



## Rapport d'évaluation

# Évaluation de la télésanté au CHU Sainte-Justine

**UETMIS**

**Cécile Adam**

**Hassan Ouali**

2021

## **Mission de l'UÉT MIS**

---

L'UETMIS du CHU Sainte-Justine a pour mission de soutenir les gestionnaires, médecins et professionnels de la santé dans leurs prises de décision. Elle utilise une approche d'évaluation claire, transparente et rigoureuse, basée sur des données probantes (preuves scientifiques, expérientielles et contextuelles).

## **Comité exécutif de l'UÉT MIS**

---

Dr Marc Girard – Directeur des services professionnels

Dr Philippe Jovet – Professeur titulaire – intensiviste pédiatrique – responsable médical de l'UETMIS

Mme Geneviève Parisien – Directrice de la qualité évaluation, performance et éthique

Mme Cécile Adam, PhD - Agente de planification, de programmation et de recherche, UÉT MIS

M Hassan Ouali, PhD - Agent de planification, de programmation et de recherche, UÉT MIS

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité de l'UÉT MIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉT MIS)

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, Bureau 403

5757 Decelles

Montréal (Québec)

Cécile Adam : 514.3454.931, poste 3075. [cecile.adam.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cecile.adam.hsj@ssss.gouv.qc.ca)

Hassan Ouali : 514. 3454.931, poste : 3328. [hassan.ouali.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:hassan.ouali.hsj@ssss.gouv.qc.ca)

[https://www.chusj.org/fr/Professionnels-de-la-sante/Evaluation-des-technologies-\(UETMIS\)](https://www.chusj.org/fr/Professionnels-de-la-sante/Evaluation-des-technologies-(UETMIS))

## Comité d'évaluation du projet

---

- Dre Maria Buthieu, gestionnaire médical, Centre de Coordination des Activités Réseau (CCAR), pédiatre, pilote clinique en Télésanté
- Dre Marie-Claude Miron, radiologue, présidente du Comité Central d'Évaluation de l'Acte Médical, Dentaire et Pharmaceutique (CCEAMDP)
- Manuel Grandmont, chef de service, soutien multimédia et technologique, pilote technologique en Télésanté
- Dr Philippe Jovet, intensiviste pédiatrique, responsable médical de l'UETMIS
- Mahmoud Nadar PhD, chercheur, Professeur à l'Université du Québec en Outaouais
- Hassan Ouali PhD MBA, agent de planification, de programmation et de recherche UETMIS
- Cécile Adam PhD, agente de planification, de programmation et de recherche UETMIS

## Remerciements

---

Ce mandat d'évaluation a été effectué à la demande du Dre Marie-Claude Miron, présidente du CCEAMDP du CHUSJ. Il a été rendu possible grâce à la collaboration de tous les membres du comité exécutif de l'UETMIS, du comité d'évaluation du projet ainsi que les personnes externes au CHUSJ ayant répondu au balisage. Nous tenons également à remercier tous les médecins, fellows et résidents du CHUSJ ayant participé au questionnaire interne.

### Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt à signaler.

## **Abréviations et acronymes**

---

CHUSJ : Centre Hospitalier Universitaire de Sainte-Justine

CMDP : Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens

CMQ : Collège des Médecins du Québec

CUSM : Centre Universitaire de Santé McGill

DGTIC : Direction Générale des Technologies de l'Information et des Communications

DME : Dossier Médical Électronique

DQEPE : Direction Qualité, Évaluation, Performance et Éthique

INESSS : Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux

KPI : Key Performance Indicator

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SCP: Société Canadienne de Pédiatrie

SPROUT: Supporting Pediatric Research on Outcomes and Utilization of Telehealth

RSSS : Réseau de la Santé et des Services Sociaux

RUISSS: Réseau Universitaire Intégré de Santé et de Services Sociaux

UETMIS : Unité d'Évaluation des Technologies et Modes d'Intervention en Santé

## Table des matières

---

<b>1</b>	<b>Contexte de l'évaluation</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Objectif du mandat</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Définitions</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Questions d'évaluation</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>Résultats</b>	<b>10</b>
<b>5.1</b>	<b>Revue de la littérature</b>	<b>10</b>
5.1.1	La télésanté dans le milieu pédiatrique	10
5.1.2	La télésanté en 2020	12
5.1.3	Forces, limites et directions futures	16
5.1.4	Recommandations d'experts ou d'organisations	21
<b>5.2</b>	<b>Balilage des autres centres pédiatriques</b>	<b>28</b>
5.2.1	Méthodologie	28
5.2.2	Organisation de la télésanté	29
5.2.3	Impact de la pandémie de COVID-19	31
5.2.4	Leçons apprises	35
5.2.5	Conclusions du balilage externe	36
<b>5.3</b>	<b>Portrait de la télésanté au CHUSJ</b>	<b>37</b>
5.3.1	Organisation de la télésanté	37
5.3.2	Enquête à l'interne	38
5.3.3	Résultats du sondage de satisfaction	48
<b>5.4</b>	<b>Recommandations</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>Annexes</b>	<b>58</b>
<b>6.1</b>	<b>Annexe 1 : Questionnaire de balilage externe</b>	<b>58</b>
<b>6.2</b>	<b>Annexe 2 : Questionnaire interne du CHUSJ</b>	<b>62</b>
<b>7</b>	<b>Références</b>	<b>70</b>

## Table des figures

---

Figure 1 Cadre conceptuel de télésanté pour la pandémie de COVID-19, tiré d'Ohanessian et al. 2020. GP: médecin généraliste, ICU: unité de soins intensifs. ....	14
Figure 2 Statut des répondants au questionnaire interne du CHUSJ. ....	39
Figure 3 Circonstances cliniques pour l'utilisation de la téléconsultation. ....	40
Figure 4 Documents réglementaires consultés avant l'utilisation de la téléconsultation. ....	40
Figure 5 Lieux depuis lesquels les médecins effectuent leurs téléconsultations.....	41
Figure 6 Lieux où se trouvent les patients lors des téléconsultations. ....	41
Figure 7 Types de formations reçues par les médecins avant d'effectuer les téléconsultations. ....	42
Figure 8 Pourcentage de téléconsultations réalisées par contact audio seulement ou par contact audio et vidéo. ....	43
Figure 9 Équipement utilisé par les médecins pour effectuer les téléconsultations. ....	43
Figure 10 Plateforme de communication virtuelle utilisée majoritairement ....	44
Figure 11 Moyens utilisés pour échanger avec les patients en dehors des rendez-vous traditionnels.....	44
Figure 12 Messageries utilisées pour communiquer avec les patients.....	45
Figure 13 Moyens utilisés pour envoyer ou modifier une ordonnance pharmacologique.....	45
Figure 14 Méthodes utilisées pour identifier le patient (A) ou méthodes utilisées par le médecin pour se présenter (B) dans le cas d'une première rencontre. ....	46
Figure 15 Le médecin a-t-il validé avec le jeune s'il était en mesure de s'exprimer sans être entendu de son parent?.....	47
Figure 16 Le médecin a-t-il demandé l'identification de chaque personne pouvant entendre la conversation si le patient n'était pas seul dans la pièce? ....	47
Figure 17 Pratiques de télétravail pour les téléconsultations.....	49
Figure 18 Degré de satisfaction général concernant la télésanté. 1 : Très insatisfait, 5 : Très satisfait. ....	51
Figure 19 Circonstances pour lesquelles les médecins seraient prêts à utiliser la téléconsultation au lieu d'une visite en personne. ....	51

## Table des tableaux

---

Tableau 1 Avantages et inconvénients de la télésanté pendant la pandémie de COVID-19 (Inspiré de Mahajan et al. 2020). .....	17
Tableau 2 Description de la structure d'organisation de la télésanté des différents hôpitaux pédiatriques. ....	29
Tableau 3 Nombre de personnes dédiées à la télésanté par établissement. ....	30
Tableau 4 Rôle du service informatique en fonction des établissements .....	31
Tableau 5 Augmentation du nombre de personnes et de la charge de travail liés à la télésanté pendant la pandémie par établissement.....	32
Tableau 6 Formation offerte aux médecins selon les établissements. ....	33
Tableau 7 Plateformes utilisées par les médecins selon les établissements .....	34
Tableau 8 Obstacles rencontrés durant l'utilisation de la télésanté selon les centres.....	35
Tableau 9 Mandats et rôles des sous-comités de la télésanté au CHUSJ. ....	38
Tableau 10 Répartition des spécialités médicales parmi les réponses obtenues. ....	39
Tableau 11 Fonctionnalités des plateformes de communication virtuelle les plus utiles aux médecins du CHUSJ.....	45
Tableau 12 Spécialité des médecins ayant répondu au questionnaire de satisfaction. ....	48
Tableau 13 Satisfaction en lien avec la préparation des rendez-vous. 1 : Très insatisfait, 5 : Très satisfait. ....	50
Tableau 14 Satisfaction concernant les éléments techniques. 1 : Très insatisfait, 5 : Très satisfait.....	50
Tableau 15 Récapitulatif des recommandations opérationnelles pour la télésanté en fonction de la structure organisationnelle visée.....	56

## 1 Contexte de l'évaluation

---

Le début de l'année 2020 a été marqué par l'apparition de la pandémie de COVID-19. Afin de lutter contre la transmission de la maladie, plusieurs gouvernements, dont celui du Québec, ont mis en place des mesures de distanciation sociale et de confinement. L'adoption de ces mesures a eu un impact sur l'offre de soins des hôpitaux, les contraignant à offrir un service minimal de soins, principalement réservé aux urgences. Le CHU Sainte-Justine (CHUSJ) n'a pas fait exception et a dû fermer temporairement certains services afin de prioriser la prise en charge de patients atteints de la COVID-19.

Le CHUSJ a développé des efforts continus tout au long de la pandémie afin d'assurer le suivi des patients à distance. En effet, le Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CCEAMDP) du CHUSJ a observé une nette augmentation de l'utilisation de la télésanté (téléconsultation et télédiscussion sur les cas) depuis le début de la pandémie. Cependant, la popularité récente de ces pratiques dans un contexte urgent n'a pas permis d'établir un cadre de pratique standardisé pour l'hôpital, menant à des pratiques diverses.

Dans une perspective d'amélioration continue, l'UÉTMIS a été sollicitée afin de réaliser une évaluation de la télésanté au sein du CHUSJ. Cette évaluation permettra d'établir des recommandations opérationnelles sur la faisabilité, la pratique médicale, la gestion des technologies ainsi que l'organisation des rendez-vous de la télésanté.

## 2 Objectif du mandat

---

Établir des recommandations opérationnelles sur la faisabilité, la pratique médicale dans un cadre réglementaire protecteur, la gestion des technologies (plateformes Reacts, Zoom et Teams) et l'organisation des rendez-vous dans le cadre de la télésanté.

## 3 Définitions

---

Les définitions suivantes sont issues de la norme télésanté d'agrément Canada (A83001.2018-QC.19) :

**Définition de télésanté** : l'utilisation de technologies de l'information et de communication pour fournir des services de soins de santé et des renseignements médicaux aux usagers lorsque les cliniciens et les usagers ne sont pas au même emplacement (ISO, 2014; University of Health, non daté, Totten, Womack, Eden, McDonagh, Griffin, Grusing et Hersh, 2016) ou lorsque les cliniciens et l'équipe de soins de santé participent à des activités de télésanté. Ces technologies ne sont pas des traitements ni des interventions pour les usagers; ce sont des outils permettant d'améliorer l'accès aux soins, les soins centrés sur les personnes, le partage d'informations et l'efficacité des soins (ISO, 2004c, Totten et col., 2016). L'aspect principal de la télésanté est la transmission de la voix, de données, d'images et de renseignements cliniques au lieu d'avoir recours au déplacement physique des usagers ou des cliniciens (COACH, 2015). Cette pratique est aussi appelée « télémédecine », « soins virtuels » ou « soins à distance », entre autres.

Les diverses activités de télésanté au Québec sont les suivantes (Selon les définitions du MSSS, 2018; Lexique des termes utilisé en télésanté, sur l'extranet TI MSSS) :

- **Téléassistance** : activité clinique réalisée par un professionnel de la santé avec ou sans la présence d'un usager ou de plusieurs usagers, avec l'assistance d'un deuxième professionnel



expert de la santé, présent à distance. Exemples : téléassistance chirurgicale, téléassistance en traitement de plaies, téléassistance en anatomopathologie (macroscopie).

- **Télé-éducation** : activité clinique servant à offrir de l'information aux usagers, à distance, pour augmenter leurs connaissances sur leur maladie, ses symptômes, les mesures à prendre et à éviter concernant un traitement en particulier, etc. Le but de la télé-éducation est d'aider les usagers à mieux gérer leur état et leur santé.
- **Télécomparution** : Désigne la comparution en cour par vidéoconférence d'une personne ou d'un témoin qui répond à distance. Remarque : il peut arriver qu'un usager du réseau de santé ou qu'un professionnel de la santé compareisse à l'aide de ce mode.
- **Téléconsultation** : activité clinique impliquant une interaction à distance, en temps réel ou après le fait, entre un usager et un professionnel de la santé ou plusieurs, dans le but de poser ou de confirmer un diagnostic, de surveiller la progression d'un état ou d'ajuster un plan de traitement. Remarque : une téléconsultation médicale peut être rémunérée par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) si elle respecte les critères indiqués dans l'Accord-cadre.
- **Télédiscussion sur les cas** : activité clinique impliquant la communication à distance, en temps réel ou après le fait, entre des professionnels de la santé, dans le but de discuter, sans la présence des usagers, du diagnostic, du plan de traitement ou de toute autre information pertinente à l'état de santé de l'usager.
- **Téléformation** : formation donnée à distance à des professionnels de la santé pour transférer des connaissances entre les professionnels.
- **Téléinterprétation** : activité clinique visant l'interprétation à distance d'images, d'exams ou de tests dans le but de poser un diagnostic ou d'obtenir une deuxième opinion concernant un usager, sans la présence de ce dernier. Remarque : une activité de téléinterprétation médicale peut être rémunérée par la RAMQ si elle respecte les critères indiqués dans l'Accord-cadre.
- **Téléintervention** : activité clinique ou traitement offert par un professionnel de la santé avec la téléprésence d'un usager ou plusieurs, ou des membres de la famille des usagers. La téléintervention peut, par exemple, comprendre la « thérapie par contrainte induite du mouvement » en ergothérapie, et la chirurgie robotique.
- **Télésoins à domicile** : services de santé fournis à distance par un professionnel de la santé à un usager à la maison pour l'informer, le surveiller, l'aider et/ou intervenir en fonction de l'objectif du traitement suivi.
- **Télésurveillance** : activité clinique servant à surveiller les données cliniques ou biologiques d'un usager, qui sont transmises électroniquement à l'équipe médicale pour l'aider à planifier l'intervention requise.

## 4 Questions d'évaluation

---

### La question générale d'évaluation :

Quelles sont les recommandations pratiques à mettre en place pour une utilisation opérationnelle de la télésanté au CHUSJ ?

### Les questions spécifiques d'évaluation :

1. Quelles sont les recommandations de la littérature scientifique concernant l'utilisation de la téléconsultation (médecins-patients) et télédiscussion sur les cas (médecins-professionnels) synchrone en milieu hospitalier pédiatrique?
2. Quelles sont les pratiques courantes dans des milieux hospitaliers similaires ?

3. Quelles sont les pratiques actuelles au CHUSJ?
4. Quelles sont les perspectives des différents acteurs (utilisateurs et bénéficiaires) vis à vis des pratiques courantes de la télémédecine au CHUSJ?

## 5 Résultats

---

### 5.1 Revue de la littérature

La télésanté peut être généralement définie comme l'utilisation des technologies de télécommunication dans le but de procurer de l'information médicale ou des services de santé [1]. Elle permet l'échange d'informations valides pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies ou blessures, la recherche, l'évaluation, l'éducation, et permet de diminuer la fréquentation des hôpitaux en temps de pandémies [2].

La télésanté s'est développée de manière exponentielle ces dernières années et surtout cette année avec le contexte exceptionnel de pandémie. Les recommandations et pratiques évoluent avec la technologie et dépendent des états et des secteurs de la santé qui utilisent les téléconsultations. Cette revue de la littérature rassemble des recommandations concernant l'utilisation de la télésanté au sens global, dans un contexte pédiatrique mais également des recommandations de regroupements d'experts au Québec, au Canada et à l'étranger.

#### 5.1.1 La télésanté dans le milieu pédiatrique

La télésanté est utilisée par divers secteurs de soins pédiatriques et intégrée dans de nombreux centres de soins à travers le monde. Cette section décrit certaines utilisations, pratiques et recommandations de la télésanté en contexte de soins pédiatriques au sein de diverses spécialités.

##### 5.1.1.1 Chirurgie pédiatrique

Une récente revue dresse le portrait actuel de la télésanté en chirurgie pédiatrique [3]. Malgré le peu de publications sur l'utilisation de la télésanté en chirurgie pédiatrique, le nombre de programmes associés est en augmentation aux États-Unis. L'utilisation de la télésanté dans ce contexte inclut le mentorat, les visites pré- et post-opératoires, les consultations en soins primaires, le suivi de patients à distance, le soin de brûlures, les soins urgents, le triage de patients et les consultations en chirurgie dans les unités de soins intensifs communautaires.

La téléconsultation pour les visites pré- et post-opératoires en chirurgie pédiatrique sont souvent utilisées avec un réseau en étoile (appelé *hub and spoke*). Dans ce cas, le chirurgien spécialiste est situé à un point de connexion central (hôpital pour enfants par exemple) et les patients sont à un site proche de leur domicile (centre de soins) où un téléfacilitateur (infirmière ou autre professionnel formé) est présent et peut assister le spécialiste avec l'examen physique. Les visites à partir du domicile du patient sont aussi possibles après certaines interventions chirurgicales pédiatriques de routine. La téléconsultation pour les brûlures pédiatriques permet d'élargir l'accès au nombre limité de spécialistes. Concernant les unités de soins intensifs communautaires, l'adoption d'une présence virtuelle en chirurgie permet à ces institutions de déterminer plus adéquatement si un patient doit être transféré pour des raisons chirurgicales.

Cette revue recommande d'incorporer un programme de télésanté pour la chirurgie pédiatrique dans les hôpitaux [3]. Selon les auteurs, la télésanté peut permettre aux cliniciens et systèmes de santé d'orienter le bon patient au bon moment et au bon endroit, afin de s'assurer que les soins optimaux

soient dispensés et que les expertises appropriées soient disponibles. Cela est renforcé par le faible accès à certains spécialistes pédiatriques dans les pays aussi vastes que les États-Unis.

#### 5.1.1.2 Neurologie pédiatrique

Une récente revue s'intéresse à l'évolution de la télémédecine pour la neurologie pédiatrique [4]. Cette technologie se concentre principalement sur trois aspects, à savoir :

- Les enfants hospitalisés dans des hôpitaux communautaires pourraient avoir accès à une expertise en neurologie pédiatrique par télémédecine pour les crises, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la médication, les troubles moteurs, l'altération de l'état mental, l'interprétation des électro encéphalogrammes (EEG) et la mort cérébrale,
- Les cliniques ambulatoires de télémédecine permettraient aux enfants d'être plus près de leur domicile et d'économiser des ressources de déplacement et du temps pour le patient, sa famille et le prestataire. Ce type de programme a été implanté de manière réussie dans les cas d'épilepsie pédiatrique et de déficiences neuro-développementales [4]. Basées sur les modèles décrits dans la littérature, ces cliniques pourraient voir les patients pour des suivis de maux de tête, de médication, de troubles du mouvement et de commotions,
- Les soins à domicile pourraient être offerts aux mêmes types de patients qui sont incapables de quitter le domicile ou dont les familles ont de la difficulté à accéder à des cliniques ambulatoires,

Pour les patients hospitalisés ou en clinique ambulatoire, de l'équipement professionnel dédié à la vidéoconférence pourrait être utilisé avec l'aide d'un professionnel de la santé afin d'optimiser l'examen neurologique. Les patients à domicile peuvent utiliser leur équipement personnel. La télémédecine permet à cette patientèle, ainsi qu'à des communautés reculées, d'avoir accès à des neurologues pédiatriques.

Comme pour toute téléconsultation, cette revue préconise aux utilisateurs d'être dans un lieu calme, permettant l'échange d'informations confidentielles. Il est conseillé d'utiliser une plateforme sécuritaire en ligne, de l'équipement pour réaliser une séance avec vidéo et une connexion haut débit. La présence d'un professionnel de la santé formé pour les téléconsultations est fortement recommandée (lorsqu'effectuées dans un hôpital ou en ambulatoire), ainsi qu'un soutien pour la prise de rendez-vous, un soutien technique et la mise en place d'un dossier clinique électronique. Certaines cliniques de télé neurologie sont équipées d'outils périphériques comme des caméras pouvant être opérées par le neurologue. Des chariots de télémédecine mobiles sont également développés dans certaines cliniques (contenant un ordinateur, une webcam et un système de son) [4].

La réglementation peut également varier dépendamment des États et le clinicien doit s'assurer de connaître les lois et licences nécessaires pour exercer dans divers États. L'Hôpital pour enfants de Seattle et l'Université de médecine de Washington offrent une expertise de télé-neurologie pédiatrique dans plusieurs états. Plusieurs spécialités pédiatriques ont des offres de télémédecine, comptabilisant environ 2000 télé-visites en clinique ambulatoire par année dans ces différents états. La télémédecine a été largement adoptée par la psychiatrie et des lignes de service pour l'autisme. La télémédecine pour la neurologie pédiatrique s'est d'abord concentrée sur le suivi de patients ayant des maladies chroniques comme l'épilepsie, les migraines et les troubles involontaires compulsifs.

Les avantages d'une télémédecine pour la neurologie pédiatrique incluent l'accès amélioré et la diminution des temps d'attente pour voir un spécialiste, des visites plus fréquentes et plus rapides, ce qui résulte en une amélioration de la qualité des soins, des économies liées aux déplacements, une diminution des hospitalisations non nécessaires et un taux de satisfaction élevé des utilisateurs (patient

et clinicien). La télémédecine pour la neurologie pédiatrique permet aux parents de maintenir un suivi avec leur clinicien même à distance.

