

Université de Montréal

**Perception des professionnels de santé du CHUM sur l'utilisation de la
téléconsultation en soins non médicaux et non infirmiers en période de
crise sanitaire liée à la COVID-19**

Par

Carl-Philippe Edmond

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

École de santé publique

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de
l'obtention du grade de Maîtrise ès (M. Sc.)
en Évaluation des technologies de la santé

Décembre 2021

Université de Montréal

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

École de santé publique

Ce mémoire intitulé :

**Perception des professionnels de santé du CHUM sur l'utilisation de la
téléconsultation en soins non médicaux et non infirmiers en période de crise
sanitaire liée à la COVID-19**

Présenté par :

Carl-Philippe Edmond

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais

Président-rapporteur

Marie-Pascale Pomey

Directrice de recherche

Guy Paré

Évaluateur externe

Résumé

Contexte. La pandémie de la COVID19 (maladie à coronavirus) a entraîné une réorganisation rapide des services de santé en mars 2020, au Québec et dans le monde. La télésanté, qui ouvre de larges perspectives pour faciliter l'accès aux services de santé, a gagné en popularité durant cette période. Les systèmes de soins de différents pays ont mis sur pied des solutions de télésanté ; plus particulièrement des programmes de téléconsultation afin de maîtriser l'afflux des patients dans les centres de soins de première ligne, de gérer le nombre de lits disponibles et de limiter les contacts pour éviter la propagation du virus. Plusieurs travaux actuels décrivent le potentiel d'utilisation de la téléconsultation dans le contexte de la COVID-19 dans les soins médicaux et infirmiers, mais très peu dans les autres types de soins dispensés par d'autres professionnels de la santé.

Objectifs. Cette étude vise à apporter des connaissances sur l'utilisation et la perception des professionnels de la DSM, ayant utilisé la consultation à distance durant la pandémie de la COVID-19 au Québec. Notamment à travers les facteurs qui ont influencé son utilisation. Nous ferons ressortir aussi les avantages et contraintes perçus de cette modalité de prestation de soins.

Méthodologie. Le devis mobilisé pour atteindre cet objectif est une étude de cas qualitative descriptive, exploratoire et rétrospective. Cette recherche est basée sur l'analyse de 16 entrevues individuelles semi-structurées réalisées auprès de personnes affiliées à la direction des services professionnels d'un centre hospitalier universitaire au Québec. Ces entrevues ont été réalisées avec les professionnels qui ont recouru à la téléconsultation durant la crise de la COVID-19. Elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide du logiciel QDA Miner 5 selon une approche thématique émergente.

Résultats. Au terme de cette étude, l'analyse des résultats montre une évolution de la perception des professionnels de la téléconsultation pendant la pandémie de COVID-19 et une nette augmentation de son utilisation. Les répondants ont partagé divers avantages perçus et améliorations à apporter. Les principaux bénéfices perçus concernaient l'amélioration de la continuité des soins, une meilleure observance du traitement par les patients et la personnalisation des soins par l'accès au milieu de vie des personnes. Les obstacles les plus importants étaient le réseau internet et l'augmentation de la charge de travail. Un modèle hybride de prestation de soins est en train d'émerger.

Conclusion. L'expérience des répondants par rapport à la téléconsultation s'avère particulièrement positive, et ce, malgré les contraintes mineures rencontrées en contexte de pandémie de COVID-19. Ces résultats permettront d'élaborer des stratégies pouvant les aider dans leur pratique au-delà du contexte de COVID-19.

Mots clés : Télésanté, télésoins, téléconsultations, professionnels de santé non médicaux non infirmiers, conditions d'utilisation.

Abstract

Background. The COVID 19 (coronavirus disease) pandemic led to a rapid reorganization of health services in March 2020. Telehealth, which opens great prospects for facilitating access to health services, gained in popularity during this period. Healthcare systems in different countries have developed telehealth solutions; more specifically, teleconsultation programs to control the influx of patients into primary care centers, manage the number of available beds and limit contacts to prevent the spread of the virus. Several current studies describe the potential for the use of teleconsultation in the context of COVID-19 in medical and nursing care, but very little in other types of care.

Objective. This study aims to provide knowledge on the use and perception of DSM professionals, having used remote consultation during the COVID-19 pandemic in Quebec. In particular through the factors that influenced its use as well as the perceived advantages and constraints.

Methods. The design used to achieve this objective is a descriptive, exploratory, and retrospective qualitative case study. This research is based on the analysis of 16 semi-structured individual interviews conducted with people affiliated with the professional services department of a university hospital in Quebec. These interviews were conducted with professionals who used teleconsultation during the COVID-19 crisis. They were subjected to content analysis using QDA Miner 5 software using an emerging thematic approach.

Result. The results show that the main perceived benefits focused on improving the continuity of care, better adherence to treatment by patients, and personalization of care by having access to people's living environment. The biggest barriers were the Internet and the increased workload.

Conclusion. The experience of respondents with teleconsultation is particularly positive, despite the minor opposites encountered in the context of the COVID-19 pandemic. These results will make it possible to develop strategies that can help them in their practice beyond the context of COVID-19.

Keywords: Telehealth, telecare, teleconsultations, non-medical non-nursing health professionals, conditions of use

Table des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iv
Liste des abréviations.....	viii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Remerciements.....	xi
1 Introduction	1
1.1 Problématique	1
1.2 Contexte de la télésanté au Québec.....	2
1.2.1 Définition et délimitations des termes de la télésanté et ses composantes.....	2
1.2.2 Règles pour la pratique de la téléconsultation au Québec.....	4
1.3 Contexte de l'étude de cas	5
1.4 Objectif de l'étude	6
1.5 Pertinence.....	7
2 État des connaissances	8
2.1 Revue de la littérature en téléconsultation	8
2.2 Résumé de la littérature en téléconsultation	13
3 Méthodologie.....	16
3.1 Type d'étude	16
3.2 Population à l'étude et échantillon.....	16
3.3 Collecte de données.....	17
3.4 Analyse des données.....	17
3.5 Considérations éthiques	18
3.6 Rigueur méthodologique	18
3.6.1 Validité interne	19
3.6.2 Validité externe.....	19
4 Résultats.....	20
4.1 Caractéristiques des participants.....	20
4.2 Utilisation et perception de la téléconsultation avant la pandémie	21
4.3 Utilisation et perception de la téléconsultation pendant la pandémie.....	23
4.4 Facteurs influençant la perception et l'utilisation de la téléconsultation	25
4.4.1 Infrastructure technologique.....	25
4.4.1.1 Convivialité.....	25

4.4.1.2	Flexibilité de la plateforme	26
4.4.1.3	Fonctionnalité	26
4.4.1.4	Fiabilité.....	28
4.4.1.5	Confidentialité et sécurité.....	29
4.4.1.6	Interopérabilité	30
4.4.1.7	Réseau internet.....	30
4.4.1.8	Matériel et espace adéquat	31
4.4.2	Soutien organisationnel	33
4.4.2.1	Soutien administratif	34
4.4.2.2	Soutien technique	34
4.4.2.3	Formation.....	35
4.4.3	Facteurs contingents de l'utilisation de la téléconsultation	36
4.4.3.1	Relation de confiance.....	36
4.4.3.2	Limitation Clinique	37
4.4.3.3	État de santé du patient.....	38
4.4.3.4	Distance à parcourir	38
4.4.3.5	Visuel.....	39
4.5	Bénéfices et contraintes perçus de la téléconsultation pour les patients et les professionnels.....	40
4.5.1	Accessibilité des soins	40
4.5.2	Continuité des soins pour le patient.....	40
4.5.3	Accès milieu de vie du patient	41
4.5.4	Implication des membres de l'entourage.....	42
4.5.5	Engagement du patient et adhésion aux rendez-vous	42
4.5.6	Flexibilité	43
4.5.7	Productivité.....	44
4.5.8	Qualité de l'échange	44
4.5.9	Partage d'informations	45
4.5.10	Augmentation Charge de travail.....	46
4.6	Utilisation de la téléconsultation dans leur pratique après la pandémie et les améliorations à apporter	47
5	Discussion.....	49
6	Limites de l'étude et pistes de recherches futures.....	54
7	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Annexe 1 : Lettre d'invitation.....	i

Annexe 2 : Grille d’entrevue.....	iii
Annexe 3 : FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES EQUIPES CLINIQUES, LES GESTIONNAIRES ET LES FOURNISSEURS DE TECHNOLOGIES	vii
Annexe 4 : Planification d’une téléconsultation par rapport au logiciel utilisé.....	xv

Liste des abréviations

CHSLD : Centres d'hébergement de soin de longue durée

CHUM : Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

COFR : Centre d'optimisation des flux réseau

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

CCT : Centres de coordination de télésanté

DSM: Direction des services multidisciplinaires

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la santé

RAMQ : Régie d'assurance maladie du Québec

TIC : Technologies de l'information et de la communication

Liste des tableaux

Tableau 1 : Distribution sémantique des termes utilisés en télésanté (Cadre de référence MSSS) [15]	3
Tableau 2 : Caractéristiques des participants	20
Tableau 3 : Qualité du système.....	33
Tableau 4 : Support organisationnel.....	36
Tableau 5: Facteurs contingents à l'utilisation de la téléconsultation	39
Tableau 6 : Bénéfices nets et inconvénients de la téléconsultation.....	47
Tableau 7: Recommandations sur les leçons apprises	53

Liste des figures

Figure 1 : Organigramme de la DSM	6
Figure 2 Modèle logique et cadre d'évaluation des téléconsultations représentant la complexité ainsi que les éléments impliqués et les facteurs d'influence [34]	9

Remerciements

Je tiens à remercier les nombreuses personnes qui, par leurs soutiens et encouragements, ont rendu possible la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de recherche Marie-Pascale Pomey pour son encadrement et sa disponibilité ; ainsi que son équipe Cécile et Louise.

Je tiens aussi à remercier spécialement Lala Khomutova et Caroline Loranger, de la DSM du CHUM, d'avoir facilité le contact avec les autres professionnels qui ont participé à l'étude.

Je remercie également tous les professionnels de la DSM qui ont accepté de participer à ce projet.

Finalement, je remercie mes parents Emile et Yolette, mes sœurs Cassandra, Farah, Vanesa ainsi que mes cousines Nadia et Magalie pour leur soutien inconditionnel. Et tous mes ami(e)s pour leur support.

