



CIRANO

Allier savoir et décision

Encadrement normatif et contractuel des pratiques de téléconsultation en clinique de première ligne

MÉLANIE BOURASSA FORCIER

MAUDE LABERGE

AVEC LA COLLABORATION DE

LIONEL ADISSO

EUGÈNE ATTISSO

MATILDA BOURDEAU-CHABOT

CAMILLE CARDENAS BENOIT

DERECK DUMONT

OLIVIA TOUSSAINT-MARTIN

DARY-ANNE TOURANGEAU

2021RP-02
RAPPORT DE PROJET

RP

Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs – Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie Canada
Ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation
Ministère des finances du Québec
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Rio Tinto
Ville de Montréal

Partenaires universitaires – Academic Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web. *CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.*

© Février 2021. Mélanie Bourassa Forcier, Maude Laberge, Lionel Adisso, Eugène Attiso, Matilda Bourdeau-Chabot, Camille Cardenas Benoit, Dereck Dumont, Olivia Toussaint-Martin, Dary-Anne Tourangeau. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not necessarily represent the positions of CIRANO or its partners.*

Encadrement normatif et contractuel des pratiques de téléconsultation en clinique de première ligne *

Chercheurs principaux

Mélanie Bourassa Forcier [†], Maude Laberge [‡]

Auxiliaires de recherche

*Lionel Adisso, Eugène Attisso, Matilda Bourdeau-Chabot, Camille Cardenas
Benoit, Dereck Dumont, Olivia Toussaint-Martin, Dary-Anne Tourangeau*

Résumé

Jusqu'à la pandémie de la COVID-19, les services de téléconsultation offerts par des médecins omnipraticiens au Québec étaient fortement limités essentiellement parce qu'ils n'étaient pas rémunérés puisque non reconnus comme des actes médicaux assurables. Le décret du 16 mars 2020, adopté dans le contexte d'urgence sanitaire, permet maintenant cette rémunération au même titre que la rémunération associée à la visite du patient en clinique. De nombreux avantages sont reconnus et associés à la téléconsultation en première ligne si cette téléconsultation est bien encadrée. Le présent projet vise à examiner les bonnes pratiques d'encadrement de la téléconsultation et à proposer des recommandations avant que ne soit négocié la prochaine entente de rémunération avec les médecins omnipraticiens. Nous recommandons notamment une formation obligatoire, une clarification législative quant au droit des assureurs privés de rembourser la téléconsultation et des modalités de rémunération variées en fonction du type de téléconsultation. Il nous appert enfin impératif de rapidement commander une étude détaillée sur les bénéfices et les coûts de la téléconsultation au Québec.

Mots-clés : Téléconsultation, Rémunération des médecins, Pandémie de la COVID-19

* Nos sincères remerciements à M. Frédéric Bergeron, spécialiste de l'information à l'université de Laval pour son soutien à l'élaboration de la stratégie de recherche pour les articles scientifiques.

[†] Université de Sherbrooke et CIRANO

[‡] Université Laval et CIRANO

Table des matières

Sommaire exécutif	3
1. INTRODUCTION	6
2. METHODES	7
2.1 Volet juridique	7
2.2 Volets économiques.....	8
2.2.1 Littérature scientifique	8
2.2.2 Littérature grise.....	8
3. RÉSULTATS	9
3.1 Présentation de l'encadrement normatif de la téléconsultation au Québec.....	9
3.1.1 Rémunération des médecins omnipraticiens	9
3.1.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations	10
3.1.3 Encadrement relatif à la formation	11
3.1.4 Encadrement relatif à la sécurité des plateformes	11
3.2 Présentation de l'encadrement normatif de la téléconsultation en Ontario.....	12
3.2.1 Rémunération des médecins omnipraticiens	12
3.2.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations	12
3.2.3 Encadrement relatif à la formation	13
3.2.4 Encadrement à la sécurité des plateformes	14
3.3 Présentation de l'encadrement normatif de la téléconsultation au Royaume-Uni.....	14
3.3.1 Rémunération des médecins généralistes.....	14
3.3.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations	14
3.3.3 Encadrement relatif à la formation	15
3.3.4 Encadrement relatif à la sécurité des plateformes	16
3.4 Présentation de l'encadrement contractuel en France	16
3.4.1 Mode de rémunération des médecins généralistes en France.....	16
3.4.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations	17
3.4.3 Encadrement relatif à la formation	19
3.4.4 Encadrement relatif à la sécurité des plateformes	19
3.5 Avantages et inconvénients notés de la téléconsultation	20
3.5.1 Avantages.....	20
3.5.2 Inconvénients identifiés.....	21

4. DISCUSSION.....	22
5. RECOMMANDATIONS POUR LE QUÉBEC	25
Références	27
ANNEXES.....	35
Tableau 1: Stratégie de recherche pour articles scientifiques.....	35
Tableau 2 : Stratégie de recherche pour la littérature grise.....	38
Tableau 3 Synthèse des conditions des téléconsultations	39
Figure 1 : Flow chart de sélection des articles	41
Tableau 4 : Synthèse des quatre juridictions	42

Sommaire exécutif

La téléconsultation est une consultation médicale à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication, au cours de laquelle un patient et un médecin (en général) communiquent par appel téléphonique, vidéo-transmission (aussi parfois qualifié d'appel vidéo ou de vidéoconférence), et/ou messages textes ou électroniques. Le recours à la téléconsultation dans les cliniques de soins primaires était jusqu'à récemment particulièrement limité au Québec. Une des raisons qui expliquait cette situation au Québec était la non-couverture de ce service par la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM), se traduisant en l'absence de rémunération de ce type de consultation médicale de première ligne. Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, le gouvernement du Québec a décrété que les soins administrés « par correspondance ou par voie de télécommunication par des professionnels de la santé sont considérés comme des services assurés ». Ainsi, depuis le 16 mars 2020, les téléconsultations réalisées par les médecins omnipraticiens en clinique sont rémunérées au même tarif que le sont les consultations en personne. Ce décret et le contexte de pandémie ayant poussé l'adoption chez les médecins posent des questions quant au futur des modalités de rémunération de la téléconsultation post-pandémie. Certaines juridictions, notamment la France, le Royaume-Uni et l'Ontario, avaient déjà adopté des modalités de rémunération pour les téléconsultations avant la pandémie. L'examen de ces modalités et des résultats des expériences pourraient ainsi informer les politiques publiques au Québec. Notre étude vise à : 1) identifier les modes de rémunération des médecins omnipraticiens dans des juridictions où la téléconsultation était implantée avant la pandémie soient la France, l'Ontario et le Royaume-Uni; 2) déterminer les changements apportés avec la COVID-19 à la rémunération pour les téléconsultations; et 3) déterminer les relations entre modes de rémunération et utilisation et efficacité des téléconsultations. Malgré que les trois juridictions choisies ne soient pas les seules à avoir adopté la téléconsultation avant la pandémie, elles ont été choisies, car elles sont régulièrement utilisées comme des comparateurs pour le système de santé québécois, de par leur proximité culturelle et dans l'organisation de leurs systèmes de santé respectifs.

Nous avons effectué une revue de la littérature pour chacune des juridictions. Suite à une analyse des données recueillies, nous avons développé des recommandations pour le Québec.

RECOMMANDATION 1. Commander une évaluation socio-économique approfondie de l'utilisation de la téléconsultation réalisée par les médecins omnipraticiens au Québec, par mode de téléconsultation, depuis l'entente conclue en mars 2020. Assurer un suivi continu de cette évaluation après la conclusion de la prochaine entente telle qu'identifiée à la RECOMMANDATION 9.

Parmi les questions analysées nous proposons celles-ci : (1) Quel a été l'impact de la téléconsultation sur la productivité des médecins et sur les coûts de soins primaires? (2) L'utilisation de la téléconsultation a-t-elle affecté l'utilisation d'autres services (visites aux urgences, hospitalisations), si oui, dans quelle mesure? (3) Y a-t-il des disparités dans l'utilisation et l'expérience des patients? (4) Comment la qualité des soins se compare-t-elle? (5) Les patients ont-ils eu le choix de la modalité (vidéotransmission ou appel téléphonique)? (5) Quelle est la proportion des services de téléconsultation selon les modes de consultations (appel téléphonique, vidéotransmission, messages textes et/ou courriels)? (6) Des services de consultation ont-ils été initiés à la demande des médecins sans demande préalable des patients? (7) Quelle est la proportion des services de téléconsultations, selon le mode de téléconsultation, qui a été suivi d'une consultation en personne? (8) Quelles ont été les conséquences d'une utilisation accrue de la téléconsultation sur les inégalités de santé?

RECOMMANDATION 2 : Établir une grille tarifaire de rémunération tenant en compte l'effort et la durée investis pour la téléconsultation, selon le mode de téléconsultation (vidéotransmission, appel téléphonique) et selon son objectif (triage, suivi, nouvelle consultation).

RECOMMANDATION 3 : Éviter toute double facturation pour une téléconsultation qui nécessite une évaluation en cabinet. Un tarif global (téléconsultation et visite en cabinet) devrait alors être envisagé.

RECOMMANDATION 4 : Expérimenter et évaluer un paiement forfaitaire (soit un taux horaire) pour les téléconsultations par messagerie texte ou courriel. Ce mode de communication ne peut être rémunéré adéquatement avec un paiement à l'acte, car le nombre de messages échangés peut considérablement varier d'un patient à l'autre. Cependant, en absence de paiement, ces modalités de consultations ne s'implanteront pas au Québec.

RECOMMANDATION 5 : Modifier la législation applicable de façon à identifier la possibilité, pour un assureur privé, de couvrir les services de téléconsultation au Québec et de façon à identifier la possibilité, pour un médecin participant, de se faire rémunérer pour ces services par un assureur privé.

RECOMMANDATION 6 : Intégrer une formation sur la téléconsultation (et la télémédecine en général) dans le cursus d'études des étudiants en médecine et exiger une formation continue sur le sujet par les médecins qui souhaitent s'y adonner.

RECOMMANDATION 7. Créer un répertoire des plateformes numériques permettant la téléconsultation. Ce répertoire devrait guider l'utilisateur (tant le médecin que le patient) quant à la sécurité de la plateforme et quant à la qualité de la notice de confidentialité.

RECOMMANDATION 8 : À plus long terme, revoir le mode de rémunération des médecins omnipraticiens afin de mieux prendre en compte les modalités de prise en charge et suivi des patients. Une mixité avec des éléments de paiements à l'acte, de capitation et de paiement à la performance pourrait mieux répondre à la diversité des objectifs en soins primaires, tels que l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'efficacité.

RECOMMANDATION 9 : Conclure la prochaine entente en fonction des données probantes qui soient accessibles aux chercheurs, et de façon transparente et limitée dans le temps de façon à l'adapter en fonction de l'évolution de la téléconsultation au Québec.

RECOMMANDATION 10 : Examiner l'impact sur la confidentialité des renseignements de santé du patient d'une utilisation accrue de la téléconsultation.

Nous suggérons qu'une agence soit créée afin de mettre en œuvre les recommandations ci-dessus de façon indépendante. Cette agence pourrait éventuellement voir son mandat s'élargir au-delà de la téléconsultation afin de soutenir le virage numérique en santé au Québec.

1. INTRODUCTION

Au Canada, en 2014, 411 778 consultations à distance entre patients et médecins se sont tenues, contre 187 385 en 2010(1). La téléconsultation aurait épargné 65 millions en frais hospitaliers au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique(2). En 2008, grâce à la téléconsultation, 47 millions de kilomètres de déplacements et 70 millions de dollars en frais connexes auraient été épargnés aux États-Unis, en plus des nombreux avantages découlant de cette innovation(3). Une revue systématique rapporte aussi que la télémédecine est économique pour la plupart des domaines médicaux(4). Malgré ces potentielles retombées positives, le recours à la téléconsultation dans les cliniques de soins primaires semblerait jusqu'à récemment particulièrement limité au Québec. Une des raisons qui expliquait cette situation au Québec était la non-couverture de ce service par la *Loi sur l'assurance maladie (LAM)*, et donc en absence d'une rémunération par la Régie de l'assurance maladie de Québec (RAMQ) des médecins omnipraticiens à moins d'ententes particulières à ce sujet (ex. : milieu rural)(5). D'ailleurs, dans un décret administratif daté du 13 mars, le gouvernement du Québec a indiqué que « les services liés à la COVID-19 fournis par correspondance ou par voie de télécommunication par des professionnels de la santé sont considérés comme des services assurés ». Tout service de téléconsultation nécessaire en raison de la pandémie est visé. Ainsi, depuis le 16 mars, les téléconsultations réalisées par les médecins omnipraticiens en clinique sont rémunérées au même tarif que le sont les consultations en personne. Notons que ces téléconsultations concernent ou non un problème de santé directement lié à la COVID-19.

