
ÉVALUATION FORMATIVE SOMMAIRE DE L'IMPLANTATION DE LA TÉLÉCONSULTATION PAR VIDÉO DURANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS



RÉPONSE RAPIDE

2 OCTOBRE 2020



©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et services sociaux, 2020

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

Auteurs : Marie-Belle Poirier, PhD
Pierre Dagenais, MD, PhD, FRCPC

REMERCIEMENTS

L'UETMISSS tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en participant aux entrevues téléphoniques. Des remerciements sont également adressés aux personnes qui ont facilité le déroulement des travaux, ou encore qui ont fourni du soutien, informations et conseils clés.

Mme Sabrina Lapointe, coordonnatrice de la télésanté, Centre de coordination de la télésanté au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;

Mme Yoséline Leunens, chargée de projets, Centre de coordination de la télésanté au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;

Dr Carolina Lucena Fernandes, chef du service de dermatologie;

M Frédéric Côté, infirmier pivot en oncologie pour le cancer oto-rhino-laryngologie et le cancer de la thyroïde;

Mme Marie-Andrée Roy, infirmière clinicienne coordonnatrice du programme de neuro-oncologie;

Dr Marie-Christine Légaré, service universitaire de pédopsychiatrie;

Dr Marie-Pascale Perrier, service universitaire de psychiatrie adulte;

Mme Mireille Fortin, coordonnatrice en services périnatalité, petite enfance et pédopsychiatrie;

Mme Isabelle Taillefer, assistante au supérieur immédiat en périnatalité et petite enfance en services périnatalité et petite enfance;

Mme Marie-Eve Pelletier, assistante à la coordination professionnelle en services en périnatalité et petite enfance, psychoéducatrice équipe 0-5 ans;

Mme Karen Lévesque, directrice des opérations (GMF);

Mme Jessica Blanchette, chef de service en soins et services psychosociaux généraux et professionnels en GMF;

Mme Marie-Noëlle Charbonneau, conseillère cadre éthique clinique et organisationnelle, par intérim à la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat;

Mme Maude Sirois (étudiante en droit), stagiaire à la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat;

M Francis Lacasse, bibliothécaire au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;

Mme Julie Beaucher, technicienne en documentation au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la recherche documentaire;

Mme Mariève Desrochers-Rancourt, agente administrative au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la révision linguistique et la mise en page.

HISTORIQUE DE MODIFICATIONS

Version	Responsable(s)	Date	Modification(s)
1	Marie-Belle Poirier et Pierre Dagenais	2020-05-15	
2	Marie-Belle Poirier et Pierre Dagenais	2020-05-21	Modifications aux références et discussion
3	Marie-Belle Poirier et Pierre Dagenais	2020-05-26	Corrections de coquilles et modifications de la liste des remerciements
4	Marie-Belle Poirier et Pierre Dagenais	2020-06-01	Correction du masculin au féminin (COVID-19)
5	Mariève Desrochers-Rancourt (agente administrative)	2020-07-27	Correction d'une coquille et changement de la date
6	Marie-Belle Poirier	2020-10-02	Modifications aux remerciements

RESPONSABILITÉ

L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Suivant l'évolution de la situation, les constats pourraient être appelés à changer.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

ISBN 978-2-550-86686-2 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke – Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud, bureau 5201

Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648

Courriel : UETMISSS.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). *Évaluation formative sommaire de l'implantation de la téléconsultation par vidéo durant la pandémie de la COVID-19 au CIUSSS de l'Estrie – CHUS* préparé par Marie-Belle Poirier, Francis Lacasse et Pierre Dagenais (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Juillet-2020) Sherbrooke, Québec (Canada), ii, 23 p.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Évaluation formative sommaire de l'implantation de la téléconsultation par vidéo durant la pandémie de la COVID-19 au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

CONTEXTE

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation de la Direction des services professionnels du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19). Ces travaux ont pour objectifs de réaliser une évaluation formative sommaire de l'implantation en mobilisant les secteurs clés afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données ou sur un processus de consultation élaboré. Dans les circonstances d'une telle urgence de santé publique, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS reste à l'affût de toutes nouvelles données susceptibles de lui faire modifier cette réponse rapide.

CONSTATS DE L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Basé sur les consultations menées, malgré l'incertitude existante dans la démarche utilisée, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS émet les constats suivants :

Avantages

Les téléconsultations par vidéo :

- pourraient faciliter l'accès à un professionnel en santé et/ou certains soins et services à distance, et ce, en temps opportun;
- donneraient accès à la communication non verbale, au milieu de vie physique ainsi qu'à l'entourage d'un patient ou usager;
- pourraient permettre de repousser le besoin d'un suivi en présentiel;
- pourraient permettre le télétravail des professionnels de la santé;
- pourraient, dans certaines spécialités, permettre la mise en commun de listes d'attente pour une consultation;
- pourraient permettre avec plus de facilité, des rencontres avec le patient/usager et les différents professionnels et intervenants impliqués dans sa prise en charge (triangulation des informations);
- pourraient permettre (dans une certaine mesure) de respecter le choix de patients ne désirant pas visiter un établissement de soins ou une visite à domicile dans le contexte de la COVID-19.

Limitations

Les téléconsultations par vidéo :

- ne pourraient pas, ou seulement avec une portée limitée, se substituer à une rencontre en présentiel dans plusieurs contextes (p. ex. : examen physique requis, et/ou le traitement est administré par des interactions entre les professionnels et le patient/usager);
- ne sembleraient pas être envisageable à long terme comme unique modalité de suivi, traitement ou de réadaptation sans consultation/visite en présentiel;
- pourraient prendre davantage de temps comparativement à une consultation en présentiel (contrebalancer les limitations de la vidéo en validant une découverte par plusieurs méthodes);
- ne permettraient pas de rejoindre certaines populations vulnérables (par ex. personnes âgées, personnes n'ayant pas les ressources, comme : l'accès à une bande passante minimale de 10 Mbit/sec, les aptitudes nécessaires, ou chez les personnes sans adresse courriel);
- démontreraient une utilité très limitée dans des contextes où une bonne qualité de l'image est requise (p. ex. : dermatologie).