1 Introduction

1.1 Problématique

La pandémie de la COVID-19 représente un test pour l'accessibilité aux services des systèmes de santé. Au début de cette crise, de nombreux pays visaient à limiter la propagation de l'épidémie et procéder à du délestage dans les hôpitaux afin d'éviter que les établissements de santé ne soient pas en mesure de répondre à la demande. Plusieurs pays se sont trouvés dépassés un mois seulement après la déclaration de la pandémie [1]. En effet, le 13 avril 2020 les chiffres officiels s'élevaient à 1,7 million de personnes infectées et près de 85 000 décès à travers le monde [2]. En l'absence de vaccin, les stratégies pour réduire les cas ont consisté en la réalisation de diagnostic précoce, l'isolement des patients, la surveillance des cas contacts, suspects et confirmés et finalement par l'usage de la quarantaine, des couvre-feux et des fermetures des frontières [2].

Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec [3] a décrété l'état d'urgence sanitaire, interdisant toutes les visites dans les établissements pour les personnes dont l'état de santé ne nécessitait pas une activité médicale seulement possible en présentiel. Le confinement de la population a obligé à revoir la manière de prodiguer les soins pour les patients par les professionnels de la santé. La capacité de rester en contact avec leurs professionnels de santé malgré les restrictions a dû être revue, particulièrement pour les patients se trouvant en situation d'isolement ou avec un état de vulnérabilité comme les personnes âgées ou souffrant de comorbidités [4]. Dans un contexte où l'accès aux services de santé est préoccupant, la télésanté a représenté une alternative de choix en permettant aux patients d'obtenir les soins de soutien dont ils avaient besoin tout en minimisant leur exposition aux risques [5,6]. Simultanément, les conditions de remboursement des actes posés dans le cadre de la télésanté ont été assouplies dans les différentes provinces du Canada, dont le Québec [3]. De mars à juin 2020, « 6625 omnipraticiens ont facturé des actes de téléconsultation pour plus d'un million de patients distincts, selon des chiffres obtenus auprès de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) [7,8] ».

La crise sanitaire s'est donc révélée être un catalyseur pour revoir les pratiques et encourager la téléconsultation pour continuer à suivre les patients à distance. La volonté des Canadiens d'avoir recours à la téléconsultation a augmenté d'après un sondage d'Inforoute Santé du

Canada [9] passant de 64 % à 76 % en l'espace d'une année. Beaucoup de travaux actuels dans le contexte de la COVID-19 décrivent le potentiel d'utilisation de la télésanté dans le cadre des urgences [5, 6,10, 11,12]. Ces études se concentrent plus spécifiquement sur les consultations réalisées par des médecins durant la COVID-19 et très peu de travaux [12] se penchent sur les consultations non médicales. Or la pandémie a aussi affecté ces types de soins [13] et selon les résultats préliminaires d'une étude sur l'utilisation de la téléconsultation au CHUM [14] l'équipe de la Direction des Services Multidisciplinaire (DSM) a eu un large recours à cette technologie.

L'intérêt pour la télésanté était présent bien avant la COVID-19. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [15] avait mis en place une gouvernance en télésanté à travers quatre Centres de coordination de la télésanté (CHUM, CUSM, CHU de Québec – UL, CIUSSS de l'Estrie CHUS) dont l'un des objectifs a été l'accroissement de l'accessibilité des services : tant géographique que temporelle. Mais hormis les efforts déployés avant la pandémie il existe dans la littérature [16] certains obstacles dans la pratique de la télésanté. Notamment les préoccupations des prestataires de soins concernant l'augmentation de la charge de travail, les problèmes de confidentialité et l'absence d'un modèle de remboursement par les fournisseurs dans certaines juridictions. Certains programmes de télésanté [17] mis sur pied se sont heurtés à des défis sociopolitiques, réglementaires, organisationnels, de gouvernance, cliniques, professionnels, économiques, juridiques et technologiques à leur mise en œuvre.

Une année après le début de la pandémie le gouvernement du Québec [18] cherche à limiter la téléconsultation qui, selon le ministère, semble nuire à certains patients. Notre étude permet de faire un retour sur la perception et les usages de la téléconsultation auprès des professionnels de la DSM du CHUM pendant cette période.

1.2 Contexte de la télésanté au Québec

1.2.1 Définition et délimitations des termes de la télésanté et ses composantes

Dans le cadre de ce mémoire, la définition de la télésanté retenue est celle de la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS) du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec [19]. Elle est définie comme une activité, un service ou un système liés à la santé ou aux services sociaux, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion

clinique ou de formation. Précisons que selon cette définition les consultations par téléphone y sont exclues [19].

Les termes « télémédecine », « télésanté » et « téléconsultation » sont souvent confondus et utilisés à tort de façon interchangeable. Dans ce mémoire, nous retenons que ce sont des termes distincts. Le terme **télésanté** est le terme générique qui englobe différents champs de pratique, différentes spécialités, différentes activités avec différentes modes de prestation et utilise diverses technologies (Tableau 1) [15]. Tandis que la **télémédecine** est un champ de pratique de la télésanté, qui est défini comme l'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication [20]. La **téléconsultation** est l'activité en soi. C'est une consultation médicale ou non médicale mettant en relation, à distance, le patient et un ou des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé à l'aide de TIC avec pour objectif de poser un diagnostic, débiter un traitement, d'exercer un suivi, de fournir des informations ou d'offrir du soutien à un patient [21]. Définis de cette manière, ces termes sont plus faciles à opérationnaliser dans le cadre de ce mémoire.

Tableau 1 : Distribution sémantique des termes utilisés en télésanté (Cadre de référence MSSS) [15]

Modalité	Télésanté
Champ de pratique	Télémédecine, téléréadaptation, télépsychologie
Spécialité	Téléaudiologie, téléergothérapie, télénutrition, téléorthophonie, téléphysiothérapie, téléradiologie, télédermatologie
Activité	Téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance
Mode de prestation	Synchrone ou asynchrone ou hybride
Technologie/Système	Visioconférence, E-learning, Application, Télémétrie

Il existe trois principaux modes de prestation des services de téléconsultation : synchrone, asynchrone et hybride. Chacun de ces modèles de prestation est décrit ci-dessous.

- La téléconsultation synchrone est prodiguée de manière interactive en temps réel à l'aide de la technologie audiovisuelle permettant la communication en direct par vidéoconférence entre le patient et le professionnel de santé géographiquement éloigné [20,21]. Notre recherche se concentre surtout sur ce mode de prestation de service virtuel. Les vidéoconférences ont permis aux patients de contacter les prestataires de soins de chez eux sans la pression supplémentaire causée par les visites. Ce service requiert une caméra vidéo, une chaîne audio, un écran d'ordinateur et une connexion internet sécurisée et préférablement à haute vitesse pour transmettre des données d'un centre à un autre [20,21].
- D'un autre côté, la téléconsultation est dite asynchrone (mise en mémoire et transmission) quand il y a de la transmission de données sans qu'il y ait des interactions en temps réel entre le patient et le professionnel de santé. Elle comporte la collecte d'échantillons numériques (électrocardiogrammes [ECG], résultats des tests audiolologiques, images radiologiques, etc.) d'un endroit et leur transmission à un professionnel de la santé vers un autre endroit [21].
- La téléconsultation est dite mixte ou hybride quand il y a une combinaison du modèle synchrone et du modèle asynchrone de prestation de télésanté [21].

1.2.2 Règles pour la pratique de la téléconsultation au Québec

Au Québec, la téléconsultation est soumise aux mêmes exigences que les pratiques professionnelles réalisées en présence des patients. Les règles de bonnes pratiques sont à prendre en compte, peu importe la profession. Le MSSS [22] recommande pour cela de respecter les bonnes pratiques pour la télésanté et son code de déontologie. Il les cite en ces points :

- S'assurer que le patient est à l'aise avec cette modalité de services et que la relation thérapeutique requise pour l'intervention s'y prête ;
- Prendre connaissance du matériel offert par son établissement ou son cabinet (règles, procédures et politiques portant sur la télésanté) tant sur le plan clinique que technologique ;
- Consulter les documents relatifs à la télésanté de son ordre professionnel et des autres organismes officiels.

Une fois toutes ces étapes complétées, le professionnel peut commencer une téléconsultation en respectant les obligations de confidentialité et de protection des renseignements personnels du patient [22]. Ceci inclut :

- L'utilisation par les professionnels de la santé d'une plateforme de téléconsultation recommandée par le MSSS ;
- L'obtention par les professionnels de la santé du consentement de leurs patients avant d'avoir recours aux soins virtuels.

1.3 Contexte de l'étude de cas

Le CHUM [23] est le plus grand centre hospitalier universitaire du Québec. Au 31 mars 2021, il comptait 14 219 professionnels toutes catégories confondues : 973 médecins ; 4 075 infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires ; 2 171 professionnels de la santé autres que médecins et infirmières [23]. Il fait partie de l'un des quatre centres de coordination de la télésanté (CCT). Ces derniers sont affiliés aux centres hospitaliers universitaires et mandatés par le ministère [15] en 2017 à accompagner le déploiement de la télésanté. 13 établissements répartis dans 6 régions sociosanitaires du Québec font partie de son réseau. Plusieurs secteurs d'activités sont visés par le CCT du CHUM. Citons comme exemple le suivi de maladie chronique grâce à la mise en place de consultations virtuelles.

Cette section présente le contexte du cas à l'étude, lequel est lié au programme de recherche Techno-COVID-Partenariat [14] du CHUM. En mars 2020, la direction générale du CHUM a mis en œuvre différentes innovations technologiques et sociales au service des patients et des équipes de soins pour limiter les contacts physiques entre les professionnels de la santé et les patients et aussi pour briser l'isolement de ces derniers [14]. Huit projets de recherche ont été mis en place afin d'évaluer l'impact de ces technologies sur la trajectoire de soins et les adapter en temps réel en situation de pandémie. Parmi ces huit projets, un projet a porté sur l'apport de la téléconsultation entre les patients et les professionnels de la santé et de la téléexpertise entre professionnels interne et externe afin de faciliter la communication entre patients, proches et équipes de soins. 22 500 téléconsultations vidéo ont été effectuées en 2020-2021 au CHUM contre 700 en 2019-2020 [23]. Notre projet s'intéresse plus spécifiquement à l'utilisation des plateformes de téléconsultations durant la crise par les équipes de la DSM du CHUM qui sont parmi ceux à avoir le plus utilisé la téléconsultation selon les données de suivi de ces projets.

L'équipe de la DSM (Graphe 1) est composée par les services de réadaptation, d'audiologie, d'orthophonie, d'ergothérapie, d'inhalothérapie, de nutrition clinique, de physiothérapeutes, psychologie, les techniciens en radiologie, de physiothérapie, de service social et soins spirituels, de santé mentale, de bénévolat et d'autres professionnels.