Cette situation, combinée à la pandémie, a accéléré de façon considérable les services de téléconsultation au Québec, mais aussi ailleurs au Canada. Un article publié par la CBC rapporte qu'avant la pandémie, environ 4% des visites de soins primaires se faisaient virtuellement (par téléphone, vidéo-transmission, messagerie texte). Les récentes statistiques démontrent que ce pourcentage est maintenant de 60%(6). De ces téléconsultations, environ 80% seraient réalisées par téléphone. Parallèlement, le Conseil de discipline du Collège des médecins rendait sa décision dans la cause *Médecins (Ordre professionnel des) c. Ginsberg 2020 QCCDMD 12(7)*. Dans cette cause, un médecin avait offert des services de téléconsultation par messages textes à son patient via la plateforme Maple. Le médecin a failli à ses devoirs déontologiques en ne prenant pas assez au sérieux les symptômes gastriques de son patient, finalement décédé. Il appert que la « distance » de la consultation, créée par un intermédiaire numérique ou téléphonique, peut ainsi créer une distanciation qui teinte la perception des symptômes présentés au médecin(7).

Enfin, un examen rapide de certaines plateformes et applications, permettant la téléconsultation, nous permet de conclure que les notices de confidentialité ne permettent pas le consentement éclairé, ni du patient ni du médecin, du fait de leur longueur et complexité. Par ailleurs, dans le

contexte du déploiement rapide de la téléconsultation, nous évaluons l'encadrement et l'impact de la COVID-19 sur la rémunération de la téléconsultation au Québec, ainsi que dans des juridictions qui y ont recours depuis plusieurs années, soit la France, le Royaume-Uni et l'Ontario. Notre étude vise à faire en sorte que le déploiement de la téléconsultation au Québec se fasse de façon à optimiser les bénéfices économiques et sociaux qui y sont liés ainsi que les bénéfices sur la santé. Pour les fins du présent projet, la téléconsultation vise la consultation par appel téléphonique, vidéo-transmission ou par message texte ou courriel entre un médecin et un patient(8). Nous excluons tout suivi facilité par différentes applications numériques (ex. : transmission en continu de données médicales).

Plus spécifiquement, les objectifs du présent rapport visent à: 1) identifier les modes de rémunération des omnipraticiens dans quatre juridictions soient le Québec, l'Ontario, la France, et le Royaume-Uni, incluant spécifiquement la rémunération pour les téléconsultations; 2) déterminer les changements apportés avec la COVID-19 à la rémunération pour les téléconsultations; et 3) déterminer les relations entre modes de rémunération et utilisation et efficience des téléconsultations.

Ces juridictions ont été choisies, car elles sont régulièrement utilisées comme des comparateurs pour le système de santé québécois, de par leur proximité culturelle et dans l'organisation de leurs systèmes de santé respectifs.

2. MÉTHODES

Nous avons d'abord effectué une revue de la littérature pour chacune des juridictions (France, Royaume-Uni, Ontario et Québec). Ensuite, à partir des articles de la littérature scientifique et de la littérature grise, nous avons synthétisé les informations sur la téléconsultation ainsi que les modes de rémunération dans les juridictions à l'étude. Enfin, nous avons élaboré des recommandations pour le Québec.

2.1 Volet juridique

Le volet juridique du présent rapport découle d'abord d'une analyse de la législation et des ententes contractuelles applicables dans les juridictions identifiées. L'analyse des débats parlementaires, de la littérature grise et de la littérature scientifique a permis de ressortir les fondements, les avantages et les inconvénients du cadre normatif applicable dans chaque juridiction. La majorité de la recherche s'est effectuée sur les sites web gouvernementaux contenant les ententes contractuelles et les liens vers la législation pertinente. Le reste de la recherche a été effectué à l'aide des moteurs de recherche « Google Scholar » et « Outil Découverte » (Université de Sherbrooke). Dans ces moteurs de recherche, les mots-clés

recherchés sont les mêmes que ceux utilisés dans la méthodologie relative aux volets économiques présentés ci-bas.

2.2 Volets économiques

2.2.1 Littérature scientifique

Pour la stratégie de recherche, nous avons identifié les mots-clés synonymes possibles de « rémunération »; « médecin de première ligne » et « téléconsultation ». Le site « Hetop » a été utilisé pour traduire les mots en anglais scientifique et en « Mesh term ». Notre recherche a été limitée à Juillet 2020 dans les bases de données suivantes : PubMed, Embase, CINAHL, Psych Info (anglais) et CAIRN (français). Le mot « rémunération » a été traduit en anglais et en ses synonymes (ex. : fee, bill, compensation) pour les bases en anglais. Nous avons procédé d'une manière analogue pour l'expression « médecin de première ligne » (ex. : primary care doctor, family physician, general practitioner, physician). Nous avons traduit le mot « téléconsultation » anglais et en thèmes synonymes (ex. : remote consultation; econsultation; virtual visit). Les juridictions, spécifiées dans la stratégie de recherche, sont la France et le Royaume-Uni, l'Ontario et le Québec (au Canada). Nous avons élaboré une première version de la stratégie de recherche qui a été validée par un spécialiste de l'information de l'Université Laval (Frédéric Bergeron) pour les bases en anglais. Pour la base de données CAIRN, nous avons utilisé les mots-clés « télémédecine » ou « téléconsultation » et « rémunération ». Pour repêcher des articles que notre stratégie de recherche aurait échappés, nous avons aussi consulté les références des articles identifiés. L'ensemble de la stratégie de recherche est détaillé en annexe (Tableau 1).

Pour être inclus, les articles devaient répondre aux critères suivants : 1) Présenter une définition du mode de rémunération ou une analyse économique et 2) Présenter des pratiques de téléconsultation de soins primaires. Nous avons fait une première sélection à partir des titres et des résumés puis une deuxième par lecture des textes complets des articles sélectionnés à la première étape. Le diagramme est présenté en annexe (Figure 1).

2.2.2 Littérature grise

Les mots-clés que nous avons utilisés variaient selon les bases de données utilisées et selon que la recherche ait été élaborée en français ou en anglais. Pour les recherches en français (juridictions de Québec et de la France), les mots-clés sont similaires. Nous avons utilisé: « coût », « tarif », « rémunération », « omnipraticiens », « Quebec », « télémédecine », « tarif », « rémunération » - « spécialiste » pour le Québec. Pour la France, nous avons considéré en plus des mots-clés spécifiques tels que « généralistes », « cotation d'actes » et « France ». Pour les recherches faites en anglais (Juridictions de l'Ontario et du Royaume-Uni), nous avons utilisé les mots-clés : « Telehealth » ou « telemedicine » ou « virtual care » et « billing » ou «

reimbursement » ou « pay » ou « payment » et « Ontario » pour l'Ontario et « online consultation » ou « teleconsultation » ou « econsult » ou « telephone consultation » seul ou avec « general practitioner » ou « general practice », « United Kingdom » pour le Royaume-Uni.

Nous avons utilisé la recherche avancée de Google, GreyMatters, ERUDIT, et dans chaque juridiction, les sites gouvernementaux spécifiques, en lien avec la santé et les téléconsultations. Pour le Québec, nous avons ainsi consulté les sites du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), de la RAMQ et de la Fédération des médecins omnipraticiens de Québec (FMOQ). Pour l'Ontario, nous avons utilisé les sites du gouvernement de l'Ontario, du Ministère de la Santé et du Ministère des soins de longue durée de l'Ontario, du Réseau Télémédecine Ontario (RTO) et de Cybersanté Ontario. Pour le Royaume-Uni, nous avons consulté les sites du National Health Service (NHS), de l'International resource for infection control (NRIC), du National Institute for Health Research (NIHR) et du National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Enfin, pour la France, nous avons exploré, les sites du Ministère des Solidarités et de la Santé, de la Fédération des médecins de France, de l'Agence du numérique en santé, de l'Agence régionale de la santé, de la Haute autorité de santé et de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie. L'ensemble de la stratégie de recherche par juridiction est détaillé en annexe (Tableau 2). Les critères étaient les mêmes que pour la littérature scientifique. Nous avons fait une première sélection à partir des titres et une deuxième sélection à partir du texte complet.

3 RÉSULTATS

3.1 Présentation de l'encadrement normatif de la téléconsultation au Québec

3.1.1 Rémunération des médecins omnipraticiens

Au Québec, le mode de rémunération des médecins omnipraticiens est principalement à l'acte (environ 70% en 2015)(9). Les autres modes de rémunération présents sont la rémunération par capitation, par enveloppe budgétaire, par salaire (tarif horaire ou honoraires fixes)(10-12). Le mode de rémunération à honoraires fixes a été aboli en octobre 2011 et seuls les médecins qui étaient rémunérés par ce mode avant son abolition l'ont conservé(10, 13). Ce mode de rémunération est limité à certains secteurs de soins que le médecin doit respecter s'il est éligible à ce mode de rémunération(14). En plus de ces modes de rémunération, il existe des forfaits de rémunération payés au médecin de famille pour certains services particuliers: forfait annuel de prise en charge (clientèle vulnérable) et forfait d'inscription (patients); forfaits pour mesure d'efficacité (suppléments au volume de patients inscrits, nombre de journées de pratique significativement travaillées et majorations liées aux pratiques polyvalentes)(15).

Il existe aussi des modèles mixtes de rémunération qui correspondent à différentes combinaisons des modes de rémunération existants. Par exemple les médecins exerçants par nomination dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) peuvent adopter un mode de rémunération mixte entre la rémunération à l'acte et le salaire (tarif horaire ou honoraires fixes)(10). Les modes de rémunération énumérés ci-dessus s'appliquent aux services couverts par la RAMQ à laquelle ont adhéré plus de 95% des médecins omnipraticiens (« médecin participant »)(16). Ces médecins pratiquent les tarifs de la RAMQ qui les rémunère(17). Tout médecin est, par défaut, affilié à la RAMQ à moins d'avoir réfuté par notification à la RAMQ cette affiliation. Dans ce cas, ils ne sont pas rémunérés par la RAMQ, mais peuvent pratiquer les mêmes tarifs (« médecin désengagé ») ou pratiquer des tarifs libres (« médecin non participant »)(17)(18). On retrouve cette pratique essentiellement dans le privé, qui regroupe 2% des médecins au Québec(16).

3.1.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations

Dans le secteur public, les pratiques de téléconsultation sont reconnues légalement au Québec depuis le début des années 2000 (19), mais essentiellement pour les soins et services offerts par les médecins spécialistes(20, 21). Pratiquement aucun acte de téléconsultation réalisé par des médecins omnipraticiens n'était couvert par la RAMQ jusqu'à l'avènement de l'Entente 269 du 16 mars 2020(22) bien que certains médecins omnipraticiens faisaient de la téléconsultation (suivi téléphonique) sans être rémunérés. Cette absence de rémunération a nécessairement limité le déploiement, en première ligne, de la téléconsultation au Québec (3, 5). Dans le contexte de la COVID-19, le décret numéro 177-2020 du 13 mars 2020 et l'entente qui le suit permettent ainsi aux médecins omnipraticiens de conserver leur mode de rémunération habituel dans le cadre des services de téléconsultation(6, 9, 10).

Dans le contexte actuel, de nouveaux codes de facturation temporaires ont été créés afin de permettre la tarification des services rendus à distance, ce qui inclut la téléconsultation(23). Notons que ce ne sont pas de nouveaux actes, mais bien une adaptation des codes actuels. En effet, les médecins doivent désormais, lors de leur facturation, indiquer l'élément de contexte « service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19 ». Les services peuvent être rendus par téléphone, vidéotransmission ou correspondance(23). En fonction du mode de téléconsultation utilisé, les médecins doivent ajouter l'élément de contexte « téléconsultation par vidéoconférence : 1839 » ou « téléconsultation téléphonique : 1840 » (24).

Il n'existe aucun code spécifique pour un suivi en personne suite à une téléconsultation. En ce sens, il apparaît qu'un médecin peut facturer les deux actes de consultation de manière distincte.

Notons que, parallèlement, dans le secteur privé, des plateformes comme Maple, Sunlife, Telus Santé et Great West offrent, depuis plusieurs années, des solutions de téléconsultation à leurs clients (souvent des employeurs). Les services de santé privés offerts en téléconsultation sont réalisés par des médecins omnipraticiens – participants ou non participants – qui sont alors généralement rémunérés par l'entreprise. Notons que dans la mesure où un service de santé n'est pas considéré comme assuré au Québec il est possible de bénéficier d'une couverture d'assurance privée pour ledit service.

Effectivement, au Québec, sauf exception, les services considérés comme « assurés » ne peuvent être couverts par une assurance privée(26). Ainsi, un médecin participant ne peut être rémunéré, pour un service dit assuré, que par la RAMQ ou par le patient directement(26). Depuis la conclusion de l'entente du 16 mars dernier, une incertitude se dresse quant à la légalité de la rémunération, par une entreprise privée, d'un service de téléconsultation offert par un médecin participant. Cette incertitude découle du fait que, bien que le décret et l'entente de mars prévoient que les services de téléconsultation sont assurés, la loi n'a toujours pas été modifiée et ne reconnaît toujours pas ces services comme étant légalement assurés. En raison de cette incertitude, certaines entreprises ont choisi de ne plus offrir de tels services (par des médecins participants)(28).

