



Payer pour l'accès, à quel prix? Les effets pervers des soins virtuels à but lucratif

Résumé

Les soins virtuels peuvent améliorer l'accès aux soins et la continuité pour les patients s'ils sont utilisés de façon appropriée dans le cadre d'une relation de longue durée avec un fournisseur de soins régulier. Les soins virtuels à but lucratif constituent une approche problématique de la prestation des soins de santé, car ces modèles sont fondamentalement conçus pour maximiser les profits, ce qui peut nuire aux résultats cliniques.

Dans bien des cas, les entreprises à but lucratif encouragent la prescription de tests inutiles sur le plan médical et font de la publicité directement auprès des patients et des fournisseurs. Les soins à but lucratif peuvent aussi imposer des coûts supplémentaires au système de santé. Plusieurs facteurs peuvent amener le système à payer deux fois, comme la duplication des services lorsque l'on conseille aux patients de consulter un médecin en personne, car de nombreuses cliniques virtuelles à but lucratif n'offrent pas de services en présentiel.

Les soins épisodiques à but lucratif mettent aussi en péril la continuité des soins. Les patients ayant recours à des soins virtuels épisodiques sont moins portés à consulter régulièrement leur médecin de famille. En outre, les fournisseurs qui travaillent dans des contextes à but lucratif n'ont souvent pas accès au dossier médical complet du patient et ne transmettent généralement pas l'information au fournisseur de soins habituel pour maintenir la continuité des soins. Par ailleurs, la qualité des soins peut se détériorer lorsque ceux-ci sont offerts sur une base ambulatoire. Les données démontrent en effet que cette forme de soins épisodiques a entraîné des soins de qualité inférieure au Canada. Ce type de soins représente également un risque pour la vie privée des patients, car les entreprises à but lucratif ne sont pas tenues aux mêmes règles que les médecins concernant la conservation des renseignements sur les patients. Les données relatives aux patients peuvent être transmises à d'autres entreprises et à des gouvernements étrangers ou utilisées à des fins de ciblage publicitaire.

Les services virtuels sans rendez-vous à but lucratif menacent de créer un système inéquitable où les clients pouvant se permettre de tels soins peuvent passer devant les autres. Par conséquent, les populations marginalisées risquent d'être confrontées à un accès inégal aux soins et à des temps d'attente plus longs. Ces populations risquent également de voir leur accès aux soins se réduire davantage lorsque des médecins du système public choisissent de travailler plutôt dans des entreprises à but lucratif. Le modèle virtuel sans rendez-vous peut aussi contrevenir à la *Loi canadienne sur la santé* en facturant des soins médicaux nécessaires aux patients, ce qui crée un système à deux vitesses.

Les patients et leurs fournisseurs de soins de santé souhaitent un accès rapide aux soins. Toutefois, on ne peut mettre en péril la qualité, l'équité, la continuité et les résultats cliniques pour améliorer l'accessibilité. Tous les paliers gouvernementaux doivent s'engager à renforcer les soins primaires. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a exhorté le gouvernement fédéral à mettre en place un Fonds pour l'accès aux soins primaires* de 2 milliards de dollars afin d'améliorer l'accessibilité aux soins virtuels et en personne prodigués par des équipes de soins primaires concertés. Les services épisodiques et discontinus sont un piètre substitut aux soins complets, globaux et continus que fournit un médecin de famille régulier qui connaît ses patients et adhère à la vision du Centre de médecine de famille†. L'accès au système public doit être amélioré, et tous les paliers gouvernementaux ont un rôle essentiel à jouer dans la réalisation de ce changement.

* Collège des médecins de famille du Canada. *Énoncé de position : Renforcer les soins de santé — L'accès bien pensé*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021. Dans : https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Care-Delivery/Access-Done-Right_FRE_Final.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.

† Collège des médecins de famille du Canada. Centre de médecine de famille [site Web]. 2019. <http://www.patientsmedicalhome.ca/fr/>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.



Durant la pandémie de COVID-19, le recours aux soins virtuels — à but lucratif et financés par l'État — s'est accru rapidement dans tout le Canada. Les soins virtuels offrent divers avantages aux patients et aux fournisseurs, dont des économies de coûts et de temps, la satisfaction des patients et, pour bien des gens, un meilleur accès aux soins^{1,2,3}. Toutefois, les préoccupations relatives aux soins virtuels à but lucratif doivent être prises en compte.