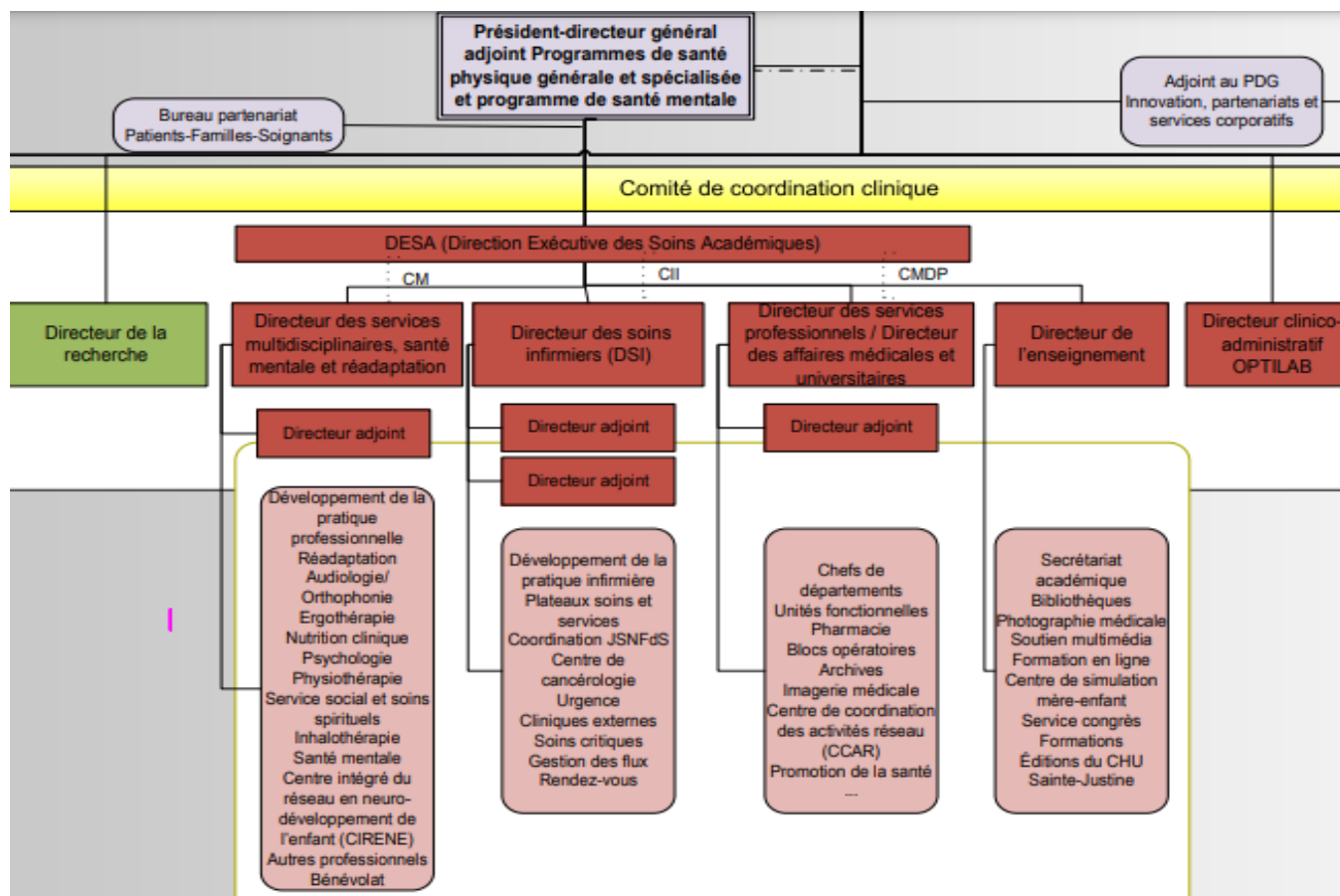


Figure 1 : Organigramme de la DSM

1.4 Objectif de l'étude

Cette étude vise à apporter des connaissances sur l'utilisation et la perception des professionnels de la DSM, ayant utilisé la consultation à distance durant la pandémie de la COVID-19 au Québec. Plus précisément, il s'agit de répondre à ces trois objectifs de recherche :

- 1) **analyser la perception et les attitudes** des professionnels de la direction des services multidisciplinaires du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) vis-à-vis de l'utilisation de la téléconsultation.
- 2) **analyser la pertinence** de la téléconsultation pour ces professionnels et les facteurs qui influencent à son utilisation. Ainsi que les avantages et contraintes perçues lors de son utilisation.
- 3) **proposer des recommandations** sur les leçons apprises et la pérennité de la téléconsultation dans la pratique des professionnels de la DSM post-COVID.

1.5 Pertinence

La situation de la COVID-19 a fait comprendre pourquoi la téléconsultation est si importante pour le système de santé. Avant et surtout pendant la pandémie de la COVID-19, les professionnels de la DSM ont utilisé les plateformes de téléconsultation (Zoom, TEAMS, Reacts) pour des consultations à distance avec leurs patients. Ce projet est d'autant plus important qu'actuellement, au Québec, il n'existe aucune connaissance sur les perceptions et les préoccupations de ces professionnels en regard de la téléconsultation post-COVID. De ce fait, cette recherche a contribué à faire connaître la perception des professionnels non médicaux et non infirmiers en lien avec les pratiques de la téléconsultation dans le domaine des soins de santé. Surtout dans un contexte où le changement a été brusque. Elle pourra servir de base pour des travaux ultérieurs dans ce domaine. Les résultats pourront également servir à d'autres établissements de santé souhaitant implanter ce type de mesure. Il a permis aussi de mettre en évidence l'expérience de ces professionnels face à l'utilisation des technologies et leurs impacts sur les relations avec les patients. Les différentes associations de professionnels de santé non médicaux inclus dans l'étude pourraient bénéficier de cette recherche afin de mieux comprendre les changements qui pourraient influencer leurs champs de pratiques habituelles. Les résultats ont été présentés à la DSM et des recommandations ont été discutées afin d'assurer la pérennité de la téléconsultation au sein de ces services.

2 État des connaissances

2.1 Revue de la littérature en téléconsultation

Dans ce chapitre, une revue de la littérature sur les thèmes pertinents à cette étude, soit l'utilisation et la perception, des professionnels de la santé à l'égard de la téléconsultation seront présentés. En premier lieu, la littérature professionnelle a été consultée. Par la suite, les bases des données CINAHL, PROQUEST, Medline et Web of Science ont été utilisées. Le site de recherche académique Google scholar a aussi été utilisé. Notre stratégie de recherche pour la section de la revue de littérature a été effectuée à l'aide de mots clés entrés en français et en anglais dans les moteurs de recherche (télésanté, télésoins, téléconsultations, professionnels de santé non médicaux non infirmiers, conditions d'utilisation) dérivés des trois principaux concepts présentés ci-dessous :

- Télésanté ou télésoins ou téléconsultations ou télémédecine ou telehealth ou « consultation en ligne »
- Perception ou pratique ou attitude ou motivation ou usage ou adoption ou implantation
- Professionnel de santé ou audiologie ou ergothérapie ou nutrition ou orthophonie ou physiothérapie ou psychologie ou service social ou soins spirituels.

Avant la pandémie la téléconsultation a été surtout utilisée pour le suivi des soins spécialisés du diabète [24], soins pédiatriques aigus [25], services de soins palliatifs spécialisés [26], soins primaires [27], soins cliniques oncologie [28], et les milieux de santé mentale [29]. Mais son utilisation a toujours été relativement faible à cause des raisons que nous citerons ci-dessous. L'utilisation généralisée de la téléconsultation se fera durant la pandémie [5, 6, 10, 12]. Elle a consisté à faire un triage anticipé des patients avant qu'ils n'arrivent aux urgences pour détecter les symptômes de la COVID-19 et pour la prescription de tests, et ainsi diminuer l'affluence à l'hôpital et les risques de contamination [30, 31, 32]. Elle a aussi permis de faire le suivi des patients atteints de maladie chronique [30, 31, 32].

Selon Vidal-Alaball et coll. [33], la téléconsultation durant la COVID-19 a permis 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

Pour parvenir à ces résultats de la téléconsultation, certains facteurs d'influences y sont associés selon le rapport d'évaluation exploratoire de la pertinence, de l'utilité et des impacts des téléconsultations de l'UETMISS du CIUSS de l'Estrie [34]. Ces facteurs d'influences (Figure 2) ont été classés en trois catégories dans leur cadre logique qui sont les facteurs humains, les facteurs liés aux systèmes et à l'environnement.

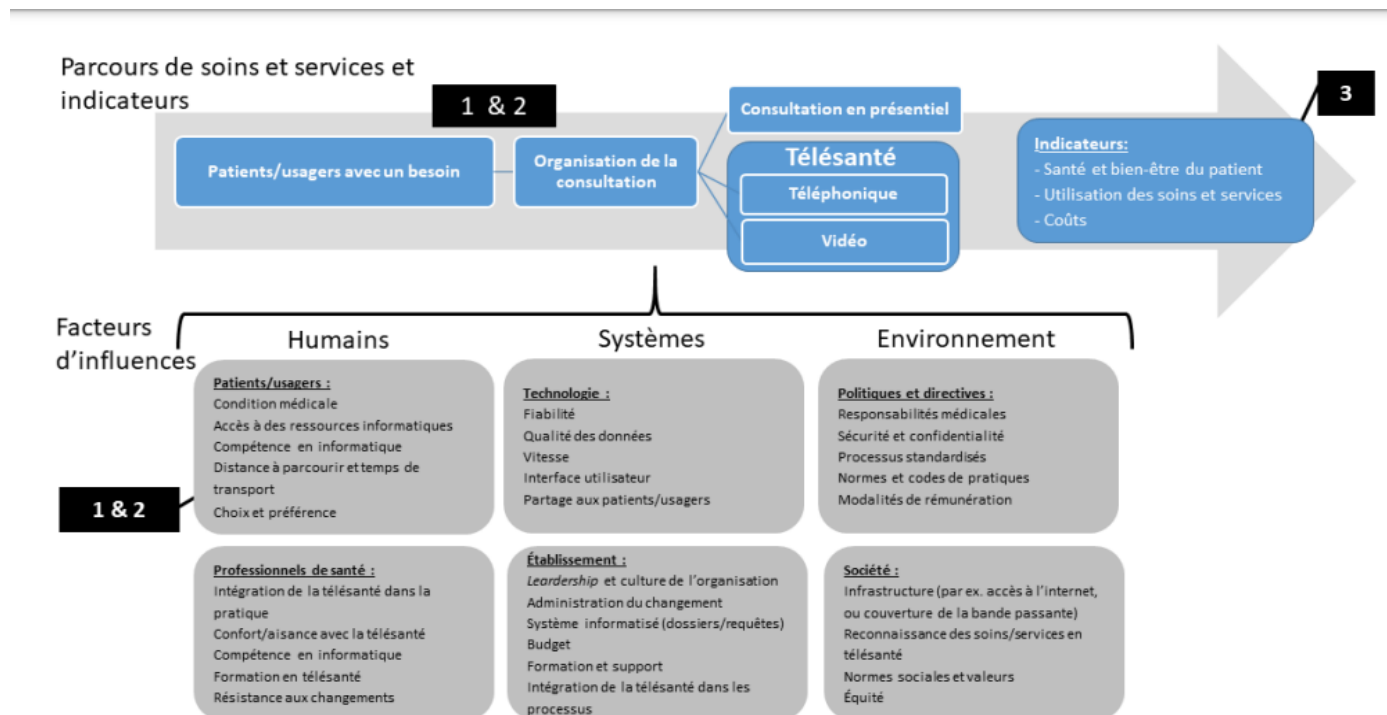


Figure 2 Modèle logique et cadre d'évaluation des téléconsultations représentant la complexité ainsi que les éléments impliqués et les facteurs d'influence [34]

Parmi les facteurs liés aux systèmes, citons l'appui organisationnel [34] qui fait référence à la réactivité du service. Elle se concentre sur la formation des utilisateurs après la mise en œuvre, le soutien technique continu et la disponibilité d'un tel support. Tous ces éléments ainsi que le manque d'habiletés des prestataires avec les outils informatiques, l'augmentation du temps pour se former [35, 36, 37] sont revenus en boucle dans la littérature comme élément pouvant nuire ou faciliter l'utilisation de la téléconsultation même avant la pandémie.