3.1.3 Encadrement relatif à la formation

Il n'existe présentement aucune formation spécifique et obligatoire sur les technologies de l'information et des communications dans les cursus universitaires des facultés de médecine au Québec. Une formation non obligatoire est toutefois offerte par le Collège des médecins ayant pour titre « Le médecin et les technologies de l'information »(29). Un des objectifs de la formation consiste à discuter de la position du Collège des médecins du Québec quant à l'utilisation de la téléconsultation, en considérant les règles à respecter lors d'une téléconsultation.

3.1.4 Encadrement relatif à la sécurité des plateformes

Dans le contexte où des données de santé peuvent être stockées, transférées et utilisées, les lois en matière de protection des renseignements personnels au Québec s'appliquent. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*(30) et la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*(31) sont ainsi applicables. Une attention particulière doit aussi être apportée au Projet de loi #64, *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*(32) qui, si adopté, modifiera certaines dispositions de ces lois. Quoique le Collège des médecins admet ne pas pouvoir se prononcer sur la conformité des plateformes pour la téléconsultation, il fait état d'une liste de plateformes qui peuvent être utilisées (Teams, React,

Zoom santé et les technologies déjà incluses dans certains dossiers médicaux électroniques) et des technologies interdites (Facebook, Skype, Snapchat)(33). Les médecins ont aussi accès à plusieurs guides sur comment utiliser les plateformes de manière optimale pour s'assurer de la sécurité et confidentialité de celles-ci(33, 34).

3.2 Présentation de l'encadrement normatif de la téléconsultation en Ontario

3.2.1 Rémunération des médecins omnipraticiens

En Ontario, les soins primaires sont passés d'un système de médecins indépendants principalement rémunérés à l'acte à une pratique de groupe fondée sur l'inscription des patients et des soins complets(35). La majorité des médecins omnipraticiens ontariens est rémunérée à travers un mode de rémunération mixte avec des modèles donnant une plus grande part à l'un ou l'autre des modes classiques de rémunération(35). Dans les modèles améliorés de rémunération à l'acte, les médecins sont rémunérés principalement à l'acte, mais sont également admissibles à des primes particulières en fonction de l'inscription des patients(35). Dans les modèles fondés sur la capitation, les médecins sont principalement rémunérés à capitation, mais reçoivent aussi 15% des montants des actes et les montants complets pour les services exclus de la capitation et sont admissibles à des primes particulières en fonction de l'inscription des patients(36).

3.2.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations

L'Ontario dispose de l'un des plus grands réseaux de vidéoconsultation au monde, permettant aux patients et aux prestataires de soins de tout l'Ontario de participer à des visites vidéo sécurisées.(37). Le Ministère de la Santé offre un programme de couverture pour les soins offerts par vidéoconsultation : l'*Ontario Virtual Care Program* (OVCP)(38). Ce programme est sous la responsabilité de l'*Ontario Telemedicine Network* (OTN), un réseau ayant récemment été transféré à la nouvelle agence Santé Ontario(39). Deux types de téléconsultation sont remboursés par ce programme : les vidéoconsultations hébergées, à partir de l'un des 1 500 sites d'accueil OTN en Ontario, et celles non hébergées, soit directement accessibles par ordinateur, tablette ou téléphone intelligent à partir du domicile ou tout autre endroit désiré(37).

Pour être éligible à la couverture par l'OVCP, le médecin offrant les téléconsultations doit être membre de l'OTN et utiliser une plateforme approuvée par l'OTN, telle que *Novari Health et Thinkresearch*. Le processus de demande de remboursement s'appuie sur le système public déjà en place de l'*Ontario Health Insurance Plan* (OHIP)(37). Toutefois, les demandes ne sont pas traitées comme des demandes de remboursement de l'OHIP, et ne doivent pas être confondues avec les services assurés par le *Health Insurance Act*(40). En effet, les téléconsultations ne sont pas des soins assurés, même si les tarifs des services médicaux de l'OTN sont fixés au même taux

que ceux des services assurés(41). Le programme de téléconsultation OVCP utilise les codes d'honoraires du barème des prestations de l'OHIP, auquel est joint un code de l'OVCP(37).

Dans le secteur public, une politique de facturation des téléconsultations a été créée et un manuel sur la facturation des téléconsultations a été édité par la division de la santé virtuelle du Ministère de la Santé(42).

Pour être remboursables par l'OVCP, toutes les demandes de paiement présentées pour des vidéoconsultations doivent : 1) provenir d'un médecin qui a soumis le formulaire d'inscription et qui a été inscrit auprès du Ministère de la santé pour les privilèges de facturation dans le système des demandes de remboursement de l'OHIP; 2) être pour des services rendus lorsque médecins et patients participants sont présents via une solution vidéo de l'OTN approuvée en Ontario; 3) inclure le code *Service Location Indicator* de l'OTN pour indiquer que la consultation a été faite par vidéo-transmission; 4) inclure le code B du programme de téléconsultations applicable; et 5) ne pas inclure les codes d'accès pour les services exclus du programme de téléconsultations(43).

Pour répondre à la pandémie de la COVID-19, les actes de téléconsultation effectués par vidéo-transmission ou appel téléphonique sont temporairement remboursables par l'assurance maladie (OHIP) (notons que trois codes temporaires distincts ont été émis pour identifier ces actes de téléconsultation et ils sont identifiés par la lettre « K » . Malgré la présence des K-codes, les B-codes de l'OVCP restent disponibles pour les médecins membres de l'OTN).

Par ailleurs, plusieurs opérateurs privés offrent des solutions de téléconsultation. Ces derniers recrutent des médecins et les paient majoritairement à l'acte. Les tarifs varient d'une plateforme à l'autre et sont plus élevés que ceux du service public. Les plateformes agissent juste en hébergeur de solution en offrant l'interface pour la communication entre patients et médecins(2). Plusieurs de ces compagnies signent des contrats avec des entreprises qui vont fournir cet accès comme un avantage à ses employés. Des particuliers peuvent bénéficier des services, mais il faut au préalable établir un contact avec la plateforme. Ces plateformes proposent de possibilité de téléconsultation 24h/24 et 7j/7(2).

3.2.3 Encadrement relatif à la formation

Il n'existe présentement aucun cours spécifique sur les technologies de l'information et des communications dans les cursus universitaires des facultés de médecine en Ontario. L'OTN possède par contre un centre de formation qui offre des cours en ligne non obligatoires sur la pratique de téléconsultations(46). Ces cours portent entre autres sur la terminologie, les services et outils OTN et les meilleures pratiques de téléconsultation, notamment quant à la sécurité des patients et à la protection de leur vie privée(46). L'OTN a également publié un guide pour

l'adoption et l'intégration des visites virtuelles en santé qui présente différents types de téléconsultation ainsi que leurs avantages et inconvénients(47). Ce guide comporte aussi les obligations légales et professionnelles des fournisseurs de soins et les différentes considérations à prendre en compte lors de téléconsultations(47).

3.2.4 Encadrement à la sécurité des plateformes

Les médecins qui utilisent les codes de l'OVCP ont l'obligation d'utiliser les plateformes approuvées par l'OTN répondant donc aux meilleures pratiques en termes de sécurité et confidentialité, telles que *Novari Health* et *Thinkresearch*(42). Cette exigence n'incombe toutefois pas aux médecins utilisant les codes temporaires et les médecins pratiquant dans le secteur privé qui peuvent alors utiliser la plateforme de leur choix(42). L'OTN a tout de même publié un tableau de recommandations quant aux aspects techniques à considérer lors du choix de plateforme, celles-ci n'étant pas contraignantes pour les médecins non membres(48).

Tout dépositaire de renseignements sur la santé est soumis à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et a ainsi l'obligation de prendre des mesures qui sont raisonnables dans les circonstances pour assurer leur protection contre le vol, la perte et l'utilisation ou la divulgation non autorisée(49). La *Telemedicine Policy*(50) du *College of Physicians and Surgeons of Ontario* (CPSO), impose également aux médecins l'obligation de protéger la vie privée et la confidentialité des informations liées à la santé des patients. Le CPSO a de surplus élaboré la *Protecting Personal Health Information Policy* qui pose plusieurs obligations en lien avec la protection de renseignements personnels sur la santé, notamment quant au consentement et la sécurité lors de la collecte, l'accès, l'utilisation et la divulgation(51).

3.3 Présentation de l'encadrement normatif de la téléconsultation au Royaume-Uni

3.3.1 Rémunération des médecins généralistes

Au Royaume-Uni, les omnipraticiens sont rémunérés principalement par capitation et secondairement par salaire (taux horaire)(52). La quasi-totalité (96%) des médecins est employée par l'État (53). La majorité des médecins omnipraticiens (85%) travaillent dans des centres de santé gérés par le NHS, l'organisme gouvernemental qui prend en charge l'organisation du système de santé britannique. Ils sont principalement rémunérés par capitation, en fonction du nombre de patients qu'ils ont dans leur clientèle⁴⁹. Les autres omnipraticiens sont rémunérés par salaire par le gouvernement.

3.3.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations

Tous les soins de base sont couverts au Royaume-Uni en fonction du système public d'assurance(54). Les téléconsultations étant considérées comme un service de base en vertu du

Long Term Plan, les frais qui leur sont associés sont tous couverts par l'assurance publique, à l'exception des conseils médicaux fournis par courriel et message texte(55). Les actes de téléconsultation des omnipraticiens sont rémunérés au taux horaire. Ces actes rémunérés sont principalement l'orientation de prise en charge des patients en ligne (électronique ou téléphonique); le temps de consultation soit par téléphone ou par vidéo transmission; la prescription médicale et les certificats médicaux(56-59). Il existe un contrat « *General Medical Service* » du NHS avec les médecins généralistes qui doivent fournir un quota de pratique de téléconsultation en soins primaires. Les honoraires sont facturés directement au NHS pour un remboursement de leurs services(55, 57-59). Les études montrent que les services sont généralement utilisés pour les consultations téléphoniques, la prescription et les conseils médicaux(60-62).

Il est à noter que les vidéoconsultations sont privilégiées aux appels téléphoniques au Royaume-Uni en raison des nombreux avantages qui leur sont associés. Il s'agit, notamment, de la possibilité d'identifier le patient, de voir les symptômes apparents et d'analyser le non verbal(63). Les appels téléphoniques sont quant à eux davantage utilisés par les agents administratifs pour le triage entre les consultations en personne et les vidéoconsultations(64).

Le secteur privé travaille en partenariat avec le NHS ou séparément(57). Il y a donc des cabinets privés ou services privés qui offrent leur pratique de téléconsultation à travers les plateformes du NHS et sont rémunérés selon le contrat « GMS » au tarif honoraire comme les médecins du public(57, 65). Il y a des services privés comme « BABYLON » ou « GPATHAND » qui travaillent séparément et leurs services ne sont pas couverts par le gouvernement. Ceux-ci sont à la charge du patient, mais peuvent être couverts par certaines assurances privées des employeurs comme un avantage social aux employés(57, 65).

3.3.3 Encadrement relatif à la formation

Bien qu'il n'y ait aucune formation obligatoire sur la téléconsultation pour les médecins au Royaume-Uni, le NHS encourage fortement les cliniques à former leurs employés en offrant un financement public pour ces formations et en formulant plusieurs recommandations quant au contenu essentiel de la formation(55). Il indique notamment que la formation devrait à la fois couvrir les détails techniques de l'utilisation des plateformes, des conseils quant aux circonstances opportunes pour procéder par téléconsultation et les exigences des guides de pratique du « General Medical Council » (GMC) et de la CQC(55). En outre, le comité restreint sur les preuves écrites en matière de santé du parlement britannique a souligné l'importance de détenir une licence d'accréditation pour exercer les téléconsultations(66).

Il n'existe présentement aucun cours spécifique sur les technologies de l'information et des communications dans les cursus universitaires des facultés de médecine au Royaume-Uni. Toutefois, la formation pratique inclut des vidéoconsultations avec des patients(67). Les résultats d'une étude suggèrent que l'interaction avec les technologies de téléconsultation pendant la formation médicale de premier cycle contribue à l'amélioration des compétences de base, des connaissances médicales, de l'apprentissage global et des soins de meilleure qualité aux patients(67).

3.3.4 Encadrement relatif à la sécurité des plateformes

Les plateformes de téléconsultation doivent respecter les exigences des articles 5 et 6 du Règlement général sur la protection des données (RGPD) en ce qui a trait à la collecte, l'utilisation et l'entreposage des données personnelles(68). L'article 9 de ce règlement prévoit des exigences supplémentaires pour les données sensibles, tels les renseignements médicaux. Ces exigences, ainsi que les droits des utilisateurs, sont prévues dans les notices de confidentialité des plateformes offrant la téléconsultation. Ces dernières sont généralement claires et exhaustives. En outre, il est intéressant de constater que, contrairement au Québec, il existe plusieurs fondements juridiques à l'utilisation des données autres que le consentement(69).