Les soins virtuels sont là pour de bon : 70 % des personnes interrogées s'entendent pour dire que les soins virtuels représentent l'avenir des soins de santé au Canada⁴. En même temps, 46 % des répondants déclarent que la COVID-19 a rendu l'accès aux soins plus difficile. Les services de soins virtuels à but lucratif, comme les cliniques virtuelles sans rendez-vous, ont servi de solution provisoire afin d'améliorer l'accès aux soins pour certains, mais ils posent ainsi de graves risques pour le système de santé. Les soins virtuels sont un outil important pour suppléer aux soins primaires traditionnels prodigués en personne, mais le CMFC propose d'établir un cadre stratégique assurant un accès approprié aux soins appropriés — ou l'accès bien pensé — afin que toute la population du Canada puisse bénéficier de services de soins virtuels intégrés de façon transparente au système public⁵.

Les soins virtuels à but lucratif privilégient la génération de revenus au détriment de la santé des patients

Les entreprises se lancent dans le domaine de la santé et conçoivent la prestation des soins de façon à optimiser les profits, et non la santé des patients. Cette industrie peut solliciter des tests qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical^{6,7}, entraînant ainsi des coûts supplémentaires pour les laboratoires financés par l'État⁸. Les entreprises facturent aux patients des services qui seraient normalement couverts par leur assurance provinciale ou territoriale, comme les demandes d'analyses de laboratoire, les certificats médicaux et les ordonnances⁹. Le potentiel d'utilisation de services superflus et sa promotion par les fournisseurs de soins virtuels à but lucratif ont de quoi inquiéter. Par exemple, Babylon de TELUS Santé, un fournisseur de soins virtuels à but lucratif, propose une application qui incite les patients à recommander des amis.



Certaines entreprises autorisent la publicité pharmaceutique directement auprès des fournisseurs et des patients par l'intermédiaire de leurs plateformes de soins virtuels et de dossiers médicaux électroniques^{10,11} malgré les nombreuses recherches démontrant que la publicité pharmaceutique directe incite les médecins à prescrire des médicaments moins appropriés^{12,13,14}. Les entreprises elles-mêmes font également de la publicité pour leurs services directement auprès du public. Par exemple, TELUS « fait des promesses exagérées sur ce qu'elle peut offrir grâce aux soins virtuels » et annonce des services non assurés auprès des clients actuels de TELUS et de Babylon¹⁵.

Dans le cadre de la vision du Centre de médecine de famille¹⁶, que le CMFC prône, les médecins de famille et leurs équipes de soins suivent une approche centrée sur le patient, qui garantit que les services de soins de santé répondent adéquatement aux préférences et aux attentes de ceux-ci¹⁷. On encourage les patients à participer activement à leurs soins et on les soutient dans la mise en œuvre d'interventions d'autogestion de leurs soins. Les services de soins virtuels à but lucratif ont comme principale préoccupation de générer des revenus, ce qui limite la possibilité pour les fournisseurs de passer du temps à nouer des liens étroits avec les patients en tant que partenaires de leurs soins.

Les soins virtuels à but lucratif entraînent un dédoublement des services et des coûts plus élevés pour le système

Les fournisseurs de soins virtuels qui travaillent selon un modèle d'accès à but lucratif peuvent facturer la province ou le territoire en fonction du modèle de rémunération à l'acte pour une variété de services couverts par le système public, en plus des coûts déboursés par leurs clients. Cependant, de nombreux médecins du système public sont rémunérés selon un modèle fondé sur la capitation (par patient). Lorsque les patients des médecins rémunérés par capitation utilisent des services de soins virtuels à but lucratif qui sont remboursés par la province ou le territoire, les contribuables paient deux fois la facture^{6,7,15}. Les médecins risquent aussi de consacrer moins d'heures à la pratique communautaire s'ils se mettent à offrir des services par le biais de solutions de soins virtuels à but lucratif^{6,18}. En conséquence, cela réduirait l'accès aux soins pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer de leur poche. Il a d'ailleurs été prouvé que l'expansion des services de soins de santé à but lucratif fait souvent augmenter les temps d'attente dans le système public^{19,20,21}.

Peu de services virtuels sans rendez-vous à but lucratif font acte de présence physique¹⁰. Le fait qu'une clinique virtuelle à but lucratif conseille à un patient de consulter un médecin en personne ou de se présenter à l'urgence mène au dédoublement des services : deux consultations ont lieu alors qu'une visite initiale en personne aurait suffi. À l'Île-du-Prince-Édouard, où le fournisseur de soins virtuels à but lucratif Maple a été engagé par la province pour fournir des soins, la question de l'absence de cliniques physiques de Maple tombe particulièrement à point²².