L'ensemble de l'infrastructure est aussi un élément pris en compte par les professionnels dans la littérature lors de l'utilisation de la téléconsultation. Parmi les éléments considérés afin d'optimiser l'utilisation générale de la téléconsultation selon les constats de la réponse rapide de l'INESSS [38] l'accès à une infrastructure et à des solutions technologiques adéquates et compatibles entre elles en fait partie. Cet ensemble comprend les logiciels, le local et l'ensemble des équipements. L'ensemble des infrastructures doit avant tout garantir des conditions de sécurité [38, 39, 40]. La sécurité est la capacité technique du système à protéger les données enregistrées, stockées et consultées pour une utilisation ultérieure et la confidentialité que présente le lieu de téléconsultation. C'est une dimension très importante en téléconsultation qui a provoqué des réticences concernant la confidentialité des données cliniques dans le réseau informatique et dans la communication dans notre revue de littérature [39,40]. D'autres caractéristiques spécifiques de la technologie utilisée sont aussi considérées comme sa fonctionnalité, sa facilité d'utilisation, ses performances.

La fonctionnalité fait référence aux diverses options de la technologie.

La facilité d'utilisation qui est un élément central dans d'autres cadres théoriques d'adoption de la technologie [41,42] l'est aussi dans ce cadre logique. C'est un important déterminant pour définir un système de téléconsultation selon la perception des professionnels dans la récession des écrits [35,36].

La performance réfère elle-même au fonctionnement technique du système en matière d'accessibilité, de fiabilité et de temps de réponse. L'accessibilité est la disponibilité des différents paramètres locaux et distants du système. La fiabilité est le bon du fonctionnement du système, en tenant compte des temps d'arrêt programmés et imprévus.

Avant la pandémie, la satisfaction des utilisateurs [43, 44, 45, 46, 47] était souvent liée aux bénéfices perçus que lui apporte la téléconsultation et les obstacles perçus correspondaient aux facteurs d'influence retrouvés dans le cadre logique de l'UETMISS du CIUSS.

Il existe différentes catégories de bénéfices nets de la téléconsultation relatée dans la littérature qui ne diffère pas de ceux cités ci-dessus en temps de COVID-19. Le plus retrouvé est l'accès aux soins qui couvre la disponibilité des services, la capacité d'accéder aux services. Surtout pour les soins non médicaux spécialisés. Dans l'étude de Carson et coll. [48], l'utilisation de la téléconsultation en ergothérapie pédiatrique s'est avérée efficace en augmentant l'accès aux soins spécialisés et en prévenant les retards dans la prestation des services.

La téléconsultation permet aussi un gain de temps en évitant les déplacements [46,47]. Ces déplacements peuvent éviter le coût du service et les coûts encourus par les patients [48]. Elle favorise l'autogestion de la maladie. Les méthodes et le contenu des interventions virtuelles sont compatibles avec la vie quotidienne selon certains patients et prestataires [45, 46, 47].

L'amélioration de la santé du patient est aussi un élément important dans la perception des professionnels de santé. En ce sens, Eze et coll. [49] ont réalisé une revue systématique sur l'efficacité clinique et de la rentabilité, de l'expérience des patients et de la mise en œuvre de la télémédecine dans les pays de l'OCDE. 98 études de janvier 2014 à février 2019 ont été incluses. 53 parmi ces études concernaient l'efficacité des interventions en télémédecine. 16 de ces études étaient spécifiques à la téléconsultation en temps réel. Les revues incluses ont révélé que les interventions de téléconsultation étaient efficaces pour améliorer l'état de santé des patients en cardiologie, santé mentale, diabète, neurologie, réhabilitation et en ophtalmologie. Deux (4 %) des critiques ont trouvé que la télémédecine était inefficace par rapport aux soins en face à face, et sept examens (13 %) étaient incertains quant à l'effet de la télémédecine. Hormis les comparaisons de la téléconsultation par rapport aux soins conventionnels dans la littérature, on trouve aussi des études comparant les consultations virtuelles aux consultations téléphoniques. La revue systématique de Rush et coll. [50] inclut 8 études. Les preuves limitées des études incluses suggèrent que la consultation virtuelle peut avoir des avantages par rapport au téléphone sur les résultats liés aux fournisseurs. Ces avantages se matérialisent avec moins d'erreurs de médication, une plus grande précision diagnostique et une meilleure précision de la prise de décision par rapport au téléphone.

Dans une enquête de la fédération mondiale de l'ergothérapie (WFOT) [51] sur l'utilisation de la télésanté, soixante-quinze pour cent des participants ont indiqué le coût des technologies (p. ex. Ordinateur, téléphone mobile, caméra Web, etc.) comme un facteur ayant une incidence limitant l'utilisation de la télésanté. Trente-trois pour cent des participants avaient cité les problèmes de confidentialité et de sécurité comme un facteur limitant aussi cette adoption. Dans la revue systématique de Ravi et al [52] visant à explorer la littérature existante sur les attitudes et les perceptions des audiologistes à l'égard de la téléaudiologie. Les principaux obstacles perçus par les audiologistes à l'adoption de l'application de la téléaudiologie étaient le manque d'infrastructure et de technologie pour le praticien ainsi que pour le patient, le manque de professionnels qualifiés, les problèmes de remboursement, les lois sur l'autorisation d'exercer et la confidentialité des informations sur les patients. D'autres préoccupations supplémentaires étaient mises à l'avant comme : la fiabilité des résultats, le coût, le manque de normes, le besoin de formation/connaissances supplémentaires, la réduction de la qualité par rapport à l'interaction en face à face, et l'inquiétude concernant les mauvaises pratiques.

Almathami et coll. [53] ont mené une revue systématique sur les obstacles et facilitateurs qui influencent la téléconsultation synchrone basée sur la télémédecine au domicile des patients. Dans cette revue de 45 articles allant de 2008 à 2018, 17 facteurs facilitants en sont ressortis. Ces facilitateurs ont été classés en facteurs internes et externes. Les facteurs externes font référence à l'environnement entourant l'utilisation du système et au système lui-même, tandis que les facteurs internes se réfèrent au comportement et à la motivation de l'utilisateur lors de l'utilisation du système.

Jess et coll. [54] dans leur revue de la littérature sur les consultations vidéo en soins palliatifs ont retenu 18 articles sur la perception des usagers. Les proches et les professionnels de la santé étaient favorables à la technologie et à son utilisation dans les soins palliatifs spécialisés. Les préoccupations des professionnels de la santé étaient particulièrement liées à leur charge de travail aux heures de pointe, la charge de travail supplémentaire que les consultations vidéo peuvent entraîner par rapport à un appel téléphonique par exemple, peut-être un désavantage. De plus, si les consultations vidéo ne sont pas une partie standard des soins et seulement menée avec quelques patients, les professionnels pourraient voir cela comme une perturbation de leur routine de travail ordinaire, et l'absence de routine devient ainsi une barrière.

Andrews et coll. [55] dans une revue intégrative se penche sur la satisfaction des cliniciens et des patients quant à l'utilisation de la télésanté pendant la COVID-19. Parmi les 18 études incluses de janvier 2020 à juillet 2020, 16 ont évalué la satisfaction des patients et cinq ont

examiné la satisfaction des fournisseurs de soins de santé à l'égard de l'utilisation de la télésanté. Plusieurs études ont noté que les patients et les fournisseurs de soins de santé étaient prêts à continuer d'utiliser la télésanté dans le cadre de leurs visites de suivi, même après la pandémie de la COVID-19. Parmi les 5 études concernant principalement les infirmières, la satisfaction a été très élevée dans quatre études.

Thiyagarajan et coll. [56] de leur côté ont effectué une revue de la littérature de sept études incluses sur les expériences des patients et des cliniciens en matière de consultations vidéo en soins primaires. Les patients atteints de maladies chroniques étaient plus susceptibles de préférer une consultation en face à face. Les freins avancés par les cliniciens dans deux études de cette revue ont été de faibles capacités d'examen physique, une capacité réduite à choisir des investigations correctes et des difficultés à utiliser la téléconsultation pour évaluer les patients en santé mentale.

2.2 Résumé de la littérature en téléconsultation

Dans la littérature explorée, on retrouve peu de revues systématiques ou de publications scientifiques spécifiques qui se concentrent sur l'expérience des professionnels de santé non médicaux et non infirmiers par rapport à l'utilisation de la téléconsultation vidéo synchrone. En effet à ce jour, un nombre encore insuffisant de recherches explorent les expériences uniques que vivent ces professionnels de la santé et explorent leur point de vue de manière qualitative lors de la mise en œuvre et de l'utilisation de la téléconsultation par vidéo. Les études comprenaient des interventions asynchrones et synchrones avec tous les âges. Et la plupart sont spécifiques à la télémédecine. La revue de la littérature montre qu'il existe une multiplicité de facteurs capables d'influencer l'utilisation et la perception des prestataires de soins en santé concernant la téléconsultation. Nous avons souligné que les facteurs peuvent être internes ou externes, au niveau de l'individu, de l'organisation ou de la technologie elle-même. Cependant, les antécédents qui poussent les professionnels à utiliser la téléconsultation sont souvent confondus avec les bénéfices nets.