Lorsque les téléconsultations sont réalisées par le biais de plateformes non sécurisées, les renseignements médicaux demeurent protégés par les politiques de confidentialité du NHS(70). Afin d'assurer le caractère éclairé du consentement du patient, le médecin l'informe, pour chaque acte de téléconsultation réalisé, des mesures de sécurité mises en place par la plateforme, de la collecte et de l'utilisation de ses données, de l'accès aux tiers et de l'enregistrement ou non de la consultation(70). Le logiciel le plus utilisé au Royaume-Uni, soit AccuRx(63), est approuvé par le NHS, n'enregistre pas les téléconsultations et ne fait aucune utilisation subséquente des données médicales(71).

3.4 Présentation de l'encadrement contractuel en France

3.4.1 Mode de rémunération des médecins généralistes en France

En France, deux modes de rémunération sont principalement utilisés(72) : 1) la rémunération à l'acte qui reste encore majoritaire et représente la modalité de rémunération pour les médecins libéraux et 2) le salaire pour les médecins pratiquant dans les hôpitaux publics(73, 74). Pour limiter les inconvénients du paiement à l'acte, un mode de rémunération à la performance dénommée rémunération sur objectifs de la santé publique (ROSP) a été institué. La ROSP consiste à accorder une rémunération complémentaire aux médecins libéraux conventionnés acceptant de faire évoluer leurs pratiques, en matière de qualité des soins, sur la base de certains indicateurs médico-économiques(75).

Les médecins généralistes sont rémunérés selon leur secteur (1, 2 ou 3)(76). Les médecins conventionnés du secteur 1 – qui représente 91% des médecins généralistes du pays – appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale, sans dépassement d'honoraires(72). Les médecins du secteur 2 appliquent les tarifs de cette convention, mais peuvent pratiquer des dépassements définis « avec tact et mesure »(72). Les médecins du secteur 3, non conventionnés(77), pratiquent des honoraires entièrement libres et il n'y a aucun contrôle sur d'éventuels excès des tarifs pratiqués(78). La Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) rembourse les médecins pour les actes médicaux. Ce remboursement est basé sur le principe du tiers payeur pour les secteurs 1 et 2 (n'inclut pas les dépassements). Pour le secteur 3, la CNAM rembourse les médecins à hauteur de 4 euros pour 25 euros dépensés (16% environ)(79).

3.4.2 Rémunération des omnipraticiens pour les téléconsultations

En France, la télémédecine a été définie pour la première fois par le gouvernement en 2009(80). Cinq actes de la télémédecine ont ensuite été définis en 2010 : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la réponse médicale (appel par téléphone pour orientation initiale à partir du centre 15)(81).

De 2009 à 2018, la téléconsultation a été officiellement expérimentée à travers toute la France par l'entremise de projets nationaux en vue de son déploiement(82). L'évaluation des projets nationaux s'est révélée concluante par l'Agence du Numérique en Santé(82) et a conduit à la généralisation de la téléconsultation en septembre 2018 et de la téléexpertise en février 2019(8, 83).

Plus spécifiquement, notons que les conditions de réalisation et de rémunération des actes de téléconsultation émanent de la *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016* (Convention Nationale)(84). Cette convention a été modifiée par un arrêté ministériel du 1er août 2018 portant approbation de son avenant numéro 6(85) pour y inclure des dispositions relatives à la téléconsultation.

Suivant l'article 28.6.1.4 de la Convention Nationale, lorsque les conditions de réalisation des actes de téléconsultations sont remplies, ceux-ci sont couverts par l'assurance maladie au même titre que les consultations en personne. Il n'existe donc aucune différence entre une consultation physique et une téléconsultation, et ce, tant au niveau de la rémunération du médecin que pour le remboursement du patient. De plus, notons que le médecin traitant peut décider, au cas par cas, de la pertinence ou non d'avoir recours à la téléconsultation(86).

Les conditions de réalisation et de rémunération des actes de téléconsultation sont prévues aux articles 28.6.1.1 et 28.6.1.3 de la Convention Nationale et sont au nombre de trois. (1) D'abord,

le patient bénéficiant d'une téléconsultation doit être connu du médecin téléconsultant, c'est-à-dire qu'il doit avoir bénéficié d'au moins une consultation avec le médecin en personne dans les douze mois précédents, et ce, avant toute facturation de téléconsultation. Cette première règle vise à s'assurer que le médecin téléconsultant puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité(86). À titre d'exceptions, cette règle de la connaissance préalable ne s'applique pas lorsque le patient ne possède pas de médecin traitant désigné ou bien lorsque ce médecin n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient(86). (2) le parcours de soins du patient doit être respecté, c'est-à-dire que le patient doit être orienté initialement par son médecin traitant (si celui-ci n'est pas le médecin téléconsultant) vers un médecin téléconsultant. Cette règle rencontre cinq exceptions(86), soit les deux préalables vus en lien avec l'exigence de connaissance préalable ainsi que les trois suivantes : les patients en situation d'urgence, les patients âgés de moins de 16 ans et les patients en accès direct à certaines spécialités. (3) Finalement, les actes de téléconsultation doivent obligatoirement se dérouler par vidéotransmission(87). Cette exigence inclut l'obligation de réaliser les téléconsultations avec des équipements et conditions adaptés à la situation clinique des patients afin d'assurer la qualité des soins. De plus, les vidéoconsultations doivent être effectuées de façon à garantir la confidentialité des échanges et la sécurité des données.

En raison de la COVID-19, le gouvernement français a émis des décrets afin d'assouplir les règles relatives à la réalisation et à la rémunération des actes de téléconsultation. En effet, les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus peuvent bénéficier de la téléconsultation même si elles n'ont pas de médecin traitant la pratiquant, si elles n'ont pas été orientées par lui et même si le médecin téléconsultant ne les connaît pas préalablement(88). De plus, les actes de téléconsultations peuvent se dérouler par téléphone pour les patients n'ayant pas accès à une connexion internet à haut débit ou très haut débit, les patients présentant les symptômes de l'infection ou étant reconnus atteints de la COVID-19, les patients âgés de plus de 70 ans, pour les patients atteints d'une affection grave et pour les patientes enceintes(89). Également, il était possible d'utiliser des plateformes de vidéotransmission comme Skype, WhatsApp ou FaceTime(90). Finalement, pour les patients présentant les symptômes ou reconnus atteints de la COVID-19, l'assurance maladie rembourse la totalité des frais liés aux téléconsultations(88).

Le tarif de base applicable pour une consultation réalisée par un médecin généraliste dans les hôpitaux publics en métropole est de 25 ou 30 euros selon l'âge du patient (plus de six ans ou moins)(91). Les cas d'urgence, notamment ceux qui requièrent une mobilisation immédiate d'un médecin sont éligibles à la téléconsultation/téléexpertise et l'acte est facturable à l'assurance maladie.

En raison de l'obligation de vidéotransmission, les téléconsultations se déroulent via des plateformes privées spécialisées permettant des échanges audiovisuels entre le patient et les professionnels de la santé. La plupart des plateformes privées présentent les informations relatives au médecin, à son expérience, à ses disponibilités, l'option de téléconsultation, à son affiliation à l'assurance maladie ou non, à ses tarifs et aux modes de paiement qu'il accepte. Ces plateformes estiment en moyenne le temps d'attente à 10 minutes. Les tarifs et modalités de prise en charge de ces consultations sont identiques à ceux des consultations en personne(92). Les plateformes privées offrant des solutions de téléconsultation les plus réputées en France sont Doctolib(93) (qui occupe 80% de la part du marché des services médicaux en ligne), Qare(94), et quelques autres tels que Medadom(95). Elles démarchent les médecins généralistes qui leur offrent leurs services.

3.4.3 Encadrement relatif à la formation

Il n'existe présentement aucun cours spécifique sur les technologies de l'information et des communications dans les cursus universitaires français. Toutefois, il existe plusieurs diplômes supplémentaires ou cours de type « formation continue » permettant aux médecins de bonifier leur formation en lien avec la téléconsultation (96-98). À ce sujet, un article paru dans le journal *Le Quotidien du Médecin*, révèle que plusieurs professionnels de la santé s'avouent mal formés en matière de téléconsultation(99).

Malgré cette absence de formation obligatoire à l'université, notons que le *Code de la santé publique* prévoit une obligation de compétence – et de formation, le cas échéant – pour les professionnels de la santé pratiquant des téléconsultations(100). Selon cette disposition, il revient aux organismes ou aux professionnels libéraux, selon le cas, de s'assurer que les téléconsultations se déroulent avec des professionnels de la santé ayant « la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants »(100).

3.4.4 Encadrement relatif à la sécurité des plateformes

En France, les plateformes de téléconsultation doivent, comme au Royaume-Uni, respecter les exigences des articles 5 et 6 du RGPD en ce qui a trait à la collecte, l'utilisation et l'entreposage des données personnelles(68). L'article 9 de ce règlement prévoit des exigences supplémentaires pour les données sensibles, tels les renseignements médicaux. Ces exigences, ainsi que les droits des utilisateurs, sont prévues dans les notices de confidentialité des plateformes offrant la téléconsultation qui peuvent légèrement différer selon les plateformes. Aussi, il faut mentionner que, comme au Royaume-Uni, mais contrairement au Québec, il existe plusieurs fondements juridiques à l'utilisation des données autres que le consentement(68). En outre, les plateformes sont soumises aux règles prévues au *Code de la santé publique* et de la *Loi Informatique et Libertés* relatives au droit à la vie privée et au traitement des données.

Dans un communiqué publié fin 2018(8), l'assurance maladie mentionne que les outils de vidéo-transmission existants sur le marché (exemple Skype, FaceTime, etc.) apparaissent suffisamment sécurisés pour l'échange vidéo avec le patient lorsqu'il est connu. Toutefois, ils ne remplissent pas les conditions de sécurité suffisantes pour les échanges de documents médicaux (photos, etc.) qui viendraient en complément de la téléconsultation. De ce fait, ils n'offrent pas aux médecins de solution complète pour l'ensemble du processus nécessaire à la réalisation de téléconsultations; des plateformes spécialisées doivent donc être utilisées par les professionnels de la santé(101-103).

3.5 Avantages et inconvénients notés de la téléconsultation

3.5.1 Avantages

Ontario

Il appert que les téléconsultations en Ontario auraient amélioré l'accès aux soins, particulièrement pour les personnes vivant en milieu rural. De façon anecdotique, des patients rapportent avoir gagné du temps et économisé de l'argent en évitant les déplacements et les absences au travail. Ces derniers considéraient également l'expérience plus efficace qu'une consultation en personne(104). Au surplus, les téléconsultations ont permis de répondre à l'augmentation des soins continus due au vieillissement de la population canadienne.

Royaume-Uni

Les avantages attachés à la téléconsultation se font nombreux au Royaume-Uni. La pratique de téléconsultation étant rémunérée depuis plusieurs années, elle s'est développée et a été étudiée(105). Les avantages soulevés sont généralement liés au désengorgement des milieux de santé, la réduction des coûts pour le NHS et le potentiel de croissance économique(105). Les actes de téléconsultation augmentent effectivement l'accessibilité aux soins de santé en minimisant les temps d'attente et le déplacement des patients(105). Ils réduisent également la propagation de maladies, ce qui, indirectement, réduit le nombre de patients malades(105). Au surplus, la qualité des soins se voit améliorée, les suivis étant facilités par les applications de téléconsultation(105).

France

Considérant la situation démographique et le système de santé français(106-109), l'évaluation de l'implantation de la télé-médecine a conclu au déploiement des téléconsultations en France. Bien que nécessitant des améliorations, ce déploiement semble avoir permis l'amélioration du système de santé et l'accès aux soins de santé sur tous les territoires(110). Implicitement, l'amélioration de ces deux aspects a entraîné, d'une part, la prévention des hospitalisations et la diminution de visites des patients à l'urgence et, d'autre part, une prise en charge plus rapide.

À titre secondaire, les actes de téléconsultation constituent, pour les patients, un moyen d'éviter des déplacements inutiles(111) et, pour les professionnels de la santé, une façon d'effectuer des prises en charge plus coordonnées avec le milieu médico-social(112).

Concernant l'obligation légale et contractuelle de vidéotransmission, la Haute Autorité de Santé a mentionné qu'elle permet aux interlocuteurs à la fois de s'identifier et de communiquer plus aisément (contrairement à un appel téléphonique)(113); l'utilisation de la vidéotransmission participe donc à la qualité de la prise en charge. De plus, relativement à l'article L162-14-1 du Code de la sécurité sociale exigeant cette vidéotransmission, il ressort des débats parlementaires que cette obligation existe pour des raisons de qualité et de sécurité des soins(114).

3.5.2 Inconvénients identifiés

Ontario

Les téléconsultations sont susceptibles de mettre à risque la continuité des soins. L'utilisation sporadique de téléconsultations à l'extérieur d'une relation continue et sans lien avec le dossier médical électronique nuit à plusieurs aspects de la continuité des soins. D'abord, elle peut porter atteinte à la continuité informationnelle lorsque l'utilisation d'information sur des événements et des circonstances passés est nécessaire pour guider les soins actuels. Ensuite, la continuité relationnelle peut être touchée si plusieurs médecins différents offrent des téléconsultations. Finalement, il peut y avoir une entrave à la continuité de la prise en charge si la téléconsultation empêche l'offre de services rapides et complémentaires(115).