En octobre 2021, la clinique virtuelle de Maple à l'Île-du-Prince-Édouard a temporairement fermé ses portes en raison du manque de médecins. Cet échec systémique montre clairement qu'il est difficile de compter sur des fournisseurs privés pour remédier à la pénurie de médecins à l'échelle de la province. Cette expérience démontre la nécessité d'en venir à des solutions durables pour améliorer l'accès aux soins, notamment des investissements à long terme dans les systèmes de soins primaires plutôt que dans des solutions de dépannage à court terme.

Les soins virtuels à but lucratif menacent la continuité des soins

Un rapport du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario⁹ a révélé que si les patients ont recours aux soins virtuels à but lucratif, il est probable qu'ils ne consultent pas régulièrement leur médecin de famille, ce qui dénote un manque de continuité. Or, on sait que la continuité des soins présente de nombreux avantages pour les patients, notamment une meilleure qualité de vie, de meilleurs résultats cliniques et un plus faible taux d'utilisation des services d'urgence²³. Les services de soins virtuels à but lucratif n'ont par ailleurs pas les ressources requises pour prendre en charge des patients dont l'état de santé est complexe ou présentant des affections chroniques ou comorbides, car le médecin traitant ne connaît pas les antécédents du patient. La continuité des soins est cruciale pour les patients souffrant de maladies chroniques. Il a été démontré qu'elle réduit la probabilité de diagnostic d'un deuxième trouble chronique et le risque d'hospitalisation²⁴.



Les soins virtuels à but lucratif contribuent à amplifier la discontinuité, car les fournisseurs de ces systèmes ne transmettent souvent pas l'information issue des consultations avec le médecin de famille du patient et ont généralement un accès très limité à l'ensemble des renseignements médicaux du patient^{18,25,26}. Une analyse de contexte des cliniques virtuelles sans rendez-vous au Canada a révélé que, sur les 18 cliniques interrogées, seulement trois ont indiqué explicitement qu'elles ne visaient pas à remplacer les soins prodigués par un médecin de famille et que seulement 22 % des fournisseurs faisaient référence à la continuité et à l'échange ou à la communication de l'information avec le fournisseur de soins habituels du patient²⁷. En médecine de famille, les médecins connaissent les antécédents de santé de leurs patients et peuvent utiliser cette information pour travailler en collaboration avec eux afin de prendre en charge leurs soins efficacement au fil du temps. Dans un modèle virtuel ambulatoire à but lucratif, l'inexistence de la relation avec le fournisseur de soins empêche les patients de tirer parti des avantages à long terme de la continuité des soins.

La discontinuité a également des incidences sur la satisfaction des patients. Ceux-ci sont sept fois plus susceptibles de vouloir être pris en charge par leur propre médecin de famille plutôt que par un fournisseur de soins qu'ils ne connaissent pas²⁸. Les données montrent que les patients qui reçoivent des soins de leur médecin de famille sont plus satisfaits que ceux qui font appel aux cliniques sans rendez-vous^{29,30}.

Les soins virtuels à but lucratif entraînent des iniquités et des coûts supplémentaires pour les patients

Par définition, les services de soins de santé à but lucratif, comme les cliniques virtuelles sans rendez-vous, sont destinés aux patients qui peuvent payer de leur poche pour accéder aux soins. Ce modèle permet aux clients qui le désirent et qui peuvent se le permettre sur le plan financier d'« éviter la file d'attente », au détriment de certains segments de la population qui ne peuvent pas se permettre les coûts initiaux^{6,8,25} ou qui éprouveraient des difficultés financières supplémentaires pour utiliser le service payant. Lorsque les médecins travaillent plus d'heures pour des solutions à but lucratif et moins d'heures en médecine de famille communautaire, les populations marginalisées peuvent subir davantage les contrecoups de cette réduction de l'accès aux fournisseurs au sein du système^{21,25}. Le Royaume-Uni, en évaluant la mise en œuvre des services du fournisseur de soins virtuels à but lucratif Babylon, auquel fait appel son système de soins de santé national, on a découvert que l'accès au service était inéquitable. Les personnes qui ne disposaient pas d'un téléphone intelligent



ou qui avaient de la difficulté à en utiliser un, les aînés et les personnes aux besoins complexes avaient moins tendance à y avoir recours^{18,31,32}. Aux États-Unis, ce sont de jeunes patients de race blanche qui ont le plus tendance à utiliser les services de soins virtuels privés proposés par Kaiser Permanente, tandis que leur utilisation est nettement moins élevée chez les patients âgés, noirs et latino-américains³³.