Dans les revues systématiques, beaucoup des études primaires proviennent de l'étranger. Il est difficile de savoir avec certitude si l'on peut généraliser les conclusions au contexte canadien ou québécois en particulier. La qualité méthodologique globale des revues incluses était parfois faible [49,52, 54]. Des biais de publication ont été notés dans certaines revues [49, 55], ce qui signifie que les résultats positifs sur l'effet de la téléconsultation étaient plus susceptibles d'être

publiés. Toutes les études ne répondaient pas nécessairement aux objectifs de ce projet de recherche. Cependant, cela nous a permis de résumer et de catégoriser les facteurs qui peuvent influencer la téléconsultation et cerner la perception des utilisateurs dans la littérature.

En résumant les conclusions des études la téléconsultation et le cadre de l'UETMISS du CIUSS de l'Estrie du CHUS nous avons noté que les facteurs favorables ou qui influencent son utilisation sont d'ordre :

Infrastructure technologique

- Couverture du réseau internet (vitesse internet)
- Compatibilité technologique et synchronisation croisée du système
- Qualité de la plateforme utilisée (qualité audio ou vidéo)
- Fonctionnalité de la plateforme
- Équipements adéquats
- Salle de téléconsultation équipée

Humain et cognitif

- Considération de la littéracie technologique des professionnels et leur familiarité avec la technologie
- Connaissance des patients avec le clinicien
- Résistance à la technologie
- État de santé des patients
- Avantages perçus
- Connaissance des modalités et du fonctionnement de la téléconsultation
- Confort et préférences du patient
- Considération de la littéracie, de l'âge, de l'éducation et de la condition générale de santé des patients
- Distance à parcourir du patient

Clinique

- Capacité de réaliser un examen clinique et physique ou un diagnostic adéquat et complet
- Accessibilité des informations cliniques nécessaires

- Respect de la confidentialité et sécurité

Organisationnel et professionnel

- Rôles et responsabilités professionnelles bien définis
- Formation
- Support
- Intégration de la téléconsultation dans le système hospitalier
- Processus standardisé (mise en place de processus et modalités pour assurer la sécurité et la confidentialité des informations partagées)

Politique et réglementation

- Remboursement
- Encadrement légal et réglementaire approprié et soutien à l'obtention du consentement éclairé des patients
- Politiques et directives

3 Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie, la création de la grille d'entrevue et les outils utilisés pour la collecte et l'analyse des données.

3.1 Type d'étude

Le devis de recherche est une étude de cas descriptive, qualitative, exploratoire et rétrospective, réalisée après le processus d'implantation et d'utilisation des différentes plateformes de visioconférence (Reactis, Zoom ou Teams) proposées au CHUM pour réaliser des téléconsultations entre les professionnels de la santé et les patients. Selon Yin [57] l'approche d'étude de cas est particulièrement appropriée dans le cadre cette recherche. Elle permet d'approfondir la compréhension d'événements complexes dans leur contexte réel, comme les comportements individuels, les comportements de groupe, les processus organisationnels et administratifs afin d'en tirer une description précise. L'approche qualitative [58] est priorisée par le côté exploratoire de la recherche. Car cette approche permet d'avoir des données riches et diversifiées auxquelles le chercheur n'aurait pas pensé.

3.2 Population à l'étude et échantillon

La population à l'étude est l'ensemble des différentes équipes de la DSM parmi lesquelles la téléconsultation est possible (cf. GRAPHE 1 : ORGANIGRAMME DE LA DSM). Le critère d'inclusion a été l'utilisation de la téléconsultation en visioconférence durant la première année de la pandémie de COVID-19. En cohérence avec le devis de recherche et les questions de recherche, le choix d'un échantillonnage de convenance a été retenu et un représentant de chaque spécialité a été souhaité. Le recrutement a été réalisé grâce à la collaboration des responsables cliniques de la DSM. Ces derniers ont diffusé un courriel avec une lettre d'invitation à prendre part à ce projet au sein de leur équipe (Annexe 1). Les professionnels de la DSM ayant utilisé la plateforme Reactis ou Teams ou autres plateformes durant la première et la deuxième vague de la pandémie ont été invités à manifester leur intérêt par courriel. La participation à l'étude s'est faite sur une base volontaire et les personnes ayant consenti à y participer ont pu se retirer à n'importe quel moment sans avoir à justifier leur décision. Selon les données recueillies auprès de la DSM 100 professionnels (n) sur 275 de notre population à l'étude (N.) ont expérimenté la téléconsultation par visioconférence dans leur département. Ces professionnels ont été répartis comme suit : travailleurs sociaux (N=70 ; n=23), les physiothérapeutes (N=58 ; n=23), les ergothérapeutes (N=47 ; n=18), les nutritionnistes

cliniques (N=43 ; n=6), les psychologues (N= 23 ; n=18), les orthophonistes (N=18 ; n=5), les audiologistes (N=11 ; n=4) et les soins spirituels (N=5 ; n=3).

3.3 Collecte de données

Cette recherche a opté pour une collecte de données basée principalement sur des entrevues individuelles semi-structurées, plus ouvertes à l'émergence de nouveaux concepts. À cette fin, une grille d'entrevue (Annexe 2) a été formulée par le candidat en lien avec les objectifs de la recherche s'inspirant de certains thèmes de la revue de la littérature et du cadre logique. Cette grille a été envoyée à l'équipe de la DSM pour validation. À la suite de cette validation, certaines questions ont été modifiées. Cette grille comprend 12 questions pour recueillir de l'information des participants par rapport à leur utilisation et leur perception de la télésanté avant et pendant la pandémie de la COVID-19. Durant la collecte, des questions ont été modifiées ou ajoutées lors de l'apparition des sujets émergents. Les entrevues ont été réalisées par visioconférence par l'étudiant responsable du projet accompagné de sa directrice du 8 juillet au 24 août 2021.

Les questions de l'entrevue s'arriment autour des trois sous objectifs.

- Le premier sous objectif comporte 4 questions en rapport avec les perceptions des répondants vis-à-vis de la téléconsultation ainsi que l'utilisation des plateformes de téléconsultation avant et pendant la pandémie.
- Le second comporte 3 questions la pertinence de la téléconsultation pour ces professionnels et les facteurs qui influencent à son utilisation. Ainsi que les avantages et contraintes perçues lors de son utilisation.
- Le troisième comporte 3 questions sur la pérennité de la téléconsultation dans la pratique des professionnels après la COVID et les améliorations à apporter lors de son utilisation.
- Ensuite, deux questions ouvertes sur les messages clés à retenir ont été proposées pour conclure l'entrevue.

3.4 Analyse des données

Les entrevues réalisées ont été retranscrites intégralement et ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives QDA Miner 5. Des notes détaillées ont été prises et enregistrées après chaque entretien dans un journal d'analyse. Cette analyse thématique s'est déroulée en utilisant une approche adaptée du processus en six étapes de Braun et Clarke [59] :

1. Dans un premier temps, nous avons procédé à une lecture attentive des retranscriptions de chaque question pour nous familiariser avec les données
2. À partir de cette familiarisation étroite avec les transcriptions, nous avons généré des codes initiaux pour générer des sous-catégories de perceptions des participants.
3. Par la suite, nous avons rassemblé et combiné ces codes initiaux pour la recherche de thèmes, ayant un sens plus large que les codes. Cet exercice a permis de diminuer le nombre d'unités de sens, selon le principe de réduction de données.
4. Cet arbre de codage accompagné des extraits a été validé par la directrice de recherche.
5. Nous avons défini et nommé les thèmes liés à la littérature et ceux qui sont émergents.

L'analyse thématique se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire [59] comme celui de notre mémoire dont le contexte diffère des études de notre revue sommaire de la littérature. Ceci justifie aussi ce choix d'approche.

3.5 Considérations éthiques

Ce projet a obtenu l'approbation du comité d'éthique du CHUM en date du 28 juin 2021 (numéro de référence du projet 20 040). Le premier contact sur le terrain de recherche s'est fait par l'entremise des responsables de la DSM qui ont accepté le projet. Lors de ce premier contact, le nombre approximatif de participants par département a été défini ainsi que les dates des entrevues. Avant la participation aux entrevues, un document d'information a été remis aux participants, comportant la description ainsi que le but de cette recherche. Un formulaire de consentement pour la participation a aussi été fourni. Tous les renseignements recueillis durant cette étude demeureront confidentiels. Toutes les données de recherche seront conservées sur un serveur sécurisé. Ces données seront conservées durant 10 ans par la chercheuse responsable. Selon les normes éthiques en vigueur à l'Université de Montréal, la durée de conservation des données au sein d'une banque est minimalement de sept ans.

3.6 Rigueur méthodologique

Le processus de cette recherche a respecté les critères de validation propres aux méthodes d'études de cas pour parvenir à la validité interne et externe de la recherche telle que définie par Yin [57].

3.6.1 Validité interne

La validité interne correspond à la véracité des résultats selon le phénomène étudié. Parmi les techniques de validité interne recommandée, le « peer debriefing » a été utilisé [60]. La directrice de recherche a évalué les transcriptions, les catégories émergentes et finales de ces transcriptions afin de déterminer si un point clé a été manqué, des points surestimés ou répétitifs. Il y a eu un suivi continu de la DSM à chaque étape importante de la réalisation de ce mémoire et les résultats ont été validés par ces derniers. Par la suite, une restitution a été réalisée lors d'une rencontre mensuelle des gestionnaires des différents unités de la DSM.

3.6.2 Validité externe

La validité externe correspond à une généralisation théorique dans laquelle les résultats peuvent se transférer à d'autres cas ou d'autres contextes [57]. Nous avons respecté les principes recommandés visant à augmenter la validité externe de l'étude. Ces principes stipulent une description claire et détaillée du contexte de l'étude, une description claire et détaillée du profil des participants, une discussion de la façon par laquelle le contexte dans lequel la recherche s'est déroulée affecte la capacité de répondre à la question de recherche initiale. Le contexte dans lequel la recherche a été effectuée a donc été décrit en détail.

4 Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude portant sur la perception et l'utilisation de la téléconsultation par visioconférence au sein de l'équipe de la DSM durant la pandémie de la COVID-19. Elle a été mise en place en urgence au sein des services de la DSM en réponse à l'état d'urgence sanitaire qui a été décrété le 13 mars 2020 au Québec. Rappelons que dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes fixé trois objectifs. En premier lieu, procéder à l'analyse de l'utilisation et la perception des professionnels de la DSM par rapport à l'utilisation de la téléconsultation. Ensuite l'analyse de la pertinence de la téléconsultation pour ces professionnels et les facteurs favorables ou non à son utilisation. Pour finir proposer des recommandations sur les leçons apprises et la pérennité de la téléconsultation dans leur pratique professionnelle post-COVID.