Levier à l'implantation des téléconsultations par vidéo :

- Présence de ressources informatiques (p.ex. accès à l'internet sans fil);
- Présence d'un utilisateur motivé (porteur);
- Intégration des téléconsultations vidéo dans le dossier clinique informatisé;
- Reconnaissance des soins et services réalisés par les téléconsultations vidéo;
- Convivialité et rapidité des plateformes de téléconsultation par vidéo (application simple et possibilité de répondre rapidement à un besoin).

Les barrières générales à l'implantation des téléconsultations par vidéo :

- Le manque d'accessibilité aux ressources informatiques (p. ex. : caméra, accès internet sans fil, jeton d'accès);
- Le manque d'intégration des téléconsultations par vidéo dans le flux et processus reliés à la prestation de soins et services;
- La phase d'apprentissage de l'utilisation des plateformes (ZOOM forfait entreprise, Reacts, Teams) par les utilisateurs;
- Présence de résistance ou de méfiance face à la téléconsultation par vidéo;
- Requiert une certaine adaptation des pratiques médicales et professionnelles par rapport aux soins et services offerts en présentsiels;
- Manque de reconnaissance des actes réalisés en téléconsultations (rémunération moins importante que pour les actes en présentiel);

- Manque de lignes directrices des soins et services à distance basées sur l'efficacité et la sécurité;
- Plateformes de téléconsultations vidéo qui demandent une installation ou la création d'un compte par le patient ou l'utilisateur.

Les barrières spécifiques à l'implantation des téléconsultations par vidéo en télétravail :

- Le manque d'accessibilité aux dossiers médicaux et psychosociaux;
- La présence de lourdeurs dans les processus d'archivage des notes aux dossiers médicaux et psychosociaux.

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, les pratiques cliniques ont dû être significativement réorganisées. Dans cette réorganisation sans précédent et afin de répondre aux consignes de la santé publique, il est notamment recommandé d'avoir davantage recours à des consultations à distance par différentes modalités, telles que le téléphone ou la visioconférence.

Lors de la rencontre du 8 avril 2020, le Dre Colette Bellavance, directrice à la DSP, a mandaté l'UETMISSS afin de réaliser une évaluation des téléconsultations par vidéo. Le présent document vise à évaluer de manière sommaire les déterminants contextuels du degré de mise en œuvre des téléconsultations par vidéo durant la pandémie de la COVID-19 au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Cette évaluation s'intègre dans un processus d'amélioration continue et afin de permettre d'appuyer les démarches en matière de téléconsultation par vidéo pour l'établissement. Cette évaluation sommaire formative de l'implantation de la téléconsultation par vidéo s'inscrit également dans des travaux d'évaluation réalisés en collaboration avec l'Institut universitaire de cardiologie de Québec- Université Laval (IUCPQ-UL) qui vise à identifier les contextes de soins et services où la téléconsultation par vidéo représenterait une valeur ajoutée par rapport à la téléconsultation téléphonique.

Définition de l'intervention

L'évaluation porte sur l'utilisation des téléconsultations par vidéo, en synchrone, entre un patient ou usager et un utilisateur (p. ex. : professionnel de la santé, intervenant) dans un contexte de suivi médical (p. ex. : postopératoire, suivi de traitement), de diagnostic médical (nouvelle consultation) et de réadaptation ou de traitement (p. ex. : soutien psychologique, suivi psychosocial, aide à l'allaitement, aide au développement chez les 0-5 ans).

Les téléconsultations impliquant deux professionnels de la santé et dont l'objectif est de prodiguer des soins spécialisés à distance (p. ex. : gestions des plaies) avec l'aide d'un

intervenant spécialisé agissant à distance ainsi que de la surveillance (p. ex. : monitoring à distance dans le cas des maladies pulmonaires obstructives chroniques) ont été exclus car il ne correspondent pas à un besoin en téléconsultation afin d'éviter ou de repousser une rencontre en présentiel avec un patient/usager.

Questions d'évaluation

Quels sont les avantages de la téléconsultation par vidéo rapportée par les professionnels de la santé en contexte de la COVID-19?

Quelles sont les limitations de la téléconsultation par vidéo rapportées par les professionnels de la santé en contexte de la COVID-19?

Quels sont les leviers et les barrières rencontrés lors du déploiement et de l'utilisation de la téléconsultation par vidéo?

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation formative sommaire de l'implantation a été réalisée par une synthèse qualitative des enjeux contextuels et expérientiels relevés lors d'entrevues semi-structurées (1). Ces informations ont été prélevées auprès de chefs de service, coordonnatrices, assistantes à la coordination, professionnels de soins (médecins, infirmiers et infirmières). Les différents domaines et milieux de soins et services ont été choisis par l'UETMISSS (recrutement opportuniste) suite à des échanges avec le demandeur et des discussions avec l'équipe de télésanté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les choix des installations sondées ont été réalisés de façon à couvrir plusieurs RLS du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Compte tenu de la nature de l'intervention et de son impact, des territoires couvrants des populations urbaines et rurales ont été intégrés dans l'évaluation. En considérant le temps alloué à la réalisation du projet, certains RLS n'ont pas pu être sondés. Néanmoins, une attention particulière a été apportée aux contextes de soins et services où l'accès visuel au patient et/ou à son milieu de vie pourraient être utile à la qualité et la pertinence de la prestation de soins et services.

Une demande de données médico-administratives a été soumise à l'InfoCentre. Ces données auraient pu permettre de mesurer l'étendue de l'implantation et le nombre de téléconsultations dans les centres hospitaliers de la région de Sherbrooke. Ces informations auraient également été utiles dans l'identification des grands utilisateurs et inversement des secteurs à plus faible déploiement et cibler des professionnels pour nos entrevues. En considérant le temps alloué, des recherches dans les données médico-administratives en CLSC, GMF n'ont pas été initiées.