Les défis associés à la pratique de la neurologie incluent un examen physique neurologique incomplet. En effet, il n'existe pas de moyen fiable pour le neurologue à distance de tester les sensations, les réflexes, le tonus ou la force par téléconsultation. Cela renforce l'importance de la présence d'un professionnel de la santé qualifié auprès du patient pour assister le neurologue. L'évaluation d'un nouveau patient avec un examen physique incomplet par un neurologue à distance peut être plus difficile qu'en présentiel. C'est pourquoi certains cliniciens ont choisi d'effectuer uniquement des suivis à distance de patients connus. Comme pour toute visite médicale, la possibilité d'une responsabilité médico-légale est présente avec une visite en télésanté et est considérée comme une visite en personne.

La technologie a permis de faire évoluer les pratiques de la télé-neurologie pédiatrique. La formation des nouveaux médecins en télémédecine est indispensable afin de répondre à la demande grandissante des patients [4].

#### 5.1.1.3 Cardiologie pédiatrique

Le Portugal a mis en place un système de télé-cardiologie pédiatrique efficace au centre hospitalier universitaire de Coimbra. Le service de cardiologie pédiatrique de cet hôpital a des contacts quotidiens avec 13 autres hôpitaux portugais et certains pays africains parlant le portugais via une plateforme de téléconsultation [5]. Ce centre est un pionnier de la télésanté et a atteint un total de 32 685 téléconsultations entre 1998 et 2016. Le bénéfice monétaire total est estimé à 1.1 million d'euros pour le système de santé et environ 420 euros par patient. Selon les auteurs de l'étude, le succès de la mise en place de ce programme de télésanté réussie et durable est principalement imputable à une équipe de professionnels motivés ayant à leur disposition une technologie simple mais efficace. La création d'un réseau d'entente avec d'autres hôpitaux portugais et la collaboration du service des communications et des technologies ont également été des éléments cruciaux, sans oublier le remboursement des téléconsultations par le service de santé.

Cette étude de cas confirme qu'un service de télésanté pérenne dépend du travail d'une équipe motivée, d'un engagement de la direction et de réglementations en soutien. Les auteurs appuient le suivi et l'évaluation de ce programme afin de l'adapter à la demande et à l'évolution de l'environnement. Les futures recherches devraient s'orienter vers les développements technologiques et les nouvelles tendances des utilisateurs.

#### 5.1.1.4 Transfert d'urgence pédiatrique

Une récente étude s'est intéressée à l'acceptabilité, l'usage et l'efficacité de la télésanté en contexte de consultations de transfert d'urgence pédiatrique [6]. L'utilisation de la téléconsultation permet d'inclure le patient, sa famille et le personnel de soins présents à la conversation. Ainsi, par le biais de la téléconsultation depuis l'urgence vers la spécialité contactée, la famille est informée en simultané de tout transfert. Cependant, pour ces consultations, le téléphone est la pratique la plus courante entre les cliniciens. Les auteurs encouragent l'utilisation de la téléconsultation pour ce genre de cas. Selon leurs théories, il faudrait s'attaquer aux préjugés sur la télémédecine pour gagner l'adhésion des cliniciens, adapter les processus pour suivre l'évolution de la technologie et informer les utilisateurs des bénéfices liés l'utilisation de la télémédecine.

### 5.1.2 La télésanté en 2020

### 5.1.2.1 Un contexte de pandémie

Selon Bashshur et collaborateurs, le dilemme actuel des systèmes de santé mondiaux est de maintenir une offre de soins pour les personnes atteintes de la COVID-19 et les autres souffrant de maladies chroniques ou aiguës, tout en protégeant le personnel de soins [7].

L'utilisation de la télésanté a permis le développement des dossiers médicaux électroniques dans les systèmes de santé au cours des dernières années. Cependant, on remarque que les services de télésanté ne sont pas très répandus, avec 6.6 consultations enregistrées par année par 1000 praticiens aux États-Unis [8]. La télésanté n'est utilisée que par 8% des Américains en 2019 [9].

Depuis le printemps 2020, on assiste à un développement rapide de la télésanté dans le monde entier, afin de procurer des soins à distance tout en évitant les visites de patients aux centres de soins pouvant être des sources de transmission [10, 11]. La télésanté a notamment été utilisée pour détecter les symptômes de la COVID-19 et pour la prescription de tests [8]. Cela permet de faire un triage anticipé des patients avant qu'ils n'arrivent aux urgences et ainsi diminuer l'affluence à l'hôpital et les risques de contamination [12].

Une récente étude de cas décrit l'impact transformationnel de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation de la télésanté dans l'établissement de santé Langone de l'Université de New York [11]. Les auteurs rapportent une migration de masse vers l'utilisation de la télésanté durant les mois de mars et avril 2020. En six semaines, le centre a enregistré 144 940 téléconsultations impliquant 115 789 patients uniques (ayant eu une seule téléconsultation) et 2 656 professionnels de la santé uniques. Les visites quotidiennes en télésanté sont passées de 102.4 à 801.6, soit une augmentation de 683%. Avec une utilisation virtuelle pour les consultations d'urgence doublée par rapport aux visites aux urgences au pic de la pandémie, ces données confirment le rôle crucial de la télésanté dans l'expansion de la capacité des salles d'urgence pendant une pandémie. À noter que cette forte augmentation a été possible grâce au recrutement de professionnels de la santé de diverses spécialités pour les consultations d'urgence.

Cette publication est un modèle pour l'adoption d'une télésanté efficace, rapidement mise en place et ayant un haut taux de satisfaction de la part des patients. Les patients de tout âge ont rapidement appris à partager des données biométriques par leur portail de santé et répondre aux agents de triage sur leur téléphone avant leurs visites en vidéo. L'utilisation d'appareils médicaux de mesures à distance (par exemple des thermomètres ou tensiomètres connectés) est de plus en plus sollicitée par le personnel médical afin de recueillir les données et de suivre les patients à distance. L'expérience relatée par les auteurs au sein d'un système académique de santé situé dans un épicode de la pandémie démontre que des outils de santé virtuels bien intégrés peuvent permettre de prendre en charge des milliers de personnes dans un court délai, et prodiguer des soins lors de pénurie de personnel [11].

Cette impressionnante conversion mondiale à la télésanté démontre l'utilité de cette technologie en temps de distanciation sociale. La pandémie a sûrement été propice à un virage dans la pratique de la médecine et des soins de santé. L'adoption de la télésanté va probablement perdurer après la pandémie.

### 5.1.2.2 Organisation de la télésanté dans le monde durant la pandémie

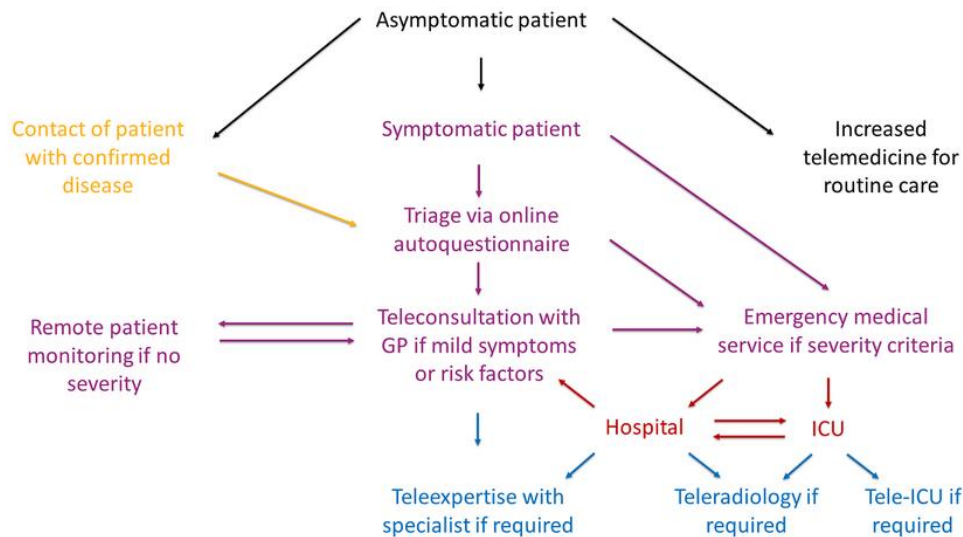
La pandémie ayant débuté en Chine, les pays asiatiques ont été les premiers à faire face au virus et à mettre en place des systèmes de télésanté. La publication de Vidal-Alaball et collaborateurs (2020) décrit quelques innovations de divers pays concernant la télésanté [13]. La Chine a rapidement mis en place un système d'urgence de consultations en télésanté et les compagnies privées se sont mobilisées et ont offert la technologie 5G à l'hôpital universitaire Sichuan. Singapour a créé un système de traçage permettant d'identifier et signaler la position d'une personne en quarantaine et de lier ses

informations avec les résultats de son test sérologique. Cette démarche a permis de créer une carte des transmissions [13]. En Corée du Sud, l'utilisation de la télésanté est controversée depuis 2018 mais l'hôpital Universitaire de Séoul a offert des services de télésanté aux patients atteints de la COVID-19 à l'épicentre de l'écllosion.

L'Espagne a également mis en place un système de suivi continu par téléphone afin de suivre les symptômes de patients sortants de l'hôpital et de les réadmettre au cas où les symptômes empiraient [13]. L'utilisation de la plateforme en ligne *La meva salut* (ma santé) a également augmenté. Cette plateforme permet aux citoyens de consulter divers documents de leur dossier médical électronique et de transmettre les prescriptions aux pharmacies. De plus, certaines cliniques privées équipées pour les téléconsultations ou les discussions avec des médecins offraient des consultations gratuites à la population lors du pic de la pandémie.

Selon Ohannessian et collaborateurs (2020) et afin de gérer la pandémie, le développement de la télésanté a également été favorisé par d'autres pays, notamment le Royaume-Uni, les États-Unis, la France et l'Australie. Cependant, plusieurs pays ne possèdent pas de cadre de réglementation pour autoriser, intégrer et rembourser les soins de télésanté, même en temps de pandémie. Par exemple, l'Italie n'inclut pas la télésanté au niveau essentiel de santé défini par le service de santé national et aucune directive n'a été donnée par les autorités avant le 24 mars concernant la télésanté, malgré la forte pression exercée par la pandémie sur le système de santé de ce pays.

Le premier cadre conceptuel d'implantation de la télésanté durant une épidémie a été publié en 2015 et ce modèle a été mis à jour cette année (Figure 1)[14]. Ce cadre pourrait être appliqué à grande échelle pour améliorer la réponse de la santé publique. L'amélioration de la technologie, l'accès à internet haut débit et l'utilisation massive de téléphones intelligents permettent d'appliquer ce cadre et d'organiser rapidement des téléconsultations avec les patients [14].



**Figure 1** Cadre conceptuel de télésanté pour la pandémie de COVID-19, tiré d'Ohannessian et al. 2020. GP: médecin généraliste, ICU: unité de soins intensifs.

En France, l'existence préliminaire d'une réglementation de la télésanté (2018) ainsi qu'un assouplissement des règles de facturation de l'Assurance Maladie [15, 16] ont permis aux professionnels de la santé de procéder rapidement à des téléconsultations remboursées pour les patients ayant des symptômes de la COVID-19. Les téléconsultations sont ensuite devenues remboursables pour les suivis par les sages-femmes et les orthophonistes. Les pratiques de téléconsultation ont été vivement

encouragées par le Haut conseil de la santé publique de France pour les patients ayant des facteurs de risque afin de diminuer les visites de patients à l'hôpital [17]. Le ministère de la santé a également émis des recommandations cliniques pratiques pour l'examen des patients par téléconsultation. Au début du mois de mars, avant le confinement, l'Assurance Maladie française comptait moins de 10 000 téléconsultations par semaine. Lors du confinement du 23 au 29 mars 2020, 486 369 téléconsultations ont été facturées à l'Assurance Maladie [16].

Afin de favoriser les consultations par télésanté, les États-Unis ont relâché certains prérequis et ont permis l'accès à diverses natures de consultations [8]. L'association de télémédecine américaine (ATA) a émis des recommandations dès 1999 sur l'utilisation de la télésanté et ces recommandations sont mises à jour régulièrement à l'aide des nouvelles données disponibles sur le sujet [3]. Aux États-Unis, chaque état possède ses propres réglementations concernant la télésanté, notamment concernant les professionnels pouvant la pratiquer, la localisation du patient, le type de visite autorisé, les prescriptions possibles, la documentation requise, le consentement et les modalités de remboursement. En effet, la télésanté permet aux cliniciens de pratiquer dans divers états sans avoir à s'y rendre. Cependant, il est important d'être informé des diverses régulations inter-états. La localisation du patient est considérée comme étant le lieu de pratique de la télésanté. Afin de permettre aux cliniciens d'exercer sans permis d'exercice dans un autre état, certains états délivrent des licences sans restriction liée à la télésanté [3]. À noter qu'il existe également une entente entre 22 états permettant aux cliniciens d'exercer la télésanté s'ils sont éligibles. Les lois fédérales américaines ne requièrent pas un consentement informé spécifique à la télésanté mais les lois provinciales peuvent avoir diverses réglementations. C'est pourquoi le clinicien doit obtenir et conserver un consentement informé de chaque patient rencontré par télésanté [3].

### 5.1.2.3 Pratiques des téléconsultations durant la pandémie

- Contexte des téléconsultations

Un récent éditorial sur les téléconsultations résume les contextes de soins dans lesquelles les téléconsultations sont appropriées et les leçons que l'on peut tirer de la littérature [10]. Les données disponibles sur les essais randomisés ont montré que les consultations cliniques par vidéo sont associées à une grande satisfaction de la part des patients et des professionnels [18-21]. De plus, aucune différence n'est observée dans la progression des maladies, ni dans le service utilisé et les téléconsultations sont moins coûteuses que les consultations cliniques traditionnelles. Cependant, ces études concernent surtout les patients stables et ayant des maladies chroniques et non les patients ayant des maladies aiguës [10].

Selon Greenhalgh et collaborateurs (2020), la téléconsultation ne s'applique pas à toutes les situations, notamment pour les patients grièvement malades, lorsqu'un examen physique ou une procédure sont nécessaires, ou lorsque des comorbidités affectent la capacité du patient à utiliser la technologie [10]. Les auteurs alertent également sur le fait que les consultations par vidéos utilisent souvent des logiciels créés pour les conférences vidéo qui ne correspondent pas aux besoins cliniques et nécessitent un téléchargement, ce qui va parfois à l'encontre des politiques de gestion de l'information.

Cette publication met également en garde sur les leçons à retenir sur la téléconsultation, à savoir :

- Le changement vers la téléconsultation ne consiste pas en l'utilisation et l'adoption d'une technologie existante mais la mise en place de changements majeurs dans la pratique

clinique actuelle. C'est un processus difficile et demandant qui nécessite un encadrement local et national et l'implication des ordres professionnels afin de préciser la définition des bonnes pratiques cliniques et l'établissement de pratiques modernes

- Le manque de temps ne permet pas une amélioration continue collaborative et de qualité. L'urgence de la situation pandémique force à l'utilisation de plateformes existantes pour le partage d'idées et de ressources
  - Des formations sont nécessaires afin de préparer au mieux les cliniciens et les patients aux téléconsultations pour propager la pratique. Les organisations devraient fournir des ressources (matérielles et humaines) pour organiser et accompagner le changement
  - De futures études sont nécessaires afin de comprendre les leçons à retenir de cette transition clinique, organisationnelle, technique et politique
- **Téléexpertise**

La téléexpertise ou télédiscussion sur les cas est un type de pratique de la télésanté permettant à un professionnel de la santé d'avoir l'opinion d'un expert médical. À la différence de la téléconsultation, la téléexpertise peut être asynchrone (ne se fait pas en direct par visioconférence) et peut se réaliser par un logiciel dédié ou un système de courriel sécurisé. Cette pratique permet d'avoir l'opinion d'un spécialiste à distance et permet d'améliorer la coordination des soins. La France est le premier pays à adopter un programme national de remboursement de la téléexpertise (Ohannessian et al 2020b).

### 5.1.3 Forces, limites et directions futures

Les pandémies sont des épreuves uniques pour les systèmes de santé. Les expériences réussies de plusieurs centres ont permis de montrer que bien que la télémédecine ne puisse pas résoudre tous les challenges, elle a des avantages et peut être mise en place facilement [1, 11, 22]. Avec le développement rapide d'internet et des technologies, la télésanté offre de multiples possibilités.

#### 5.1.3.1 Avantages et inconvénients de la télésanté

Mahajan et collaborateurs (2020) ont dressé une liste des avantages et inconvénients de la télésanté pendant la pandémie de COVID-19 (Tableau 1). La télésanté permet de délivrer des services équitables à tout le monde, elle procure une sécurité physique au patient ainsi qu'aux médecins et professionnels de la santé durant les pandémies et permet de produire des soins en temps opportun et rapidement [2]. Cette publication insiste sur le fait que l'examen physique très limité permis par la télésanté peut être entravé par une faible qualité vidéo ou l'absence de vidéo. Pour les patients pédiatriques, plus l'enfant est jeune (surtout moins de 2 ans), plus il est difficile de poser un diagnostic basé sur les antécédents en raison de symptômes qui se chevauchent et sont non spécifiques chez les enfants. Dans ces cas-là, la télésanté peut mener à une sous-estimation ou une mauvaise interprétation de la maladie. Les auteurs recommandent aux pédiatres d'avoir un seuil bas pour la prescription d'examens de base en raison du nombre limité d'examens possibles via la télésanté. Il est également possible d'impliquer un membre du personnel de soin qui serait présent avec le patient afin d'Assister le pédiatre avec l'examen physique.



De plus, la première personne-contact dans le cas de patients pédiatriques n'est généralement pas le patient lui-même mais les parents ou tuteurs. La communication, déjà difficile entre un médecin et son patient pédiatrique car elle implique des intermédiaires, peut être aggravée par les télécommunications. Les auteurs préconisent une bonne qualité de connexion internet ou téléphonique afin de diminuer les erreurs de communication ou d'interprétation [2].

**Tableau 1 Avantages et inconvénients de la télésanté pendant la pandémie de COVID-19 (Inspiré de Mahajan et al. 2020).**

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fait gagner du temps</li> <li>• Facilement accessible</li> <li>• Permet la distanciation sociale</li> <li>• Permet le triage des patients</li> <li>• Permet de guider dans l'administration de premiers soins si l'hôpital est loin</li> <li>• Permet le renouvellement de prescriptions</li> <li>• Est peu dispendieux</li> <li>• Diminue la fréquentation des hôpitaux</li> <li>• Permet les études de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risques de problèmes technologiques</li> <li>• Manque d'examen physique précis</li> <li>• Risque de mauvais diagnostic</li> <li>• Nécessite des patients alphabétisés</li> <li>• Présence d'enjeux médico-légaux</li> <li>• Risque d'erreurs de prescription</li> <li>• Risque de bris de confidentialité</li> </ul>

La télésanté a également l'avantage de pouvoir mobiliser du personnel de soins asymptomatique en quarantaine. Ces médecins ou professionnels de la santé peuvent réaliser des téléconsultations à distance depuis leur domicile, ce qui permet de ne pas perdre de précieuses ressources [11, 12].

Selon Vidal-Alaball et collaborateurs (2020) la télésanté permet de :

- Réduire le temps requis pour obtenir un diagnostic, commencer un traitement, une quarantaine ou stabiliser un patient.
- Suivre de près les patients monitorés à domicile ce qui évite des mouvements de personnes et réduit le risque d'infection au sein de l'hôpital.
- Coordonner les ressources médicales à distance
- Diminuer les risques de contagion, notamment par les professionnels de la santé
- Informer les patients
- Économiser des coûts de matériel de protection
- Former des professionnels de la santé

- Suivre les données mondiales fournies par les organisations de santé.

La télésanté utilise de l'information et des technologies de l'information pour transférer de l'information médicale à des fins de diagnostic, de thérapie et d'apprentissage. Selon Hong et collaborateurs (2020), la télésanté a quelques inconvénients, notamment une rupture de la relation entre les professionnels de la santé et leurs patients ou entre professionnels de la santé. On remarque aussi des inconvénients concernant la qualité de l'information et les difficultés bureaucratiques et organisationnelles [1].

Selon Vidal-Alaball et collaborateurs (2020), un des aspects délicats de la pandémie a été la transmission d'informations personnelles comme les coordonnées GPS de personnes en quarantaines ou atteintes de la COVID-19 en Chine et à Singapour [13]. Le gouvernement américain a également relaxé certaines lois sur l'utilisation des données étant donné la situation exceptionnelle. L'utilisation de données personnelles à des fins de santé publique peut être justifiée par la situation de crise actuelle, cependant, en temps normal, la télésanté doit assurer un accès sécurisé et une protection des informations personnelles et médicales.

Bien que la télésanté ait de nombreux avantages (énumérés plus haut), elle implique la transmission bidirectionnelle d'informations de santé entre le patient et le professionnel de la santé. Cela est lié à des risques de brèches de sécurité, d'un manque de contrôle ou de limites dans la collection, l'utilisation et la divulgation des informations personnelles sensibles [13]. Il est donc crucial d'identifier les risques pour la confidentialité et la sécurité des patients et des professionnels de la santé et de mettre en place des régulations afin d'accorder les limites d'accès appropriées à chaque utilisateur. Certains contrôles existent déjà comme le cryptage de données, l'identification du patient en face à face et l'authentification de l'appareil utilisé par le patient. Certaines lois sont également mises en place afin de promouvoir une télésanté de confiance.

#### 5.1.3.2 Les défis à relever

Grâce aux progrès technologiques futurs (5G) et à l'amélioration de la gestion de la télésanté par les gestionnaires, les inconvénients cités précédemment pourraient être minimisés et la télésanté pourrait devenir une solution durable dominante pour les urgences de santé publique et la médecine de routine. Les changements initiés par la pandémie de COVID-19 ont sûrement altéré la place de la télésanté de manière irréversible dans divers systèmes de santé mondiaux [11]. À noter que la planification anticipée permet d'améliorer grandement les capacités de gestion des crises [12].

Les patients et professionnels de la santé sont amenés vers une nouvelle normalité qui inclut la communication entre eux par vidéo et audio. Pour les professionnels de la santé, cela signifie développer rapidement des habiletés, notamment l'empathie, la création de rapports de consultation virtuels, la pratique des examens physiques à distance, l'établissement de diagnostics ou la capacité à conseiller sur ces nouvelles pratiques et compétences afin de garantir la qualité [11]. Les stagiaires en médecine de certaines institutions assistent à des téléconsultations avec les médecins afin d'observer et d'apprendre ces nouvelles pratiques et normes [11].