Nous commencerons par énumérer les considérations relevées par rapport à la grille d'entrevue, procéderons ensuite à l'analyse et à la discussion des résultats. Ces considérations seront classées en facteurs internes ou individuels, en facteurs organisationnels et en facteurs liés à la technologie.

4.1 Caractéristiques des participants

16 participants (Tableau 1) ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude et y ont accepté d'y participer pour un taux de recrutement de 16 %. Ces entrevues ont duré 30 à 40 minutes pour lesquelles il n'y a eu aucune compensation. Notre échantillon est principalement constitué de femmes (n=13 ; 81 %) cf. tableau 1.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

Caractéristiques		Nombre	Pourcentage
Années d'expérience	0-5 ans	4	25 %
	6-10 ans	2	12,5 %
	11-15 ans	4	25 %
	16-20 ans	2	12,5 %
	21-25 ans	3	19 %
	26-30 ans	1	6 %
	Homme	3	19 %

Genre	Femme	13	81 %
	Autre	0	0 %
Titre d'emploi*	Nutrition (N.)	2	12,5 %
	Psychologie (P)	2	12,5 %
	Travailleur social (TS)	3	19 %
	Audiologie (A)	2	12,5 %
	Ergothérapie (E)	2	12,5 %
	Orthophonie (O.)	2	12,5 %
	Physiothérapie (Ph)	2	12,5 %
	Soins Spirituels (SP)	1	6 %

* Pour présenter les verbatims, nous identifierons les personnes en fonction de leur titre d'emploi.

4.2 Utilisation et perception de la téléconsultation avant la pandémie

La DSM a commencé les activités de téléconsultation pré-pandémie fin juillet 2019. Par ailleurs, la volumétrie des téléconsultations n'était pas élevée principalement à cause de l'utilisation de l'application Reacts considérée complexe d'utilisation par les professionnels et les patients et le nombre limité des licences par service (2 licences installées sur 2 ordinateurs).

Tous les répondants (n=16, 100 %) ont eu recours à une téléconsultation par téléphone dans leur pratique avant l'entrée en vigueur des restrictions de la COVID-19. Cependant, très peu de notre échantillon ont utilisé la consultation par visioconférence avant la COVID-19. Cinq des répondants (31 %) ont expérimenté la téléconsultation vidéo à travers d'autres programmes, mais le recours à cette plateforme n'était pas ancré dans leur usage professionnel quotidien. Le logiciel Reacts, qui est une plateforme collaborative, interactive, conçue spécifiquement pour la collaboration des professionnels de la santé et des patients a été celui utilisé dans les cas susmentionnés précédents la COVID-19. Les services où se déroulaient ces projets étaient : l'audiologie, l'orthophonie, la psychologie et l'ergothérapie.

C'est un projet qui est en cours, mais vu qu'on n'en avait pas vraiment besoin, on ne l'utilisait pas vraiment. E1

Ça commençait. Ce n'était pas très fréquent. On le faisait. Moi là je ne le faisais pas vraiment beaucoup. A2

Oui, j'avais commencé à partir de l'été précédent, donc probablement l'été 2019, à utiliser un peu, surtout le logiciel Reacts qu'on nous avait présenté en premier pour certaines indications spécifiques. O2

Oui, j'en faisais avant la COVID-19, pour quelques patients triés sur le volet pour de la psychothérapie. P1

Quatre des répondants (25 %) avaient très hâte que cela arrive bien avant l'implantation durant la COVID-19 surtout pour faciliter leur clientèle au dehors de Montréal.

Avant la pandémie, pour nous, c'était le futur, donc c'est un outil qu'on regardait déjà surtout pour notre clientèle qui demeure loin. Ph1

On n'utilisait pas les logiciels, mais on attendait avec impatience que ça arrive, surtout quand on a des patients qui ne sont pas tous à Montréal. Ils sont répartis un peu loin d'ici. N1

Deux professionnels (12,5 %) avaient même formulé à leur département le désir de passer aux consultations par visioconférences avant la pandémie. Mais à l'époque, c'était compliqué à mettre sur place et ils faisaient face à différents obstacles au niveau des réglementations provinciales et internes.

Puis on a des patients qui se déplacent beaucoup pour venir au Sud, puis ça, c'est souvent 2 fois par année, donc on avait envisagé l'option. Mais avant la pandémie, c'était complexe à mettre en place. Il fallait présenter un projet, il fallait justifier notre demande, il faut l'approbation d'un comité éthique. Il y avait beaucoup d'étapes. Cependant, la pandémie a tout débloqué. N2

Cela faisait environ 6 mois que je demandais d'avoir accès. Par exemple d'avoir accès au dossier patient à partir de mon ordinateur personnel pour être en mesure de travailler, et cetera. Il y avait toujours des problèmes (on ne rejoint pas le gouvernement, je ne peux pas vous donner un accès) et la pandémie arrive et voilà en moins de 24 h c'est fait. TS2

4.3 Utilisation et perception de la téléconsultation pendant la pandémie

Reactis a été le premier logiciel autorisé et utilisé au début de la pandémie. Par la suite, Zoom et Teams, les deux principales applications de visioconférence ont été autorisées.

Paramètre de comparaison	Zoom	Teams	Reactis
Utilisation principale	Il est principalement utilisé pour la visioconférence.	Il est principalement utilisé pour la collaboration en équipe.	Il est principalement utilisé pour la visioconférence
Interface	Il est facile à utiliser.	Il est un peu difficile de naviguer.	Plus difficile à naviguer
Intervenants	100 participants à la fois.	250 participants à la fois	Nombre de participants limités
Temps	40 minutes pour un compte gratuit et 24 heures pour un compte pro.	Il n'y a pas de limite de temps.	Temps défini à l'avance et très précis sans possibilité de modification durant la session
Accès	Autorise l'utilisation du mot de passe de la réunion.	Autorise l'accès par un lien préalablement partagé.	Autorise l'accès du patient ayant déjà un compte et une réunion déjà planifiée
Partage d'écran	Disponible sur tous les navigateurs	Disponible sur tous les navigateurs	Disponible sur Windows
Clavardage	Possibilité de clavarder durant	Possibilité de clavarder durant	Option disponible, mais

	la visioconférence	la visioconférence	non possible durant la visioconférence
Capture de session (image et vidéo)	Disponible sur tous les navigateurs	Disponible sur tous les navigateurs	Disponible seulement sur Windows
Transfert de fichier	Disponible sur tous les navigateurs	Disponible sur tous les navigateurs	Disponible seulement sur Windows
L'intégration	Il est intégré à Gmail.	Il est entièrement intégré à Microsoft 365.	Il n'est intégré à aucun système de courriel

À part ceux qui l'ont utilisé avant la pandémie et ceux qui étaient impatients que ça arrive, notre échantillon compte des professionnels qui ne pensaient pas un jour faire de la consultation par vidéo. Tout au début, ils étaient sceptiques pour différentes raisons et avaient des craintes concernant le lien thérapeutique avec le patient, leur clientèle.

Oui, en fait, quand ça a commencé, j'étais sceptique dans le sens où je me disais, est-ce qu'on a un lien réel, thérapeutique. Moi, je fais de la psychothérapie. Ce n'est pas seulement technique, il y a quelque chose du lien de l'alliance thérapeutique. Est-ce que ça peut vraiment se mettre en place dans un contexte comme ça, et donc j'avais des doutes au départ oui, je me demandais si ça pouvait fonctionner TS3

C'est sûr que, tout au début, j'avais une certaine réticence. Évidemment peut-être c'est la nouveauté ou le fait qu'on s'est dit en neuropsychologie, on aime bien évidemment rencontrer la clientèle en personne d'offrir nos services, là évidemment en présentiel toujours. P2

L'évolution de leur perception par rapport à la téléconsultation a évolué dans la plupart des cas dans un sens positif au cours des premiers mois de la pandémie. Surtout dans le sens où cela a assuré l'accessibilité des services même à distance lors de la pandémie de COVID-19.

Je pense que c'était très positif. On tentait de voir comment on était capable de continuer à offrir des services, tout en faisant déplacer les patients le moins souvent possible. A2

On a de grosses listes d'attente. Mais je ne pense pas juste nous, mais en tout cas ce qui fait que ça permet de maintenir une accessibilité. O2

4.4 Facteurs influençant la perception et l'utilisation de la téléconsultation

Cette section présente les facteurs qui peuvent influencer l'appréciation ou l'utilisation de la téléconsultation par vidéo dans le cadre de la pratique professionnelle de notre échantillon. Ces facteurs ont été regroupés en infrastructure technologique (logiciel, matériel, réseau internet...), en facteur organisationnel (soutien technique, formation, soutien administratif), en facteurs humains (condition médicale, caractéristique de la spécialité, compétence en informatique...), en facteurs cliniques (limites des actes posés, spécialités).

4.4.1 Infrastructure technologique.

L'infrastructure technologique est un facteur favorable ou non à l'utilisation de la technologie. Les entrevues nous ont permis de regrouper les qualités internes des plateformes et les facteurs externes des plateformes (Tableau 1). Les facteurs internes des plateformes s'organisent en cinq éléments selon les thèmes ressortis lors des entrevues : convivialité, fonctionnalité, fiabilité, confidentialité, interopérabilité. Dépendamment de la plateforme, ces éléments varient. Les facteurs externes à la plateforme retenue sont le réseau internet, le matériel à utiliser pour la téléconsultation et l'espace où se réalise la téléconsultation.

4.4.1.1 Convivialité

La **convivialité** réfère à la perception des participants de la facilité d'utiliser et de comprendre la technologie. Pour la plupart des participants (n=13, 81 %), Reacts a été celle, parmi les trois plateformes proposées, qui a été perçue comme la plus difficile. Surtout chez ceux qui ont commencé la téléconsultation par vidéo pendant la pandémie. Reacts a été comparé avec Zoom et Teams qui selon les participants ont été plus faciles d'utilisation pour eux ainsi que pour les patients. Le nombre d'étapes pour aboutir à une consultation avec Reacts a souvent été soulevé, car cela a compliqué l'utilisation pour certains. (cf annexe 4)

Reactis n'est pas bien passé. Il y avait trop d'étapes. Déjà, le changement pour les personnes c'est difficile. On n'est pas tous technos non plus. En ajoutant ces obstacles, ça a vraiment nui à l'implantation. N1

Réacts est un excellent outil, mais ça demande une inscription et c'est un petit peu plus complexe. J'aime bien le fait qu'on ait juste à envoyer un lien, le patient clic, les gens trouvent ça facilitant. O2

Moi j'ai commencé la télésanté avec Reactis qui n'était pas facile à utiliser. Puis les patients avaient énormément de difficultés à se brancher à cette application-là. P1

Teams ça facilite tellement les choses. J'ai simplement besoin de créer un rendez-vous dans mon agenda. Le rendez-vous est envoyé aux patients. Il n'a pas besoin de télécharger et je n'ai pas besoin d'expliquer. O2

4.4.1.2 Flexibilité de la plateforme

Le manque de **flexibilité** du logiciel dans certains cas peut être une contrainte lors du choix de ce dernier. En plus des différentes étapes inhérentes à l'utilisation de Reactis, il est aussi à noter son manque de **flexibilité** selon plusieurs répondants. Ce manque de flexibilité a été exprimé notamment par l'heure précise du rendez-vous : « *Reactis, pour faire une rencontre on devait avoir un horaire fixe* ». N1

4.4.1.3 Fonctionnalité

La **fonctionnalité** réfère aux différentes fonctions et potentiels des plateformes. Dépendamment du professionnel, des options sont jugées plus importantes que d'autres. Ces fonctions ont varié selon la plateforme.