Entrevues semi-structurées

Les données contextuelles et expérientielles ont été recueillies à partir d'entrevues semi-structurées (2). Les entrevues ont été réalisées par téléphone à l'aide d'un guide de discussion (voir Annexe 1), ce dernier était ajusté en fonction du niveau d'implantation des téléconsultations par vidéo. De manière générale, les entretiens avaient une durée de 30 à 45

minutes. La description de la fonction ou du rôle des répondants, leur secteur et type de soins services et les RLS respectifs sont présentés en Annexe 2. Brièvement, les secteurs et/ou spécialités suivants ont été recensés : suivis psychosociaux, suivis périnataux, psychiatrie communautaire, pédopsychiatrie, la médecine de famille, la dermatologie, les suivis de traitements en oncologie (oto-rhino-laryngologie (ORL) et neuro-oncologie). Les professionnels de la santé sondés étaient en provenance des RLS de Sherbrooke, Haute-Yamaska, de Coaticook, de la Pommeraie. Plusieurs répondants avaient une pratique qui touchait un territoire couvrant plusieurs RLS (p. ex. : suivis oncologiques, la dermatologie, la psychiatrie communautaire et la pédopsychiatrie).

Analyse qualitative des données

L'analyse qualitative des données s'est déroulée en trois étapes (3,4). Brièvement, la transcription des réponses aux questions était réalisée au fur et à mesure des entrevues. Une récapitulation des éléments émis était passée en revue avec les répondants à la fin de l'entretien. Des éléments qui étaient soulevés en dehors des questions étaient également notés. À partir de cette transcription, les composantes des idées clés ayant un lien avec les différentes questions d'évaluation (sémantique) ont été catégorisées à l'aide d'une grille de repérage. Ces éléments ont ensuite été analysés et interprétés en fonction des interconnexions identifiées par thèmes entre les professionnels sondés de sorte à faire ressortir les items majeurs (5).

Validation et assurance qualité

La validation et l'approbation finale de ce document ont été effectuées par le directeur scientifique de l'UETMISSS.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Mise en contexte des téléconsultations par vidéo offertes en contexte de la COVID-19 au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Les utilisations de la téléconsultation qui était en cours avant la pandémie de la COVID-19 que nous avons répertorié étaient : 1) étude pilote sur les suivis de traitements en ORL et, 2) des consultations en médecine de quatrième ligne pour des suivis de patients à l'échelle suprarégionale.

Durant la pandémie de la COVID-19 les téléconsultations par vidéo ont été déployées dans différents milieux de soins et services, et ce, à différentes échelles (voir Annexe 2). En effet, certains milieux avaient été en mesure d'initier les téléconsultations par vidéo dès la mi-mars alors que d'autres sont toujours en attente d'un déploiement (5 mai 2020). Dans la très grande majorité des téléconsultations à distance, le téléphone était la modalité la plus utilisée en première ligne (voir les exceptions dans le domaine de la santé mentale). Généralement, lorsque la consultation téléphonique n'arrivait pas à atteindre les objectifs souhaités, on pouvait proposer au patient l'envoi de photos ou une téléconsultation par vidéo lorsque jugée utile et/ou pertinente. Par la suite, si la téléconsultation par vidéo ou l'envoi de photos ne s'étaient pas montrés concluants, une rencontre en présentiel était organisée. Aucune thérapie

de groupe menée par l'utilisation de plateforme de vidéo à distance n'a été recensée durant notre évaluation. D'après les informations dont nous disposons, leurs activités ont été reportées jusqu'à nouvel ordre.

La nature des téléconsultations par vidéo consistait majoritairement en des suivis de patients dont la condition médicale était déjà documentée, toutefois, les consultations de nouveaux cas pouvaient être réalisées en médecine familiale, pédopsychiatrie et en psychiatrie communautaire, et pour des suivis périnataux.

Dans tous les contextes de soins et services, si l'état de santé du patient ou sa situation étaient jugés préoccupants ou que sa condition requérait un examen physique ou des soins en établissement, il était rencontré en présentiel. D'autre part, il est à noter que certains milieux n'auraient pas ou peu reçu de demande pour l'intégration d'une offre de téléconsultation par vidéo, autant de la part du personnel professionnel que des patients ou usagers.

En psychologie et en psychiatrie adulte en milieu communautaire, la téléconsultation par vidéo pouvait être proposée en première instance par rapport à l'approche par téléphone. Des suivis ainsi que des consultations de nouveaux cas pouvaient ainsi être menés.

En terminant, nous aurions souhaité trianguler ces données contextuelles et expérientielles des pratiques des centres hospitaliers de Sherbrooke avec les données médico-administratives. Toutefois, nous avons reçu les résultats des forages trop tardivement pour les intégrer. De plus, l'hétérogénéité de ces données compte tenu de l'absence de protocole généralisé dans ces établissements pour la notification des téléconsultations par vidéo par rapport à une consultation téléphonique, rendait cette intégration difficile. En effet, au moment de la rédaction de ce rapport, sous le libellé, clinique virtuelle, il n'y aurait pas de distinction entre les téléconsultations téléphoniques ou par vidéo. Dans ces circonstances, nous avons jugé qu'il serait plus prudent de ne pas les inclure dans notre rapport.

Les avantages de la téléconsultation par vidéo rapportée par les professionnels de la santé en contexte de la COVID-19

Les avantages de la téléconsultation par vidéo généralement énoncés par les répondants étaient une augmentation de l'accessibilité aux soins et services. Plusieurs ont également mentionné une réduction des inconvénients provoqués par les déplacements des patients/usagers et des professionnels de soins. Également, les téléconsultations par vidéo pouvaient offrir une modalité de soins et services qui respecte les mesures émises par la santé publique en lien avec la pandémie de la COVID-19. Elles permettent également de respecter le choix des patients et usagers qui ne souhaitent pas se déplacer dans un établissement de santé ou de recevoir une visite à domicile de la part d'un professionnel de la santé. Toutefois, pour bénéficier de ces avantages, les téléconsultations par vidéo doivent se montrer utiles et permettre l'atteinte des objectifs visés.

Les autres avantages mentionnés qu'apporterait la téléconsultation par vidéo portaient sur l'accessibilité à la communication non verbale ainsi qu'au milieu de vie et des patients et usagers ainsi qu'à leurs proches. L'ensemble de ces éléments sont très pertinents dans les domaines de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie adulte communautaire et en thérapie psychologique permettant ainsi de réaliser des suivis ainsi que des consultations de nouveau cas.