Les services virtuels sans rendez-vous à but lucratif sont particulièrement inadaptés aux patients atteints d'affections complexes et chroniques³², ce qui démontre non seulement une iniquité dans l'accès et la prestation des soins, mais peut aussi contrevenir à la *Loi canadienne sur la santé*. Bien que les soins virtuels puissent faciliter l'accès aux soins pour de nombreux clients, leur privatisation empêche d'offrir ces bienfaits de manière universelle, surtout si elle menace de créer un système de soins à deux vitesses^{8,34,35}. En Ontario, où les laboratoires de santé publics et privés ont eu du mal à répondre à la demande liée aux tests de dépistage de la COVID-19, les chercheurs ont noté que les modèles de soins virtuels à but lucratif pouvaient submerger les laboratoires publics qui traitent leurs requêtes, ce qui risquait, en fin de compte, d'exacerber les iniquités en matière d'accès et de soins en temps opportun⁸.

Les soins virtuels à but lucratif peuvent entraîner une détérioration de la qualité des soins

Le *College of Physicians and Surgeons of British Columbia* (CPSBC) a reçu de nombreuses allégations de soins insuffisants dispensés par des cliniques de soins virtuels sans rendez-vous. Un comité du CPSBC qui enquête sur la question a déterminé qu'il est « presque impossible pour les médecins de respecter les normes attendues pour la majorité des patients qui consultent de cette façon pour des troubles épisodiques¹⁸. » Des recherches menées en Australie et au Royaume-Uni ont également montré que les soins privatisés entraînent souvent une détérioration de la qualité des soins²⁶. Bien qu'il soit impératif d'obtenir des soins en temps opportun, la plupart des Canadiennes et Canadiens (63 %) sont prêts à attendre le lendemain pour consulter leur médecin de famille plutôt que de se rendre le jour même chez un fournisseur de soins qui leur est inconnu (14 %)²⁸. La qualité des soins est un élément essentiel des soins virtuels. Dans un sondage mené en 2020 sur les soins virtuels au Canada, les répondants ont choisi la qualité des soins comme leur principale priorité de la prestation de soins virtuels : 86 % l'ont classée comme étant « très importante »³⁶. À mesure que la privatisation des soins virtuels prend de l'ampleur, le manque d'intégration avec le système public pourrait conduire à une fragmentation accrue des soins et à une détérioration de la qualité des soins^{6,31}.



De nombreuses plateformes à but lucratif utilisent des assistants virtuels à intelligence artificielle pour vérifier les symptômes. Ces robots conversationnels n'ont pas fait l'objet d'une évaluation approfondie ou indépendante et ne peuvent pas offrir la même qualité de soins ou d'évaluation que celle fournie par un médecin de famille qui connaît les antécédents de ses patients¹⁸. Au Royaume-Uni, une évaluation a révélé qu'il n'existe aucune preuve démontrant que le vérificateur de symptômes du fournisseur à but lucratif Babylon peut être plus performant que les médecins dans des situations réalistes et qu'il pourrait même être nettement moins performant, d'autant plus que de hauts taux de faux négatifs pourraient mettre en péril la santé des patients³⁷.

La capacité des médecins de famille et de leurs équipes à établir des relations durables avec les patients et les autres milieux de soins de santé est essentielle à la prestation de soins de haute qualité. Le fournisseur de soins habituel peut mettre ses patients en relation avec les services sanitaires et sociaux de leur communauté qui leur sont utiles et nécessaires, et peut assurer un suivi pour veiller à ce que les soins soient intégrés, complets et globaux. En recourant à des cliniques virtuelles sans rendez-vous à but lucratif, les patients se privent d'être suivis par un fournisseur de soins dévoué, qui peut revenir sur leurs problèmes et s'assurer que leurs besoins en matière de santé sont satisfaits.