Royaume-Uni

Malgré les avantages identifiés et liés à la téléconsultation, des acteurs du milieu de la santé estiment qu'une réglementation serait nécessaire au Royaume-Uni afin d'encadrer certains risques y étant afférents soit:

- La surprescription d'antibiotiques, puisque certains médecins abandonneraient leurs précautions habituelles quant à la surutilisation de médicaments pour éviter les rendez-vous en personne(64, 70).
- Il existe une crainte de « manquer » les diagnostics de cancer qui surviennent inopinément lors d'un examen de routine en clinique(64, 70).
- La diminution des interactions humaines avec les patients(70).
- La plupart des téléconsultations sont accompagnées d'un suivi par téléphone (32%) ou d'une consultation en personne (38%)(116).

France

L'obligation de vidéotransmission, bien que bénéfique à plusieurs égards, nécessite une certaine connaissance des médecins relative aux technologies de communications. Ainsi, pour certains médecins, cette obligation peut constituer une barrière à la pratique de téléconsultation(99). En effet, plusieurs professionnels de la santé s'avouent mal formés en matière de téléconsultation(99). Enfin, la nécessité pour le patient de se connecter à une plateforme peut représenter un frein à la téléconsultation.

Une synthèse des résultats est présentée dans les tableaux 3 et 4. Il est à noter qu'une partie des avantages et des inconvénients identifiés proviennent de la littérature grise de notre revue de littérature qui s'est limitée aux quatre juridictions. Une revue de la littérature spécifique aux avantages et inconvénients de la téléconsultation ne se limitant pas aux quatre juridictions permettrait d'avoir des données probantes de meilleure qualité. Par ailleurs, avec la croissance de la téléconsultation, il est attendu que la littérature scientifique sera enrichie dans les prochaines années.

4. DISCUSSION

Rémunération. Jusqu'à récemment, l'offre des pratiques de téléconsultation en soins primaires au Québec était déséquilibrée au profit du secteur privé qui s'est infiltré dans la plupart des entreprises intéressées par le concept(117). Ces entreprises trouvent un bénéfice dans ces services, notamment par la réduction de l'absentéisme au travail(117, 118).

Le mode de rémunération absent de ces services offerts par les médecins omnipraticiens représentait ainsi un facteur limitant important dans l'adoption de la téléconsultation en clinique de soins primaires au Québec. Le décret récent qui a mené à l'entente avec les omnipraticiens, assurant leur rémunération pour les actes de téléconsultation dans le contexte de la pandémie, semble non seulement avoir contribué à limiter les risques de contagion, mais aussi avoir fait en sorte de lancer, de façon pérenne, les services de téléconsultation de première ligne au Québec. Il ressort de notre analyse que la téléconsultation a le potentiel de réduire les dépenses de santé et la charge de travail par rapport aux services en personne, mais cela dépend de plusieurs facteurs et une analyse de données empiriques serait nécessaire. La téléconsultation pourrait diminuer le temps de consultation, le temps d'attente ou d'orientation pour avoir un service de téléconsultation, les frais d'hospitalisations et d'utilisation des services de santé(56, 119, 120).

La rapidité avec laquelle a été conclue l'entente explique possiblement le fait que cette dernière englobe, dans le service de téléconsultation assuré, tout mode de téléconsultation, qu'elle soit par vidéotransmission, par téléphone, par message texte ou par courriel. Or, tel que nos analyses des différentes juridictions étudiées nous le démontrent, les avantages et les limites de l'un et

de l'autre de ces modes de téléconsultation sont variables. La vidéotransmission devrait en tout temps être privilégiée à moins que le patient ne souhaite une consultation par téléphone. Les services par message texte et par courriel devraient, selon nous et considérant les risques de responsabilité associés, ne pas être utilisés pour un diagnostic et devraient se limiter à l'émission et au renouvellement d'ordonnances, à des suivis et à des envois de photos ou de pièces pour les patients déjà connus des médecins(105, 121, 122) .

Cette même entente ne prévoit pas non plus une rémunération variée selon le type de services de téléconsultation requis. Par exemple, si le service de téléconsultation s'avère non pertinent et doit être suivi d'une consultation en personne, une double rémunération pourrait s'opérer. Soulignons qu'au Royaume-Uni, avec un mode de rémunération principalement par capitation, la téléconsultation s'est révélée coût-efficace pour les cas ne nécessitant que la consultation en ligne (vidéotransmission, téléphone ou messagerie), soit ceux pour lesquels il n'y a pas ensuite une consultation en personne(56, 123). De façon intéressante, notons que la rémunération au taux honoraire entraîne un coût plus élevé au NHS pour les nouveaux patients qui avaient souvent une consultation en personne après la consultation en ligne, alors que les patients déjà connus des omnipraticiens avaient des coûts moindres(59, 62, 119, 120).

Par ailleurs, l'entente actuelle pourrait créer un incitatif à réaliser des suivis médicaux non requis. À cet effet, notons que des patients ont été contactés par le cabinet de leur médecin depuis mars afin d'évaluer s'ils allaient bien, une consultation qui pourrait ne pas être qualifiée de nécessaire d'un point de vue médical (communications personnelles).

Le mode actuel de rémunération à l'acte des médecins omnipraticiens pourrait en fait s'avérer non adapté au déploiement de la téléconsultation au Québec. Plusieurs rapports soulignent qu'il n'est pas parfaitement adapté à la pratique de télémédecine de façon plus générale(12, 15, 19, 124-126) et que d'autres modes conviendraient mieux(12). En Ontario, les médecins rémunérés par capitation avaient une pratique plus étendue des services de téléconsultation et percevaient mieux l'efficacité de ces actes pour les soins primaires(126). En France et au Royaume-Uni, la capitation est le mode le plus simple à l'intégration des actes de téléconsultation dans les soins rémunérés(57, 58, 62, 127, 128).

Il ressort des rapports ci-haut mentionnés que certains actes (messages texte ou courriels) ne sont en fait pas contrôlables et donc, que leur facturation est difficile à définir. À ce sujet, mentionnons que des études menées en Ontario et en Colombie-Britannique démontrent que les services de messages texte ou courriels sont les plus utilisés par les deux intervenants de la téléconsultation et de manière asynchrone(19, 129). Il y aurait une surutilisation des services de téléconsultation par les patients qui étaient invités à utiliser la « e-consult » par leurs médecins

omnipraticiens rémunérés(19). Ainsi une telle multiplicité des actes dans ces pratiques de téléconsultation génère un potentiel risque de surfacturation au régime d'assurance publique pour les services rendus par les médecins omnipraticiens. Face à ce risque, nous l'avons noté, la France et l'Ontario ont mis en place des mesures restrictives(21, 127). En Ontario, les médecins rémunérés à l'acte sont limités juste à l'acte de vidéoconsultation qui est facturé au même coût qu'une consultation normale. Cette restriction pourrait toutefois aller à l'encontre de la vision de l'expansion de la téléconsultation dans les soins dans le secteur public(127). En effet, il appert qu'en Ontario, ces médecins rémunérés à l'acte s'avèrent moins motivés à la pratique des autres formes de téléconsultation qui ne sont pas rémunérées(126). Il en est de même pour la France ayant limité aussi les téléconsultations aux patients avec leurs médecins attitrés(127). Cette situation en France pourrait pousser des patients vers le secteur privé(127, 130). La rémunération mixte est proposée comme l'ultime approche de rémunération des téléconsultations que ce soit en France(127), en Ontario(2, 126) ou au Québec(131, 132).

L'entente actuelle ne semble ni favoriser ni défavoriser les téléconsultations avec le médecin traitant ou non. Or, une étude menée en Colombie-Britannique rapporte que l'efficacité de la téléconsultation dépendait de circonstances particulières, notamment, à la relation préalable entre patients et médecins(129).

Couverture. Comme nous l'avons précédemment indiqué, l'entente conclue avec les médecins omnipraticiens prévoit maintenant que la téléconsultation soit considérée comme « assurée ». Or, la LAM et sa réglementation d'application n'ont toujours pas fait l'objet d'une modification ce qui entraîne des incertitudes quant au droit des assureurs de couvrir ces services.

Formation. Enfin, rien dans l'entente ne prévoit l'obligation pour les médecins de recevoir une formation préalable relative à l'offre de services de téléconsultation. Or, comme nous l'avons indiqué, une formation préalable relative à la sécurité des plateformes, à la documentation des dossiers, à la distance que peut créer l'outil technologique entre le médecin et le patient, est pertinente afin d'optimiser les services, mais aussi, afin de limiter les risques de responsabilité.

Sécurité des plateformes. Il appert qu'au Québec, contrairement à d'autres juridictions, il n'existe aucun répertoire prévoyant la qualification du niveau de sécurité des plateformes numériques. Or, un tel répertoire permettrait de mieux guider les médecins quant aux risques et avantages des différentes plateformes disponibles. Il importe de souligner que le recours à des plateformes qui ne conservent aucun historique des consultations par messages texte ou vidéo doit être évité. Ces plateformes peuvent dégager un plus fort sentiment de sécurité. Toutefois, ces historiques peuvent s'avérer pertinents lorsqu'il s'agit de démontrer la présence ou l'absence de responsabilité dans un contexte de recours déontologique ou civil.

5. RECOMMANDATIONS POUR LE QUÉBEC

RECOMMANDATION 1. Commander une évaluation socio-économique approfondie de l'utilisation de la téléconsultation réalisée par les médecins omnipraticiens au Québec, par mode de téléconsultation, depuis l'entente conclue en mars 2020. Assurer un suivi continu de cette évaluation après la conclusion de la prochaine entente telle qu'identifiée à la RECOMMANDATION 9.

Parmi les questions analysées nous proposons celles-ci : (1) Quel a été l'impact de la téléconsultation sur la productivité des médecins et sur les coûts de soins primaires? (2) L'utilisation de la téléconsultation a-t-elle affecté l'utilisation d'autres services (visites aux urgences, hospitalisations), si oui, dans quelle mesure? (3) Y a-t-il des disparités dans l'utilisation et l'expérience des patients? (4) Comment la qualité des soins se compare-t-elle? (5) Les patients ont-ils eu le choix de la modalité (vidéotransmission ou téléphone)? (5) Quelle est la proportion des services de téléconsultation selon les modes de consultations (appel téléphonique, vidéotransmission, messages textes et/ou courriels)? (6) Des services de consultation ont-ils été initiés à la demande des médecins sans demande préalable des patients? (7) Quelle est la proportion des services de téléconsultations, selon le mode de téléconsultation, qui a été suivi d'une consultation en personne? (8) Quelles ont été les conséquences d'une utilisation accrue de la téléconsultation sur les inégalités de santé?

RECOMMANDATION 2 : Établir une grille tarifaire de rémunération tenant en compte l'effort et la durée investis pour la téléconsultation, selon le mode de téléconsultation (vidéotransmission, appel téléphonique) et selon son objectif (triage, suivi, nouvelle consultation).

RECOMMANDATION 3 : Éviter toute double facturation pour une téléconsultation qui nécessite une évaluation en cabinet. Un tarif global (téléconsultation et visite en cabinet) devrait alors être envisagé.

RECOMMANDATION 4 : Expérimenter et évaluer un paiement forfaitaire (soit un taux horaire) pour les téléconsultations par messagerie texte ou courriel. Ce mode de communication ne peut être rémunéré adéquatement avec un paiement à l'acte, car le nombre de messages échangés peut considérablement varier d'un patient à l'autre. Cependant, en absence de paiement, ces modalités de consultations ne s'implanteront pas au Québec.

RECOMMANDATION 5 : Modifier la législation applicable de façon à identifier la possibilité, pour un assureur privé, de couvrir les services de téléconsultation au Québec et de façon à identifier la possibilité, pour un médecin participant, de se faire rémunérer pour ces services par un assureur privé.

RECOMMANDATION 6 : Intégrer une formation sur la téléconsultation (et la télémédecine en général) dans le cursus d'étude des étudiants de médecines et exiger une formation continue sur le sujet par les médecins qui souhaitent s'y adonner.

RECOMMANDATION 7. Créer un répertoire des plateformes numériques permettant la téléconsultation. Ce répertoire devrait guider l'utilisateur (tant le médecin que le patient) quant à la sécurité de la plateforme et quant à la qualité de la notice de confidentialité.

RECOMMANDATION 8 : À plus long terme, revoir le mode de rémunération des médecins omnipraticiens afin de mieux prendre en compte les modalités de prise en charge et suivi des patients. Une mixité avec des éléments de paiements à l'acte, de capitation et de paiement à la performance pourrait mieux répondre à la diversité des objectifs en soins primaires, tels que l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'efficacité.