Des avantages très variables des téléconsultations par vidéo ont été énoncés par les professionnels œuvrant dans les suivis psychosociaux, suivi périnatal et du développement chez les 0-5 ans. L'avantage majeur relevé était la possibilité que permettrait la téléconsultation par vidéo de reporter une visite à domicile ou d'offrir de l'accompagnement pour répondre à un besoin de manière rapide.

Un autre avantage des téléconsultations par vidéo soulevées par les répondants était qu'elles permettent la participation en simultanée de plusieurs spécialistes et intervenants. Cette opportunité de triangulation des données (expérientielles) pourrait promouvoir la qualité des soins et services ainsi que d'améliorer l'utilisation des ressources de l'établissement (p. ex. : gagner du temps).

En termes de bons coups, on note la mise en commun de liste d'attente. En effet, les critères reliés à la distance avec les patients et usagers n'étant plus un enjeu, les listes d'attente de certains spécialistes ou professionnels pourraient être mises en commun (p. ex. : la mise en commun des requêtes pour une consultation en orthophonie couvrant les RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie). Ceci pourrait améliorer l'accessibilité aux soins et service ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources de l'établissement. Toutefois, ce modèle requiert que les interventions à distance soient efficaces et validées.

Pour plus de détails sur les avantages majeurs relevés, veuillez consulter l'Annexe 4.

Les limitations de la téléconsultation par vidéo rapportées par les professionnels de la santé en contexte de la COVID-19

Parmi les répondants sondés, plusieurs ont mentionné que les téléconsultations pouvaient avoir une portée ou une utilité limitée. Dans plusieurs situations, la consultation par vidéo serait limitée et pourrait permettre de repousser une consultation en présentiel ou une visite à domicile sans toutefois l'exclure. Dans plusieurs secteurs, les répondants mentionnaient que les téléconsultations ne pourraient pas, ou seulement avec une portée limitée s'appliquer dans leur contexte de soins et services. Dans certains domaines, un examen physique serait requis ou encore, le traitement doit être administré par des interactions entre les professionnels et le patient et du matériel spécialisé (p. ex. : développement chez les 0-5 ans). Dans une autre perspective, si les téléconsultations par vidéo pouvaient se montrer efficaces et utiles pour répondre à certains besoins, elles ne sembleraient pas être enviables à long terme comme modalité unique de suivi de traitement ou thérapie sans consultation en présentiel.

Également, plusieurs répondants ont mentionné qu'ils devaient réaliser plusieurs tâches ou examens afin d'atteindre le même niveau de certitude dans leur conclusion par rapport aux consultations en présentiel. Les professionnels doivent donc parfois redoubler d'efforts et être imaginatifs dans leur approche afin d'atteindre les objectifs. De plus, les téléconsultations auraient démontré une utilité très limitée dans des contextes où une bonne qualité de l'image est requise (p. ex. : dermatologie). En ce sens, plusieurs secteurs, une téléconsultation à distance par téléphone accompagnée d'une photographie pertinente pouvait avoir une efficacité et une sécurité perçues par les répondants comme étant très comparables. Des secteurs où la qualité de l'image était un critère d'utilisateur majeur, l'envoi de photo était supérieur à la téléconsultation par vidéo.

Dans plusieurs secteurs, où on note la présence de clientèles plus vulnérables, les répondants ont mentionné la présence de limitations dans l'accessibilité des téléconsultations par vidéo. Parmi les items énoncés, on retrouve un âge avancé, une situation socio-économique précaire, la ruralité (accès à l'internet ou à une bande passante insuffisante). Des répondants ont indiqué que ces populations vulnérables possèdent souvent déjà un accès plus limité aux soins et services. Également, bien que rare, des refus de recevoir des soins et services par ce type d'approche ont également été rencontrés.

Chez certains patients et usagers, le manque de convivialité a également été cité comme des limitations rencontrées. Notamment, la nécessité d'installer une application ou de répondre à un courriel pour confirmer son identité/le rendez-vous étaient un ensemble d'étapes qui pouvaient rebuter certains patients et usagers. En revanche, plusieurs patients et usagers étaient très familiers avec des plateformes vidéo non sécurisées (p. ex. : FaceTime ou Messenger) et pouvaient se montrer très ouverts à leur utilisation pour réaliser des téléconsultations dans le cadre de soins et services.

Pour plus de détails sur les limitations majeures relevées, veuillez consulter l'Annexe 5.

Quels sont les leviers et les barrières rencontrés lors du déploiement et de l'utilisation de la téléconsultation par vidéo?

Leviers

Parmi les leviers identifiés on retrouve des éléments typiques aux implantations d'une intervention, soit : la présence d'un utilisateur motivé, convivialité et rapidité d'utilisation par les utilisateurs et par la clientèle visée. Des éléments mentionnés qui étaient plus spécifiques à l'implantation des téléconsultations par vidéo au CIUSSS de l'Estrie – CHUS étaient l'accessibilité aux ressources informatique nécessaires pour supporter cette modalité de soins et services. Pour soutenir l'implantation, une intégration des téléconsultations par vidéo dans la pratique et les processus reliés à la prestation de soins et services (p. ex. : ajout des téléconsultations dans la grille horaire, accessibilité aux dossiers médicaux/psychosociaux). Également, la reconnaissance des soins et services administrés à distance favorise l'implantation, toutefois, des variations sont présentes dans les contextes des différents répondants (voir la section sur les barrières).

Pour plus de détails sur les leviers majeurs relevés, veuillez consulter l'Annexe 6.