Pour les patients, ce changement demande de l'adaptation à la nouvelle technologie. Rajasekaran et collaborateurs (2020) met l'accent sur la fracture numérique existante et qui témoigne de l'inégalité liée au statut socio-économique, à l'ethnicité, au sexe, à l'âge ou à l'emplacement des patients. En effet, tous les patients n'ont pas accès à du matériel permettant de réaliser des téléconsultations ou n'ont pas les connaissances pour s'en servir. Cela pose un réel défi pour les médecins qui ont besoin de l'image pour traiter leurs patients de manière efficace. Selon les auteurs, l'accès aux technologies des téléconsultations devrait être facilité par les compagnies d'assurance ou les

hôpitaux pour les patients identifiés dans le besoin. Ainsi les patients pourraient louer ou emprunter du matériel nécessaire aux téléconsultations [23].

La télésanté a prouvé son efficacité en tant qu'outil de gestion de nombreux patients des salles d'urgence et a également transformé le travail de milliers de professionnels de la santé de diverses spécialités [11]. À noter que la télésanté ne permet pas de remplacer les soins en personne mais permet d'aider le personnel de santé de première ligne en réduisant leur charge de travail et optimisant ainsi les soins des personnes dans un état critique [12]. De plus, une des différences majeures avec les consultations en présentiel est la forte dépendance à la technologie [24]. Cela peut freiner l'adhésion à la télésanté par les utilisateurs.

Selon Harting et collaborateurs (2019), l'étape la plus critique et fondamentale pour la mise en place d'un programme de télésanté fonctionnel est l'adhésion des institutions et des prestataires [3]. Ces deux acteurs doivent s'entendre sur la vision, la stratégie et les buts du programme à instaurer. L'institution doit être préparée à soutenir le programme du début à la fin de son implantation sur le plan financier, administratif, technique ainsi que sur les ressources. Tous les médecins d'une institution n'ont pas à adhérer au programme mais certains médecins de domaines cibles clés doivent être identifiés ou se porter volontaires pour le développement de la télésanté. En effet, chaque spécialité a une patientèle unique et une bonne compréhension des patients et de la maladie est indispensable pour mettre en place un programme de télésanté. Il est également crucial de connaître les lois et réglementations de chaque état, les exigences des ordres médicaux et des institutions. Concernant le choix de la technologie, il existe différents fournisseurs. L'essentiel est de choisir une plateforme fiable, adaptée à la demande et qui permet le maintien de la confidentialité. Le support technique est un paramètre important à considérer, autant pour les patients que pour les cliniciens. Enfin, afin de déterminer le bon fonctionnement de l'implantation de la télésanté, il est important de mettre en place des indicateurs de suivi mesurant la perspective du patient, celle du clinicien et celle de l'institution.

Pour Ohannessian et collaborateurs (2020), plusieurs défis sont à surmonter pour que la télésanté puisse être utilisée globalement et intégrée aux réponses de la santé publique à la COVID-19 et aux autres épidémies :

- L'intégration de la télésanté dans les directives nationales et internationales pour préparer la santé publique et organiser sa réponse
- La définition des réglementations nationales et des cadres de financement de la télésanté en contexte d'urgence de santé publique
- La mise en place d'une stratégie pour définir rapidement le cadre d'application de la télésanté (se servir d'études de cas, développer des recommandations cliniques, standardiser le questionnaire automatique de triage)
- La mise en place d'une stratégie et un plan d'action pour guider le personnel de soins vers des téléconsultations et un suivi à distance des patients
- La création d'une boîte à outils de communication pour informer et éduquer la population sur l'utilisation recommandée de la télésanté

- La création d'une base de données partagée pour intégrer les données du personnel de soins avec les données épidémiologiques
- L'établissement d'un cadre d'évaluation scientifique et des fonds de recherche dédiés pour décrire et évaluer l'impact de la télésanté durant les pandémies.

Les auteurs encouragent toutes les parties prenantes à relever ces défis et collaborer afin de fournir une télésanté sûre et basée sur des données probantes.

La création de programmes de télémédecine prend du temps et ne se fait pas du jour au lendemain. Il est nécessaire d'avoir des ressources financières, une infrastructure technologique et du soutien des décideurs (politiques et encadrement) afin d'avoir une télésanté fonctionnelle et de bonne qualité [1, 12]. Rajasekaran et collaborateurs (2020) mettent en avant la rapidité de la transition vers la télésanté liée à la pandémie, qui n'a pas permis aux utilisateurs d'anticiper les barrières empêchant sa mise en place.

Pour les pays dépourvus de programmes de télésanté, la pandémie actuelle est l'opportunité de créer une structure organisée encadrant et encourageant la télésanté [22]. La télésanté est vouée à être intégrée dans les systèmes de santé, procurant une manière sécuritaire, peu onéreuse et facile d'administrer des soins et des services de santé. De ce fait, les gouvernements seront prêts à affronter la prochaine maladie infectieuse émergente.

#### 5.1.3.3 Évaluation de la télésanté

La télésanté offre des opportunités d'améliorer les prestations de soins qui pourraient mener à de meilleurs résultats en santé. L'identification et l'évaluation de ces opportunités nécessitent la mise en place d'une méthodologie d'évaluation basée sur des données récoltées par divers systèmes de santé [24]. Cela permettrait de comparer les différentes prestations de soins de télésanté, d'étudier des maladies rares, d'identifier les patients pouvant bénéficier des téléconsultations et d'explorer les moyens d'inclure la télésanté dans la charge de travail quotidienne des professionnels de la santé [24]. L'évaluation des programmes de télésanté permettrait de faire évoluer les systèmes de santé et la manière de délivrer des soins en temps normal et en temps de crise.

Cependant la littérature actuelle manque d'approche standardisée pour évaluer la télésanté en centre hospitalier pédiatrique. Chuo et collaborateurs (2020) décrivent les concepts pris en compte pour l'évaluation de la télésanté au sein de plusieurs organisations. Le cadre d'évaluation du National Quality Forum des États-Unis prend en compte quatre domaines, à savoir l'accès aux soins, l'impact financier, l'expérience et l'efficacité. L'Organisation Mondiale de la Santé se base sur les mêmes mesures en intégrant la maturité du programme de télésanté. Une publication de l'Agence pour la recherche en santé et qualité (Agency for Health Research and Quality) insiste sur l'importance d'inclure l'impact sur les résultats de santé dans toute évaluation de la télésanté. Les auteurs décrivent également le cadre d'évaluation nouvellement créé par le *Supporting Pediatric Research on Outcomes and Utilization of Telehealth* (SPROUT) à partir du travail des organisations citées précédemment. Ce cadre regroupe les concepts d'évaluation de la télésanté en quatre domaines de mesures : les résultats en santé, les prestations de soins de santé (coût et qualité), l'expérience et la mise en place du programme avec les indicateurs de performance (KPI). Les données récoltées dans ces domaines de mesures peuvent être utilisées pour guider les organismes de remboursement des soins et les changements de politiques encourageant une utilisation appropriée de la télésanté, en particulier avec l'explosion des services de télésanté liée à la COVID-19 [24].

## 5.1.4 Recommandations d'experts ou d'organisations

### 5.1.4.1 Recommandations provinciales

Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a rédigé un guide pour soutenir la mise en place des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec pendant la pandémie [25]. Il s'adresse particulièrement aux professionnels n'ayant pas accès à un dossier médical électronique ou un dossier clinique informatisé. Les outils discutés dans le guide doivent être utilisés si aucun autre moyen technologique n'est disponible dans l'établissement.

Le MSSS a développé quatre centres de coordination en télésanté (CCT) relevant des quatre centres hospitaliers universitaires de la province afin d'aider les établissements à mettre en place les services de télésanté. Il s'agit des CCT du RUISSS de Laval, de l'Université de Montréal, de Mc Gill et du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Ce guide préconise de passer par différentes étapes avant la première téléconsultation, notamment de procéder à une organisation matérielle et technologique, afin de connaître les solutions possibles et le matériel de formation et de support disponible. Il revient au clinicien de se référer aux pilotes de télésanté de son établissement en préparation de ses activités de téléconsultation (modalités de travail à distance, solution de visioconférence, de partage et d'entreposage des documents, recommandations). À noter que les exigences technologiques autorisées par le MSSS sont les plateformes Reacts, Zoom et Teams. Le professionnel de la santé doit toujours initier la téléconsultation au moyen des outils fournis par le MSSS afin de s'assurer que le lien est sécurisé. De plus, l'environnement du professionnel doit être fonctionnel et garantir la confidentialité des informations échangées durant la téléconsultation.

Le guide préconise également d'obtenir le consentement de l'utilisateur. Dans l'idéal, ce consentement est obtenu avant la première rencontre virtuelle mais avec le contexte de pandémie, le consentement peut être obtenu verbalement au début de la rencontre et l'information documentée au dossier.

Concernant les bonnes pratiques cliniques, il revient au professionnel d'utiliser la double identification pour confirmer l'identité du patient (nom et date de naissance par exemple). Il doit obtenir un consentement libre et éclairé avant chaque téléconsultation pour les soins et services offerts et l'utilisation de la technologie. Le consentement peut être verbal en contexte de pandémie et consigné au dossier du patient via une note. Le professionnel doit également avoir le numéro de téléphone de l'utilisateur et convenir d'un moyen de communication alternatif en cas de problème technologique [25]. Le MSSS fournit également un document résumant ces règles de bonnes pratiques dans le contexte pandémique [26].

Dans le cas de transfert de documents numériques (photographies ou vidéos), la suite Office 365 est jugée sécuritaire par le MSSS pour le transfert de données cliniques [27].

Ce guide renseigne également sur la rédaction de documents de téléconsultation et des ordonnances ainsi que la transmission de ceux-ci à un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), extérieur au RSSS et à un usager. À noter qu'aucune ordonnance de médicament ne doit être transmise directement à l'utilisateur, le seul destinataire autorisé est une pharmacie. De même, aucune ordonnance d'imagerie médicale ne doit être envoyée directement à l'utilisateur mais à un service de radiologie ou un laboratoire d'imagerie médicale.

Le guide recommande de procéder à une organisation clinique afin d'accompagner au mieux les cliniciens et d'encadrer les pratiques. Cela peut inclure la mise au point de formulaires de consentement, la mise en place de soutien administratif, l'éligibilité des rendez-vous en virtuel, la création d'un comité télésanté et la coordination avec les archives médicales ou avec la pharmacie dans le cas de prescriptions. La création d'un ou plusieurs sous-comité(s) est recommandée afin d'assister le comité tactique dans la coordination du développement et du déploiement des services de téléconsultation. Le sous-comité pourrait inclure les pilotes télésanté (clinique et technologique), un représentant des archives médicales, un membre de l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un officier de sécurité de l'établissement, un représentant de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE), des professionnels utilisant les téléconsultations, des professionnels de la santé hors établissement qui reçoivent des ordonnances et un usager partenaire qui utilise les services de téléconsultation.

#### 5.1.4.2 Le Collège des médecins

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a publié sur son site internet divers articles concernant la télésanté. Il rappelle notamment les limites de la téléconsultation, en mentionnant que toutes les situations cliniques ne sont pas compatibles avec la téléconsultation. C'est le médecin qui doit faire preuve de jugement quant à la condition médicale de son patient et si celle-ci permet une consultation à distance. Si la téléconsultation ne peut pas être réalisée, il revient au médecin d'évaluer le patient en personne ou de le référer à une ressource en mesure de le recevoir [28].

Le CMQ rappelle que quel que soit le type de consultation (présentiel ou téléconsultation), l'exigence déontologique nécessaire pour réaliser le diagnostic reste la même. À noter que toutes les obligations légales des médecins s'appliquent aux téléconsultations. Le médecin doit respecter le Code de déontologie des médecins, le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin et le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin [29].

Le médecin ayant décidé d'utiliser la téléconsultation doit respecter les normes de bonne pratique pour exercer sa profession de manière sécuritaire. Son obligation est de poser un diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques appropriées et en faisant appel à des conseils éclairés si besoin [29].

Certains modes de communication requièrent davantage de prudence, de jugement et de discernement de la part du médecin. Il doit poser un diagnostic uniquement si les conditions pour le faire sont bonnes. Le CMQ mentionne que la télésanté est un outil additionnel pour que le médecin puisse exercer le suivi d'une clientèle déjà connue, qui a des difficultés à se déplacer ou qui se trouve par exemple loin de médecins spécialistes.

Le médecin doit également obtenir un consentement libre et éclairé du patient quant au mode de consultation choisi et s'assurer que le patient en comprend les limites [29]. Il doit s'assurer que le patient a reçu toute l'information nécessaire afin de consentir aux actes proposés, à savoir les moyens de communication utilisés, les limites de l'exercice médical, les bris possibles de confidentialité et la conservation de renseignements sur support électronique.

Concernant la rédaction des ordonnances, le médecin doit respecter les normes relatives à l'ordonnance individuelle. S'il utilise une technologie de l'information, il doit s'assurer du maintien de la confidentialité et de la possibilité d'y apposer sa signature électronique. À noter qu'il est impossible de prescrire certains types de médicaments à la suite d'une téléconsultation tels que les narcotiques, les drogues contrôlées, le cannabis, les stupéfiants et les benzodiazépines [29].

Le médecin ayant examiné ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient ou de s'assurer qu'un autre médecin puisse assurer le suivi, notamment en cas de résultat d'examen anormal requérant un suivi supplémentaire. Le médecin doit obligatoirement rédiger une note pour toute personne qui le consulte afin d'assurer une tenue de dossiers conforme. Il doit avoir un registre contenant le nom de toutes les personnes qui l'ont consulté. Les photos, images échographiques ou radiologiques et les visioconférences enregistrées doivent être archivées au dossier du patient pendant au moins 5 ans [29]. Le médecin est responsable de la sécurité et conservation des dossiers et ne doit en permettre l'accès qu'aux personnes autorisées. Ainsi, en cas de cessation d'activité ou de fin d'une entente avec une entreprise offrant des services de téléconsultation, le médecin doit assurer la conservation et la confidentialité des dossiers des patients. Les entreprises proposant des plateformes de téléconsultation internet peuvent avoir un intérêt à accéder aux données des patients. Le médecin doit faire preuve de prudence lorsqu'il reçoit une demande d'accès à des informations confidentielles et doit obtenir l'accord des patients avant de permettre un tel accès.

Le médecin doit également être prudent et sauvegarder son indépendance professionnelle. Il ne doit adhérer à aucune entente et ne pas accepter un bénéfice susceptible d'influencer son exercice professionnel. Il doit également s'assurer que la priorité d'accès aux soins soit uniquement donnée en fonction de critères de nécessité médicale. Le médecin doit également ignorer toute intervention d'un tiers pouvant influencer l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son patient. En effet, certaines plateformes peuvent orienter les décisions cliniques du médecin ou favoriser des choix d'examen.

La conclusion du CMQ sur la téléconsultation en ligne est que malgré les attraits qu'elle procure, elle ne peut remplacer la consultation en présentiel qui doit demeurer la base essentielle d'une relation médecin-patient. La téléconsultation ne peut être utilisée en premier choix et doit être réservée à des situations particulières. Elle doit permettre au médecin d'agir dans le meilleur intérêt de son patient et de respecter ses obligations professionnelles [29].

Le CMQ a mis à disposition divers documents sur son site internet durant la pandémie :

- **Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie [30]**

Le CMQ a créé un document valide uniquement pendant la pandémie de COVID-19 et portant sur les téléconsultations. La durée de la pandémie correspond à la durée de l'urgence sanitaire décrétée depuis le 13 mars 2020.

Ce guide à destination des médecins a pour but de les informer que les mêmes normes déontologiques s'appliquent dans un contexte de télémédecine que lors d'une consultation en personne (qualité des soins, relation thérapeutique, respect du secret professionnel, obligation de suivi et tenu des dossiers). Les appels téléphoniques ne sont pas inclus dans ce document.

Voici les règles et recommandations devant être respectées par les membres du CMQ:

- Tous les médecins membres actifs du CMQ peuvent faire des téléconsultations tant qu'ils ont les compétences de le faire, que la condition du patient s'y prête et que les moyens technologiques sont à disposition
- Il revient au médecin de sélectionner les patients qu'il souhaite voir en téléconsultation (évaluation du risque vs bénéfice), même pour une première consultation
- La téléconsultation peut se dérouler dans n'importe quel lieu calme et retiré (du côté du médecin comme de celui du patient), tant que le médecin s'assure que les mesures de sécurité soient respectées afin de préserver la confidentialité de l'échange

- Les plateformes ou outils utilisés doivent être sécuritaires et respecter la confidentialité de l'échange (Teams, Reacts, Zoom Entreprise, outils intégrés aux dossiers médicaux électroniques). L'utilisation de médias sociaux (Facebook, Twitter, Skype) est interdite
- Le médecin doit vérifier l'identité du patient et s'identifier auprès du patient. Les informations de contact doivent être échangées afin qu'ils puissent se joindre après la consultation
- Le médecin doit obtenir un consentement libre et éclairé du patient sur la téléconsultation. Le médecin doit informer le patient des limites de la téléconsultation (qualité image et son, risques liés à la protection des renseignements personnels, limites de l'examen). Le consentement peut être verbal tant qu'une note au dossier le mentionne
- Le médecin doit s'assurer d'avoir toutes les informations nécessaires pour poser son diagnostic. Il doit déterminer si le patient a besoin d'un examen physique en personne. Les photos reçues et utilisées pour poser un diagnostic doivent être conservées dans le dossier du patient. Le médecin doit faire preuve de jugement professionnel afin d'établir si le patient a besoin d'examens complémentaires et s'assurer du suivi de ses examens. Lors de la prescription de médicaments, le médecin doit s'assurer que le patient a compris les directives
- La télémédecine ne s'applique pas à toutes les situations cliniques (douleurs thoraciques, parésie, difficulté respiratoire, douleur abdominale) et le médecin doit faire preuve de jugement dans le choix du type de consultation (présentiel ou téléconsultation)
- Le médecin doit rédiger les ordonnances pharmacologiques en respectant les normes de l'ordonnance individuelle et la transmettre selon trois modes validés par le CMQ (verbalement à une infirmière ou au pharmacien, par télécopieur/Dossier médical électronique ou par voie électronique en utilisant le Dossier Santé Québec). Le médecin doit faire preuve de prudence pour le renouvellement d'une ordonnance d'un patient qu'il ne connaît pas et s'assurer que la médication, le dosage et la posologie sont toujours adéquats pour le patient
- Le CMQ a assoupli les règles pour divers médicaments en temps de pandémie uniquement (Benzodiazépine/psychostimulants, opioïdes)
- Le médecin ayant réalisé l'examen est responsable d'assurer le suivi médical du patient à moins de s'être assuré qu'un autre médecin/professionnel allait le faire
- Le médecin doit documenter la note de la téléconsultation au dossier du patient en mentionnant les moyens technologiques utilisés, le processus utilisé pour l'identification, la localisation du patient, la manière d'obtention du consentement et les photographies envoyées par le patient (si applicable). Idéalement le médecin a accès au dossier médical électronique (DME) et rédige la note. En période de pandémie si le médecin n'a pas accès au DME ou s'il utilise des dossiers papiers, il devra conserver les notes de façon sécuritaire et rédiger sa note au dossier dès que possible.
- Le lieu où l'acte médical a lieu est celui où se trouve le patient, sauf si le service est offert par un établissement de santé du Québec
- La télémédecine est maintenant enseignée aux résidents et moniteurs.



- **Participation des étudiants en médecine à la prestation de soins en télémédecine durant la pandémie [31]**

Le document rédigé par le CMQ à l'attention des étudiants en médecine, de leurs superviseurs et des universités n'est valide que pendant la pandémie de COVID-19.