Les soins virtuels à but lucratif mettent en péril la vie privée des patients et l'information relative à leur santé



Avec la prolifération des soins virtuels à but lucratif, la question de la vie privée des patients et de la protection de leurs renseignements médicaux est de plus en plus préoccupante. Les médecins qui dispensent des soins virtuels à leurs patients inscrits sont des « dépositaires de renseignements sur la santé, liés par des règles concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels¹⁸. » Dans le cadre du modèle de soins virtuels sans rendez-vous à but lucratif, bien qu'un médecin soit un dépositaire dans la province ou le territoire qui l'autorise à exercer, le statut de dépositaire des entreprises administrant la clinique est ambigu. Par exemple, Babylon de TELUS Santé n'est pas désigné comme dépositaire en vertu de la *Health Information Act* (loi sur l'accès à l'information médicale) de l'Alberta et pourrait ne pas être tenu de respecter cette loi¹⁸.

Les services de soins virtuels sans rendez-vous à but lucratif exigent de ses usagers de signer de longues ententes leur demandant de consentir à ce que le fournisseur transmette des données sur la santé à d'autres entreprises et à des gouvernements étrangers^{18,38}. On ne sait pas très bien comment ces entreprises utilisent ces renseignements sur les patients, surtout parce que les patients ayant recours aux services de soins virtuels à but lucratif sont souvent ciblés par la suite par des publicités dans les médias sociaux et par courriel²².

Le Bureau de la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Alberta a publié deux rapports décrivant les principaux problèmes de protection de la vie privée que pose l'utilisation de Babylon dans la province, notamment en ce qui a trait à la collecte de données, à leur transfert à des tiers et à la découverte de renseignements personnels de patients transmis à des fournisseurs à l'extérieur du Canada^{39,40,41}.

Les fournisseurs de soins virtuels à but lucratif utilisent souvent les données des patients pour générer des revenus. MCI Onehealth possède 25 cliniques de soins primaires dans tout le Canada et prévoit constituer l'une des plus grandes bases de données de dossiers de soins primaires dépersonnalisés du pays afin de « débloquer le potentiel clinique et commercial ». Elle évalue la valeur de chaque dossier entre 35 \$ et 330 \$^{10,42}.

Les soins virtuels à but lucratif peuvent contrevenir à la Loi canadienne sur la santé



La *Loi canadienne sur la santé* exige que les personnes vivant au Canada reçoivent les services médicaux nécessaires sans fardeau financier ou autres obstacles. De nombreux opposants soutiennent que les activités des fournisseurs de soins virtuels à but lucratif ne respectent pas les dispositions de la Loi^{8,43,44}. Bien que les assurances provinciales ou territoriales couvrent certains types de soins virtuels, les cliniques sans rendez-vous à but lucratif « exploitent les failles du système et trouvent des moyens détournés de facturer les soins directement aux patients⁷ ». Il est essentiel que les gouvernements soutiennent des initiatives de soins virtuels financées par l'État, sans quoi les soins virtuels à but lucratif continueront leur expansion et pourraient créer un système de soins à deux vitesses.



Les éléments nécessaires pour améliorer l'accès aux consultations virtuelles en soins primaires

L'accès aux soins reste un problème majeur au Canada — près de 5 millions de personnes n'ont pas leur propre médecin de famille⁴⁵. Tous les paliers du gouvernement doivent investir dans les soins primaires afin que toute la population du Canada ait un accès rapide et pratique à un fournisseur de soins primaires régulier. Il est crucial d'investir dans des modèles de soins de santé primaires qui tirent parti des nouvelles technologies pour améliorer l'accès et la continuité, ainsi que pour réduire les coûts. Les modèles de prestation de soins primaires fondés sur le travail d'équipe, comme la vision du Centre de médecine de famille¹⁶, sont associés à une meilleure qualité des soins, à une réduction des coûts pour le système de santé et à un accès aux soins optimisé^{23,46}.

En même temps, les gouvernements doivent aussi donner la priorité au renforcement des soins virtuels financés par l'État au sein du système de soins primaires pour continuer à rendre l'accès aux soins plus équitable pour les patients. Par exemple, des investissements visant à renforcer les soins primaires permettraient d'étendre la couverture de différents types de services de soins virtuels. Malgré les recherches qui ont démontré que les patients préfèrent la messagerie texte sécurisée comme moyen d'accès aux soins virtuels, les codes de facturation de la plupart des administrations ne couvrent que les consultations par vidéo^{6,44,47}. Comme les soins asynchrones permettent un contact direct avec un fournisseur de soins régulier, ils procurent aux patients une tranquillité d'esprit quant à leur santé et offrent plus de temps aux patients et aux fournisseurs pour aborder leurs préoccupations⁴⁴. En Alberta, l'initiative Connect Care du gouvernement provincial propose aux patients un portail virtuel appelé MyAHS Connect,

qui comporte une messagerie asynchrone sécurisée avec les fournisseurs. Cela pourrait servir de modèle à d'autres administrations⁴⁸.