Barrières

Plusieurs barrières à l'implantation ont été énoncées par les répondants. Les plus importantes étaient souvent reliées au manque de ressources informatiques. Sur cet élément, il existe des variations importantes dans l'accessibilité aux ressources (p. ex. : soins professionnels versus soins d'accompagnement). Plusieurs milieux n'avaient pas accès à une caméra ou à l'internet sans fil et ne pouvaient pas soutenir une offre en téléconsultation par vidéo, et ce, même avec des ressources personnelles (enjeux d'accessibilité et d'équité majeur). Certains milieux ayant accès à l'internet sans fil utilisaient des ressources personnelles afin de soutenir la vidéo (p. ex. : tablette personnelle). Des professionnels en télétravail n'avaient pas de jeton d'accès pour supporter les téléconsultations par vidéo en télétravail ou d'accès aux dossiers médicaux/psychosociaux. D'autres éléments ne favorisant pas l'utilisation des consultations à distance étaient associés aux manques d'intégration de cette pratique dans le flux et processus cliniques. On compte parmi ces éléments ; la planification de la téléconsultation, sa réalisation et la transmission des données recueillies dans les dossiers médicaux/psychosociaux. En effet, plusieurs répondants ont mentionné la présence de lourdeurs dans l'accessibilité aux dossiers des patients et dans l'archivage des notes aux dossiers. De fréquentes visites au milieu de travail des professionnels étaient essentielles afin d'acheminer les notes aux dossiers avec diligence. Ces barrières pouvaient ou non être provoquées directement par le manque de ressources matérielles en informatique, mais également par le manque de moyens sécurisés pour partager les informations rapidement.

Au niveau de la pratique professionnelle, certains répondants ont mentionné un manque de reconnaissance des actes en téléconsultation par vidéo. En effet, bien qu'une grille tarifaire ait été proposée par le Collège des médecins, des différences tarifaires importantes demeurent à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) entre l'acte réalisé en présentiel par rapport au même acte en téléconsultation par vidéo. Ces différences pourraient engendrer un risque pour la pérennité des téléconsultations dans certains contextes médicaux.

Les autres items cités comme des barrières sont communs à plusieurs implantations d'intervention. Parmi ceux-ci on mentionne le temps d'adaptation à de nouvelles technologies (p. ex. : créer une salle de consultation virtuelle) ainsi que l'adaptation aux téléconsultations par vidéo dans les pratiques des soins et services. Ces éléments, combinés aux communications avec les patients et usagers qui sont nécessaires afin d'expliquer et valider les nouvelles procédures requises pour planifier une téléconsultation peuvent représenter des barrières importantes à l'implantation.

Pour plus de détails sur les barrières majeures relevées, veuillez consulter l'Annexe 7.

DISCUSSION

La pandémie à Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) a provoqué une réorganisation sans précédent dans de nombreux aspects entourant la prestation des soins et services. Dans ce contexte inédit, le déploiement des téléconsultations par vidéo a été initié dans pratiquement tous les secteurs de la santé. Ces circonstances pourraient avoir créé des opportunités inégalées dans le développement de cette modalité de soins et de services. En revanche, l'implantation de technologies dans de telles circonstances pourrait également provoquer des impacts négatifs tels que des délestages de ladite technologie par certains utilisateurs, non pas par manque d'utilité ou d'efficacité, mais parce que plusieurs enjeux liés à son utilisation n'ont pas pu être répondus en temps opportun (p. ex. : accès aux ressources et directives, présence d'un cadre opérationnel, etc.).

Ce rapport s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue et constitue un portrait de la situation des téléconsultations par vidéo durant la pandémie de la COVID-19 dans différents secteurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les éléments contextuels et expérientiels présentés dans ce rapport pourraient orienter les travaux d'implantations et de développement en cours. Ces travaux s'inscrivent également dans une démarche sur l'évaluation de la valeur ajoutée des téléconsultations par vidéo par rapport aux consultations par téléphone, réalisée en collaboration entre l'UETMISSS et l'IUCPQ-UL.

Pour la suite de la réflexion, de nombreux organismes et associations travaillent à la rédaction de guide pour différents utilisateurs des téléconsultations par vidéo (6,7). Ces guides répondent à un des éléments recueillis sur le terrain, soit la description de bonnes pratiques. Toutefois, plusieurs organismes soulignent que les bonnes pratiques en matière de téléconsultations par vidéo sont souvent très spécifiques à une maladie ou à une demande de services et devraient être par conséquent être contextualisées (7,8).

Néanmoins, cette évaluation a indirectement fait ressortir des différences importantes dans l'accessibilité aux ressources informatiques dans plusieurs secteurs et donc dans l'accessibilité à cette modalité de consultation dans certaines populations plus vulnérables et démunies, sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Certaines de ces limitations sur la portée des téléconsultations par vidéo avaient également été rapportées dans la littérature. L'ensemble de ces limitations, en contexte exceptionnel ont fait en sorte que plusieurs professionnels ont dû faire preuve de débrouillardise et d'imagination afin d'offrir des soins de façon diligente en réduisant autant que possible, les risques d'effets indésirables.

Ce rapport rapide possède plusieurs limitations. Notamment, les répondants ont énoncé les éléments de leur réalité dont certains ne pourraient pas s'appliquer dans un autre contexte. De plus, la situation étant en évolution, l'utilisation des téléconsultations par vidéo dans certains secteurs pourrait avoir changé. Une autre limitation de ce rapport est son échantillon limité de personnes interviewées qui n'est probablement pas représentatif de l'ensemble des pratiques actuelles. De plus, la triangulation des données expérientielles et contextuelles n'a pas pu être effectuée à l'aide des données médico-administratives. En effet, dans le cadre de cette

réponse rapide, nous n'avons pas été en mesure dans le temps alloué, de valider les protocoles de chaque secteur en termes de notification de l'utilisation des téléconsultations par vidéo par rapport à une autre modalité de consultation à distance.

RÉFÉRENCES

1. Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation. 4th Revised edition. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc; 2008. 688 p.
2. Peel A, Jenks M, Choudhury M, Lovett R, Rejon-Parrilla JC, Sims A, et al. Use of Expert Judgement Across NICE Guidance-Making Programmes: A Review of Current Processes and Suitability of Existing Tools to Support the Use of Expert Elicitation. *Appl Health Econ Health Policy*. 1 déc 2018;16(6):819- 36.
3. Pedersen VH, Dagenais P, Lehoux P. Multi-source synthesis of data to inform health policy. *Int J Technol Assess Health Care*. juill 2011;27(3):238- 46.
4. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. *RECHERCHES QUALITATIVES*. 2009;28(1):16.
5. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*. 1 juin 2006;27(2):237- 46.
6. Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients! [Internet]. Collège des médecins du Québec. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx>
7. Le Groupe de travail sur les soins virtuels. SOINS VIRTUELS RECOMMANDATIONS POUR LA CRÉATION D'UN CADRE PANCANADIEN [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/RapportduGroupeTravailSurlesSoinsVirtuels.pdf>
8. Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, Hanson P, et al. Advantages and limitations of virtual online consultations in a NHS acute trust: the VOCAL mixed-methods study. *Health Serv Deliv Res*. juin 2018;6(21):1- 136.