Ce document contient les recommandations suivantes :

- Le CMQ soutient la participation des étudiants en médecine aux soins dispensés en télémédecine et l'intégration de cet apprentissage dans leur formation. Un encadrement doit être mis en place pour assurer la sécurité des patients et l'étudiant participant aux soins en télémédecine ne peut le faire qu'à partir d'un milieu de formation lié à un établissement du ministère de la santé et des services sociaux
- Les recommandations pour les activités de télémédecine pendant la pandémie ont été publiées dans le guide paru en mars 2020 par le CMQ [32]. Quelques mises en garde s'ajoutent concernant la supervision :
  - Elle doit être plus étroite qu'avec un résident ou un moniteur
  - Le superviseur est responsable des soins dispensés par l'étudiant en médecine
  - L'étudiant doit avoir observé des téléconsultations réalisées par son superviseur au préalable
  - L'étudiant doit démontrer une maîtrise de l'anamnèse et de l'examen physique en présentiel
  - L'étudiant doit pouvoir se référer en tout temps à son superviseur
  - Le superviseur peut être un résident ou un moniteur et ceux-ci sont tenus de suivre les mêmes recommandations destinées au superviseur
  - Le superviseur doit établir un mécanisme pour écouter/visionner en simultané une téléconsultation faite par l'étudiant
  - Les superviseurs doivent prendre en considération les guides publiés par le CMQ portant sur la téléconsultation
- Les patients confiés à l'étudiant doivent être choisis précautionneusement. L'étudiant doit s'assurer d'avoir une bonne performance clinique en présentiel et d'avoir de bonnes capacités de communication avant de pratiquer la télémédecine. Il doit s'identifier auprès du patient et expliquer son niveau de formation afin d'obtenir le consentement du patient pour la téléconsultation. Il doit expliquer si son mode de supervision est direct ou indirect et le nom/rôle de son superviseur. Le patient a le droit de refuser d'être évalué par un apprenant. Le superviseur doit pouvoir contacter les patients confiés à l'étudiant. L'étudiant doit respecter le guide émis par le CMQ concernant la télémédecine durant la pandémie de COVID-19 [32]
- Les étudiants ne sont pas autorisés à signer des ordonnances pour les téléconsultations, comme en présentiel. Le superviseur doit approuver toute ordonnance ou recommandation
- L'étudiant doit être formé quant à ses obligations déontologiques dans le cadre d'une téléconsultation et en connaître les limites. Il est soumis aux recommandations du guide du CMQ [32] et doit être avisé que certains assouplissements dans l'encadrement des téléconsultations ne sont que temporaires, le temps de la pandémie. Il doit pouvoir se référer à un plan d'urgence en cas de problème médical aigu ou technique majeur. Seules les

plateformes technologiques désignées par le superviseur en accord avec l'établissement, le MSSS et le CMQ sont autorisées

#### 5.1.4.3 Recommandations nationales

L'Association Médicale Canadienne (AMC) a publié en mars 2020 un guide sur les soins virtuels [33] afin d'aider les médecins canadiens à intégrer les consultations virtuelles à leur pratiques. Il porte essentiellement sur les consultations virtuelles et aborde l'intégration des soins virtuels au travail clinique, les nécessités technologiques, le champ d'exercice, les bonnes pratiques ainsi que les différentes étapes d'une téléconsultation. Ce guide contient également des documents d'exemples pour la déclaration, le consentement et la prise de notes au dossier. Les recommandations sont les suivantes :

- Intégration des soins virtuels au travail clinique : tout échange synchrone nécessite que le médecin et le patient s'entendent sur l'heure de la consultation, il est alors nécessaire d'établir un horaire de consultations virtuelles et de procéder à une prise de rendez-vous standard. À noter qu'il faut considérer la proportion des rendez-vous pris longtemps à l'avance et des rendez-vous pris le jour même ou la veille et la diversité des problèmes de santé évalués ou traités. Il est également crucial de penser à la manière de transmettre l'information aux patients et de recevoir leur consentement. Le guide conseille d'orienter le patient vers un site internet contenant clairement les avantages et inconvénients, limites et risques de la téléconsultation. Concernant le consentement, plus une clinique fournit de soins primaires continus ou de soins pour les maladies chroniques, plus il est important d'obtenir le consentement écrit et durable du patient et de l'ajouter à son dossier.
- Nécessités technologiques : Le guide recommande un écran de bonne taille ou deux écrans afin d'optimiser la productivité, une webcam et un microphone, des haut-parleurs ou écouteurs de bonne qualité et une clé USB sécurisée pour le stockage des données confidentielles. L'acquisition d'un logiciel de messagerie sécurisée est nécessaire pour les échanges asynchrones de messages électroniques si le système de DME n'en est pas équipé. L'acquisition d'un logiciel de vidéoconférence sécurisé est indispensable aux téléconsultations. Il peut prendre la forme d'un outil général ou d'une plateforme pour soins de santé.
- Champ d'exercice : pour les téléconsultations, le champ d'exercice se limite aux cas dont l'évaluation peut se faire à partir des antécédents médicaux, d'une inspection visuelle sommaire ou de données pouvant être transmises par le patient (glucomètre, tensiomètre, thermomètre, pèse-personne...). Ainsi, il est possible d'évaluer par voie virtuelle les problèmes de peau divers, certaines infections (urinaires, des sinus, mineures de la peau), la santé sexuelle, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la contraception hormonale, la médecine des voyages, les problèmes chroniques monitorés à l'aide d'un appareil à la maison ou de tests en laboratoires (hypertension, gestion des lipides, suivi de la thyroïde, certains diabètes...), l'analyse de rapports de laboratoire, d'imagerie ou de spécialistes et toute autre évaluation ne nécessitant pas d'auscultation. Au contraire, les nouveaux symptômes urgents et importants, l'otalgie, la toux, les symptômes abdominaux ou gastro-intestinaux, les maladies et blessures musculosquelettiques ainsi que les symptômes neurologiques et d'insuffisance cardiaque ne sont pas traitables par téléconsultation.
- Bonnes pratiques en soins virtuels :

- Installer le poste de travail de manière à ce que le patient ne soit pas vu, entendu ou interrompu par quelqu'un d'autre.
  - Utiliser un bon éclairage et une toile de fond d'aspect professionnel et neutre. Porter un sarrau lorsque possible.
  - Installer la webcam juste au-dessus de la fenêtre vidéo du patient afin de le regarder directement.
  - Éliminer toute distraction sur votre ordinateur ou environnement immédiat (désactiver toute notification informatique, visuelle et sonore).
  - Avoir une attitude engageante et rassurante en tout temps.
  - Créer des documents explicatifs et des hyperliens à envoyer au patient après le premier rendez-vous pour les choses que le médecin lui montrerait en personne.
- Étapes d'une téléconsultation : préparer la téléconsultation comme une consultation en personne. S'il s'agit de la première téléconsultation du patient, obtenir son consentement. Au début de la connexion, valider l'identité du patient (demander une carte d'identité si première rencontre), vérifier si le patient se trouve dans une province ou un territoire dans lequel le médecin peut exercer et facturer. Il est important de demander au patient s'il se trouve dans un endroit privé et si d'autres personnes sont présentes hors du champ de la caméra. Il est nécessaire de présenter les risques associés à la téléconsultation et de noter l'obtention du consentement au dossier. À la fin de la consultation, valider avec le patient sa compréhension de l'évaluation et du plan de traitement, planifier l'envoi d'ordonnances ou demandes de consultation, rédiger les notes et facturer le régime public d'Assurance Maladie.

L'AMC a également publié un guide sur les soins virtuels à l'attention des patients en juin 2020 [34], afin d'aider les patients à préparer les consultations virtuelles avec leurs médecins. À noter que l'AMC a réalisé un sondage national afin de recueillir l'avis des patients sur les soins de santé virtuels en mai 2020 [35]. Il indique que la satisfaction à l'égard des soins virtuels est très bonne et que près de la moitié des répondants ont déjà consulté virtuellement un médecin.

Agrément Canada a publié la norme A83001.2018-QC.19 sur la télésanté en 2018 [36]. Selon cette norme, la télésanté est devenue un mode de prestation de services, de communication, d'échange d'informations et de formation en santé de plus en plus conséquent et élaboré. Les services de télésanté permettent de faciliter le suivi des patients et aident ces derniers à mieux gérer leurs maladies chroniques. Ils ont également les avantages suivants :

- Améliorent l'accès à des soins urgents spécialisés et offert au bon moment
- Améliorent le rendement et l'efficacité des spécialistes
- Réduisent les temps d'attente pour les rendez-vous et les visites de suivi
- Réduisent les visites au service des urgences et le temps passé dans les hôpitaux
- Réduisent l'inconfort et l'anxiété liés aux déplacements des usagers pour recevoir des soins et services, réduisant les coûts et les émissions de gaz à effet de serre
- Créer des liens entre les équipes de soins pour améliorer la continuité des soins
- Rapprochent les usagers devant séjourner pendant une longue période à l'hôpital de leur famille
- Établissent les liens entre les professionnels de la santé pour favoriser le partage des connaissances
- Intègrent les modèles de prestation de soins conventionnels.

La norme de 2018 mentionne également certaines barrières qui empêchent l'expansion des services de télésanté et qui sont principalement causées par un manque d'uniformité au sein du réseau.

Ces barrières incluent : l'absence de financement commun, l'absence d'une structure unique de gouvernance, le manque de cohérence dans la réglementation de la protection des renseignements personnels, la variation des critères et des privilèges entre les programmes et les réseaux et le processus de planification.

La norme d'Agrément Canada a pour but de permettre à tous les usagers pouvant tirer profit des services de télésanté à y avoir accès et que ces services soient de bonne qualité, efficaces, tout en assurant leur sécurité. Selon cette norme :

- Les établissements doivent disposer d'un document de conception pour les services de télésanté, décrivant le service et le processus de mise en place dans le contexte du programme de soins de santé.
- Le rôle de l'utilisateur dans l'élaboration du service de santé est primordial et doit s'intégrer dès les premières phases de conception du projet.
- Tous les aspects du service de télésanté sont supervisés afin de s'assurer que le service réponde aux besoins des usagers.
- Les renseignements sur le service sont accessibles par les usagers.
- Le service de télésanté est offert à l'aide d'une approche basée sur l'utilisateur qui insiste sur sa participation, sur la relation entre l'utilisateur et le clinicien ainsi que sur la qualité des soins.
- Les usagers participent à la planification et à la préparation de la transition des soins.
- Le service de télésanté est établi avec l'objectif d'offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité aux usagers.
- Si les intervenants impliqués dans le service sont des organismes distincts, l'offre de service de télésanté requiert des accords écrits entre l'établissement qui offre le service de télésanté hors site et l'établissement qui offre à l'utilisateur des soins directs.
- Les organismes assurent la sécurité du dossier de l'utilisateur
- Les usagers et les membres de l'équipe de soins sont informés.

En 2020, Agrément Canada a publié une trousse COVID-19 pour l'utilisation de la télésanté en temps de pandémie [37]. Elle est divisée en trois parties, une à l'attention des usagers, une autre des professionnels de la santé et enfin une autre offerte aux équipes des technologies de l'information intervenant dans la télésanté. La trousse est constituée de questions destinées à guider chaque groupe dans l'organisation et la planification des consultations virtuelles dans le cadre de la pandémie de COVID-19 [37].

## **5.2 Balisage des autres centres pédiatriques**

### **5.2.1 Méthodologie**

Dans le but de recueillir les pratiques et recommandations des autres centres pédiatriques internationaux, nous avons réalisé un balisage externe sur 6 centres internationaux :

- L'Hôpital de Montréal pour Enfants
- The Hospital for Sick Children (Sickkids) à Toronto
- BC Children's Hospital de Colombie Britannique
- Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille
- Les Hospices Civils de Lyon (CHU)
- L'Hôpital Robert Debré de Paris

Un questionnaire en ligne (Annexe 1) a été mis au point à destination des gestionnaires de la téléconsultation de chaque centre identifié. Ce questionnaire a été établi dans le but d'identifier les organisations et pratiques dans divers centres pédiatriques semblables au CHUSJ.

Après l'identification des personnes ressources à contacter, nous avons obtenu la réponse de 4 centres sur 6 :

- L'Hôpital de Montréal pour Enfants
- The Hospital for Sick Children (Sickkids) à Toronto
- Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille
- Les Hospices Civils de Lyon (CHU)

La gestionnaire clinique de la télésanté du CHUSJ a également répondu au questionnaire et les données du CHUSJ ont été ajoutées afin de pouvoir comparer les différents établissements. Les résultats sont présentés en fonction des catégories de questions du questionnaire.

### 5.2.2 Organisation de la télésanté

#### 1. Existe-t-il une structure organisationnelle pour gérer la télésanté dans les établissements?

Tous les établissements ont mentionné avoir une structure de gestion de la télésanté. Le Tableau 2 résume la description des différentes structures mises en place dans les hôpitaux ciblés, à l'exception du CHU de Lyon. Les structures et appartenances divergent en fonction des établissements mais on note la présence d'un comité tactique ou directeur dans chaque établissement.

**Tableau 2 Description de la structure d'organisation de la télésanté des différents hôpitaux pédiatriques.**

Centre	Description de la structure
<b>L'Hôpital de Montréal pour Enfants</b>	Présence d'un pilote clinique télésanté à temps plein qui relève du bureau des partenariats du CUSM, sous la direction des services professionnels (DSP). Présence d'un comité tactique télésanté qui se rapporte au comité de direction du CUSM (reddition de compte) présidé par la DSP. La tenue des séances est sous la responsabilité de la directrice adjointe du bureau des partenariats et son pilote clinique. Le pilote technologique est représenté par un délégué des services informatiques du CUSM. Le centre de coordination en télésanté du RUISSS de McGill est un étroit collaborateur et offre assistance et expertise dans le développement et la mise en service des projets. Le comité tactique est représenté par toutes les missions cliniques du CUSM ainsi que certains services de soutien.
<b>Sickkids</b>	Possède un volet de « stratégie de soins virtuels » dans les directions du plan de l'hôpital pour les 5 prochaines années. Présence d'un comité directeur des soins virtuels et d'un comité consultatif ainsi que divers groupes de travail.
<b>CHU de Lille</b>	La télésanté est gérée par la direction informatique. Le programme Santé Connectée a été mis en place fin 2019 et une cellule a été installée début 2020. La cellule Santé Connectée, sous la coordination du responsable du programme, est composée d'une équipe pluridisciplinaire (médical, numérique, financier, juridique, protection des données, stratégie, recherche, gestion de projets). Elle est chargée d'évaluer les innovations et d'aider

	les porteurs de projets à établir une feuille de route visant l’aboutissement concret de celles-ci.
<b>CHU de Lyon</b>	Pas de description de la structure organisationnelle.
<b>CHUSJ</b>	Présence d'un comité tactique où siègent la plupart des directeurs de l'établissement, ainsi que des représentants du bureau du patient partenaire. Ce comité siège 3 à 4 fois par année. Il y a par ailleurs 2 responsables de la télésanté, identifiés comme pilote clinique et pilote technologique. Les mandats du comité tactique et les rôles des pilotes sont clairement définis.

2. Combien de personnes sont désignées spécifiquement à l’organisation de la télésanté dans les établissements?

Le nombre de personnes dédiées à la gestion de la télésanté à temps plein ou temps partiel varie en fonction des centres (Tableau 3). Au total, il y a entre 2 et 5 personnes travaillant pour la télésanté à temps plein ou partiel par établissement. L’hôpital Sickkids de Toronto est l’établissement comptabilisant le plus grand nombre de personnes dédiées à la gestion de la télésanté à temps plein, avec 4 personnes. Les autres centres ont une ou deux personnes travaillant à temps plein pour la télésanté, à l’exception du CHUSJ qui n’a aucune personne à temps plein et seulement deux personnes à temps partiel.

Concernant les personnes à temps partiel, l’Hôpital de Montréal pour Enfants a le plus gros effectif avec 4 personnes à temps partiel. Les autres centres ont entre 0 et 2 personnes travaillant à temps partiel pour la télésanté.

À noter que ces résultats sont relatifs à la taille du centre. En effet, le Sickkids est un hôpital conséquent et l’Hôpital de Montréal pour Enfants fait partie du Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) qui possède le double d’employés du CHUSJ par exemple.

**Tableau 3 Nombre de personnes dédiées à la télésanté par établissement.**

Centre	À temps plein	À temps partiel
<b>Hôpital de Montréal pour Enfants</b>	1	4
<b>Sickkids</b>	4	1
<b>CHU de Lille</b>	1	2
<b>CHU de Lyon</b>	2	0
<b>CHUSJ</b>	0	2

### 3. Quel est le rôle du service informatique des établissements dans la télésanté?

Le rôle du service informatique dans la gestion de la télésanté varie en fonction des établissements (Tableau 4). Globalement il intervient au niveau de la fourniture d'équipement, de l'installation de logiciels et du soutien technique. Le service informatique du CHU de Lille a une grande implication dans la télésanté puisqu'il intervient au niveau des trois fonctions précédemment citées et il participe aussi à l'animation et à la coordination de la télésanté.

**Tableau 4 Rôle du service informatique en fonction des établissements**

Centre	Fourniture d'équipement	Installation de logiciels	Soutien technique	Autre
Hôpital de Montréal pour Enfants		✓		
Sickkids	✓		✓	
CHU de Lille	✓	✓	✓	Animation et coordination
CHU de Lyon		✓	✓	
CHUSJ	✓			Réseau Wifi

### 5.2.3 Impact de la pandémie de COVID-19

#### 4. La pandémie actuelle a-t-elle modifié la structure de gouvernance des établissements, la charge de travail et le nombre de personnes dédiées à la télésanté?

La pandémie de COVID-19 a modifié la structure de gouvernance de la télésanté dans trois établissements à savoir le CHUSJ, Sickkids et le CHU de Lille.

- Pour le CHUSJ des sous-comités, plus opérationnels que le comité tactique, ont été créés.
- Pour l'hôpital Sickkids, dès l'annonce de la pandémie, l'organisation a choisi de privilégier les visites virtuelles. Environ 90% des visites ambulatoires ont été converties en virtuel et l'objectif de l'organisation est d'avoir 30% des visites en virtuel après la pandémie.
- Pour le CHU de Lille, la pandémie a mené à une accélération du déploiement des téléconsultations et a élargi les possibilités réglementaires. Une équipe dédiée au déploiement a été mise en place avec la direction de la performance des organisations. L'allocation de matériel a été plus souple.

Concernant l'Hôpital de Montréal pour Enfants, la structure de gouvernance n'a pas été modifiée mais un nombre significatif de personnes a été ajouté pour répondre aux nouveaux besoins et au projet de virtualisation qui ont augmenté la charge de travail de 50 à 75% (Tableau 5). Le CHU de Lille a également vu son nombre de personnes dédié à la télésanté augmenter de plus de 100% et la charge de travail liée à la télésanté de 25 à 50%. L'hôpital Sickkids a vu son nombre de personnes travaillant pour la télésanté augmenter de 0 à 25% et la charge de travail de 25 à 50%. Le CHU de Lyon et le CHUSJ

n'ont pas noté une augmentation du nombre de personnes travaillant pour la télésanté malgré une augmentation de la charge de travail de plus de 50% et de plus de 100% respectivement.

**Tableau 5 Augmentation du nombre de personnes et de la charge de travail liés à la télésanté pendant la pandémie par établissement.**

Centre	Augmentation du nombre de personnes	Augmentation de la charge de travail
<b>Hôpital de Montréal pour Enfants</b>	75-100%	50-75%
<b>Sickkids</b>	0-25%	25-50%
<b>CHU de Lille</b>	+ de 100%	25-50%
<b>CHU de Lyon</b>	Aucune	50-75%
<b>CHUSJ</b>	Aucune	+ de 100%

5. Est-ce que les établissements avaient une politique concernant la télésanté avant la pandémie? Suite à la pandémie?

Concernant les politiques/directives liées à la télésanté, seul l'hôpital Sickkids n'en avait pas avant la pandémie et en a une maintenant. Le CHU de Lille, le CHU de Lyon et l'Hôpital de Montréal pour Enfants ont noté une modification de leur politique de télésanté pendant la pandémie. Le CHUSJ avait une politique avant la pandémie.

6. Quel type de formation les médecins ont-ils reçue concernant la pratique de la télésanté pendant la pandémie?

La formation fournie aux cliniciens varie en fonction des établissements et parfois en fonction des secteurs comme pour l'Hôpital de Montréal pour Enfants où certains secteurs avaient accès à des outils en ligne et d'autres à une formation structurée (Tableau 6). Les autres établissements ont opté pour une formation basée sur des outils fournis pour une formation individuelle (CHUSJ et Sickkids) ou une formation offerte sur une base volontaire (CHU de Lille et de Lyon).

Concernant les aspects abordés de la formation, ils varient également en fonction des établissements. Globalement tous les centres ont abordé l'utilisation de la technologie dans leur formation. Les autres aspects abordés sont liés à l'installation de logiciels, à l'organisation de la télésanté dans l'établissement ainsi que la politique d'utilisation de l'établissement et les lois. L'Hôpital de Montréal pour Enfants et le CHU de Lille semblent être les centres ayant la formation la plus étoffée.



Tableau 6 Formation offerte aux médecins selon les établissements.

Centre	Formation	Commentaires	Aspects de la formation
<b>Hôpital de Montréal pour Enfants</b>	Formation structurée pour certains secteurs de l'établissement	Différences selon les secteurs. Des outils en ligne, de l'assistance au besoin, des formations plus structurées, des présentations générales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Installation de logiciels</li> <li>- Utilisation de la technologie</li> <li>- Organisation de la télésanté dans l'établissement</li> <li>- Politique d'utilisation de la télésanté de l'établissement et lois</li> </ul>
<b>Sickkids</b>	Outils fournis pour une formation individuelle	Personnel de la télésanté disponible pour assister les cliniciens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de la technologie</li> </ul>
<b>CHU de Lille</b>	Formation offerte aux personnes sur une base volontaire	Vidéos, FAQ, tutoriels. Formation d'1h offerte: informations générales sur la téléconsultation, présentation de l'outil, modèle organisationnel (rdv, secrétariat, circuit de l'information, valorisation de l'acte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de la technologie</li> <li>- Organisation des téléconsultations (consentement, prise de rendez-vous...)</li> </ul>
<b>CHU de Lyon</b>	Formation offerte aux personnes sur une base volontaire		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de la technologie</li> <li>- Organisation de la télésanté dans l'établissement</li> <li>- Politique d'utilisation de la télésanté de l'établissement et lois</li> </ul>
<b>CHUSJ</b>	Outils fournis pour une formation individuelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de la technologie</li> <li>- Politique d'utilisation de la télésanté de l'établissement et lois</li> </ul>

7. Quelles sont les plateformes de téléconsultation utilisées par les établissements?

Diverses plateformes de téléconsultation sont utilisées par les centres (Tableau 7). La plateforme Zoom est utilisée par les centres hospitaliers canadiens (CHUSJ, l'Hôpital de Montréal pour Enfants et Sickkids). Les deux établissements québécois, l'Hôpital de Montréal pour Enfants et le CHUSJ utilisent

également Reacts et le téléphone. Bien que l'hôpital Sickkids a effectué une adoption rapide de Zoom, les médecins ont utilisé les médias sociaux et les outils régionaux Guestlink et le Ontario Telemedicine Network pendant la période de transition vers Zoom.

En France, le CHU de Lille utilise une plateforme régionale, le téléphone et Teams alors que le CHU de Lyon n'utilise qu'une plateforme régionale.

Tous les centres ont réalisé un sondage sur la satisfaction des participants (point de vue des médecins et des patients) sur la qualité audio/vidéo.

**Tableau 7 Plateformes utilisées par les médecins selon les établissements**

Centre	Zoom	Reacts	Teams	Skype	Téléphone	Médias sociaux	Autre
Hôpital de Montréal pour Enfants	✓	✓			✓		Atlas Téléméd, Orion
Sickkids	✓					✓	Guestlink Ontario Telemedicine Network
CHU de Lille			✓		✓		Plateforme régionale PREDICE (éditeur Maincare)
CHU de Lyon							Outil régional Mon Sisra
CHUSJ	✓	✓			✓		Atlas Téléméd

**8. Est-ce que les téléconsultations sont autorisées en télétravail?**

Concernant le télétravail, tous les centres permettent aux médecins/professionnels de réaliser des téléconsultations depuis leur domicile (en télétravail). Ils ont accès depuis leur domicile (via une connexion sécurisée) aux dossiers cliniques informatisés, aux données radiologiques, aux données de laboratoire, aux données de pharmacie et aux notes cliniques des patients, à l'exception du CHU de Lille qui n'offre pas l'accès aux données de pharmacie et aux notes cliniques.

Au Québec, cette connexion est fournie par la Direction Générale des Technologies de l'Information et des Communications (DGTIC) du MSSS sous forme de jeton.