Les cabinets de médecine de famille nécessitent aussi du soutien pour mettre en place leurs propres solutions en matière de soins virtuels. Dans un sondage mené par le gouvernement du Canada en 2020, 47 % des répondants ont déclaré qu'ils utiliseraient davantage les services de télésanté s'ils étaient offerts par leur médecin de famille³⁶. Les cabinets de médecine de famille ont besoin de soutien pour mettre en place leurs plateformes de soins virtuels et former le personnel et les patients à leur utilisation. Les cabinets nouveaux et existants ont besoin d'aide pour les services informatiques, le dépannage et le travail administratif, ce que les codes de facturation des soins virtuels ne couvrent pas actuellement⁶.

Un investissement fédéral de 2 milliards de dollars visant la création d'un Fonds pour l'accès aux soins de santé primaires⁴⁹ favoriserait un accès pratique et durable à des soins de haute qualité. Ce financement faciliterait l'adoption par les administrations de modèles de soins intégrés et collaboratifs, et contribuerait à améliorer l'intégration, l'expansion et le soutien des solutions de soins virtuels au sein du système de soins primaires.

Note : Étant donné l'augmentation récente de la fréquence d'utilisation des soins virtuels et des solutions payantes, des données probantes continuent de faire surface dans ce domaine. Le CMFC restera à l'affût des nouvelles données à mesure qu'elles nous parviennent afin de réviser au besoin sa position sur le rôle de ces solutions, en fonction des meilleures données probantes disponibles.

Notes en fin de document

- ¹ Kelley LT, Phung M, Stamenova V, Fujiokaa J, Agarwal P, Onabajoal N et coll. Exploring how virtual primary care visits affect patient burden of treatment. *Int J Med Inform.* 2020;141:104228.
- ² Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *An Overview of Direct-to-Patient Virtual Visits in Canada*. Ottawa (ON) : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2020. Dans : <https://cadth.ca/sites/default/files/hs-eh/EH0091%20Virtual%20Visits%20Final.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³ Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. *Soins virtuels : Utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients*. Toronto (ON) : Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario; 2020. Dans : https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr20/20VFM_08virtualcare-fr.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴ Environics Research. La position des Canadiens et des Canadiennes à l'égard des soins de santé et de la télémédecine : Rapport intégral, édition 2020 [site Web]. 2020. <https://www.dialogue.co/fr/position-des-canadiens-soins-de-sante-et-telemedecine>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁵ Collège des médecins de famille du Canada. *Énoncé de position : Renforcer les soins de santé — L'accès bien pensé*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2021. Dans : https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Care-Delivery/Access-Done-Right_FRE_Final.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁶ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *An Overview of Direct-to-Patient Virtual Visits in Canada*. Ottawa (ON) : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2020. Dans : <https://cadth.ca/sites/default/files/hs-eh/EH0091%20Virtual%20Visits%20Final.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁷ Boyle T. Private virtual health services are booming in a policy vacuum. *Toronto Star*. Le 17 janvier 2021. Dans : <https://www.thestar.com/news/canada/2021/01/17/as-pandemic-rages-virtual-health-services-are-booming-in-a-policy-vacuum.html>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁸ MacKinnon KR, Mykhalovskiy E, Worthington C, Gomez-Ramirez O, Gilbert M, Grace D. Pay to skip the line: The political economy of digital testing services for HIV and other sexually transmitted infections. *Soc Sci Med.* 2021;268:113571. Dans : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113571>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁹ Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. *Soins virtuels : Utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients*. Toronto (ON) : Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario; 2020. Dans : https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr20/20VFM_08virtualcare-fr.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹⁰ IMD. Facilitez les discussions sur le traitement à tous les niveaux de soins [site Web]. 2019. <https://www.imdhealth.com/for-product-or-service-providers/>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹¹ Spithoff S, Kiran T. The dark side of Canada's shift to corporate-driven health care. *Globe and Mail*. Le 30 avril 2021. Dans : <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-the-dark-side-of-canadas-shift-to-corporate-driven-health-care/>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹² Ventola CL. Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising: Therapeutic or Toxic? *PT.* 2011;36(10):669684.
- ¹³ Mintzes B. Le Canada devrait-il autoriser la publicité directe des médicaments d'ordonnance? : NON. *Le Médecin de famille canadien.* 2009;55(2):135138.
- ¹⁴ Frosch D, Grande D, Tarn D, Kravitz R. A Decade of Controversy: Balancing Policy With Evidence in the Regulation of Prescription Drug Advertising. *Am J Public Health.* 2010;100(1):2432. Dans : <https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2008.153767>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹⁵ MacLeod A. Profits before patients? The corporate push into B.C.'s primary care system. *Pique News Magazine*. Le 20 septembre 2020. Dans : <https://www.piquenewsmagazine.com/cover-stories/profits-before-patients-the-corporate-push-into-bcs-primary-care-system-2721749>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹⁶ Collège des médecins de famille du Canada. Centre de médecine de famille [site Web]. 2019. <https://patientsmedicalhome.ca/fr/>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹⁷ Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale – Le Centre de médecine de famille 2019*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2019. Dans : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹⁸ Hardcastle L, Ogbogu U. Virtual care: Enhancing access or harming care? *Health Manage Forum.* 2020;33(6):288292. Dans : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0840470420938818>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ¹⁹ Brcic V. Evidence is in: privately funded health care doesn't reduce wait times. *Policy Note*. Le 14 juin 2015. Dans : <https://www.policynote.ca/the-evidence-on-wait-times-and-private-care/>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.