ANNEXE 1

GUIDE DE DISCUSSION ET QUESTIONNAIRE

Identification du répondant, rôle en lien avec les soins et services susceptibles de pouvoir être offerts par la modalité de la téléconsultation par vidéo

Introduction du projet d'évaluation de l'implantation, la méthode et les définitions des téléconsultations par vidéo à l'étude

**Remerciement et explications sur la suite des travaux et rédaction d'un rapport
Consentement à ce que le nom, prénom et titre/poste du répondant soit inclut dans le rapport**

Questions :

Avant la pandémie de la COVID-19, aviez-vous utilisé des modalités de télésanté ou de téléconsultation?

Avez-vous accès à la téléconsultation par vidéo? Si non, pour quelles raisons? Si oui, quelle plateforme utilisez-vous (ZOOM version entreprise, Reacts, Teams)?

Pendant la pandémie avez-vous, ou des membres de votre équipe, utilisé des téléconsultations par vidéo?

Quelles sont les circonstances pour lesquelles vous avez (ou pourriez) utilisé (er) la téléconsultation par vidéo?

Est-ce que vous considérez que la téléconsultation par vidéo est intégrée dans vos processus de soins et services (p. ex. : planification de la consultation, la tenue des dossiers médicaux/psychosociaux)?

Selon vous, quels sont ou seraient les avantages de la téléconsultation par vidéo?

Selon vous, quelles sont ou seraient les limitations des téléconsultations par vidéo?

Est-ce que des patients n'ont pas été en mesure de participer (limitations) ou ont refusé de participer à une téléconsultation par vidéo?

Est-ce que vos pratiques en matière de téléconsultations par vidéo vont changer durant le déconfinement progressif ou en « l'après COVID-19 »? Prévoyez-vous continuer d'utiliser cette modalité dans votre pratique?

Avez-vous des suggestions pour améliorer les processus ou l'accès aux téléconsultations par vidéo?

Est-ce qu'il y a des points ou éléments qui n'ont pas été abordés que vous souhaiteriez soulever?

ANNEXE 2

Tableau 1 : Liste des répondants et types de soins et services (évaluation réalisée entre le 16 avril et le 5 mai 2020)

Secteur (répondant)	RLS	Type des soins et services	Lieu de pratique	Utilisateur (fréquence)
Dermatologie (Dr Carolina Lucena Fernandes, chef de service)	Sherbrooke	Étude pilote de faisabilité : Nouveau cas ne pouvant se qualifier pour une requête en présentiel	Hospitalier	Non (≈9 cas)
Neuro-oncologie (Mme Marie-Andrée Roy, Infirmière pivot en oncologie (IPO))	Sherbrooke	Suivi post-traitement (Tx)	Hospitalier	Non
Oncologie ORL (M Frédérick Côté, IPO)	Sherbrooke	Suivi post-Tx	Hospitalier	Oui, (environ 25 % des suivis)
Pédopsychiatrie (Dre Marie-Christine Légaré)	Sherbrooke	Suivi, réadaptation, nouveau patient	Hospitalier	Oui (fréquent)
Psychiatrie adulte en milieu communautaire (Dre Marie-Pascale Perrier)	Sherbrooke	Suivi, réadaptation, nouveau patient	Télétravail	Oui, (très fréquent)
Médecine de famille avec suivis obstétricaux en GMF (Mme Karen Lévesque, directrice des opérations)	Sherbrooke	Nouveaux cas, cas connus et suivis obstétricaux	Clinique	Non
Médecine de famille sans suivis obstétricaux en GMF	Haute-Yamaska et La Pommeraie	Nouveaux cas et cas connus et suivis médicaux	Clinique	Oui (peu, sporadique)
Services périnatalité, petite enfance et pédopsychiatrie (Mme Mireille Fortin, coordonnatrice)	Sherbrooke	Suivi périnatal à domicile et soins d'accompagnement	Télétravail et en CLSC	Très peu
Services en périnatalité et petite enfance (Marie-Eve Pelletier, Psychoéducatrice équipe 0-5 ans, Assistante à la Coordination Professionnelle)	Coaticook	Suivi à domicile en psychosocial, réadaptation et en périnatal	CLSC et en télétravail	Oui (variable)
Services périnatalité et petite enfance (Mme Isabelle Taillefer, Assistante au supérieur immédiat en périnatalité et petite enfance)	La Pommeraie	Suivi périnatal à domicile et soutien à l'allaitement	CLSC	Non
Soins et services psychosociaux généraux et professionnels en GMF (Mme Jessica Blanchette, chef de service)	Haute-Yamaska et La Pommeraie	Nouveaux cas et cas connus suivis par une nutritionniste ou un psychologue	Télétravail et clinique	Très peu

ANNEXE 3

Tableau 2 : Ressources informatiques (évaluation réalisée entre le 16 avril et le 5 mai 2020)