## 5.2.4 Leçons apprises

### 9. Quels sont les obstacles rencontrés concernant l'utilisation de la télésanté?

Les centres ont rencontré divers obstacles dans la mise en place et l'utilisation de la télésanté (Tableau 8). Globalement, la disponibilité de l'équipement et l'utilisation de la technologie sont les obstacles les plus mentionnés avec 3 centres sur 5. La communication de l'information au sein de l'établissement et le soutien technique sont des obstacles mentionnés par 2 centres sur 5. Enfin, la formation des médecins, le soutien de l'administration et la qualité du réseau de communication ont également été rencontrés.

**Tableau 8 Obstacles rencontrés durant l'utilisation de la télésanté selon les centres.**

Centre	Obstacles rencontrés
<b>Hôpital de Montréal pour Enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disponibilité de l'équipement</li><li>- Utilisation de la technologie</li><li>- Soutien technique</li><li>- Autre : Licences (enjeux courriels RSSS, confusion avec courriel McGill)</li></ul>
<b>Sickkids</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilisation de la technologie</li><li>- Soutien de l'administration</li></ul>
<b>CHU de Lille</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilisation de la technologie</li><li>- Autre : Interface avec le dossier patient informatisé</li></ul>
<b>CHU de Lyon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Communication de l'information au sein de l'établissement</li><li>- Disponibilité de l'équipement</li></ul>
<b>CHUSJ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Communication de l'information au sein de l'établissement</li><li>- Formation des médecins/professionnels de la santé</li><li>- Disponibilité de l'équipement</li><li>- Soutien technique</li><li>- Qualité du réseau de communication</li></ul>

### 10. La pratique de la télésanté a-t-elle été bien gérée durant la pandémie?

- Hôpital de Montréal pour Enfants

Il y a une grande satisfaction concernant le travail accompli durant le contexte de crise. L'hôpital a choisi de mobiliser toute l'équipe du bureau des partenariats à la mise en service de Zoom pour les téléconsultations. Après 7 mois de mise en service au CUSM (qui inclut l'Hôpital de Montréal pour Enfants), le centre gère plus de 900 licences actives et opère de 900 à 1000 séances de téléconsultations par semaine. De l'équipement a été fourni : 200 caméras, 150 casques d'écoute et barres de son.

Pour l'Hôpital de Montréal pour Enfants spécifiquement, il y a en moyenne par semaine 230 téléconsultations par Zoom et 300 par téléphone. Les secteurs pédiatriques qui l'utilisent le plus sont la génétique, la douleur chronique, la psychologie, l'orthophonie et la santé mentale.

Une équipe de projet élargie a été mise en place et l'Hôpital de Montréal pour Enfants s'est vu attribué un super utilisateur pour une période de trois mois et un co-pilote clinique pour mener son déploiement. Un ensemble de guides de pratique pour le clinicien et pour le patient a été mis en place,

ainsi que des outils virtuels sur l'intranet. Les mesures pour assurer un exercice en conformité avec les bonnes pratiques et le respect de la sécurité sont présentes.

Certains cliniciens s'investissent dans des nouveaux projets en télésanté, dont un en salle d'urgence et l'équipe de gestion de la télésanté collabore avec des équipes de chercheurs.

- Hôpital Sickkids de Toronto

Le centre est satisfait de la gestion de la télésanté durant la pandémie. En moins d'une semaine, les gestionnaires de projets ont eu la tâche d'implémenter les visites virtuelles au sein de l'établissement entier, incluant la facturation, l'intégration du dossier électronique médical et la prise de rendez-vous. Les services légaux et de confidentialité des données ont également été impliqués dans cette démarche. De l'équipement supplémentaire a été fourni aux cliniques qui n'étaient pas équipées de caméras et haut-parleurs.

L'utilisation de What's App et de Guestlink ont été temporaires, le temps de faire migrer toute l'institution vers Zoom (qui est implanté dans le dossier électronique médical Epic). Un tableau de bord est disponible et permet de suivre le nombre de téléconsultations et de consultations en présentiel en fonction de la clinique, du clinicien ou du département.

- CHU de Lille

Satisfaits de la gestion de la télésanté durant la pandémie avec la mise en place de l'équipe dédiée au déploiement des téléconsultations.

- CHU de Lyon

Avec la mise à disposition de ressources exceptionnelles des équipes de déploiement de leur solution logiciel, cette institution a pu rapidement organiser la formation des médecins souhaitant utiliser la téléconsultation. Ils ont été limités par des difficultés d'approvisionnement en matériel (caméras et casques d'écoute). Globalement les efforts mis en place lors de la première vague de la pandémie a permis la mise en place de téléconsultations régulières au sein de nombreux services.

- CHU Sainte-Justine

L'utilisation du téléphone a permis une pratique de la téléconsultation facilitée. Le CHUSJ a rencontré des difficultés pour l'utilisation des plateformes de vidéo-consultations en raison d'enjeux techniques et organisationnels. L'implantation a été sous-optimale en raison de l'urgence de la pandémie et du manque de ressources pour le déploiement. Les règles de bonnes pratiques n'ont pas toujours été bien respectées.

### 5.2.5 Conclusions du balisage externe

Le questionnaire envoyé aux différents centres pour recueillir les pratiques de télésanté a été bien reçu. Nous avons obtenu une belle participation avec 4 centres sur 6. Le contexte actuel de pandémie ainsi que la charge de travail liée à la pandémie peuvent expliquer l'absence de réponse des autres centres.

Tous les centres ont affirmé avoir une structure de gestion de la télésanté, avec la présence d'un comité tactique dans chaque établissement. Le nombre de personnes dédié à la télésanté varie grandement en fonction des centres. Sickkids et l'Hôpital de Montréal pour Enfants sont les centres ayant le plus de ressources humaines alors que le CHUSJ est le candidat le moins outillé avec seulement deux personnes dédiées à temps partiel. Le service informatique est impliqué à différents niveaux selon les centres mais il participe à mise en place de la télésanté dans tous les centres.

La pandémie de COVID-19 a modifié les structures de gouvernance de la télésanté du CHUSJ, Sickkids et du CHU de Lille. Ce dernier ainsi que l'Hôpital de Montréal pour Enfants ont augmenté de plus de 75% leur nombre de personnes dédiées à la télésanté pendant la pandémie. De plus, on note une modification des politiques de télésanté de plusieurs établissements. Ces résultats peuvent s'expliquer par la fermeture temporaire de certains services non-urgents des hôpitaux durant la pandémie, afin de pouvoir gérer les malades atteints de la COVID-19. Les suivis des patients ne pouvant se réaliser en présentiel ont pu être réalisés à distance par téléconsultation.

Concernant la formation pour l'utilisation de la télésanté, elle varie en fonction des centres. Certains centres offrent des outils en ligne et d'autres une formation plus structurée avec des présentations. Les formations abordent également divers aspects de la télésanté.

Les plateformes de téléconsultation utilisées sont également différentes d'un centre à l'autre. Les centres canadiens utilisent Zoom ainsi que le téléphone alors que les centres français utilisent des plateformes régionales.

Les téléconsultations en télétravail sont permises par tous les centres. Les médecins ont un accès sécurisé aux données des patients depuis leur domicile afin de pouvoir réaliser les téléconsultations et prendre des notes.

Concernant les obstacles rencontrés dans la mise en place de la télésanté, on note une indisponibilité des équipements. En effet, l'augmentation globale soudaine des rendez-vous en téléconsultation pendant la pandémie a créé une forte demande d'équipement informatique et donc des ruptures dans l'approvisionnement. Le soutien technique est également un obstacle mentionné par plusieurs centres. L'adoption d'une nouvelle technologie nécessite la mise en place d'un soutien technique pour les utilisateurs. Vu le contexte urgent, cette mise en place n'a peut-être pas été faite de manière optimale ou bien est en cours d'installation dans les divers établissements.

Globalement, les divers centres ayant répondu au questionnaire sont satisfaits de la gestion de la télésanté durant la pandémie, à l'exception du CHUSJ. Pour le CHUSJ, le déploiement a été rapide avec l'utilisation du téléphone pour les téléconsultations mais l'implantation a été sous-optimale. Cela est dû au contexte urgent de la pandémie ainsi qu'au manque de ressources pour le déploiement.

## **5.3 Portrait de la télésanté au CHUSJ**

### **5.3.1 Organisation de la télésanté**

Depuis 2015, le CHUSJ possède une structure de gouvernance pour gérer la télésanté au sein de l'établissement. L'appui du ministère a permis la désignation d'un pilote clinique télésanté et d'un pilote technologique télésanté ainsi que la création d'un comité tactique où siègent les principales directions de l'hôpital. Le comité tactique a pour objectif de favoriser la collaboration et l'intégration de la télésanté dans l'établissement. Il n'y a pas de soutien financier, de soutien du bureau de projet ou d'agent administratif pour aider à l'organisation de la télésanté au sein de l'établissement.

Cinq sous-comités ont été mis en place afin d'aider à la gestion de la télésanté (Tableau 9). Ces sous-comités dépendent du comité tactique et le pilote clinique et technologique siègent dans tous les sous-comités.

**Tableau 9 Mandats et rôles des sous-comités de la télésanté au CHUSJ.**

Sous-comités	Mandat	Rôle
<b>Opérationnel</b>	Standardisation des processus	Optimiser les flux de travail
<b>Partenariat patient</b>	Collaboration active avec le patient	Améliorer l'expérience patient
<b>Qualité</b>	Évaluation et amélioration	Aligner les activités sur les normes d'agrément et les bonnes pratiques
<b>Développement</b>	Évaluation et implantation	Recenser et suivre les nouvelles activités en gestion de projet
<b>Communication</b>	Diffusion de l'offre	Élaborer des outils de diffusion

Une politique de télésanté a été créée en 2019 et approuvée en 2020 durant la pandémie de COVID-19. La pandémie a accéléré les pratiques et procédures de télésanté. Avant cela, la psychiatrie et la cardiologie faisaient quelques téléconsultations et la télésanté était principalement utilisée pour les télédiscussions de cas entre médecins. La dermatologie utilisait une plateforme dédiée pour les consultations asynchrones depuis plusieurs années.

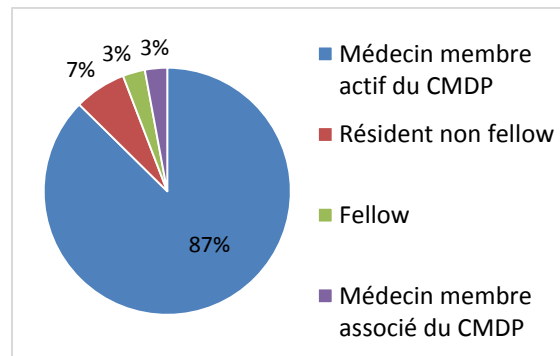
Trois plateformes virtuelles sont disponibles au CHUSJ pour l'utilisation de la télésanté, en plus du téléphone : Zoom, Reacts et Teams.

### 5.3.2 Enquête à l'interne

Afin de recueillir des données sur la pratique de la télésanté au sein du CHUSJ, nous avons établi un questionnaire destiné à l'ensemble des médecins, fellows et résidents du CHUSJ (Annexe 2). Ce questionnaire a été établi avec le comité d'évaluation du projet et la plateforme LimeSurvey a été utilisée pour l'héberger. Il a été envoyé à l'interne le 5 novembre 2020 et a été relancé deux fois (le 23 novembre et le 9 décembre). Le questionnaire est divisé en cinq parties :

- Informations démographiques

Le questionnaire a été rempli complètement ou partiellement par 103 participants. La majorité (87%) des répondants sont des médecins membres actifs du CMDP (Figure 2).



**Figure 2 Statut des répondants au questionnaire interne du CHUSJ.**

Parmi les différentes spécialités des répondants, on remarque un pourcentage élevé de réponses de médecins en pédiatrie générale (11.5%), en psychiatrie (9.6%) et en obstétrique/gynécologie (8.7%). Viennent ensuite la chirurgie orthopédique et l'urgence avec 5.8% du total des réponses (Tableau 10).

Il est possible que ces spécialités aient répondu en plus grand nombre car elles sont plus concernées par la pratique de la télésanté pour leurs rendez-vous. La pédiatrie générale et la psychiatrie peuvent réaliser une partie de leurs rendez-vous à distance. Concernant l'obstétrique, les suivis de grossesse ont également pu être faits à distance par téléconsultation.

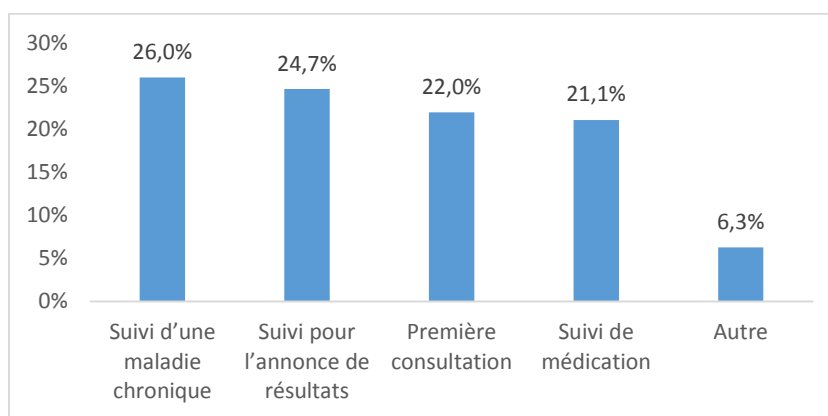
**Tableau 10 Répartition des spécialités médicales parmi les réponses obtenues.**

Spécialité	Réponses (%)
<b>Pédiatrie générale</b>	11,5%
<b>Psychiatrie</b>	9,6%
<b>Obstétrique - Gynécologie</b>	8,7%
<b>Chirurgie orthopédique</b>	5,8%
<b>Urgence</b>	5,8%
<b>Chirurgie pédiatrique</b>	4,8%
<b>Génétique médicale</b>	4,8%
<b>Néonatalogie</b>	4,8%
<b>Hématologie - Oncologie</b>	3,8%
<b>Pédiatrie - Développement de l'enfant</b>	3,8%
<b>Anesthésie</b>	2,9%
<b>Dermatologie</b>	2,9%
<b>Soins intensifs pédiatriques</b>	2,9%
<b>Autre</b>	1,9%
<b>Diabète – Endocrinologie</b>	1,9%
<b>Gastroentérologie</b>	1,9%
<b>Médecine interne gynéco-obstétricale</b>	1,9%
<b>Médecine physique et réadaptation (physiatrie)</b>	1,9%
<b>Néphrologie</b>	1,9%
<b>Neurologie</b>	1,9%
<b>Pédiatrie - Maladies infectieuses</b>	1,9%
<b>Pédiatrie - Médecine de l'adolescence</b>	1,9%
<b>Pharmacie</b>	1,9%
<b>Radiologie diagnostique</b>	1,9%
<b>Allergologie</b>	1,0%

<b>Cardiologie</b>	1,0%
<b>Chirurgie plastique</b>	1,0%
<b>Neurochirurgie</b>	1,0%
<b>ORL</b>	1,0%

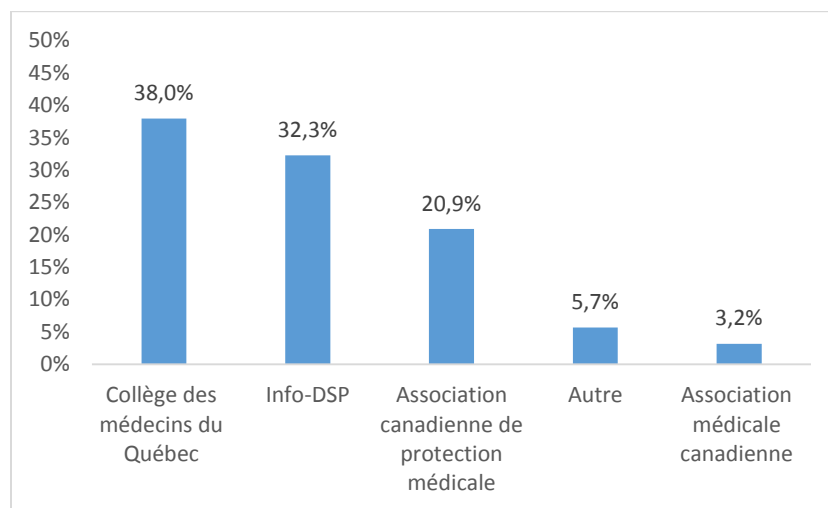
- Indication et pratique de la télésanté

Les indications menant à la pratique de la téléconsultation sont diverses selon les réponses obtenues (Figure 3). En effet, le suivi d'une maladie chronique est la circonstance clinique la plus observée en téléconsultation (26%), vient ensuite le suivi pour l'annonce de résultats (24.7%) et une première consultation (22%) puis le suivi de médication (21.1%). Dans la catégorie « autre » on note l'utilisation de la téléconsultation pour des suivis de grossesse, des rencontres multidisciplinaires avec ou sans le patient et de la télédiscussion entre médecins.



**Figure 3 Circonstances cliniques pour l'utilisation de la téléconsultation.**

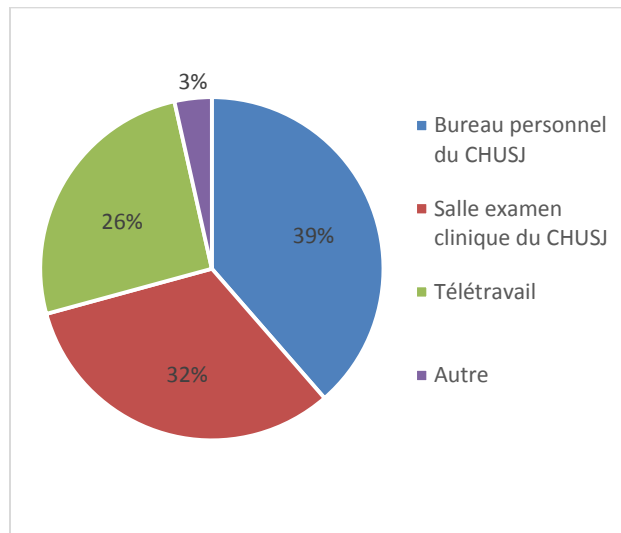
Les documents réglementaires sur les téléconsultations consultés par les médecins du CHUSJ sont majoritairement les informations fournies par le CMQ, suivies des infolettres internes de la Direction des services professionnels (DSP) et des documents de l'Association canadienne de protection médicale (Figure 4).



**Figure 4 Documents réglementaires consultés avant l'utilisation de la téléconsultation.**

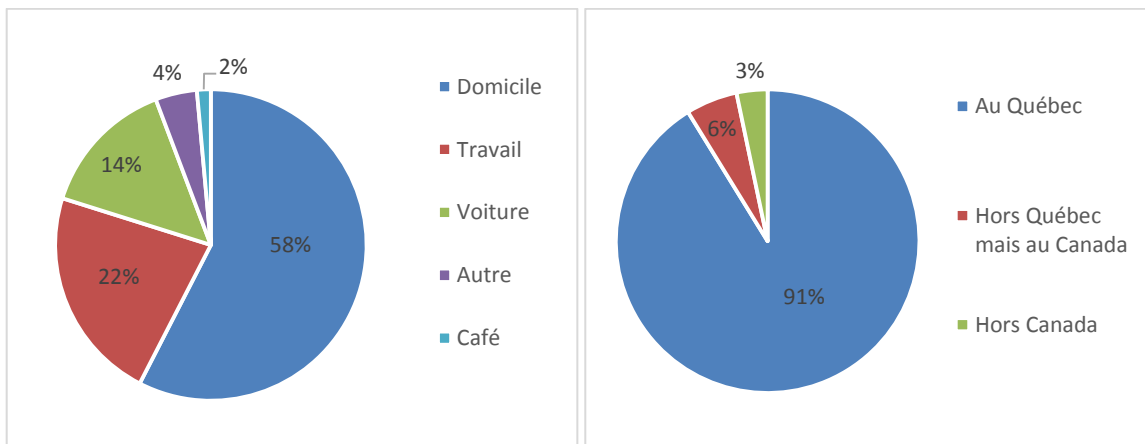


On observe que les médecins effectuent leurs téléconsultations majoritairement depuis leur bureau du CHUSJ (39%) ou depuis une salle d'examen du CHUSJ (32%). Les consultations depuis leur domicile (télétravail) représentent 26% des pratiques (Figure 5).



**Figure 5 Lieux depuis lesquels les médecins effectuent leurs téléconsultations**

Les patients sont majoritairement à leur domicile (58%) lors des téléconsultations, ce qui leur garantit un lieu calme et intime pour pouvoir s'exprimer sans être entendu (Figure 6). Certains patients effectuent leurs téléconsultations au travail (22%) ou bien de leur voiture (14%). De plus, les patients rencontrés par les médecins du CHUSJ sont majoritairement situés au Québec (91%).



**Figure 6 Lieux où se trouvent les patients lors des téléconsultations.**

- Utilisation de la technologie

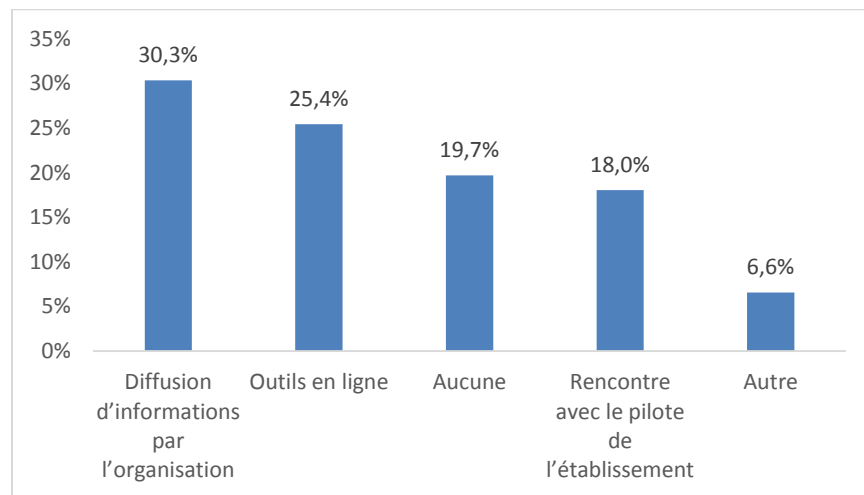
Selon les réponses, la possibilité de facturer les téléconsultations a favorisé l'utilisation de cette pratique pour 71.6% des médecins répondants. De plus, 76% des répondants ont affirmé que l'organisation devrait être mieux structurée pour le soutien en téléconsultation. Parmi les suggestions d'amélioration les plus citées, on retrouve la mise en place d'un meilleur soutien technique (installation du jeton, cheminement pour l'installation des licences sur les plateformes de téléconsultation) et administratif prenant en charge la planification et l'organisation des rendez-vous, l'envoi des documents de connexion au patient et la préparation des documents pour le médecin en vue de la téléconsultation

(impression des étiquettes patients, des feuilles de notes pour la rencontre avec les informations du patient, du gabarit pour le consentement...). Le manque de soutien est l'élément redondant parmi les commentaires et semble être le plus problématique à la mise en place d'un service de téléconsultation pérenne et fiable. Les médecins ne se sentent pas assez encadrés et ont trop de charges administratives relativement au travail en téléconsultation.