- ²⁰ Koehoorn M, McLeod C, Fan J, McGrail K, Barer M, Côté P et coll. Do private clinics or expedited fees reduce disability duration for injured workers following knee surgery? *Health Policy*. 2011;7(1):5570. Dans : <https://www.longwoods.com/product/download/code/22528>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ²¹ Duckett S. Private care and public waiting. *Aust Health Rev*. 2005;29(1):8793.
- ²² Campbell K. P.E.I. releases telehealth contract as Opposition raises new concerns about private health care. *CBC News*. Le 22 avril 2021. Dans : <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-telehealth-maple-contract-1.5998987>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ²³ Collège des médecins de famille du Canada. *La valeur de la continuité des soins : Un investissement dans les soins primaires pour réduire des coûts et améliorer la qualité de vie*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Prestation-des-soins-de-santé/Continuity-of-Care-one-pager-FRE.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ²⁴ Chau E, Rosella LC, Mondor L, Wodchis WP. Association between continuity of care and subsequent diagnosis of multimorbidity in Ontario, Canada from 2001–2015: A retrospective cohort study. *PLoS ONE*. 2021;16(3):e0245193.
- ²⁵ Gouvernement du Canada. *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité*. Ottawa (ON) : Santé Canada ; 2021. Dans : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/template-ett-report-docx-fra.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ²⁶ Moel-Mandel C, Sundararajan V. The impact of practice size and ownership on general practice care in Australia. *Med J Aust*. 2021;214(9):408410.
- ²⁷ Matthewman S, Spencer S, Lavergne M, McCracken R, Hedden L. An Environmental Scan of Virtual “Walk-In” Clinics in Canada: Comparative Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(6):e27259.
- ²⁸ Nanos. *Canadians are seven times more likely to want care from their own family physician rather than a family physician they do not know*. Ottawa (ON) : Nanos ; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/2021-1900-CFPC-National-survey-Populated-report-with-tabulations.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ²⁹ Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient satisfaction with care for urgent health problems: A survey of family practice patients. *Ann Fam Med*. 2007;5(5): 419-424.
- ³⁰ Hutchison B, Østbye T, Barnsley J, Stewart M, Mathews M, Campbell MK et coll. Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-In Clinic Study. *CMAJ*. 2003;168(8):977-983. Dans : <https://www.cmaj.ca/content/168/8/977.short>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³¹ Association médicale canadienne. *Soins virtuels : Recommandations pour la création d'un cadre pancanadien*. Ottawa (ON) : Association médicale canadienne ; 2020. Dans : <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/RapportduGroupeDeTravailsurlesSoinsVirtuels.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³² Ipsos MORI. *Evaluation of Babylon GP at hand – Final evaluation report*. London (Royaume-Uni) : Ipsos MORI ; 2019. Dans : <https://www.hammersmithfulhamccg.nhs.uk/media/156123/Evaluation-of-Babylon-GP-at-Hand-Final-Report.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³³ Salisbury C, Quigley A, Hex N, Aznar C. Private Video Consultation Services and the Future of Primary Care. *J Med Internet Res*. 2020;22(10):e19415. Dans : <https://www.jmir.org/2020/10/e19415>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³⁴ Yan D. Virtual Health Expansion: Challenges and Changes [blogue]. *McGill Journal of Law and Health*. Le 1^{er} mai 2021. Dans : <https://mjhl.mcgill.ca/2021/05/01/virtual-health-expansion-challenges-and-changes/>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³⁵ Parsons C. New privatized virtual health program a step in the wrong direction for Nova Scotia. *The Nova Scotia Health Coalition*. Le 19 mai 2021. Dans : <https://www.nshealthcoalition.ca/media-releases/2021/5/19/new-privatized-virtual-health-program-a-step-in-the-wrong-direction-for-nova-scotia>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³⁶ Bureau de la concurrence Canada. Sondage sur les services de santé numériques : Ce que nous avons entendu des Canadiens [site Web]. 2021. <https://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/04573.html>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³⁷ Fraser H, Coiera E, Wong D. Safety of patient-facing digital symptom checkers. *Lancet*. 2018;392(101610):2263-2264.
- ³⁸ Rusnell C. No privacy review completed of controversial Telus Health Babylon app. *CBC News*. Le 23 mars 2020. Dans : <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/no-privacy-review-completed-of-controversial-telus-health-babylon-app-1.5507395>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ³⁹ Rusnell C. Telus Health ignored Alberta's privacy laws when it launched Babylon app, reports reveal. *CBC News*. Le 9 août 2021. Dans : <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/babylon-app-privacy-telus-health-1.6132471>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.