RECOMMANDATION 9 : Conclure la prochaine entente en fonction des données probantes qui soient accessibles aux chercheurs, et de façon transparente et limitée dans le temps de façon à l'adapter en fonction de l'évolution de la téléconsultation au Québec.

RECOMMANDATION 10 : Examiner l'impact sur la confidentialité des renseignements de santé du patient d'une utilisation accrue de la téléconsultation.

Nous suggérons qu'une agence soit créée afin de mettre en œuvre les recommandations ci-dessus de façon indépendante. Cette agence pourrait éventuellement voir son mandat s'élargir au-delà de la téléconsultation afin de soutenir le virage numérique en santé au Québec.

Références

1. Association canadienne d'informatique de la santé. 2015 Canadian telehealth report. Consulté le 28 Octobre 2020. En ligne : <https://livecare.ca/sites/default/files/2015%20TeleHealth-Public-eBook-Final-10-9-15-secured.pdf>
2. Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada et Collège royal des chirurgiens et des médecins du Canada. Rapport du groupe de travail et sur les soins virtuels. Soins virtuels: recommandations pour la création d'un cadre pancanadien. Février 2020, en ligne : <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/RapportduGroupeTravailSurlesSoinsVirtuels.pdf>.
3. Pan E, Cusack C, Hook J, Vincent A, Kaelber DC, Bates DW, et al. The value of provider-to-provider telehealth. *Telemedicine and e-Health*. 2008;14(5): 446-53; Daniel Marchalik. Put Doctors at the Center of Health Care Tech, en ligne : <https://hbr.org.cdn.ampproject.org/c/s/hbr.org/amp/2020/11/put-doctors-at-the-center-of-health-care-tech>.
4. Delgoshaei B, Mobinizadeh M, Mojdekar R, Afzal E, Arabloo J, Mohamadi E. Telemedicine: A systematic review of economic evaluations. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017;31:113.
5. Gordon D. Telemedecine : Using Remote Monitoring to Reduce Hospital Readmissions" (30 Octobre 2015). Milken Institute School of Public Health George Washington University, en ligne : <https://mha.gwu.edu/blog/telemedicine-reduce-hospital-readmissions>.
6. CBC News. Pandemic shows power of doctor's phone call to provide care", en ligne : <https://www.cbc.ca/news/health/virtual-care-covid-1.5556863>.
7. Joël Roy. The good, bad and risky: Physician obligations during COVID. Consulté le 20 Août 2020. en ligne: <https://www.thelawyersdaily.ca/articles/19214/the-good-bad-and-risky-physician-obligations-during-covid>.
8. Caisse nationale de l'Assurance maladie. Généralisation de la téléconsultation. Dossier de presse, publié en Septembre 2018. Consulté en Août 2020, en ligne: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier-de-presse_Teleconsultation_12092018.pdf.
9. Contandriopoulos D, Brousselle A, Breton M, Duhoux A, Hudon C, Vadeboncoeur A, et al. Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Québec, Canada: Fonds de recherche Société et culture Québec. 2018.
10. Fédération médicale étudiante du Québec, Rémunération des médecins mémoire informatif à l'intention des étudiants en médecine du Québec. (Avril 2017). Consulté en Juillet 2020, en ligne : https://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2019/08/Me%CC%81moireRe%CC%81mune%CC%81rationMe%CC%81decine_v19-08-26.pdf.
11. Denis, J.-L., Pomey, M.-P., Borgès Da Silva, R., Cambourieu, C., Dubois, C.-A., Pineault, R. et Régis, C. (2017). Rémunération médicale et gouvernance clinique performante: une analyse comparative [Rapport de recherche. Programme actions concertées] no 2015-BE-187386 (p. 163). Montréal, Canada : École nationale d'administration publique (ENAP), Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC). Consulté en Août 2020, en ligne: http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_annexes_Remuneration-medicale.pdf/f6f6be0c-8ee5-421e-ae5c-c48006c65ddd.
12. Léger PT, Strumpf E. Système de paiement des médecins: bref de politique: CIRANO; 2010.
13. Sylvie Bond et Lucie Fortier, « Les modes de rémunération » dans Guide des résidents 2015 (Ottawa : Association médicale canadienne, 2015) 10-11. Consulté en Août 2020, en ligne :

https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/2015-Chapitre1_Les_modes_de_remuneration-f.pdf.

14. Régie de l'assurance maladie du Québec, Rémunération à honoraires fixes. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/Pages/remuneration-honoraires-fixes.aspx>.

15. Association des médecins de CLSC du Québec. Le Bulletin. Volume 41, numéro 2, décembre 2016. Consulté en Juillet 2020, en ligne : http://www.amclscq.org/files/Bulletin_décembre_2016_opt1.pdf.

16. Héloïse Archambault, « Deux fois plus de médecins au privé depuis cinq ans, » 16 novembre, 2018, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2018/11/16/deux-fois-plus-de-medecins-au-privé-depuis-cinq-ans>.

17. Régie de l'assurance maladie du Québec, « Médecin participant, non participant, désengagé ». Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/Pages/professionnels-desengages-non-participants.aspx>.

18. Loi sur l'assurance maladie, RLRQ, c. A-29, art.1. .

19. Direction générale des services de santé et médecine & universitaire, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan opérationnel en télésanté pour le Québec.(2006).

20. Commission de l'éthique en science et en technologie. La télésanté au Québec un regard éthique. Avril 2014. Consulté en Août 2020, en ligne : https://www.ethique.gouv.qc.ca/media/1065/telesante_avis_a.pdf.

21. Elgrably-Lévy N, Belzile G. La télémédecine: améliorer le système de santé par l'innovation: Institut économique de Montréal; 2010.

22. Régie de l'assurance maladie du Québec. Modalités de rémunération des médecins omnipraticiens en période de pandémie de la COVID-19.Lettre d'entente no 269. Consulté en Novembre 2020, en ligne : https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html#89425.

23. Régie de l'assurance maladie du Québec, Infolettre 038 : Modalités de rémunération liées à la COVID-19, Québec, Publié le 30 avril 2020.

24. Régie de l'assurance maladie du Québec, Infolettre 095 : COVID-19 : Nouvelles instructions de facturation relatives aux services rendus à distance, Québec, 18 juin 2020.

25. Assemblée Nationale du Québec, Journal des débats de la commission de affaires sociales, 1^{ère} session, 37^e législature, 4 juin 2003, « Étude détaillée du projet de loi n° 83 - Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives », 14h20 (Philippe Couillard).

26. Loi sur l'assurance maladie, RLRQ, c. A-29, art. 22.

27. Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie, RLRQ, c. A-29, r. 5, art. 22.

28. Information tirée d'une conversation avec un employé de la plateforme Maple.

29. Collège des médecins de Québec, Le médecin et les technologies de l'information. Consulté en Août 2020, en ligne : <http://www.cmq.org/pdf/ateliers-dpc/atelier-medecin-technologies-information.pdf?t=1594400563071>. .

30. Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, c. A-2.1.

31. Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, RLRQ, c. P-39.1.

32. Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels, projet de loi n°64, (Présentation – 12 juin 2020), 1^{ère} sess., 42^e légis. (Qc).

33. Gouvernement du Québec, Guide de soutien pour la mise en œuvre des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec dans le contexte de pandémie, Québec, 14 mai 2020.

34. Collège des médecins du Québec, Les téléconsultation réalisées par des médecins durant la pandémie de COVID-19, Québec, Mai 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-covid-19.pdf>.
35. Ministère de santé et des soins de longue durée. Modèles de paiement des soins primaires en Ontario. 24 Mars 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/pcpm/default.aspx>.
36. Santé Ontario. Modèles de rémunération et d'exercice de la médecine familiale en Ontario. Juillet 2019. Consulté en Juillet 2020, en ligne : <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PracticeOntario/FM%20Compensation%20Practice%20Models%20FR.pdf>.
37. Ontario Health Teams: Digital Health Playbook. December 2019. Consulté en Août 2020, en ligne : http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/dig_health_playbook_en.pdf.
38. DIGITAL HEALTH DIVISION, Virtual Care Billing Information Manual, Version 2.0, Ministry of Health, Avril 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : https://support.otn.ca/sites/default/files/ohip_telemedicine_billing_information_manual.pdf.
39. Loi de 2019 pour des soins interconnectés, L.O. 2019, chap. 5, annexe 1.
40. Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6.
41. Ministère de la santé et des soins de longue durée.Équipes Santé familiale, Soins primaires. Guide de la facturation et des paiements pour les médecins rémunérés selon le modèle salarial combiné. 2012. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://collections.ola.org/mon/26003/315981.pdf>.
42. Ministry of Health.Digital Health Division. Virtual Care Billing Information Manual. April 2020. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://support.otn.ca/sites/default/files/virtual-care-billing-information-manual.pdf>.
43. Claims Services Branch, INFOBulletin # 4731, Virtual Care Program - Billing Amendments to Enable Direct-to-Patient Video Visits and Modernize Virtual Care Compensation, Ministry of Health, November 15 2019. Consulté en Août 2020, en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4731.pdf>.
44. Ministry of Health and Ministry of Long-Term Care.Ontario Health Insurance Plan. INFOBulletin Number: 4745. March 13, 2020. VChanges to the Schedule of Benefits for Physician Services (Schedule) in response to COVID-19 influenza pandemic effective March 14, 2020. Consulté en Août 2020, en ligne: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4745.aspx>.
45. Health Services Branch, INFOBulletin # 4745, Changes to the Schedule of Benefits for Physician Services (Schedule) in response to COVID-19 influenza pandemic effective March 14, 2020, Ministry of Health, 2020, en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4745.aspx>.
46. Ontario Telemedicine Network, Telemedicine Course Catalogue, en ligne : https://training.otn.ca/pluginfile.php/43079/mod_resource/content/2/Course_Catalogue.pdf >.
47. Ontario health, Quality business unit and Ontario Telemedicine Network, Adopting and integrating Virtual Visits into Care : Draft Clinical Guidance, 12 March 2020.
48. Ministry of Health and Ministry of Long-Term Care.Ontario Health Insurance Plan. INFOBulletin Number: 4746. March 19, 2020. Billing for virtual physician services and technical guidance. Consulté en Août 2020, en ligne: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4731.aspx>.
49. Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O, 2004, c. 3, Annexe A, art 12.

50. College of physicians and surgeons of Ontario, Telemedicine Policy, approuvée en avril 2007, révisée et mise à jour en décembre 2014, en ligne : <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Telemedicine>.
51. College of Physicians and Surgeons of Ontario, Protection Personal Health Information, approved an November 2000, révisé et mise à jour en Mars 2020, en ligne : <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Protecting-Personal-Health-Information>.
52. National Health Services, The Review Body on Doctors' & Dentists' Remuneration Review for 2019 - General Medical Practitioners and General Dental Practitioners, February 2019, en ligne : <https://www.england.nhs.uk/publication/the-review-body-on-doctors-dentists-remuneration-review-for-2019/>.
53. Kok L, Boyle S, Lammers M, Tempelman C. Remuneration of medical specialists. Drivers of the differences between six European countries. Health Policy. 2015;119(9):1188-96.
54. Roosa TIKKANEN et al., « International Health Care System Profiles - England », The Commonwealth Fund , publié le 5 juin 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.
55. NHS England, « A five-year framework for GP contract reform to implement The NHS Long Term Plan », publié le 31 janvier 2019. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/gp-contract-2019.pdf>.
56. Edwards HB, Marques E, Hollingworth W, Horwood J, Farr M, Bernard E, et al. Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England. BMJ open. 2017;7(11).
57. NHS. Using Online Consultations In Primary Care. Implementation Toolkit. (2020). Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.england.nhs.uk/publication/using-online-consultations-in-primary-care-implementation-toolkit/>.
58. NHS. eConsult | Online consultation solution for NHS GP Practices. eConsult, en ligne : <https://econsult.net/primary-care/>.
59. Chambers D, Cantrell A, Johnson M, Preston L, Baxter SK, Booth A, et al. Digital and online symptom checkers and assessment services for urgent care to inform a new digital platform: a systematic review. 2019.
60. Darkins A, Dearden C, Rocke L, Martin J, Sibson L, Wootton R. An evaluation of telemedical support for a minor treatment centre. Journal of Telemedicine and Telecare. 1996;2(2):93-9.
61. Evaluating an online consultation system in GP practices. ARC West. En ligne : <https://arc-w.nihr.ac.uk/research/projects/improving-access-primary-care-study/>.
62. Bristol, U. of. Online GP consultation | PolicyBristol | University of Bristol. En ligne : <https://www.bristol.ac.uk/policybristol/policy-briefings/online-gp-consultation/>.
63. Ryan BROWN, « Demand for telemedicine has exploded in the UK as doctors adapt to the coronavirus crisis », CNBC, publié le 9 avril 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.cnbc.com/2020/04/09/telemedecine-demand-explodes-in-uk-as-gps-adapt-to-coronavirus-crisis.html>.
64. Benjamin MUELLER, « Telemedicine Arrives in the U.K.: '10 Years of Change in One Week' », The New-York Times, publié le 4 avril 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.nytimes.com/2020/04/04/world/europe/telemedicine-uk-coronavirus.html>.
65. Marshall M, Shah R, Stokes-Lampard H. Online consulting in general practice: making the move from disruptive innovation to mainstream service. Bmj. 2018;360.
66. Memorandum by Dr Richard FitzGerald (PS 27) », www.parliament.uk, 30 octobre 2008. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmhealth/1137/1137we28.htm>.

