaires pour gérer les projets de télésanté et en assurer la coordination à l'interne ;
 - nommer un pilote clinique et un pilote technologique en télésanté dans leur organisation ;
 - fournir les informations nécessaires à la réalisation d'un bilan annuel des projets et des activités de télésanté, et le transmettre au CCT.
-

Projets mis en œuvre et en cours à l'échelle provinciale

Projets mis en œuvre

1 Service de réadaptation pour les personnes victimes d'une amputation traumatique de la main requérant une revascularisation microchirurgicale d'urgence

Le service permet d'assurer la prise en charge précoce de la réadaptation des patients ayant subi une revascularisation à la suite d'une amputation traumatique, par l'intermédiaire de consultations à distance entre des experts et les équipes de réadaptation des régions concernant des cas complexes.

2 Téléthrombolyse

Le service permet à des neurologues de conseiller à distance des urgentologues dans la conduite à suivre auprès de patients à risque de subir un accident vasculaire cérébral (administration d'un traitement ou transfert du patient dans un autre centre pour une intervention), et ce, dans les délais prescrits et par l'analyse d'images radiologiques à distance.

3 Télésoins à domicile

Il s'agit d'une plateforme provinciale permettant à des professionnels de la santé de surveiller à distance des paramètres physiologiques de patients présentant divers problèmes de santé, tels que les maladies chroniques (ex. : diabète, maladies cardiovasculaires et cardiaques), en plus de les éduquer et de favoriser l'autogestion de leurs soins.

4 Service de téléconsultation en oncologie

Le service permet à des infirmières en oncologie d'offrir des consultations à distance aux patients afin de les évaluer, de les soutenir, de les informer, d'assurer une surveillance de leur état de santé et d'intervenir au besoin.

5 Psychiatrie légale

Le service permet la comparution à distance et le témoignage d'intervenants ou de patients devant différentes instances légales (Tribunal administratif du Québec, Commission québécoise des libérations conditionnelles, etc.).

Projets en cours

1 Plateforme de consultations virtuelles

Il s'agit d'une plateforme technologique permettant la gestion des demandes de consultation pour la majorité des spécialités médicales, en vue d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité et de réduire les déplacements des intervenants et des patients.

2 Télépathologie

Il s'agit d'une plateforme permettant de faciliter le transfert d'images (lames numérisées) à des fins d'analyse et d'interprétation à distance de prélèvements, en plus de permettre un second avis, l'assistance et la supervision.

3 Télédépistage de la rétinopathie diabétique

Le service vise la prise d'images rétinienne chez des patients ayant le diabète de type 2, l'analyse et l'interprétation des images par des lecteurs formés et la référence des patients touchés par la rétinopathie diabétique vers un centre virtuel de médecins spécialistes (ophtalmologistes ou rétiniologues) pour consultation et prise en charge.

4 Pharmacie

Le service permet à des patients de bénéficier de consultations à distance avec des pharmaciens, notamment pour des conseils et de la surveillance d'effets indésirables des traitements, et à des pharmaciens d'offrir de l'assistance à des techniciens dans divers contextes, par exemple en cas de ruptures de services.

5 Organisation des soins de santé de première ligne

Le projet vise à accompagner et à soutenir les intervenants offrant des soins de santé de première ligne pour l'intégration de la télésanté dans leur pratique.

6 Service de réadaptation scolaire à distance

Le service permet aux intervenants de la santé, accompagnés d'intervenants scolaires, de collaborer à distance avec des jeunes fréquentant un établissement d'enseignement qui présentent une déficience intellectuelle, un retard global du développement, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique.

7 Programme Aire ouverte

Il s'agit de services offerts à distance par des intervenants (principalement des infirmières et des travailleurs sociaux), qui sont adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes adultes et qui visent à les écouter et à les aider à trouver des solutions.

8 Téléassistance en soins de plaies

Le service permet à des infirmières traitantes de bénéficier de l'assistance à distance d'infirmières spécialisées dans la conduite à suivre pour le traitement de plaies complexes chez des patients en établissement ou à domicile.