La lenteur et la mauvaise qualité du réseau Wifi ainsi que le manque d'équipement (caméra et microphone) ou la vétusté de l'équipement ont également été cités comme freins à l'utilisation des plateformes de téléconsultation, les médecins privilégiant le téléphone.

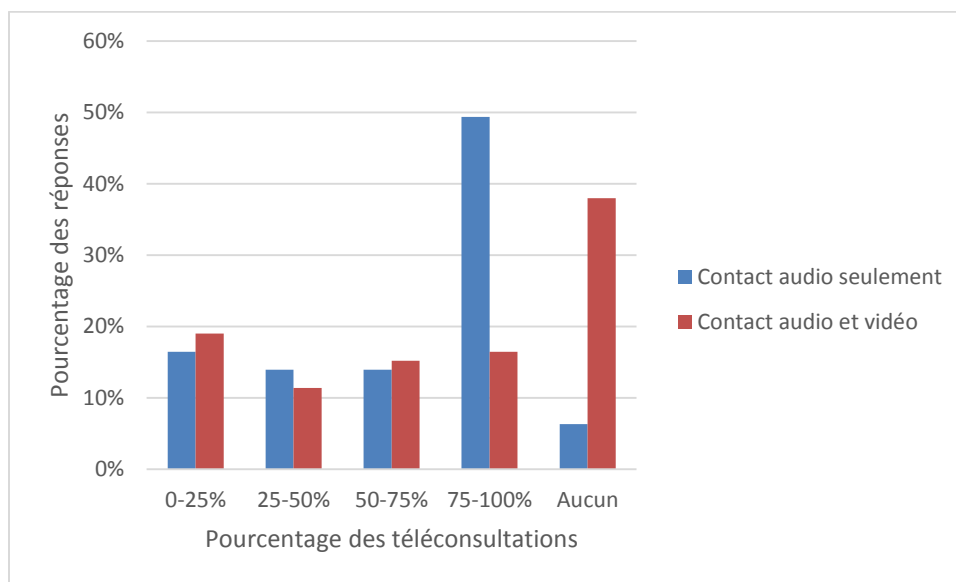
Il a également été suggéré que l'institution établisse des politiques afin de communiquer ses attentes/standards concernant différents paramètres de la téléconsultation tels que le lieu physique où se trouve le médecin (fond d'écran, licence de pratique visible, bruit environnant, port du sarrau...), le protocole confirmant que la conversation est privée (pas de bureau partagé, pas de bruits des activités à domicile), la qualité des équipements (validés par un technicien), la téléconsultation elle-même (type de consultation, les conditions cliniques pour une téléconsultation, téléphone ou visioconférence, documentation de l'entrevue). Cela permettrait aux médecins de mieux encadrer leurs pratiques et de les guider sur leurs droits et devoirs en téléconsultation.

Les médecins ont reçu diverses formations avant d'effectuer des téléconsultations (Figure 7). La majorité des médecins ont reçu de l'information par les diffusions du CHUSJ (30.3%). Un peu plus d'un quart des répondant (25.4%) a utilisé des outils en ligne et on observe que 19.7% d'entre eux n'ont reçu aucune formation. Seulement 18% d'entre eux ont assisté à une rencontre avec le pilote clinique de la télésanté de l'établissement. De plus, seulement 43.6% des répondants sont capables d'identifier le pilote clinique du CHUSJ comme étant leur personne ressource en télésanté et 42.3% d'entre eux n'ont aucune personne ressource pour la télésanté.



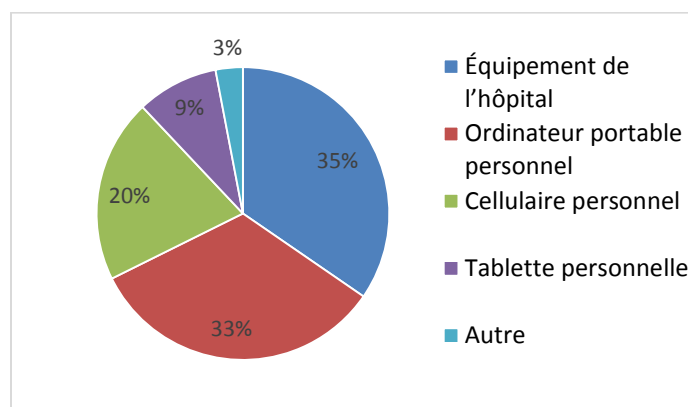
**Figure 7 Types de formations reçues par les médecins avant d'effectuer les téléconsultations.**

En ce qui concerne le pourcentage des téléconsultations réalisées par téléphone seulement ou par contact audio et vidéo, les résultats montrent que la majorité des médecins a effectué 75 à 100% de leurs téléconsultations par contact audio seulement (Figure 8). Il est donc logique de voir qu'une majorité des répondants n'a effectué aucune téléconsultation par contact audio et vidéo. Ces réponses soutiennent le manque d'équipement et la mauvaise qualité du réseau Wifi évoqués précédemment.



**Figure 8 Pourcentage de téléconsultations réalisées par contact audio seulement ou par contact audio et vidéo.**

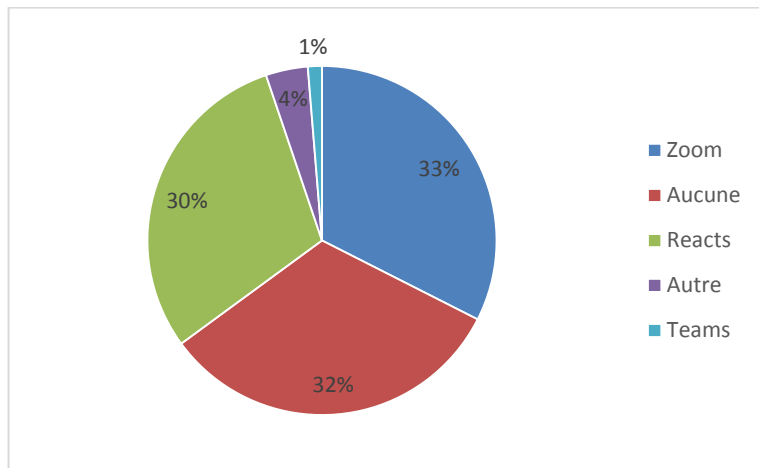
Concernant l'équipement utilisé par les médecins lors des téléconsultations, seulement 35% correspond à un équipement fourni par l'hôpital comme les téléphones ou les ordinateurs (Figure 9). On remarque que 62% des répondants utilisent leur équipement personnel comme les ordinateurs portables (33%), les cellulaires (20%) et les tablettes (9%).



**Figure 9 Équipement utilisé par les médecins pour effectuer les téléconsultations.**

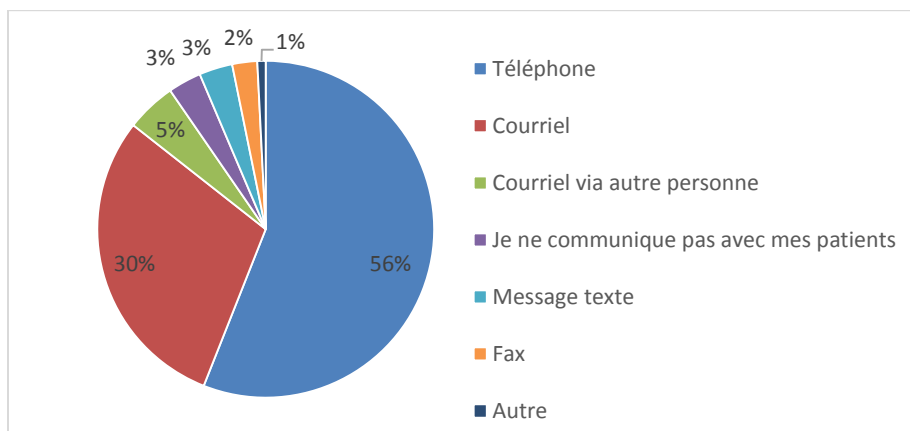
La plateforme de communication majoritairement utilisée est Zoom, avec 33%, suivie de Reacts avec 30% (Figure 10). On remarque que 32% des répondants n'utilisent aucune plateforme de communication virtuelle, privilégiant le téléphone pour les raisons évoquées précédemment. Malgré la diversité de pratiques dans l'utilisation des plateformes de communication, 96% des répondants affirment documenter tous les échanges avec leurs patients au dossier. La majorité utilise des notes

écrites (51.4%) ou des notes électroniques via les logiciels de DME comme Chartmax ou Centro (43.2%). Peu de répondants utilisent la dictée centralisée (5.4%) ou d'autres méthodes (7.2%).



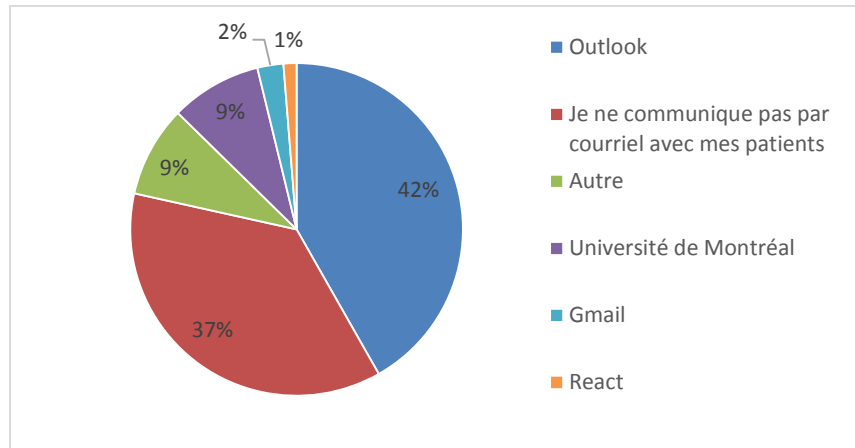
**Figure 10 Plateforme de communication virtuelle utilisée majoritairement**

Les médecins du CHUSJ communiquent avec leurs patients par téléphone (56%) ou par courriel (30%) en dehors des rendez-vous traditionnels (Figure 11). Les courriels peuvent également être envoyés par une tierce personne (infirmière, secrétaire, coordonnatrice) dans 5% des cas.



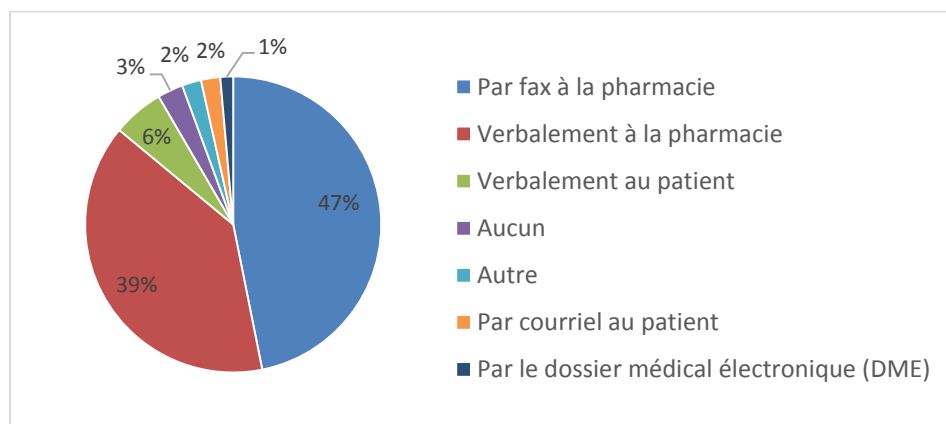
**Figure 11 Moyens utilisés pour échanger avec les patients en dehors des rendez-vous traditionnels.**

Pour les médecins communiquant par courriel avec leurs patients, 42% d'entre eux utilisent l'adresse de l'hôpital en passant par Outlook (Figure 12). L'adresse courriel de l'Université de Montréal est également utilisée par 9% des répondants.



**Figure 12 Messageries utilisées pour communiquer avec les patients.**

Lorsqu'une prescription pharmacologique est nécessaire, les médecins du CHUSJ communiquent directement avec la pharmacie, soit par fax (47%) ou bien verbalement (39%, Figure 13). Une minorité communique directement avec le patient par téléphone (6%) ou par courriel (2%). À noter que 1% des répondants utilisent le DME et moins de 1% utilise une prescription papier à remettre au patient.



**Figure 13 Moyens utilisés pour envoyer ou modifier une ordonnance pharmacologique.**

L'utilisation de plateformes de communication virtuelle permet d'avoir accès à un éventail de fonctionnalités inaccessibles avec l'utilisation du téléphone seul (Tableau 11). L'invitation au patient par courriel (22.6%), la délégation de la planification des rendez-vous (15.5%) ainsi que la présence d'une salle d'attente virtuelle (14.2%) sont les fonctionnalités les plus intéressantes pour les médecins du CHUSJ. Ces réponses sont en accord avec les commentaires précédents des médecins demandant plus de soutien pour la planification des rendez-vous et la gestion administrative des téléconsultations.

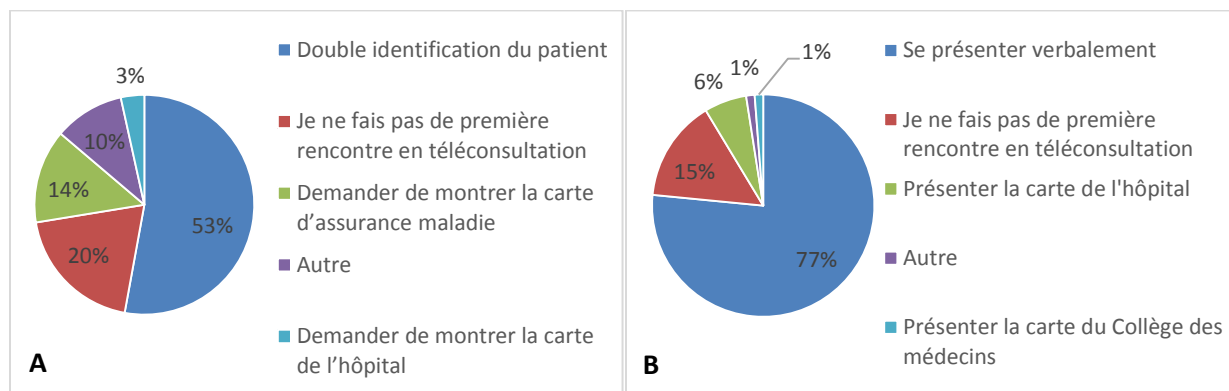
**Tableau 11 Fonctionnalités des plateformes de communication virtuelle les plus utiles aux médecins du CHUSJ**

Fonctionnalités	Réponses (%)
Invitation au patient par courriel	22,6%
Délégation de la planification des rendez-vous	15,5%
Salle attente virtuelle	14,2%
Partage d'écran	9,7%
Intégration des rendez-vous dans Outlook	9,0%
Aucun	8,4%

<b>Test audio-vidéo avant la consultation</b>	7,1%
<b>Téléphone</b>	5,2%
<b>Autre</b>	4,5%
<b>Clavardage</b>	3,2%
<b>Enregistrement de la téléconsultation</b>	0,6%

- Sécurité et identification

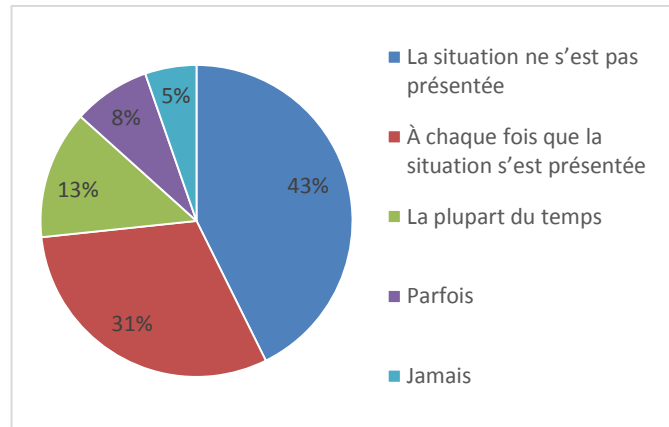
Certains médecins rencontrent des patients en première instance par téléconsultation. Dans ce cas, les médecins utilisent à 53% la double identification pour identifier le patient (Figure 14A). Certains médecins demandent de montrer la carte d'Assurance Maladie ou la carte de l'hôpital (3%). D'autres pratiques sont également observées comme demander au patient de se présenter verbalement, présenter la référence du médecin ou une pièce d'identité gouvernementale. Pour se présenter, les médecins le font majoritairement verbalement (77%, Figure 14B) ou en montrant la carte de l'hôpital (6%).



**Figure 14 Méthodes utilisées pour identifier le patient (A) ou méthodes utilisées par le médecin pour se présenter (B) dans le cas d'une première rencontre.**

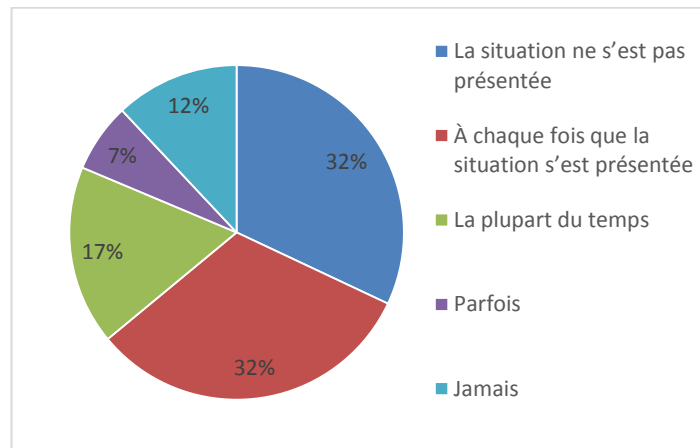
En ce qui concerne le consentement du patient à la téléconsultation, 60% des médecins ont répondu le demander à chaque séance contre 40% qui le demande uniquement à la première séance. Près de 70 % (69.3%) des répondants documentent l'obtention du consentement du patient, soit dans la note de consultation ou dans le dossier du patient (Chartmax ou Centro). À noter que seulement 29% des répondants sont au courant de l'existence d'un formulaire écrit pour le consentement du patient au CHUSJ et 52% savent qu'il existe une politique de télésanté au CHUSJ.

Pour l'âge des patients rencontrés en téléconsultation, presque 75% des répondants ont rencontré des jeunes de 14 ans et plus. Dans ce cas, 31% des médecins ont validé avec le jeune s'il était en mesure de s'exprimer sans être entendu de son parent à chaque consultation (Figure 15). Certains médecins ont validé avec le jeune la plupart du temps (13%) ou parfois (8%). Un petit pourcentage (5%) de répondants a affirmé n'avoir jamais validé avec le jeune s'il pouvait s'exprimer librement. À noter que 43% des médecins n'ont pas été confrontés à cette situation.



**Figure 15 Le médecin a-t-il validé avec le jeune s'il était en mesure de s'exprimer sans être entendu de son parent?**

Il est également important de s'assurer de la confidentialité de la téléconsultation avec des jeunes de plus de 14 ans. Nos résultats indiquent que 32% des médecins a demandé l'identité de chaque personne pouvant entendre la conversation, si le patient n'était pas seul dans la pièce, à chaque fois que la situation s'est présentée (Figure 16). Respectivement 17% et 7% ont posé la question la plupart du temps et parfois. 12% des médecins n'ont jamais posé la question.



**Figure 16 Le médecin a-t-il demandé l'identification de chaque personne pouvant entendre la conversation si le patient n'était pas seul dans la pièce?**

- Suggestions

La dernière partie du questionnaire a permis aux médecins répondants de faire part de leurs suggestions concernant la télésanté au CHUSJ. Parmi les divers commentaires, voici les suggestions et observations qui ressortent :

- Dépendamment des spécialités, l'utilisation de la télésanté et les besoins varient. C'est une pratique ayant des limites
- Un manque de support technique et administratif pour la prise de rendez-vous et la préparation des consultations (prévoir des formations, ajouter de l'aide pour l'utilisation des plateformes, la logistique, donner l'accès aux secrétaires à Zoom pour planifier les rendez-vous)
- Un manque d'équipement et de connexion internet afin de garantir une bonne qualité des échanges avec les patients

- Les médecins ont besoin d'outils pour les aider durant la téléconsultation (formulaire de consentement intégré dans l'invitation envoyée aux patients, prise de notes facile et fluide contenant les informations du patient et intégrée au dossier du patient, envoi des ordonnances électroniquement, création d'une plateforme permettant aux familles de téléverser les fichiers numériques et qu'ils s'intègrent aux dossiers des patients...)
- Une politique de télésanté contenant des balises claires est nécessaire, afin d'harmoniser les pratiques sans rigidifier le processus
- Globalement, l'accès rapide à Reacts et Zoom a permis de réagir vite en début de pandémie ce qui est apprécié. L'utilisation de la télésanté évolue constamment avec l'accès à de nouveaux outils et l'amélioration des habiletés des médecins. Espoir des médecins de voir le développement de cette pratique soutenue par la direction afin de l'intégrer dans l'offre de soins et permettre aux besoins du patient d'être la considération principale dans le choix des cliniciens.

- Conclusions de l'enquête interne

Globalement la télésanté a été mise en place rapidement au CHUSJ, ce qui a permis d'assurer le suivi de nombreux patients à distance. Par manque de ressources et de soutien, les médecins ont dû organiser les rendez-vous en téléconsultations par eux même et cela a mené à diverses pratiques au sein du CHUSJ. Par manque de matériel et d'une connexion internet de qualité, les téléconsultations par téléphone sont les plus courantes.