Secteur (répondant)	RLS	Lieu de pratique	Accès (Plateforme)	Intégration à la pratique	Ressources informatiques
Dermatologie	Sherbrooke	Hospitalier	Oui (ZOOM et Reacts accessibles)	Horaire des téléconsultations intégrées dans le DCI-ARIANE	Caméra disponible Internet sans fil disponible
IPO en Neuro-oncologie	Sherbrooke	Hospitalier	Oui (ZOOM et Teams)	N/A	Caméra disponible
IPO en ORL	Sherbrooke	Hospitalier	Oui (ZOOM)	Oui (gestion d'horaire autonome)	Manque de caméras et de locaux (local partagé entre 3 professionnels)
Pédopsychiatrie	Sherbrooke	Hospitalier	Oui (Reacts)	Oui, avec aide cléricale	Ø de caméra sur les postes Utilisation de tablettes personnelles, Internet sans fil disponible
Psychiatrie adulte en milieu communautaire	Sherbrooke	Télétravail	Oui (Reacts et ZOOM)	Obstacles/loudeurs et limitations dans : Requêtes (RV), Gestion des notes au dossier pour les archives médicales, Ordonnances	Utilisation de ressources personnelles en télétravail
Médecine de famille et suivis obstétricaux en GMF	Sherbrooke	Clinique	Non	N/A	Peu de postes avec caméra Internet sans fil disponible
Médecine de famille sans suivis obstétricaux en GMF	Haute-Yamaska	Clinique	Oui (Plateforme intégrée au DMA) ²	Oui (DMA)	≈75 % des postes sont équipés de caméra Ajout de microphone envisagé
Services périnatalité, petite enfance et	Sherbrooke	Télétravail et en CLSC	Peu ou pas déployés (ZOOM, Teams, et autres)	À déterminer	Manque de matériel et de ressources pour offrir

pédopsychiatrie			plateformes)		le service Ø accès à un réseau sans fil Ø ou peu de téléphone portable pour partage de données réseaux
Soins et services en périnatalité et petite enfance	de Coaticook	CLSC et en télétravail	Oui, (Teams)	Obstacles dans la gestion des notes et l'archivage aux dossiers médicaux et psychosociaux	Manque de matériel Accès via un portable et une tablette partagée Accès internet limité via les données réseau d'un cellulaire
Soins et services périnatalité et petite enfance	de la Pommeraie	CLSC	Peu ou pas déployé, licences de ZOOM et Reacts disponibles (manque de ressource informatique)	À déterminer	Pas ou peu de caméra Ø jeton d'accès Ø accès à un réseau sans fil au travail Peu d'accès aux données réseaux via téléphone portable
Services psychosociaux généraux et professionnels en GMF	Haute-Yamaska	Télétravail et clinique	Non (utilisation d'autres plateformes)	À déterminer	Utilisation de ressources personnelles Ø de caméra

ANNEXE 4

Tableau 3. Avantages relevés des téléconsultations par vidéo (entre le 16 avril et le 5 mai 2020)

Type de soins et services	Avantages
Suivi médical en oncologie (ORL)	<p>Permettrait d'éviter une visite en présentiel;</p> <p>Permettrait l'accès à la communication non verbale et visualisation des plaies;</p> <p>Favoriserait l'accessibilité aux soins (p. ex. : permettrait la diminution de l'anxiété des patients en suivi oncologique);</p> <p>Permettrait de transmettre des méthodes d'auto-traitements (p. ex. : massage lymphatique) ainsi que de valider son exécution adéquate;</p> <p>Éviterait les déplacements et des impacts liés aux patients (p. ex. : accès à un véhicule et/ou absentéisme du travail);</p> <p>Permettrait de faire une consultation avec le MD traitant (triangulation de l'information).</p>
Pédopsychiatrie	<p>Permettrait d'avoir accès au non verbal, au milieu de vie physique ainsi qu'à l'entourage d'un patient ou usager;</p> <p>Permettrait de poursuivre les activités de formation en intégrant un résident dans la téléconsultation ;</p> <p>Permettrait de réaliser des téléconsultations avec l'ensemble des intervenants impliqués dans le dossier (pertinent dans certaines pratiques et permet de gagner de temps);</p> <p>Éviterait les déplacements et des impacts liés aux patients ainsi qu'à leurs parents.</p>
Psychiatrie (pratique communautaire)	<p>Favoriserait l'accessibilité aux soins (p. ex. : permettrait la diminution de l'anxiété des patients en suivi oncologique);</p> <p>Permettrait d'avoir accès au non verbal, au milieu de vie physique ainsi qu'à l'entourage d'un patient ou usager.</p>
Médecine de famille et autres soins et services en GMF	<p>Permettrait d'éviter une visite en présentiel;</p> <p>Permettrait une meilleure accessibilité aux soins et services;</p> <p>Pourrait permettre la mise en communs de la liste d'attente pour consultations avec un spécialiste (p. ex. : orthophonistes);</p> <p>Permettrait de réalisation de suivis médicaux, de nouveaux patients et certaines évaluations à distance.</p>
Services périnatalité, petite enfance, pédopsychiatrie et psychosocial	<p>Permettrait d'avoir accès au non verbal, au milieu de vie physique ainsi qu'à l'entourage d'un patient ou usager;</p> <p>Pourrait permettre de distancer les suivis à domicile (p. ex. : surveillance à distance) ;</p>

	<p>Pourrait permettre de réaliser une évaluation sommaire lorsqu'à court d'options ou d'empêchement (p. ex. : lors de tempête hivernale);</p> <p>Permettrait d'offrir certains soins et services à distance en présence de manque de personnel dû à un confinement provoqué par la COVID-19 (p. ex. : lorsque les ressources en termes de personnel sont déjà limitées);</p> <p>Pourrait promouvoir, dans une certaine mesure, de l'aide pour l'allaitement (voir la section des limitations pour le portrait complet);</p> <p>Permettrait de rassurer les professionnels dans leurs démarches auprès d'usagers dans les circonstances reliées au confinement et aux mesures de distanciation sociale;</p> <p>Permettrait d'impliquer plus d'un professionnel intervenant (p. ex. : consultation entre une infirmière, conseillère en allaitement en tandem).</p>
--	---

ANNEXE 5

Tableau 4. Limitations relevées des téléconsultations par vidéo (entre le 16 avril et le 5 mai 2020)