67. Mian, A., & Khan, S. (2020). Medical education during pandemics: a UK perspective. *BMC medicine*, 18(1), 1-2.
68. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.
69. Antoine GUILMAIN et GRATTON, Éloïse, « La protection des renseignements personnels dans le secteur privé au Québec : rétrospectives et perspectives », dans S.F.C.B.Q., vol. 465, *Développements récents en droit de la vie privée* (2019), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 67.
70. Marc, SCHMID, CHAMBERS, Ruth et Jayne BIRCH-JONES, « Telemedicine in the UK- it's Starting to Happen », SMGroup, publié le 5 novembre 2016. Consulté en Août 2020, en ligne : <http://www.smgebooks.com/telemedicine/chapters/TELMED-16-05.pdf>.
71. ACCURX, « Privacy policy », 2020, en ligne : <https://www accurx.com/privacy-policy>.
72. Article L160-13 du Code de la Sécurité sociale; RÉPUBLIQUE FRANÇAISE – SERVICE-PUBLIC.FR, « Remboursement d'une consultation médicale », à jour le 10 mars 2020. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1069>.
73. Les modèles de rémunération : un regard international. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ce document décrit les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (65 diapositives) . Consulté en Août 2020, en ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf.
74. Pr Claude Bérard. Les modèles de rémunération des médecins praticiens. Décembre 2014. Consulté le 25 Juillet 2020, en ligne : <http://www.prclaudeberaud.fr/?116-les-modeles-de-remuneration-des-medecins-praticiensalbouy-v-et-deprez-m-mode-de-remuneration-des-medecins-direction-generale-du-tresor-et-de-la-politique-economique-lettre-tresor-eco-n42-septembre-2008>.
75. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après. Avril 2016. Consulté le 25 Juillet 2020. en ligne: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf.
76. Direction de l'information légale et administrative. Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non)? Le service public de l'administration française. Vérifié le 16 septembre 2019. Consulté en Juillet 2020.
77. Article L162-5-10 du Code de la Sécurité sociale. .
78. Conseil national de l'ordre des médecins. Les secteurs d'exercice des médecins. Avril 2019. Consulté le 25 Juillet 2020. Accessible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/secteurs-dexercice>.
79. Caisse nationale de l'assurance maladie. Tarif des consultations. Mise à jour en Novembre 2019. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/modifications-tarifs-consultations-mai-2017>.
80. Ministère des solidarités et de la santé, La télémédecine. Mise à jour en Mars 2020. Consulté en Août 2020. Accessible sur Tarification en vigueur à compter du 1 er Avril 2018. . Consulté en Août 2020, en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>.
81. Article R6316-1 du Code de la Santé publique.
82. Agence française du numérique en santé. Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine. Juillet 2019. France. Consulté en Juillet 2020, en ligne: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/asip_etude_telemedecine_synthese_v0.45.pdf.
83. Caisse nationale de l'assurance maladie. La téléexpertise. Décembre 2019. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>.

84. Ministère des solidarités et de la santé. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 Août 2016. Consulté en Août 2020, en ligne : https://www.mgfrance.org/images/laconvention/Convention_2016.pdf.
85. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Consulté en Août 2020, en ligne: https://www.mgfrance.org/images/laconvention/avenant_6.pdf.
86. Article 28.6.1.1 de la Convention nationale créé par l'article 1er de l'Avenant no 6. .
87. Article L162-14-1 al. I par. 1 du Code de la sécurité sociale. République Française. Consulté en Août 2020, en ligne: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041396871/#:~:text=162%2D14%20et%20L.,m%C3%A9decins%20et%20les%20chirurgiens%2Ddentistes.
88. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19; Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus; RÉPUBLIQUE FRANÇAISE – SERVICE-PUBLIC.FR, «Téléconsultation : un assouplissement des règles pour le coronavirus », en ligne : <<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13924>>.
89. Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.
90. Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19; Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19.
91. Ministère des solidarités et de la santé. Direction générale de l'offre de soins. Guide DGOS- facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement - déc.2019. Consulté en Août 2020, en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf.
92. Ministère des solidarités et de la santé. Cotation des actes de téléconsultations. Mise à jour en Janvier 2020. Consulté en Juillet 2020, en ligne: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/la-teleconsultation/article/generalites>.
93. Doctolib - Réservez une consultation physique ou vidéo chez un professionnel de santé. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.doctolib.fr>.
94. Qare - Consulter des médecins en vidéo. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.qare.fr>.
95. Medadom - Un médecin en vidéo-consultation, consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.medadom.com>.
96. DIU national de télémedecine. Une approche globale de télémedecine. Consulté en Août 2020, en ligne: <http://www.diu-telemedecine.fr/>.
97. Université de Strasbourg. Formation sur la Télémedecine et les outils associés. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://sfc.unistra.fr/formations/professions-de-la-sante - nouvelles-missions-et-professionnalisation - telemedecine-et-outils-associes - 2038/>.
98. Collège des hautes écoles en Médecine. Télémedecine ce que je dois savoir. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://www.chem-sante.fr/formation/10721/>.
99. Le Quotidien du Médecin, « Télémedecine : pas assez de formations, trop peu de médecins préparés », 3 juin 2019. Consulté en Août 2020, en ligne <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/telemedecine-pas-assez-de-formations-trop-peu-de-medecins-prepares>

100. Article R6316-9 du Code de la Santé publique.
101. Site officiel de Qare.Consulté en Août 2020, en ligne: <https://www.qare.fr>.
102. Site officiel de Doctolib. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://www.doctolib.fr>.
103. Site officiel de Medadom.Consulté en Août 2020, en ligne: <https://www.medadom.com>.
104. DR ED BROWN, « Les consultations par vidéo sont maintenant des soins de santé quotidiens », Blog Branché de l'OTN, 19 novembre 2019, en ligne : < <https://otn.ca/fr/blog/consultations-video-sante-quotidiens/> >.
105. John DORAN, « Telemedicine: Legal Issues Arising From The Use Of Computer Technology In Modern Medical Practice », Emedicine and Telemedicine Law Info, publié le 28 septembre 2009, Consulté en Août 2020, en ligne : <https://sites.google.com/site/emedicinetelemedicinelawinfo/telemedicine>.
106. Élisabeth PARIZEL, Philippe MARREL et René WALLSTEIN, « La télémédecine en questions », Études, 2013/11, consulté en Août 2020, en ligne : <<https://www.cairn.info/revue-etudes-2013-11-page-461.htm?contenu=article>>.
107. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, « Rapport – La place de la télémédecine dans l'organisation des soins », novembre 2008. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf>.
108. AMELI.FR, « Dossier de presse – Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 », 12 septembre 2018. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier-de-presse_Teleconsultation_12092018.pdf>.
109. République française – Agence régionale de santé, « Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins », 29 juillet 2019. Consulté en Août 2020, en ligne : <<https://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-laces-territorial-aux-soins-0>>.
110. Préambule de l'Avenant no 6 à la Convention nationale.
111. AMELI.FR, « Circulaire CIR-21/2018 », 12 novembre 2018. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/483228/document/cir-21-2018.pdf>
112. Ministère des solidarités et de la santé, La télémédecine. Mise à jour en Mars 2020. Consulté en Août 2020, en ligne: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>.
113. République française - Haute Autorité de Santé, « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise – Guide de bonnes pratiques », mai 2019. Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf>.
114. Débats parlementaires du 6 novembre 2017 (1ère lecture) portant sur l'article L162-14-1 du Code de la Sécurité sociale.
115. Association médicale canadienne, Document de discussion sur les soins virtuels au Canada, Sommet de l'AMC sur la santé de 2019.Consulté en Août 2020,en ligne : https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/Virtual_Care_discussionpaper_v1FR.pdf
116. Farr M, Banks J, Edwards HB, Northstone K, Bernard E, Salisbury C, et al. Implementing online consultations in primary care: a mixed-method evaluation extending normalisation process theory through service co-production. BMJ open. 2018;8(3).
117. La Presse - Télémédecine privée: une brèche dans le système public?.Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-23/telemedecine-privee-une-breche-dans-le-systeme-public>.
118. La Presse - La télémédecine à la rescousse.Consulté en Août 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-19/la-telemedecine-a-la-rescousse>.

119. Randhawa RS, Chandan JS, Thomas T, Singh S. An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. *Primary health care research & development*. 2019;20.
120. Henderson C, Knapp M, Fernández J-L, Beecham J, Hirani SP, Cartwright M, et al. Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *Bmj*. 2013;346.
121. EMIS HEALTH, « communicate effectively with patients », en ligne : <<https://www.emishealth.com/products/partner-products/accurx-chain-reception-and-sms/>>.
122. GP Excellence, « Practice protocol for SMS messaging using Chain SMS », 25 mars 2019, en ligne : <<https://gpexcellencegm.org.uk/wp-content/uploads/Practice-protocol-for-SMS-messaging-using-Chain-SMS.pdf>>.
123. Cowie J, Calveley E, Bowers G, Bowers J. Evaluation of a digital consultation and self-care advice tool in primary care: a multi-methods study. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(5):896.
124. Chambard C. Comment accélérer le déploiement de l'e-santé en France? *Les Tribunes de la sante*. 2019(2):51-61.
125. Habib J, Yatim F, Sebai J. Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine: le cas des Maisons de Santé en France. *Systemes d'information management*. 2019;24(1):47-85.
126. Women's College Hospital Institute for Health Systems Solutions and Virtual Care (WIHV). *Enhanced Access to Primary Care: Project Evaluation Final Report*. (2017).
127. Raully A. Dispositifs de rémunération de la télémédecine: de la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2013;31(7):473-86.
128. Peyron C, Wallut L. Tarification à l'activité et équilibre financier des prises en charge avec télémédecine: l'exemple du dispositif TéléAVC en Bourgogne. *Journal de gestion et d'economie medicales*. 2016;34(8):415-29.
129. McGrail KM, Ahuja MA, Leaver CA. Virtual visits and patient-centered care: results of a patient survey and observational study. *Journal of Medical Internet Research*. 2017;19(5):e177.
130. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales: représentations et expériences de médecins généralistes. *Santé publique*. 2016;28(4):487-97.
131. Association des médecins de CLSC du Québec. Avis de l'Association des médecins de CLSC du Québec dans le cadre des travaux de la FMOQ sur l'avenir de la médecine familiale. (2019).
132. Fédération des médecins omnipraticiens de Québec (FMOQ). Mémoire de la fmoq à la commission Clair. *Le médecin du Québec*. Volume 35, Numéro 11, novembre 2000. Consulté en Août 2020. en ligne : <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/001Antipasto1100.pdf>.

ANNEXES

Tableau 1: Stratégie de recherche pour les articles scientifiques

Bases de données	Médecin	Téléconsultation	Rémunération
PubMed	"Physicians, Primary Care"[Mesh:NoExp] OR "General Practitioners"[Mesh:NoExp] OR "Physicians, Family"[Mesh:NoExp] OR family doctor*[TIAB] OR family physician[TIAB] OR family practitioner*[TIAB] OR General physician*[TIAB] OR General practitioner*[TIAB] OR General practice physician*[TIAB] OR primary care physician*[TIAB] OR primary care doctor[TIAB] OR family doctor*[ot] OR family physician[ot] OR family practitioner*[ot] OR General physician*[ot] OR General practitioner*[ot] OR General practice physician*[ot]	"Telemedicine"[Mesh:NoExp] OR "Remote Consultation"[Mesh:NoExp] OR telemedicine[TIAB] OR telehealth[TIAB] OR teleconsultation*[TIAB] OR mhealth[TIAB] OR ehealth[TIAB] OR tele medicine[TIAB] OR remote Consultation*[TIAB] OR tele consultation*[TIAB] OR Teleconsultation*[TIAB] OR econsult[TIAB] OR e consult[TIAB] OR Electronic consultation[TIAB] OR e-health[TIAB] OR virtual consult*[TIAB] OR mobile health[TIAB] OR Video Consulting[TIAB] OR telemedicine[ot] OR telehealth[ot] OR teleconsultation*[ot] OR mhealth[ot] OR ehealth[ot] OR tele medicine[ot] OR remote Consultation*[ot]	Remuneration[MeSH Terms] OR "Income"[Mesh:NoExp] OR Income[TIAB] OR Income[OT] OR Remuneration*[TIAB] OR Remuneration*[OT] OR "Fees and Charges"[Mesh] OR Health care costs[MeSH Terms] OR Reimbursement, Incentive[MeSH Terms] OR "Salaries and Fringe Benefits"[Mesh:NoExp] OR salar*[TIAB] OR fee*[TIAB] OR pay[TIAB] OR paid[TIAB] OR Cost*[TIAB] OR Pay for Performance[TIAB]