Dans une perspective d'amélioration du service de télésanté offert aux patients du CHUSJ, les médecins souhaiteraient un soutien administratif, matériel et technique supplémentaire. Cela permettrait d'améliorer la prise de rendez-vous, de développer l'utilisation des plateformes de téléconsultation comme Zoom, Reacts et Teams et d'uniformiser les pratiques.

### 5.3.3 Résultats du sondage de satisfaction

Le CHUSJ a établi un questionnaire destiné aux parents, aux enfants/adolescents et aux soignants afin de les interroger sur leur expérience de télésanté au CHUSJ. Il a été établi par Dr Prévost Jantchou, Dre Maria Buithieu et Mme Stéphanie Pernice, Coordinatrice au Bureau du Partenariat Patients-Familles-Soignants. Le but du questionnaire était d'améliorer l'offre de soins en télésanté du CHUSJ.

Nous nous intéressons ici uniquement aux informations complétées par les médecins concernant leur expérience en télésanté du 16 mars au 16 juin 2020. Il est intéressant de noter que le questionnaire a mis en évidence un taux de satisfaction élevé de la part des patients concernant les services de télésanté du CHUSJ (données non présentées ici).

- Spécialités des répondants

Un total de 41 médecins a répondu au questionnaire de satisfaction. Au total, 18 spécialités sont représentées. Parmi les spécialités des répondants, on observe une majorité de médecins exerçant en chirurgie générale et en pédiatrie générale, avec 14.6% des répondants pour chacune des deux spécialités (Tableau 12). L'orthopédie et la psychiatrie sont les deux spécialités suivantes les plus représentées, comptabilisant 9.8% des répondants chacune.

**Tableau 12 Spécialité des médecins ayant répondu au questionnaire de satisfaction.**

Spécialité	Réponses	Pourcentage
------------	----------	-------------



Chirurgie générale	6	14,6%
Pédiatrie générale	6	14,6%
Orthopédie	4	9,8%
Psychiatrie	4	9,8%
Cardiologie	3	7,3%
Médecine interne gynécologie obstétrique	3	7,3%
Génétique pédiatrique	2	4,9%
Médecine de l'adolescence	2	4,9%
Ophthalmologie	2	4,9%
Endocrinologie	1	2,4%
Clinique de grossesse à risque élevé	1	2,4%
Génétique prénatale	1	2,4%
Immuno-rhumatologie	1	2,4%
Médecine physique	1	2,4%
Neurologie	1	2,4%
Obstétrique	1	2,4%
ORL	1	2,4%
Plastie	1	2,4%

- Avez-vous travaillé depuis votre domicile pour faire de la téléconsultation?

On remarque que les pratiques de téléconsultation à domicile varient entre les répondants. Seulement 4.7% des répondants ont effectué toutes les téléconsultations depuis leur domicile (Figure 17). La majorité (51.2%) des médecins répondants a réalisé des téléconsultations depuis leur domicile. On remarque également que 41.9% des répondants n'ont jamais effectué de téléconsultations à leur domicile.

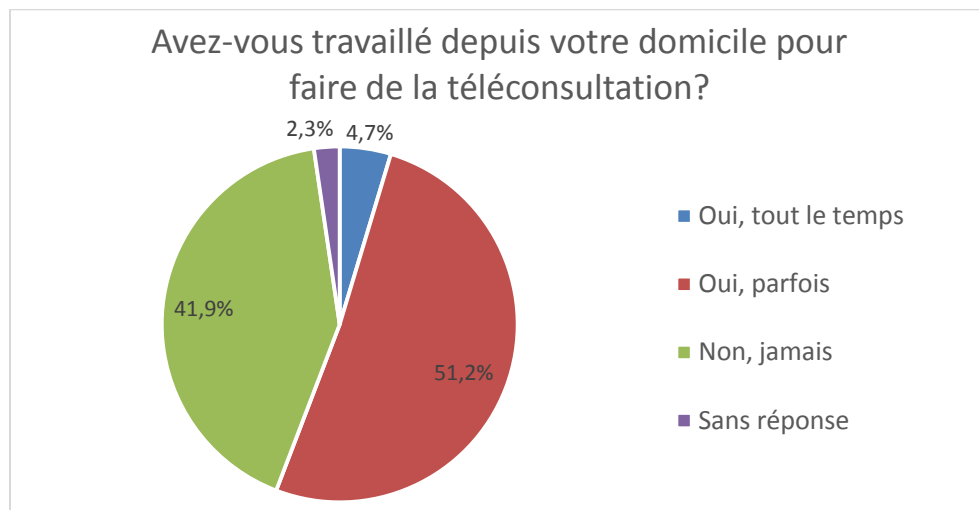


Figure 17 Pratiques de télétravail pour les téléconsultations

- Êtes-vous satisfaits avec les étapes en lien avec la préparation des rendez-vous de télésanté?

En ce qui concerne la satisfaction des médecins en lien avec la préparation des rendez-vous, la majorité des répondants sont neutres (réponse 3) ou satisfaits (réponse 4, Tableau 13). On remarque

que 22% des répondants sont très insatisfaits du soutien clérical et que 19.5% sont insatisfaits de l'organisation des rendez-vous, ce qui témoigne d'un besoin d'amélioration dans ces secteurs.

**Tableau 13 Satisfaction en lien avec la préparation des rendez-vous. 1 : Très insatisfait, 5 : Très satisfait.**

Catégorie	1	2	3	4	5	Sans réponse
<b>Soutien clérical</b>	22,0%	9,8%	29,3%	22,0%	4,9%	12,2%
<b>Organisation des rendez-vous</b>	7,3%	19,5%	26,8%	34,1%	7,3%	4,9%
<b>Liste des rendez-vous</b>	4,9%	9,8%	31,7%	31,7%	12,2%	9,8%

- Êtes-vous satisfaits avec les éléments techniques en lien avec votre activité de télésanté?

La technologie est une part importante dans la mise en place d'un service de téléconsultations. Les médecins ont donc été interrogés sur leur satisfaction par rapport à la qualité du réseau Wifi, à la facilité de connexion aux plateformes de télésanté et au soutien technique (Tableau 14). Pour le Wifi et la facilité de connexion, les répondants sont majoritairement neutres (22%) ou satisfaits (22%). À noter que 14.6% des répondants sont insatisfaits de leur expérience avec ces éléments techniques.

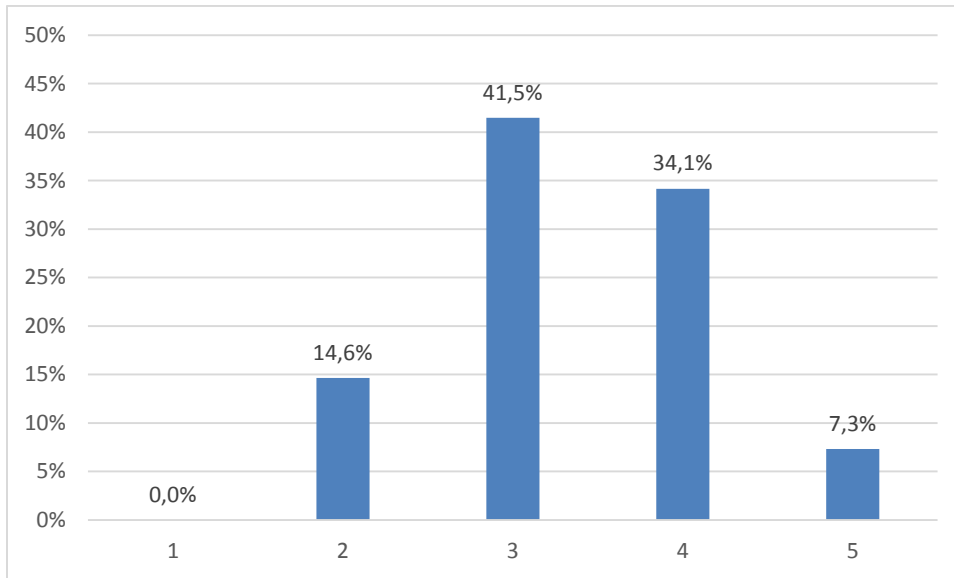
Concernant le soutien technique, on observe que 12.2% des répondants sont très insatisfaits ou insatisfaits et que 34.1% sont neutres. Ces résultats indiquent une possibilité d'amélioration du soutien technique pour les activités de téléconsultation.

**Tableau 14 Satisfaction concernant les éléments techniques. 1 : Très insatisfait, 5 : Très satisfait.**

Catégorie	1	2	3	4	5	Sans réponse
<b>Wifi</b>	9,8%	14,6%	22,0%	22,0%	9,8%	22,0%
<b>Facilité de connexion</b>	7,3%	14,6%	22,0%	22,0%	14,6%	19,5%
<b>Soutien technique</b>	12,2%	12,2%	34,1%	4,9%	9,8%	26,8%

- Dans l'ensemble quel est votre degré de satisfaction concernant votre expérience en télésanté?

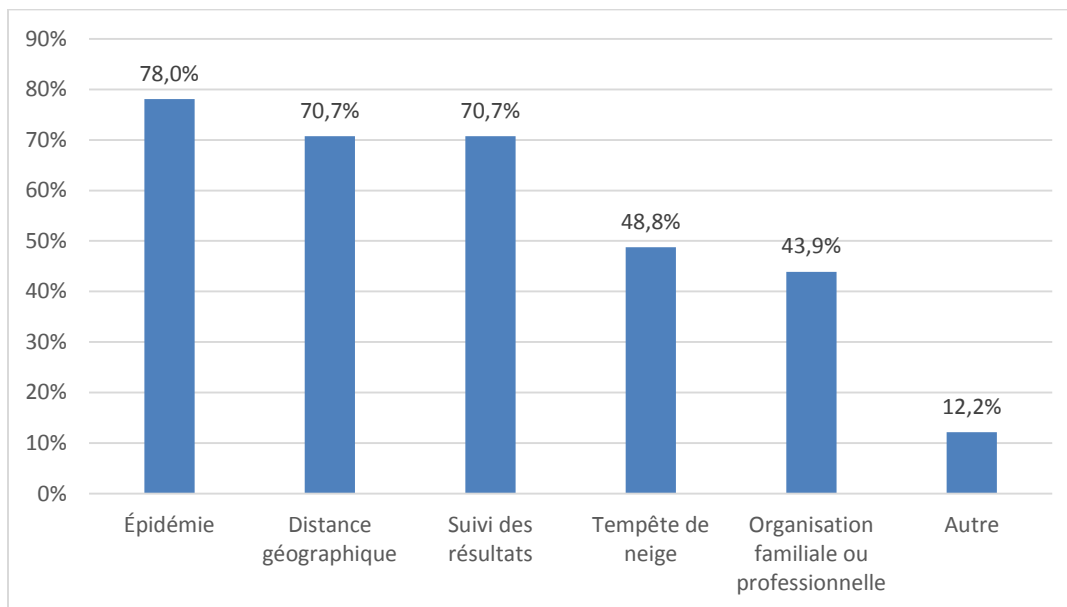
La satisfaction globale concernant l'expérience des médecins en télésanté au CHUSJ est majoritairement neutre (41.5%; Figure 18). À noter que 34.1% des répondants sont satisfaits de leur expérience de télésanté et 7.3% se disent très satisfaits. On remarque également qu'aucun répondant n'est très insatisfait de son expérience en télésanté, ce qui est positif. Ces résultats témoignent d'une mise en place plutôt satisfaisante mais non optimale de la télésanté au CHUSJ et qu'elle pourrait être améliorée.



**Figure 18 Degré de satisfaction général concernant la télésanté. 1 : Très insatisfait, 5 : Très satisfait.**

- Dans quelles circonstances seriez-vous prêt à privilégier la téléconsultation plutôt qu'une visite en personne à l'hôpital?

Concernant les circonstances pouvant amener à privilégier la téléconsultation, on observe que l'épidémie est majoritaire avec 78% des répondants (Figure 19), suivie de la distance géographique (70.7%) et du suivi de résultats (70.7%). Ces résultats montrent que les médecins sont volontaires pour utiliser la télésanté dans certaines situations, qu'elles soient liées à l'urgence d'une épidémie ou non.



**Figure 19 Circonstances pour lesquelles les médecins seraient prêts à utiliser la téléconsultation au lieu d'une visite en personne.**

- Suggestions d'amélioration des médecins

Comme pour le questionnaire interne sur les pratiques en télésanté (section 5.3.2 de ce document), les suggestions des répondants pour l'amélioration des services de télésanté concernent le soutien administratif, technique et clérical ainsi que la fourniture d'équipement et une meilleure connexion internet. L'utilisation du téléphone a été privilégiée par manque de ressources matérielles. De plus, certains médecins ont organisé eux-mêmes leurs rendez-vous, sans passer par le centre de rendez-vous car la procédure était trop complexe.

## 5.4 Recommandations

La revue de la littérature présentée ainsi que les enquêtes internes et externes réalisées dans le cadre de ce mandat d'évaluation montrent que la télésanté est une technologie en expansion dans le monde et nécessite un positionnement de l'institution visant à promouvoir son implantation et sa bonne utilisation.

Selon l'information recueillie dans le cadre de ce mandat d'évaluation, il est possible d'établir diverses recommandations opérationnelles concernant la télésanté. Un tableau général résume ces recommandations à la fin de cette section (Tableau 15).

- **Structure organisationnelle de la télésanté**

L'adoption, l'organisation et la gestion de la télésanté doivent être coordonnées par la direction des établissements de santé. **L'institution doit être préparée à soutenir le programme de télésanté du début à la fin de son implantation sur le plan financier, administratif, technique ainsi que sur les ressources humaines et matérielles.**

Une structure de gouvernance, une politique de fonctionnement, un cadre d'application et des directives claires sont nécessaires pour pouvoir instaurer une télésanté opérationnelle dans une institution. Les établissements doivent établir une stratégie et un plan d'action afin de guider le personnel de soins vers les téléconsultations. Cela inclut la mise au point de formulaires de consentement, la mise en place de soutien administratif et technologique, l'éligibilité des rendez-vous en virtuel, la création d'un comité tactique télésanté et la coordination avec les archives médicales ou avec la pharmacie dans le cas de prescriptions. La création d'un ou plusieurs sous-comité(s) est recommandée afin d'assister le comité tactique dans la coordination du développement et du déploiement des services de téléconsultation. Idéalement, chaque établissement pourrait avoir une ou plusieurs personnes travaillant à temps plein pour la télésanté, en fonction de la taille de l'établissement. L'implication de la perspective des patients par le Bureau du Partenariat Patients-Familles-Soignants dans la mise en place de programmes de télésanté est essentielle.

La mise au point d'une boîte à outils de communication à destination des patients est également recommandée afin de les éduquer sur l'utilisation préconisée de la télésanté.

- **Modalité de consultation (télémédecine versus présentiel) et code déontologique :**

Chaque service clinique de l'institution doit déterminer les situations cliniques relevant de la téléconsultation et le diffuser à ses membres.

Toutes les situations cliniques ne sont pas compatibles avec la téléconsultation. Le médecin doit faire preuve de jugement quant à la condition médicale de son patient et si celle-ci permet une consultation à distance. Il doit poser un diagnostic uniquement si les conditions pour le faire sont bonnes. Si la téléconsultation ne peut pas être réalisée, il revient au médecin d'évaluer le patient en personne ou de le référer à une ressource en mesure de le recevoir.

Quel que soit le type de consultation (présentiel ou téléconsultation), l'exigence déontologique nécessaire pour réaliser le diagnostic reste la même.

Malgré les attraits qu'elle procure, la téléconsultation ne peut remplacer la consultation en présentiel qui doit demeurer la base essentielle d'une relation médecin-patient. La téléconsultation ne peut être utilisée en premier choix et doit être réservée à des situations particulières. Elle doit permettre au médecin d'agir dans le meilleur intérêt de son patient et de respecter ses obligations professionnelles. À noter que la téléconsultation comporte un désavantage en pédiatrie en raison de l'interaction

indirecte entre le patient et le médecin. C'est en effet souvent le parent ou le tuteur légal qui interagit avec le médecin, en fonction de l'âge de l'enfant.

- **Matériel et technologie**

Il est recommandé de procéder à une organisation matérielle et technologique avant la première téléconsultation d'un soignant, afin de connaître les solutions possibles et le matériel de formation et de support disponible. Des pilotes de télésanté sont nommés par les technologies de l'information pour guider les cliniciens en téléconsultation (modalités de travail à distance, solution de visioconférence, de partage et d'entreposage des documents).

Pour les médecins exerçant au Québec, il est recommandé d'utiliser les plateformes suggérées par le MSSS. À noter que les directives peuvent évoluer et actuellement il est recommandé d'utiliser Zoom entreprise, Reacts et Teams. Les plateformes ou outils utilisés doivent être sécuritaires et respecter la confidentialité de l'échange. L'utilisation de médias sociaux (Facebook, Twitter, Skype) est interdite.

Concernant le matériel pour les téléconsultations, il est recommandé d'avoir un écran de bonne taille ou idéalement deux écrans afin d'optimiser la productivité. Une webcam, un microphone des haut-parleurs ou écouteurs de bonne qualité et une clé USB sécurisée pour le stockage des données confidentielles sont également recommandés.

L'utilisation d'une connexion internet à haut débit et de bonne qualité est indispensable pour les téléconsultations.

- **Respect par les médecins des recommandations de la pratique de la télémédecine :**

- Les médecins sont fortement encouragés à participer à une séance de formation au préalable.
- Les téléconsultations doivent être intégrées au travail clinique. Il est nécessaire d'établir des horaires pour les consultations virtuelles et de procéder à une prise de rendez-vous standard. Les cliniciens doivent préparer la téléconsultation comme une consultation en personne
- Le médecin doit toujours initier la téléconsultation au moyen des outils fournis par le MSSS afin de s'assurer que le lien est sécurisé. De plus, l'environnement du médecin doit être fonctionnel et garantir la confidentialité des informations échangées durant la téléconsultation
- Le fond doit être neutre et professionnel et un bon éclairage est nécessaire. L'installation de la webcam au-dessus de la fenêtre vidéo du patient est recommandée car cela permet de le regarder directement
- L'obtention du consentement de l'utilisateur est primordiale avant la première rencontre virtuelle. Dans le contexte de pandémie, il peut être obtenu verbalement en début de rencontre et être documenté au dossier. Un consentement libre et éclairé doit être obtenu avant chaque consultation à distance. Le clinicien doit s'assurer que le patient comprend les limites quant au mode de consultation choisi (qualité image et son, risques liés à la protection des renseignements personnels, limites de l'examen)
- Le médecin doit vérifier l'identité du patient et s'identifier auprès du patient. L'identification du patient se fait par la double identification (nom et date de naissance par exemple)
- Il est important de demander au patient s'il se trouve dans un endroit privé et si d'autres personnes sont présentes hors du champ de la caméra.
- Concernant la rédaction des ordonnances, le clinicien doit respecter les normes relatives à l'ordonnance individuelle. S'il utilise une technologie de l'information, il doit s'assurer du maintien de la confidentialité et de la possibilité d'y apposer sa signature électronique. Aucune ordonnance

de médicament ne doit être transmise directement à l'utilisateur, le seul destinataire autorisé est une pharmacie. Aucune ordonnance d'imagerie médicale ne doit être envoyée directement à l'utilisateur mais à un service de radiologie ou un laboratoire d'imagerie médicale

- La tenue de dossier du patient doit être conforme et le clinicien doit rédiger une note après chaque téléconsultation (identifier les modalités par lesquelles le patient a été évalué, les moyens technologiques utilisés, le processus utilisé pour l'identification, la localisation du patient, la manière d'obtention du consentement et les photographies envoyées par le patient si applicable)
- Si des photos, images échographiques ou radiologiques, ou vidéos du patient ont été échangées avec le médecin, elles doivent être incluses au dossier du patient et être conservées confidentiellement pendant au moins 5 ans. Le médecin est responsable de la sécurité et conservation des dossiers et ne doit en permettre l'accès qu'aux personnes autorisées (l'utilisation de la suite Office 365 est jugée sécuritaire pour les échanges cliniques [27])
- Le médecin ayant examiné ou traité un patient en téléconsultation est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient ou de s'assurer qu'un autre médecin puisse assurer le suivi, notamment en cas de résultat d'examen anormal requérant un suivi supplémentaire.

- **Évaluation de la télésanté**

La télésanté offre des opportunités d'améliorer les prestations de soins qui pourraient mener à de meilleurs résultats en santé. La création de bases de données partagées par divers systèmes de santé qui intègrent les données de téléconsultation et la mise en place d'un cadre d'évaluation scientifique permettrait d'identifier ces opportunités.

Il serait ainsi possible de comparer les différentes prestations de soins de télésanté, d'étudier des maladies rares, d'identifier les patients pouvant bénéficier des téléconsultations et d'explorer les moyens d'inclure la télésanté dans la charge de travail quotidienne des médecins. L'évaluation des programmes de télésanté permettrait de faire évoluer les systèmes de santé et la manière de délivrer des soins en temps normal et en temps de crise. Il est nécessaire de développer des approches standardisées pour évaluer la télésanté en centre hospitalier pédiatrique. À noter que l'implication des patients est essentielle dans l'évaluation des pratiques de télésanté.

Tableau 15 Récapitulatif des recommandations opérationnelles pour la télésanté en fonction de la structure organisationnelle visée.