Répondants	Limitations
Dermatologie	Compte tenu de la faible qualité des images par vidéo, les téléconsultations par vidéo ne permettraient pas d'atteindre les objectifs de la consultation chez un nouveau patient; L'envoi d'image de qualité des lésions serait plus adapté à la pratique par rapport à la téléconsultation par vidéo.
IPO	Demanderaient de l'adaptation chez les patients, prendrait plus de temps qu'une consultation téléphonique (p. ex. : préparation du patient à l'utilisation de plateforme, etc.) (ORL); Ne procurerait pas d'avantage par rapport aux consultations téléphoniques supportées d'images lorsque l'accès au visuel est pertinent (p. ex. : plaie) (neuro-oncologie) ; Ne permettraient pas de rejoindre certaines clientèles (p. ex. : clientèle âgée n'a pas accès et/ou moins d'intérêt vers l'utilisation de ce type de modalité).
Médecine de famille et autres soins et services en GMF	Ne pourraient pas, ou seulement avec une portée limitée, se substituer à une rencontre en présentiel dans plusieurs contextes (p. ex. : examen physique requis); Ne permettraient pas de rejoindre certaines clientèles (p. ex. : certains patients trouvent ça trop compliqués, difficultés d'installation, temps nécessaire pour installer ces applications) (voir la section levier pour histoire complète); Ne sembleraient pas être viable à long terme comme unique modalité de suivi, traitement ou de réadaptation sans consultation/visite en présentiel.
Pédopsychiatrie	Ne sembleraient pas être viable à long terme comme unique modalité de suivi, traitement ou de réadaptation sans consultation/visite en présentiel.
Psychiatrie adulte	Ne permettraient pas de rejoindre certaines clientèles (p. ex. : certains patients trouvent ça trop compliqués) ; Ne sembleraient pas être viable à long terme comme unique modalité de suivi, traitement ou thérapie sans consultation en présentiel.
Services périnatalité, petite enfance, pédopsychiatrie et psychosocial	Ne sembleraient pas être viable à long terme comme unique modalité de suivi, traitement ou thérapie sans consultation en présentiel; Ne permettraient pas de rejoindre certaines clientèles manquantes. Plusieurs motifs sont soulevés par les patientes et les usagères. Trop compliquée, difficultés d'installation, temps nécessaire pour installer ces applications perçu comme trop long; Ne permettraient pas d'atteindre les objectifs des services et il y aurait un manque de faisabilité dans leurs contextes de services, p. ex. : ne peut pas conduire de séances de développement chez des enfants qui requiert d'être en

	<p>présentiel et/ou l'utilisation de matériel de stimulation/d'évaluation spécialité. L'aide à l'allaitement est difficile pour l'usagère (faisabilité de se filmer en allaitant) et les conseillères éprouveraient des difficultés à reconstituer l'image 3-D et conseiller de manière adéquate ou utile;</p> <p>Ne constitueraient pas une approche adéquate chez la clientèle 0- 5 ans (p. ex. : un enfant peut difficilement rester devant un écran avec le professionnel).</p>
--	---

ANNEXE 6

Tableau 5. Barrières relevées dans l'implantation des téléconsultations par vidéo (entre le 16 avril et le 5 mai 2020)

Répondants	Barrières
IPO	Résistance dans le milieu face aux soins et services à distance et/ou le peu d'intérêt des spécialistes; Pas pratique de devoir réserver un local dans le cas de local partagé ou pas de caméra sur le poste; Clientèle âgée pas accès et moins portée vers cette utilisation.
Pédopsychiatrie	Demanderaient davantage de travail dans la planification du rendez-vous de la téléconsultation par vidéo et lors de la consultation en tant que telle; Demanderaient une adaptation et autres manœuvres pour valider les découvertes par rapport aux consultations en présentiels « On doit être imaginatifs pour valider les éléments que l'on perçoit chez le patient ».
Psychiatrie adulte en pratique communautaire	Demanderaient davantage de temps en préparation, les patients doivent créer un mot de passe. De plus, l'invitation à la téléconsultation par vidéo pouvait se retrouver parmi les pourriels des usagers; Ce type de modalités semble moins valorisé dans la pratique; Les soins et services par téléconsultations seraient moins bien rémunérés; En pratique hospitalière, il y a un support clérical fourni par l'hôpital lorsqu'en télétravail l'accès est très réduit; Besoin de plateforme d'échange sécuritaire des informations pour le partage d'information hors établissement; Le manque d'accessibilité aux dossiers médicaux et psychosociaux; La présence de lourdeurs dans les processus d'archivage des notes aux dossiers médicaux et psychosociaux; Reviens plus long qu'en présentiel; Ne permet pas ou plus difficilement réaliser des examens ou questionnaires écrits nécessaires au diagnostic et au suivi (p. ex. : il est difficile de prévoir à l'avance le test qui devra être réalisé); Certains patients ne souhaitent pas se voir (p. ex. : confrontant, on perd alors l'accès à la communication non verbale).
Médecine de famille et autres soins et services en GMF	Demanderaient une réorganisation des processus organisationnel et adaptation dans la prestation des soins et services; Problématique lorsque l'utilisateur doit créer un compte (Reacts), installer une application Teams et ZOOM);

	<p>La longueur et la complexité du mot de passe pour intégrer la salle de consultation virtuelle ont également été soulevées (6 chiffres, mot de passe connu par le professionnel);</p> <p>Résistance dans le milieu face aux soins et services à distance et/ou le peu d'intérêt des spécialistes;</p> <p>Manque de lignes directrices des soins et services à distance basées sur l'efficacité et la sécurité.</p>
<p>Services périnatalité, petite enfance et pédopsychiatrie, psychosocial</p>	<p>Le manque d'accessibilité aux ressources informatiques (p. ex. : caméra, accès internet sans fil);</p> <p>Plateformes de téléconsultations vidéo qui demandent une installation ou la création d'un compte par l'utilisateur;</p> <p>La phase d'apprentissage de l'utilisation des plateformes (ZOOM forfait entreprise, Reacts, Teams) par les utilisateurs.</p>

ANNEXE 7

Tableau 6. Leviers relevés dans l'implantation des téléconsultations par vidéo (entre le 16 avril et le 5 mai 2020)

Leviers
Présence de ressources informatiques (p. ex. : accès internet sans fil permettrait l'utilisation de ressources personnelles au minimum); Présence d'un utilisateur motivé; Intégration des rendez-vous par téléconsultations vidéo dans les processus cliniques et le flux de travail; Convivialité et rapidité des plateformes de téléconsultations par vidéo (p. ex. : l'installation d'une application limite l'accessibilité aux soins, application intégrée au DMA); Reconnaissance des soins et services réalisés par les téléconsultations vidéo.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