- ⁴⁰ Bureau de la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Alberta. *Investigation Report H2021-IR-01: Investigation into the use of Babylon by TELUS Health by Alberta physicians*. Edmonton (AB) : Bureau de la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Alberta ; 2021. Dans : <https://www.oipc.ab.ca/media/1165671/h2021-ir-01.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴¹ Bureau de la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Alberta. *Investigation Report P2021-IR-02: Investigation into Babylon by TELUS Health's compliance with Alberta's Personal Information Protection Act*. Edmonton (AB) : Bureau de la commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Alberta ; 2021. Dans : <https://www.oipc.ab.ca/media/1165666/P2021-IR-02.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴² MCI Onehealth [diapositives PowerPoint] ; 2020. Dans : <https://web.archive.org/web/20210209182923/https://investor.mcionehealth.com/static-files/78f6ac37-8913-44a6-852c-c9ef35a467da>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴³ Boyle T. Doctors' virtual visits jumped by 5,600% during COVID. What does that mean for the future of Canadian health care? *Toronto Star*. Le 8 février 2021. Dans : <https://www.thestar.com/news/canada/2021/02/08/doctors-virtual-visits-jumped-by-5600-during-covid-what-does-that-mean-for-the-future-of-canadian-health-care.html>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴⁴ Kelley LT, Phung M, Stamenova V, Fujiokaa J, Agarwal P, Onabajoal N et coll. Exploring how virtual primary care visits affect patient burden of treatment. *Int J Med Inform*. 2020;141:104228.
- ⁴⁵ Statistique Canada. Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, 2021 [site Web]. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1310009601&request_locale=fr. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴⁶ Collège des médecins de famille du Canada. *Résumé des données probantes : Le Centre de médecine de famille 2019 : Une nouvelle vision pour la pratique de médecine de famille au Canada*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/EvidenceBooklet-FR3-interactive.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴⁷ Association médicale canadienne. *Sommet de l'AMC sur la santé : Document de discussion sur les soins virtuels au Canada*. Ottawa (ON) : Association médicale canadienne ; 2018. Dans : https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/Virtual_Care_discussionpaper_v1FR.pdf. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴⁸ Ernst & Young. *Review of Connect Care, Alberta Netcare and MyHealth Records: Final Report*. Edmonton (AB) ; 2020. Dans : <https://open.alberta.ca/dataset/1394ebca-9869-40d6-b5af-3c6870557f21/resource/d9558cbb-220e-4b28-a05e-3d9773d4d9ac/download/health-review-of-connect-care-alberta-netcare-myhealth-records-2020-03.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
- ⁴⁹ Collège des médecins de famille du Canada. *Written submission for the Pre-Budget consultations in advance of the Federal Budget 2022*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021. Dans : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Government/CFPC-Written-Submission-Budget-2022.pdf>. Date de consultation : le 7 octobre 2021.
-

© Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document :

Collège des médecins de famille du Canada. *Privatisation des soins*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021.