Thématique	Structure organisationnelle	Recommandations pour la télésanté
<b>Structure et mise en place du programme de télésanté</b>	<b>Direction générale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien de l'institution dans l'implantation du programme de télésanté sur le plan financier, administratif, technique et des ressources humaines et matérielles</li> <li>- Création d'une structure de gouvernance, d'une politique de fonctionnement, d'un cadre d'application et de directives claires</li> <li>- Création d'un comité tactique de télésanté, de sous-comités et implication du patient partenaire</li> <li>- Désignation de personnel travaillant à temps plein pour la télésanté</li> </ul>
<b>Modalités de consultation et code déontologique</b>	<b>CMDP, chefs de service et départements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque service clinique de l'institution doit déterminer les situations cliniques relevant de la téléconsultation et le diffuser à ses membres.</li> <li>- Quel que soit le type de consultation (présentiel ou téléconsultation), l'exigence déontologique nécessaire pour réaliser le diagnostic reste la même</li> </ul>
<b>Technologie</b>	<b>Technologies de l'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder à une organisation matérielle et technologique avant la première téléconsultation d'un soignant</li> <li>- Nommer des pilotes télésanté travaillant pour les technologies de l'information afin de guider les cliniciens pour les modalités techniques des téléconsultations</li> <li>- Utiliser les plateformes suggérées par les directives ministérielles (actuellement, Zoom Entreprise, Reacts ou Teams sont suggérées)</li> <li>- Utiliser un écran de bonne taille ou deux écrans, d'une webcam, d'un microphone et d'un système de son de bonne qualité</li> <li>- Utiliser une connexion internet de bonne qualité</li> </ul>
<b>Bonnes pratiques de la téléconsultation</b>	<b>Médecins et DQEPE</b>	<p><b>Cadre de pratique de la télésanté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à une séance de formation</li> <li>- Établir des horaires pour les consultations virtuelles et procéder à une prise de rendez-vous standard</li> <li>- Choisir un lieu clair avec un fond neutre et professionnel</li> <li>- Tenir les dossiers des patients à jour avec les notes de la téléconsultation (identifier les modalités par lesquelles le patient a été évalué, les moyens technologiques utilisés, le processus utilisé pour l'identification, la localisation du patient, la manière d'obtention du consentement et les photographies envoyées par le patient (si applicable))</li> </ul>



		<p><b>Sécurité et confidentialité du patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le médecin doit initier la téléconsultation au moyen des outils fournis par le MSSS afin de s'assurer que le lien est sécurisé</li> <li>- L'environnement du médecin doit être fonctionnel et garantir la confidentialité des informations échangées durant la téléconsultation</li> <li>- L'obtention du consentement de l'utilisateur est primordiale avant la première rencontre virtuelle. Un consentement libre et éclairé doit être obtenu avant chaque consultation à distance</li> <li>- Le médecin doit s'assurer que le patient comprend les limites quant au mode de consultation choisi (qualité image et son, risques liés à la protection des renseignements personnels, limites de l'examen)</li> <li>- Le médecin doit vérifier l'identité du patient (double identification) et s'identifier auprès du patient</li> <li>- Il est important de demander au patient s'il se trouve dans un endroit privé et si d'autres personnes sont présentes hors du champ de la caméra</li> <li>- Le médecin doit respecter les normes relatives à l'ordonnance individuelle. Aucune ordonnance de médicament ne doit être transmise directement à l'utilisateur, le seul destinataire autorisé est une pharmacie. Aucune ordonnance d'imagerie médicale ne doit être envoyée directement à l'utilisateur mais à un service de radiologie ou un laboratoire d'imagerie médicale</li> <li>- Si des photos, images échographiques ou radiologiques, ou vidéos du patient ont été échangées avec le médecin, elles doivent être incluses au dossier du patient et être conservées confidentiellement pendant au moins 5 ans (l'utilisation de la suite Office 365 est jugée sécuritaire pour les échanges cliniques [27])</li> <li>- Le médecin est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient ou de s'assurer qu'un autre médecin puisse assurer le suivi</li> </ul>
<p><b>Évaluation de la télésanté</b></p>	<p><b>UETMIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer des bases de données partagées par divers systèmes de santé intégrant les données de téléconsultation</li> <li>- Mettre en place un cadre d'évaluation scientifique de la télésanté</li> <li>- Intégrer la perspective du patient partenaire</li> </ul>

## 6 Annexes

---

### 6.1 Annexe 1 : Questionnaire de balisage externe

Le CHU Sainte-Justine (CHUSJ) est un centre hospitalier universitaire pédiatrique situé à Montréal, Québec, Canada. L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (UÉT MIS) du CHUSJ mène actuellement une enquête auprès des grands centres hospitaliers pédiatriques dans le cadre d'un mandat d'évaluation sur la télésanté.

Ce questionnaire s'adresse aux gestionnaires de la télésanté de votre établissement.

Nous aimerions recueillir votre expérience sur l'organisation de la télésanté dans votre établissement avant et durant la pandémie de COVID-19. Le but de ce questionnaire est de documenter la structure organisationnelle et les pratiques générales en télésanté en milieu hospitalier pédiatrique.

Nous vous remercions de nous aider dans cette étude dont le but est d'ajuster notre offre de télésanté tout en améliorant les soins que nous offrons à nos patients et en accompagnant au mieux nos professionnels de la santé.

#### Organisation de la télésanté

1. Quel est le nom du centre dans lequel vous travaillez?
  - CHU Sainte-Justine (Canada)
  - Hôpital de Montréal pour enfants (Canada)
  - Sickkids in Toronto (Canada)
  - BC Children's hospital in Vancouver (Canada)
  - CHU de Lille (France)
  - CHU de Lyon (France)
  - Hôpital universitaire Robert Debré (France)
2. Existe-t-il une structure organisationnelle/de gouvernance pour gérer la télésanté pour votre établissement?
  - Oui
  - Non
3. Si oui, pouvez-vous détailler cette structure (organigramme, rôles)? Si vous le souhaitez, vous pouvez envoyer des documents à l'adresse [Unite.uetmis.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Unite.uetmis.hsj@ssss.gouv.qc.ca).

4. Combien de personnes sont désignées spécifiquement à la gestion de la télésanté dans votre établissement (cela exclut les collaborateurs)?
- Temps plein :
  - Temps partiel :
5. Quel est le rôle du service informatique de votre établissement dans la gestion de la télésanté?
- Fourniture d'équipement
  - Installation de logiciel
  - Soutien technique
  - Aucun rôle

### Impact de la pandémie de COVID-19

6. Est-ce que la pandémie actuelle a modifié la structure de gouvernance/la manière de gérer la télésanté dans votre établissement? Si oui, pouvez-vous décrire les modifications?
- Oui
  - Non

7. Est-ce que le nombre de personnes travaillant pour la télésanté ou la charge de travail par personne liée à la télésanté a augmenté durant la pandémie?

Augmentation du nombre de personnes	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 0-25%	<input type="checkbox"/> 25-50%	<input type="checkbox"/> 50-75%	<input type="checkbox"/> 75-100%
Augmentation de la charge de travail par personne	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 0-25%	<input type="checkbox"/> 25-50%	<input type="checkbox"/> 50-75%	<input type="checkbox"/> 75-100%

8. Aviez-vous des politiques ou directives concernant la télésanté dans votre établissement avant la pandémie?

- Oui
- Non

9. Si oui, est ce que ces politiques ont été modifiées durant la pandémie?

- Oui
- Non

10. Avez-vous des politiques ou directives concernant la télésanté dans votre établissement suite à la pandémie?

- Oui
- Non

### Pratiques de la télésanté

11. Est-ce que les médecins et professionnels de la santé de votre établissement ont reçu une formation concernant la pratique de la télésanté pendant la pandémie? SVP commentez.

- Plan de formation structuré systématique pour tous
- Outils fournis pour une formation individuelle
- Formation offerte aux personnes sur une base volontaire
- Formation structurée pour certains secteurs de l'établissement

12. Sur quels aspects portait la formation?

- Installation des logiciels
- Utilisation de la technologie
- Organisation de la télésanté dans l'établissement
- Politique d'utilisation de la télésanté de l'établissement et lois
- Autre :

13. Quelles plateformes pour la pratique de la télésanté les médecins et professionnels de la santé utilisent-ils? (plusieurs réponses possibles)

- Zoom
- Teams

- Reacts
- Skype
- Médias sociaux (Facetime, What's app, Hangout)
- Téléphone
- Autre :

14. Avez-vous réalisé un sondage sur la satisfaction des participants à la télésanté (médecins, professionnels et patients) concernant la qualité audio/vidéo?

- Oui
- Non

15. Est-ce que les médecins et professionnels de la santé de votre établissement peuvent pratiquer la télésanté en télétravail (depuis leur domicile)?

- Oui
- Non

16. Est-ce que les médecins et professionnels de la santé ont accès de leur domicile par une connexion sécurisée :

- aux dossiers cliniques informatisés des patients?
- aux données radiologiques des patients?
- aux données de laboratoire des patients?
- aux données de pharmacie des patients?
- aux notes cliniques des patients?

### Leçons apprises

17. À l'échelle de votre établissement, quels obstacles avez-vous rencontrés concernant l'utilisation de la télésanté?

- Communication de l'information au sein de l'établissement
- Formation des médecins/professionnels de la santé
- Disponibilité de l'équipement
- Utilisation de la technologie
- Soutien technique
- Soutien de l'administration
- Qualité du réseau de communication
- Autre :

18. Considérez-vous que la pratique de la télésanté dans votre établissement a été bien gérée durant la pandémie? Pouvez-vous développer?

19. Avez-vous d'autres informations ou commentaires dont vous voudriez nous faire part en lien avec la télésanté?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire!

Grâce à vos réponses, nous espérons pouvoir ajuster notre offre de télésanté.

Si vous avez des questions concernant le questionnaire, contactez l'UETMIS du CHUSJ:

[Unite.uetmis.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Unite.uetmis.hsj@ssss.gouv.qc.ca)

## **6.2 Annexe 2 : Questionnaire interne du CHUSJ.**

L'Unité d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (UÉT MIS) du CHU Ste-Justine (CHUSJ) mène actuellement une enquête interne sur la télésanté dans le cadre d'un mandat d'évaluation.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et résidents, fellows du CHUSJ. Nous aimerions recueillir votre expérience et documenter vos pratiques de téléconsultation. Ici, la téléconsultation est définie par une activité clinique impliquant une interaction à distance, en temps réel, entre un usager et un médecin, dans le but de poser ou de confirmer un diagnostic, de surveiller la progression d'un état ou d'ajuster un plan de traitement.

Nous vous remercions de nous aider dans cette étude dont le but est d'ajuster notre offre de télésanté tout en améliorant les soins que nous offrons à nos patients et en accompagnant au mieux nos médecins.

1. Quel est votre statut?
  - Médecin membre actif du CMDP
  - Médecin membre associé du CMDP

- Résident non fellow
- Fellow

2. Dans quelle spécialité exercez-vous?

Allergologie

Anesthésie

Cardiologie

Chirurgie cardiaque

Chirurgie pédiatrique

Chirurgie plastique

Chirurgie orthopédique

Dermatologie

Diabète – Endocrinologie

Gastroentérologie

Génétique médicale

Hématologie - Oncologie

Hépatologie

Immuno-rhumatologie

Médecine dentaire

Médecine nucléaire

Médecine physique et réadaptation (physiatrie)

Néonatalogie

Néphrologie

Neurochirurgie

Neurologie

Obstétrique - Gynécologie

Obstétrique - Procréation assistée (clinique de fertilité)

Ophtalmologie

ORL

Pathologie

Pédiatrie générale

Pédiatrie - Développement de l'enfant

Pédiatrie - Maladies infectieuses  
Pédiatrie - Médecine de l'adolescence  
Pédiatrie - Pédiatrie sociojuridique  
Pédiatrie - Soins palliatifs  
Pharmacie  
Pneumologie  
Psychiatrie  
Radiologie diagnostique  
Soins intensifs pédiatriques  
Urgence  
Urologie  
Autre :

#### **Indication et pratique de la téléconsultation**

3. Dans quelle(s) circonstance(s) clinique(s) utilisez-vous la téléconsultation? (Plusieurs réponses possibles)
  - Première consultation
  - Suivi d'une maladie chronique
  - Suivi de médication
  - Suivi pour l'annonce de résultats
  - Autre :
  
4. Quels documents réglementaires concernant la téléconsultation avez-vous consultés au préalable? (Plusieurs réponses possibles)
  - Collège des médecins du Québec (CMQ)
  - Association médicale canadienne (AMC)
  - Association canadienne de protection médicale (ACPM)
  - Info-DSP
  
5. À partir de quel(s) lieu(x) effectuez-vous vos téléconsultations? (Plusieurs réponses possibles)
  - Salle examen clinique du CHUSJ
  - Bureau personnel du CHUSJ
  - Domicile (télétravail)
  - Autre :
  
6. Dans quel(s) lieu(x) se trouvaient vos patients lors des téléconsultations? (Plusieurs réponses possibles)



- Domicile
- Travail
- Café
- Voiture
- Autre :

7. Est-ce que les patients rencontrés en téléconsultation étaient : (plusieurs réponses possibles)

- Au Québec
- Hors Québec mais au Canada
- Hors Canada

8. Est-ce que le fait de pouvoir facturer les téléconsultations a favorisé votre utilisation de cette technologie?

- Oui
- Non

**Utilisation de la technologie**

9. Quelle(s) formation(s) avez-vous reçue(s) avant d'effectuer des téléconsultations? (Plusieurs réponses possibles)

- Outils en ligne
- Rencontre avec le pilote de l'établissement
- Diffusion d'informations par l'organisation
- Aucune
- Autre :

10. D'après vous, est-ce que l'organisation devrait être mieux structurée pour le soutien technique en téléconsultation?

- Oui
- Non

11. Si oui, SVP préciser quelle(s) amélioration(s) vous aimeriez :

12. Qui est votre ressource en télésanté au CHUSJ?

13. Lors de vos téléconsultations, dans quel pourcentage avez-vous eu un :

Contact audio seulement	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> 0-25% <input type="checkbox"/> 25-50% <input type="checkbox"/> 50-75% <input type="checkbox"/> 75-100%
-------------------------	--

Contact audio et vidéo

Aucun     0-25%     25-50%     50-75%     75-100%

14. Quel(s) équipement(s) avez-vous utilisé(s) pour vos téléconsultations? (Plusieurs réponses possibles)

- Équipement de l'hôpital
- Ordinateur portable personnel
- Tablette personnelle
- Cellulaire personnel
- Ordinateur lourd personnel

15. Quelle plateforme de communication virtuelle utilisez-vous majoritairement?

- Reacts
- Zoom
- Teams
- Autre :

16. Documentez-vous tous vos échanges avec vos patients au dossier?

- Oui
- Non

17. Quel(s) outil(s) avez-vous utilisé(s) pour documenter vos notes de téléconsultation? (Plusieurs réponses possibles)

- Notes écrites
- Notes électroniques (Chartmax ou Centro)
- Dictée centralisée
- Autre :

18. Quels sont les moyens utilisés pour échanger avec vos patients en dehors des rendez-vous traditionnels?

- Téléphone
- Courriel
- Fax
- Message texte
- Je ne communique pas avec mes patients
- Autre :

19. Si vous communiquez avec vos patients par courriel, quelle messagerie utilisez-vous?

- Outlook
- Gmail
- React

- Université de Montréal
- Aucune
- Autre :

20. Quels moyens utilisez-vous pour envoyer ou modifier une ordonnance pharmacologique? (Plusieurs réponses possibles)

- Par le dossier médical électronique (DME)
- Par fax à la pharmacie
- Par courriel à la pharmacie
- Par courriel au patient
- Verbalement à la pharmacie
- Verbalement au patient
- Autre :

21. Quelles sont les fonctionnalités qui vous sont les plus utiles concernant la plateforme utilisée pour les téléconsultations? (Plusieurs réponses possibles)

- Test audio-vidéo avant la consultation
- Invitation au patient par courriel
- Salle attente virtuelle
- Partage d'écran
- Enregistrement de la téléconsultation
- Clavardage
- Délégation de la planification des rendez-vous
- Intégration des rendez-vous dans Outlook
- Autre :

### **Sécurité et identification**

22. S'il s'agit d'une première rencontre, quelle méthode utilisez-vous pour identifier le patient?

- Double identification du patient (nom complet, date de naissance, nom des parents, adresse)
- Demander de montrer la carte d'Assurance Maladie
- Demander de montrer la carte de l'hôpital
- Autre :

23. S'il s'agit d'une première rencontre, quelle méthode utilisez-vous pour vous identifier?

- Se présenter verbalement
- Présenter la carte du Collège des médecins
- Autre :

24. A quel moment obtenez-vous le consentement verbal du patient à la téléconsultation?

- À la première séance seulement

- À chaque séance

25. Documentez-vous le consentement du patient?

- Oui
- Non

26. Si oui, où documentez-vous le consentement?

27. Quels sont les éléments importants du consentement en téléconsultation que vous expliquez au patient ?

28. Savez-vous si un formulaire écrit pour le consentement du patient est disponible au CHUSJ dans un contexte de téléconsultation?

- Oui
- Non

29. Savez-vous s'il existe une politique de télésanté au CHUSJ?

- Oui
- Non

30. Avez-vous eu des téléconsultations avec des jeunes de 14 ans et plus?

- Oui
- Non

31. Avez-vous validé avec le jeune qu'il était en mesure de s'exprimer sans être entendu de son parent?

- À chaque fois que la situation s'est présentée
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais
- La situation ne s'est pas présentée

32. Si votre patient n'était pas seul dans la pièce où il se trouvait, avez-vous demandé l'identification de chaque personne pouvant entendre la conversation?

- À chaque fois que la situation s'est présentée
- La plupart du temps

- Parfois
- Jamais
- La situation ne s'est pas présentée

### **Suggestions**

33. Avez-vous des remarques ou suggestions supplémentaires dont vous voudriez nous faire part en lien avec les téléconsultations?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire!

Grâce à vos réponses, nous espérons pouvoir ajuster notre offre de télésanté.

Si vous avez des questions concernant le questionnaire, contactez l'UETMIS du CHUSJ:

[Unite.uetmis.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Unite.uetmis.hsj@ssss.gouv.qc.ca)

## 7 Références

---

1. Hong, Z., et al., *Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Experiences From Western China*. J Med Internet Res, 2020. **22**(5): p. e19577.
2. Mahajan, V., et al., *Using Telemedicine During the COVID-19 Pandemic*. Indian Pediatrics, 2020. **57**(7): p. 658-661.
3. Harting, M.T., et al., *Telemedicine in pediatric surgery*. J Pediatr Surg, 2019. **54**(3): p. 587-594.
4. Lo, M.D. and S.M. Gospe, Jr., *Telemedicine and Child Neurology*. J Child Neurol, 2019. **34**(1): p. 22-26.
5. Maia, M.R., et al., *How to develop a sustainable telemedicine service? A Pediatric Telecardiology Service 20 years on - an exploratory study*. BMC Health Serv Res, 2019. **19**(1): p. 681.
6. Sauers-Ford, H.S., et al., *Acceptability, Usability, and Effectiveness: A Qualitative Study Evaluating a Pediatric Telemedicine Program*. Acad Emerg Med, 2019. **26**(9): p. 1022-1033.
7. Bashshur, R., et al., *Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future*. Telemed J E Health, 2020. **26**(5): p. 571-573.
8. Loeb, A.E., et al., *Departmental Experience and Lessons Learned With Accelerated Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Crisis*. J Am Acad Orthop Surg, 2020. **28**(11): p. e469-e476.
9. Well, A., *Telehealth Index: 2019 Consumer Survey*. 2019.
10. Greenhalgh, T., et al., *Video consultations for covid-19*. BMJ, 2020. **368**: p. m998.
11. Mann, D.M., et al., *COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field*. J Am Med Inform Assoc, 2020. **27**(7): p. 1132-1135.
12. Moazzami, B., et al., *COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being*. J Clin Virol, 2020. **126**: p. 104345.
13. Vidal-Alaball, J., et al., *Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic*. Aten Primaria, 2020. **52**(6): p. 418-422.
14. Ohannessian, R., T.A. Duong, and A. Odone, *Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action*. JMIR Public Health Surveill, 2020. **6**(2): p. e18810.
15. France, M.d.s.e.d.l.s.d., *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*. 2020: Journal officiel de la République française n°59 du 10 mars 2020.
16. France, S.s.d.l.a.m.d., *Croissance record du recours à la téléconsultation en mars*. 2020.
17. France, P.d.h.c.d.l.s.p.d. 2020 [09 Octobre 2020]; Available from: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/new\\_hcsp-sars-cov-2\\_patients\\_fragiles\\_v3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/new_hcsp-sars-cov-2_patients_fragiles_v3.pdf).
18. Abimbola, S., et al., *The medium, the message and the measure: a theory-driven review on the value of telehealth as a patient-facing digital health innovation*. Health Econ Rev, 2019. **9**(1): p. 21.

19. Armfield, N., et al., *The clinical use of Skype-For which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature*. International Journal of Medical Informatics, 2015. **84**(10): p. 737-742.
20. Backhaus, A., et al., *Videoconferencing psychotherapy: a systematic review*. Psychological services, 2012. **9**(2): p. 111-131.
21. Ignatowicz, A., et al., *Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations*. Digit Health, 2019. **5**: p. 2055207619845831.
22. Portnoy, J., M. Waller, and T. Elliott, *Telemedicine in the Era of COVID-19*. J Allergy Clin Immunol Pract, 2020. **8**(5): p. 1489-1491.
23. Rajasekaran, K., *Access to Telemedicine-Are We Doing All That We Can during the COVID-19 Pandemic?* Otolaryngol Head Neck Surg, 2020. **163**(1): p. 104-106.
24. Chuo, J., M.L. Macy, and S.A. Lorch, *Strategies for Evaluating Telehealth*. Pediatrics, 2020.
25. MSSS, *Guide de soutien pour la mise en œuvre des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec dans le contexte de pandémie*. 2020.
26. MSSS, *Règles de bonnes pratiques dans le contexte pandémique*. 2020.
27. MSSS, *Utilisation de la suite Office 365 dans un contexte de soins virtuels*. 2020.
28. Québec, C.d.m.d. *Rappel déontologique: les limites de la téléconsultation*. 2020 05 Novembre 2020]; Available from: <http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-rappel-deontologique-les-limites-de-la-teleconsultation.aspx>.
29. Québec, C.d.m.d. *Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients!* 2020 05 Novembre 2020]; Available from: <http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx>
30. Québec, C.d.m.d., *Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19*, in [www.cmq.org](http://www.cmq.org). 2020.
31. Québec, C.d.m.d., *Participation des étudiants en médecine à la prestation des soins en télémédecine*. 2020: [www.cmq.org](http://www.cmq.org).
32. Québec, C.d.m.d., *La télémédecine réalisée par ;es résidents et moniteurs durant la pandémie de COVID-19*, in [www.cmq.org](http://www.cmq.org). 2020.
33. Canadienne, A.M., *Guide sur les soins virtuels Mars 2020*. 2020.
34. Canadienne, A.m., *Guide sur les soins virtuels à l'intention des patients*. 2020.
35. Canadienne, A.M., *Sondage national sur les soins virtuels*. 2020.
36. Canada, A., *Norme Télésanté A83001.2018-QC.19 V.1*. 2018.
37. Canada, A., *Trousse COVID-19*. 2020.