Un point très important pour la plupart des participants a été la possibilité de faire des rencontres de groupe en téléconsultation avec leurs patients. Par exemple des groupes de pleine conscience ou psychoéducatifs en travail social. Ou du moins des groupes d'information ou de suivi pour les acouphènes en audiologie. Pour les physiothérapeutes, cela a été des classes d'enseignement de rééducation en virtuel. Les différentes plateformes leur ont permis de poursuivre ce type de suivi en visioconférence. Car le nombre de personnes admises en présentiel pour les groupes était encore limité par les nouvelles normes du CHUM selon les répondants. Teams et Zoom leur ont offert la possibilité d'avoir un plus grand nombre de participants lors de séances

virtuelles. Ceci a été très apprécié par les professionnels qui n'ont pas aimé être restreints à une quantité minimale de patients.

Actuellement, je ne peux pas aller à 10 patients dans une salle en présentiel. Reacts, tu es comme un peu plus limité avec le nombre de participants en même temps sur le logiciel. Cependant, dans Teams on peut ajouter plus de monde. A2

On pouvait avoir 5 participants, plus le thérapeute, donc ça faisait seulement 6. Reacts était limité par rapport à la quantité. On fait du un à un, et l'on fait les classes, d'enseignement. P1

Une autre **fonctionnalité** des plateformes souvent soulevée durant les entrevues est le partage d'écran. Car la plupart des professionnels ont converti leur outil de travail en version numérique pour des présentations PowerPoint. Donc un moyen simple de partager l'information lors des rencontres virtuelles avec les patients était souhaité. Ce que Zoom permet en moins de cliques.

La version Teams qu'on a l'hôpital ne nous permet pas de faire un partage d'écran d'une présentation avec les gens qui nous voient. A2

On préférerait utiliser Zoom parce que le partage d'écran était plus facile d'utilisation. P2

Une troisième option liée à la aux plateformes de téléconsultation qui a été découverte lors de la pandémie est celle de l'enregistrement des séances par les professionnels de rééducation. Ceci a été un ajout certain pour les patients. Cet enregistrement a permis à ces derniers de revisionner les exercices, de reprendre le profil des exercices dans leur milieu et de mieux les assimiler. Et les patients ont apprécié cette option.

L'autre chose qui est intéressante maintenant c'est que l'on peut enregistrer. Ce qu'on ne pouvait pas faire avant, car le ministère ne permettait pas qu'on enregistre la session. Par la suite, j'envoie le visuel aux patients afin qu'ils puissent revoir la consultation parce que quelquefois ils n'ont pas tout compris dans les classes d'exercices et ils ne sont donc pas capables de refaire le contenu du cours sans le visuel. Tous les patients ont dit que pour eux c'est vraiment top. P1

Avec Reacts je ne sais pas si c'est moi, mais des options d'enregistrement n'ont pas l'air d'être là avec toutes les plateformes. Mais ça, je pense, c'est peut-être moi qui ne l'utilisais pas à pleine capacité parce que quelquefois il y a certains modèles qu'on va enregistrer pour partager avec le patient. Sur Reacts je n'ai jamais été capable. O1

4.4.1.4 Fiabilité

La **fiabilité** réfère ici à la non-défaillance du système durant son utilisation. C'est-à-dire l'utilisation de la téléconsultation sans coupure ayant pour cause le réseau ou le logiciel permettant une fluidité de l'image et du son sans interruption.

Quelques bogues techniques ont été rapportés par les participants. Ces erreurs informatiques peuvent amener un professionnel à délaisser une plateforme pour une autre.

Moi j'ai commencé à utiliser Teams quand Reacts boggait. Ce qui est arrivé quand même très souvent. Pas de son, pas d'image. Le patient, il ne trouve pas la façon de se connecter... quand je voyais que je n'avais pas d'aide, j'ai commencé à utiliser Teams. J'ai eu beaucoup moins de bogues avec Teams qu'avec Réacts dans la dernière année. E1

Et ces coupures peuvent engendrer des frustrations, des pertes d'information ou des mésententes.

La télésanté, quelquefois les patients n'ont pas de son, d'autres on les entend plus, parfois on les entend parler, y'a plus d'images, mais là ils parlent pendant qu'on parle avec des fois c'est comme pas facile [...] des fois ils ont comme des connexions difficiles fait que ça fige. A2

Ou la connexion internet était instable. Là aussi, on a eu quelques petits écueils avec ça là donc on peut perdre des infos. Ça aussi, c'est un problème pour le testing parce que s'il y a eu de petits délais, de petites coupures dans la connexion, le risque c'est que les consignes soient mal comprises ou que moi je perde des réponses lorsqu'il y a des délais avec les personnes. P2

4.4.1.5 Confidentialité et sécurité

La confidentialité liée au logiciel lui-même a semblé être une préoccupation peu présente pour les participants. Reacts est présenté comme le meilleur par rapport aux autres.

Reacts, c'est la plateforme qu'on nous avait présentée au départ. Puis on nous disait qu'il était le plus confidentiel. A2

Aussi l'enjeu pour quelques professionnels n'a pas été le logiciel, mais plutôt d'autres obstacles mineurs dans la pratique même de la téléconsultation, comme la double identification du patient en téléconsultation. Dans le cadre du processus d'agrément réalisé par Agrément Canada, il est demandé aux professionnels de faire une double identification du patient. En présentiel, cette authentification du patient se fait en demandant deux informations comme l'adresse et la date de naissance. Ceci est plus difficile en rencontre de groupe virtuel.

C'est que la double identification n'est pas facile à faire quand on a un groupe de patients parce que leur demander des informations sensibles, alors que tout le monde entend. Ce n'est pas clair comment on pourrait procéder parce que c'est vraiment un enjeu majeur au niveau de l'agrément cette double identification. A2

On dirait qu'en présentiel, on ne sait jamais vraiment poser la question parce que les gens se déplaçaient. Mais il faut tenir compte de la double identification et de la confidentialité avec ces nouvelles modalités. A1

Le risque de diffusion des matériels de tests a aussi été soulevé. Par exemple en neuropsychologie lorsque le professionnel fait des tâches de mémoire en téléconsultation. Dans ce cas-ci, il est demandé au patient de réagir aux stimuli présentés à l'écran. Ce dessin ou cette production écrite réalisée par le patient durant cette tâche de mémoire devient du matériel de test. Pour contrôler ce risque d'exposition de leur matériel de test qui est protégé, les prestataires demandaient aux patients de les détruire durant la séance.

Pour nous, cela devient du matériel de test. Donc on ne veut pas qu'ensuite il montre ça à la famille ou qu'il ait des choses en mémoire. C'est une diffusion d'un matériel qu'on ne contrôlerait pas là. Donc on ne veut pas que les gens s'amuse avec ça. P2

4.4.1.6 Interopérabilité

L'interopérabilité est la capacité pour des logiciels différents de fonctionner ensemble et de partager des informations. Vu que les prestataires ont utilisé différentes plateformes, une meilleure intégration de ces dernières avec le dossier clinique informatisé (DCI) en usage au CHUM soit dans OACIS a été souhaitée dans leur pratique. Plusieurs remarques sont venues étayer ce manque d'interopérabilité ou de synchronisation comme le fait de devoir importer les coordonnées des patients d'une plateforme à une autre.

Je rentre mes rendez-vous sur oasis puis là faut que je rentre mes rendez-vous sur teams. Ça fait comme double travail. Si les systèmes pouvaient être intégrés, ce serait un plus.
TS3

Donc je pouvais me retrouver à travailler à la fois avec Réacts, Teams et Zoom au cours d'une semaine donnée. Par exemple, les rencontres d'équipe sont sur Zoom. On a commencé à utiliser Teams pour d'autres réunions. Entre-temps, je voyais encore des patients sur Réacts. Donc, avoir à gérer tout ça en même temps, ce n'est pas optimal.
TS1

4.4.1.7 Réseau internet

Tout comme la fiabilité des différents logiciels a été un point essentiel pour mener la téléconsultation, celle du **réseau internet** l'a aussi été selon les entrevues. Une grande partie des répondants se sont plaints de la qualité du réseau internet du CHUM qui quelquefois a été défaillant.

J'avais des patients qui ont été hospitalisés, qui auraient voulu par exemple participer au groupe, mais c'était impossible à ce moment-là avec le wifi du CHUM. TS3

Donc c'est arrivé des fois qu'on devait se voir en téléconsultation, puis finalement l'internet n'était pas assez fort pour appuyer le vidéo. N2

Ça peut arriver que le réseau du CHUM ne soit pas assez puissant. Puis ça on le vit avec Teams maintenant. Des fois, c'est embêtant. TS1

4.4.1.8 Matériel et espace adéquat

Le matériel pour réaliser les séances a été disponible au CHUM. Cependant, tous les professionnels n'ont pas eu accès à la marche à suivre pour obtenir un matériel en prêt soit pour eux soit pour leurs patients qui n'avaient pas la technologie. Ceux qui ont fait de la téléconsultation depuis chez eux ont noté une augmentation de leur facture internet.

Euh, peut être aussi une autre chose, c'est de savoir comment ces équipements peuvent être mis à notre disposition, parce que moi je sais qu'il y en a qui sont mis à disposition, mais vous me demanderiez aujourd'hui comment je fais pour demander une tablette ou un cellulaire pour avoir une rencontre avec un patient, je ne serai pas vous dire comment procéder pour avoir cet équipement-là. SS

J'utilise mon ordi personnel, ça me coûte plus cher d'internet depuis 2 mois parce que je fais 2 jours chez moi. Puis à aucun moment, on ne va réviser l'impact sur les professionnels. C'est un peu comme tout le monde, moi depuis que je fais des journées complètes de Reacts et Teams chez moi, j'ai vu la différence dans ma consommation internet. TS1

Nous avons considéré que les licences font partie du matériel. Le fait d'avoir été plusieurs à gérer **la même licence** a été soulevé comme un frein aux rencontres virtuelles. Surtout au début quand plusieurs prestataires devaient utiliser la même licence pour faire leur téléconsultation, le nombre de licences étant limité. Quelquefois, certains répondants ont dû attendre qu'un prestataire se déconnecte pour qu'ils puissent à leur tour se connecter. Ceci a eu un impact sur leur horaire et l'organisation de leur rendez-vous.