	OR primary care physician*[ot] OR primary care doctor[ot]	OR tele consultation*[ot] OR Teleconsultation*[ot] OR econsult[ot] OR e consult[ot] OR Electronic consultation[ot] OR e-health[ot] OR virtual consult*[ot] OR mobile health[ot] OR Video Consulting[ot]	OR Remuneration[TIAB] OR Reimbursement[TIAB] OR compensation[TIAB]
EMBASE	'general practitioner'/de OR (family NEAR/2 (doctor\$ OR physician\$ OR practitioner\$)):ti,ab,kw OR (General NEAR/2 (physician\$ OR practitioner\$)):ti,ab,kw OR ("primary care" NEAR/2 (doctor\$ OR physician\$)):ti,ab,kw	'telemedicine'/de OR 'teleconsultation'/de OR (telemedicine OR telehealth OR teleconsultation\$ OR mhealth OR ehealth OR "e consult" OR "remote Consultation\$" OR Teleconsultation\$ OR econsult OR "e health" OR "mobile health"):ti,ab,kw OR (tele NEAR/2 (medicine OR consultation\$)):ti,ab,kw OR ((virtual OR Video OR Electronic) NEAR/2 consult*):ti,ab,kw	'physician income'/de OR OR 'remuneration'/de OR "hospital billing"/de OR OR "hospital charge"/de OR OR 'medical fee'/de OR 'health care cost'/de OR OR 'reimbursement'/de OR OR 'fee'/de OR 'salary and fringe benefit'/de OR ("Pay for Performance" OR fee\$ OR pay OR paid OR Cost\$ OR Income OR Reimbursement OR compensation OR Remuneration\$ OR salar*):ti,ab,kw
CINAHL	MH "Physicians, Family" OR TI (family N2 (doctor? OR physician? OR practitioner?)) OR	MH (Telemedicine OR Telehealth OR Remote Consultation) OR TI (telemedicine OR telehealth OR	MH "Salaries and Fringe Benefits" OR MH "Income" OR MH "Fees and Charges" OR

	<p>AB (family N2 (doctor? OR physician? OR practitioner?)) OR TI (General N2 (physician? OR practitioner?)) OR AB (General N2 (physician? OR practitioner?)) OR TI ("primary care" N2 (doctor? OR physician?)) OR AB ("primary care" N2 (doctor? OR physician?))</p>	<p>teleconsultation? OR mhealth OR ehealth OR "e consult" OR "remote Consultation?" OR Teleconsultation? OR econsult OR "e health" OR "mobile health") OR AB (telemedicine OR telehealth OR teleconsultation? OR mhealth OR ehealth OR "e consult" OR "remote Consultation?" OR Teleconsultation? OR econsult OR "e health" OR "mobile health") OR TI (tele N2 (medicine OR consultation?)) OR AB (tele N2 (medicine OR consultation?)) OR TI ((virtual OR Video OR Electronic) N2 consult*) OR AB ((virtual OR Video OR Electronic) N2 consult*) OR</p>	<p>MH "Reimbursement, Incentive" OR MH "Health Care Costs" OR TI (Income OR Remuneration? OR "Pay for Performance" OR fee? OR pay OR paid OR Cost* OR Reimbursement OR compensation OR salar*) OR AB (Income OR Remuneration? OR "Pay for Performance" OR fee? OR pay OR paid OR Cost* OR Reimbursement OR compensation OR salar*)</p>
OVID	<p>general practitioner/ OR Family Physicians/ OR (family adj2 (doctor? OR physician? OR practitioner?)).ti,ab,id OR (General adj2 (physician? OR practitioner?)).ti,ab,id OR ("primary care" adj2 (doctor? OR physician?)).ti,ab,id</p>	<p>Telemedicine/ OR Teleconsultation/ OR (telemedicine OR telehealth OR teleconsultation? OR mhealth OR ehealth OR "e consult" OR "remote Consultation?" OR econsult OR "e health" OR "mobile health").ti,ab,id OR (tele adj2 (medicine OR consultation?)).ti,ab,id OR</p>	<p>Health Care Costs/ OR Salaries/ OR Professional Fees/ OR ("Pay for Performance" OR fee? OR pay OR paid OR Cost? OR Income OR Reimbursement OR compensation OR Remuneration? OR salar*).ti,ab,id</p>

		((virtual OR Video OR Electronic) adj2 consult*).ti,ab,id	
CAIRN		Teleconsultation OU télémédecine	Remuneration

Tableau 2 : Stratégie de recherche pour la littérature grise

Base de données	Résumés potentiels	Articles retenus
QUÉBEC		
Mots-clés : "coût", "tarif", "rémunération", "omnipraticiens" "Quebec", "télémédecine" "tarif" "rémunération" -"spécialiste"		
https://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/notice?id=p%3A%3Ausmarcdef_0001245077&queryId=a16085ed-b121-4b7d-8ff1-5ee6f84fe2da&posInSet=1	54	12
https://www.fmoq.org/search?Term=t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine	4	
https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/Pages/covid.aspx	2	
http://portails.santecom.qc.ca/	36	
https://www.erudit.org/fr/	1	
Recherche avancée sur Google	283	
ONTARIO		
Mots-clés : Telehealth” ou “telemedicine” ou « virtual care » et “billing” ou “reimbursement” ou “pay” ou “payment”		
http://www.health.gov.on.ca/en/	68	14
https://www.ehealthontario.on.ca/en/	11	
https://www.cadth.ca/resources/finding-evidence/grey-matters	5	
https://www.ontario.ca	29	
Royaume-Uni		
Mots-clés : « online consultation » ou « teleconsultation » ou « econsult » ou « telephone consultation » seul ou avec « general practitioner » ou « general practice », « United Kingdom »		
https://www.england.nhs.uk	168	
https://www.nric.org.uk/custom-search?field_placement_diseases_value=All&keys=online+consultation+	1	

https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/search/#/?search=%22online%20consultation%22%20%22general%20practitioner%22&sitekit=true&indexname=full-index&task=search&selected_facets=	53	18
http://www.io.nihr.ac.uk/?s=online+consultation+	1	
https://www.nice.org.uk/search?q=online%20consultation%20and%20general%20practitioner	56	
http://www.healthcareimprovementscotland.org/system_pages/search.aspx?p=1&rpp=10&f=2%3A0&q=online+consultation+and+general+practitioner	25	
https://www.bristol.ac.uk/policybristol/policy-briefings/online-gp-consultation/	2	
FRANCE		
Mots-Clés : « Télémédecine » ou « Téléconsultation » et « rémunération » ou « facturation » ou « cotation »		
https://solidarites-sante.gouv.fr	350	23
https://www.has-sante.fr	49	
https://www.fmfpro.org	60	
https://esante.gouv.fr/recherche/telemedecine	61	
https://www.ameli.fr/	52	
https://www.conseil-national.medecin.fr	13	

Tableau 3 Synthèse des conditions des téléconsultations

Actes	Ontario	Royaume-Uni	France
Consultation téléphonique	Même coût qu'une consultation normale pour le médecin rémunéré à l'acte selon les cas. Alors que le médecin rémunéré par capitation est payé entre 10-15% des frais. « Phone/messaging – minor assessment (\$15.00 FFS, \$2.25	20 livres pour 7.6 min en moyenne versus 36 livres pour 15-18 min consultation normale	Même cout qu'une consultation normale = 25 euros

	capitation) Phone/messaging – intermediate assessment (\$21.70 FFS, \$3.25 capitation),”		
Vidéoconsultation	Même cout qu’une consultation normale selon les cas. Video – minor assessment (\$21.70 FFS, \$3.25 capitation), or Video – intermediate assessment (\$33.70 FFS, \$5.06 capitation).	2.9 livres la minute	Même pour consultation normale = 25 euros
Conseils par téléphone ou mail	Non rémunéré	Non rémunéré	Non rémunéré
Renouvellement de prescription	Rémunéré pour le médecin par capitation (10% des frais de l’acte normale)	Rémunéré à 2.9 livres par min sur base de service de 2 min	Non rémunéré

Figure 1 : Flow chart de sélection des articles

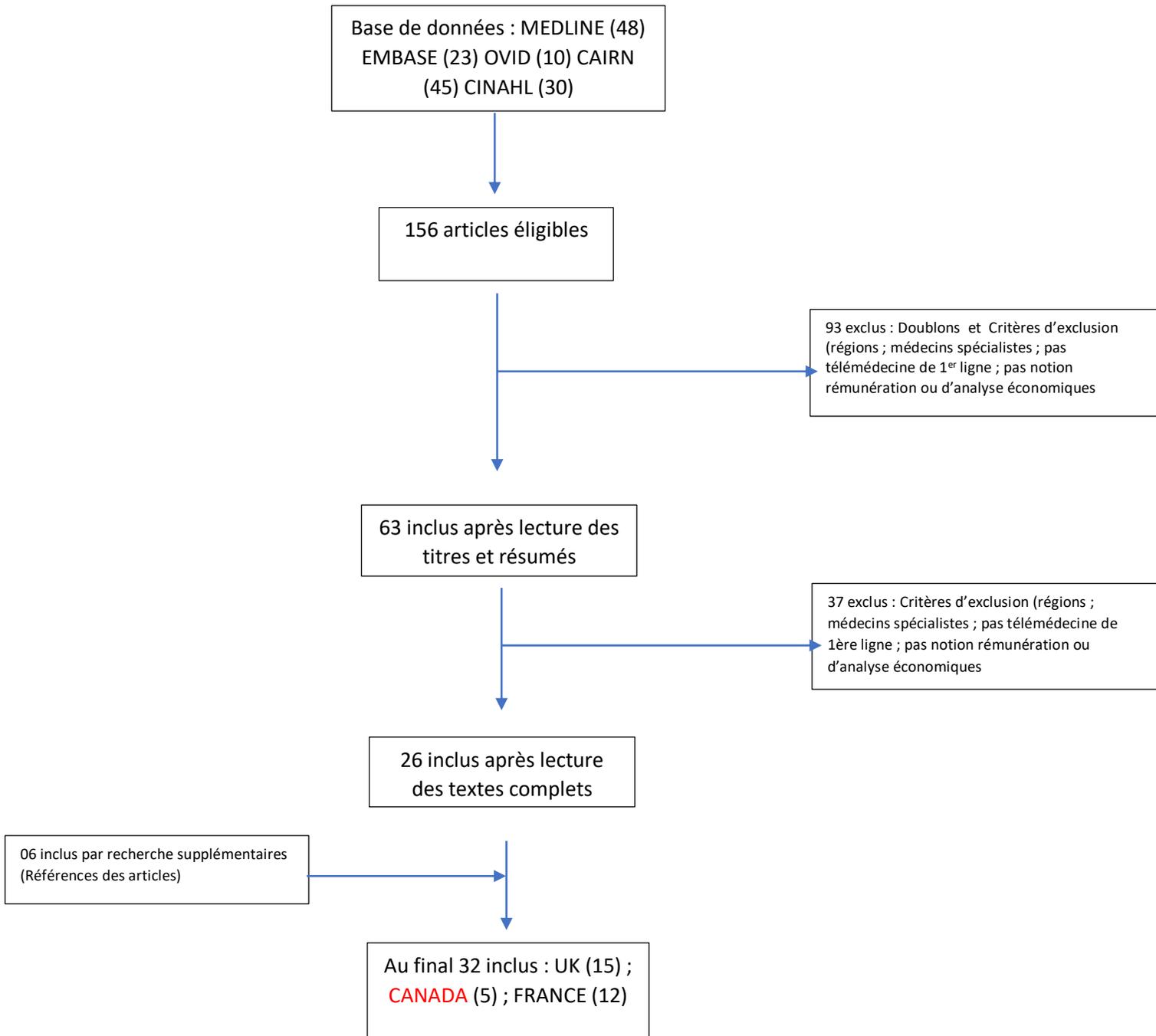


Tableau 4 : Synthèse des quatre juridictions

		Québec (<i>durant la COVID-19</i>)	Ontario	Royaume-Uni	France
Secteur public	Rémunération à l'acte	✓	✓ (système mixte)		✓ (système mixte)
	Rémunération par capitation		✓ (système mixte)	✓	✓ (système mixte)
	Vidéo	✓	✓ (OVCP & COVID-19)	✓	✓
	Téléphone	✓	✓ (COVID-19)	✓	✓ (COVID-19)
	Messagerie asynchrone	✓ (« par correspondance »)		✓	
	Plateformes sécurisées	✓	✓ (OVCP)	✓	✓
	Plateformes non sécurisées	?	✓	✓	✓ (COVID-19)
Secteur privé	Vidéo	✓	✓	✓	✓
	Téléphone	✓	✓	✓	✓ (COVID-19)
	Messagerie asynchrone	✓	✓	✓	
	Plateformes sécurisées	✓	✓	✓	✓
	Plateformes non sécurisées	✓	✓	✓	✓ (COVID-19)
Formation télémedecine obligatoire	Médecin				
	Étudiant				