Fait qu'on avait un horaire à gérer parce qu'on était plusieurs à partager la même licence fait que parfois ça crée de petites frustrations parce que tu pouvais te faire déconnecter alors que tu étais en train d'avoir ton entrevue, parce que l'autre c'était connecté alors que ce n'était pas son tour. E2

L'environnement du patient ou du prestataire peut influencer la téléconsultation. L'enjeu de confidentialité a aussi été soulevé par les prestataires concernant cet élément. Dans la plupart des cas, les gens ont été dans un environnement calme et propice à la confidentialité.

Quand les gens ont un rendez-vous médical avec nous en présence, tout le monde n'est pas dans le salon en train de faire du pliage de linge. Souvent, les gens me disent mes enfants sont partis jouer dehors. Les gens ont appris à avoir un environnement propice à ça. O2

Toutefois, ce souci de confidentialité lié à l'environnement a été rencontré lors des réunions de groupe quand des personnes ont voulu garder leur caméra fermée ou ne se sont pas installées dans un lieu confidentiel. Car avec la caméra fermée le prestataire ne sait pas ce qui se passe du côté du patient. De ce fait par respect, pour tout le groupe et par souci de garantir la confidentialité des règles ont été établies. Il leur a été demandé d'être dans un espace fermé, calme et intime sans être dérangé et de garder leur caméra ouverte pour participer à la rencontre.

Fait que là les animateurs de groupes disaient par souci de confidentialité, il faudrait que tout le monde ait la caméra ouverte pour qu'on soit sûr qu'il n'y a personne d'autre. E1

Puis on a eu des enjeux quand on réalisait des groupes. Je ne sais pas pourquoi ces enjeux étaient plus importants en groupe sûrement parce que le groupe, ça dure 2 h 30. C'est long ! Mais on avait des cas où il a fallu le préciser en commençant le groupe pour que la personne fasse ça dans un lieu confidentiel parce que quelquefois on voyait passer le conjoint en arrière, puis il se tournait, c'était totalement inapproprié. Alors il a fallu mettre les choses au clair. On n'avait pas anticipé. TS3

Certains prestataires ont aussi mentionné la difficulté d'avoir des espaces fermés dans leur département afin de mener une téléconsultation. Car ces derniers sont dans des bureaux partagés.

Les collègues sont 7 dans un même bureau, donc il fallait trouver des espaces fermés. C'est difficile parce que maintenant les nouveaux hôpitaux, ce sont des aires communes. Il n'y a pas de postes attitrés donc c'est aussi ça un enjeu de trouver des espaces lorsque toute l'équipe est en télésanté. Ph1

Tableau 3 : Qualité du système

	Thème	Sous-thème	Codes
Infrastructure	Qualité interne de plateforme	Convivialité	Étapes pour créer rendez-vous
			Facilité d'utilisation
		Flexibilité	Horaire fixe
		Fonctionnalité	Rencontre de groupe
			Partage d'écran
			Enregistrement des séances
			Transposition de documents
		Fiabilité	Qualité sonore
			Qualité image
			Qualité connexion
	Confidentialité	Protection des données du patient	
		Protection de l'intimité de la séance	
	Interopérabilité	Synchronisation avec le reste du réseau	
	Infrastructure externe	Réseau internet	Réseau internet stable
Matériel et espace adéquat		Disponibilité d'ordinateur, tablette/disponibilité de licences/salle équipée...	

4.4.2 Soutien organisationnel

Les facteurs favorables ou non à l'utilisation de la téléconsultation par visioconférence concernant le soutien organisationnel n'ont pas toujours fait consensus parmi les répondants. Les thèmes identifiés pour cette section sont : le soutien administratif, le soutien technique, la gestion des horaires et la formation.

4.4.2.1 Soutien administratif

La moitié des participants ont apprécié le **soutien administratif** reçu et l'autre moitié ont jugé qu'il y a eu un manque de soutien. Certains ont rapporté avoir eu l'aide au départ de leur département pour s'organiser.

Oui, déjà mes supérieurs m'ont aidé beaucoup à m'organiser dès le départ. Puis j'ai eu accès à toute l'aide du Centre responsable des technologies. J'y suis allé moi-même à plusieurs reprises. Pour vraiment qu'on m'organise, un laptop m'a été prêté par le CHUM. Ph2

Tandis que d'autres auraient souhaité un meilleur soutien des agents administratifs pour la préparation de la consultation virtuelle. Cette préparation selon eux comprend la programmation et la confirmation des rendez-vous et l'envoi des liens. Ces intervenants ont fait ces diverses tâches eux-mêmes.

Quand c'est au nutritionniste de créer le rendez-vous, d'envoyer l'invitation au rendez-vous, d'expliquer le logiciel, ça ajoute un obstacle qui peut vraiment nuire à l'implantation de la technologie. Ma collègue en radiothérapie, elle, ça a bien été parce c'était quelqu'un qui organisait tout le background pour ses rendez-vous sur Zoom. N1

L'intervenant peut dire, je me désresponsabilise par rapport à l'utilisation de la technologie. Il y a quelqu'un d'autre qui s'en occupe, puis moi je peux me concentrer sur la clinique, ça serait mon plus grand souhait. E1

4.4.2.2 Soutien technique

Le soutien technique est ressorti comme un élément important en plus du **soutien administratif** pour les prestataires. Le soutien technique ici réfère l'assistance technique reçue lors des difficultés de connexion rencontrées par un professionnel ou un patient. Tout comme le thème précédent, cela a varié d'un répondant à un autre. Certains disent avoir bénéficié d'un bon soutien technique en contactant le support technique. Le service a été disponible au moment voulu.

La ligne de soutien technique bien sûr, moi j'ai eu recours, j'ai transmis l'information des patients qui ont aussi eu recours pour aider à ce que ça soit fonctionnel en temps opportun. P1

D'autres ont expérimenté un manque de soutien technique. Ceux-là n'ont pas pu bénéficier de la ligne du soutien technique qui ne répondait pas toujours ou les référerait au soutien technique du logiciel. Certains prestataires ont dû aider eux-mêmes les patients. Ces derniers pouvaient appeler, mais là ça ne répondait pas toujours tout de suite.

Je me suis retrouvé à devoir faire du soutien technique, ça c'est peut-être un autre truc que je n'ai pas adoré. Puis je me suis retrouvé avec ma collègue à dire il y a-t-il une ligne au CHUM ou l'on peut référer les gens. Car sinon il faut que j'aide chaque personne à se connecter, à naviguer, à comprendre. Ça m'ajoute une charge de travail qui n'est quand même pas négligeable, d'autant plus on a un roulement de patients avec beaucoup de nouveaux qui sont suivis à plus court terme. TS1

Quand j'appelle le soutien informatique du CHUM ils me disent ce n'est pas nous, c'est Reacts. J'appelle le soutien Reacts qui nous dit, ce n'est pas nous, c'est le soutien informatique du CHUM. E1

4.4.2.3 Formation

La **formation** reçue a aussi été abordée lors des entrevues. Les répondants ont rapporté diverses modalités de formation. Il y a eu des formations individuelles et des formations de groupe. Et tous les participants n'ont pas eu la **formation** sur tous les logiciels. Et la plupart auraient souhaité recevoir une **formation** plus en profondeur sur ces logiciels.

Bon, on a eu une formation de groupe sur comment le service de télésanté sur comment, par exemple organiser des rendez-vous Teams. P1

Ils sont venus nous donner des formations individuelles sur Reacts. Je leur ai lancé l'appel pour Teams, mais ils n'ont pas fait de suivi. Moi, je me suis formée toute seule sur Teams en allant sur YouTube pour les détails. N1

Le temps d'apprentissage a été plus long pour les participants qui n'ont pas bénéficié de formation.

Ça a pris un certain temps à comprendre un peu le système comment envoyer les invitations aux patients, etc. Donc on n'avait aucun training. TS2

Tableau 4 : Support organisationnel

	Thème	Faits pertinents
Soutien organisationnel	Soutien administratif	Disponibilité du soutien
	Soutien technique	Réactivité du soutien
	Formation	Contenu de la formation
		Format de la formation

4.4.3 Facteurs contingents de l'utilisation de la téléconsultation

Pour donner suite au regroupement des thèmes liés à l'infrastructure technologique et au soutien organisationnel, notre analyse des entrevues nous a permis de catégoriser des facteurs contingents à l'utilisation de la téléconsultation en fonction des caractéristiques individuelles des patients et des professionnels. En effet, ces éléments ont influencé le choix d'utiliser la téléconsultation plutôt que de faire venir le patient en présentiel même lors du relâchement partiel des mesures sanitaires après la première vague de la pandémie. Le premier facteur lié à la fois au prestataire et au patient est la relation de confiance ou lien thérapeutique. Par la suite, les facteurs liés aux patients ressortis dans notre analyse ont été le lien de confiance avec le professionnel, son état de santé, sa localisation par rapport au CHUM, son accès à la technologie, son choix et sa préférence. Les facteurs liés aux professionnels ont été sa spécialité, les caractéristiques du patient, le soutien reçu et son habilité avec la technologie.

4.4.3.1 Relation de confiance

La construction de **la relation de confiance** est primordiale dans le processus thérapeutique. Et les opinions sur l'instauration de ce lien de confiance lors de l'utilisation de la téléconsultation ont varié d'un professionnel à un autre. Pour certains, la technologie a permis bien des choses, mais pas l'intimité ou la proximité nécessaire pour créer ce lien de confiance qu'offre la présence physique.

C'est le suivi individuel qui fait qu'on crée un lien de confiance. Puis ça se passe en vrai, je pense. E1

Ce lien de confiance pour d'autres est en fonction de la nature de la consultation. Cela a été plus difficile pour les premiers contacts en téléconsultations par rapport aux téléconsultations de suivi.

Je trouvais ça un peu moins difficile quand c'étaient des patients que je connaissais déjà quand on est passé à la télésanté. Ce n'est pas que ça allait mal avec les autres. Mais tu sais, ça allait bien parce que la relation de confiance était déjà là... je pense aussi au niveau du contact, ce n'est pas aussi humain que si je l'ai en face de moi. A2

Mais pour la plupart des prestataires, **le lien de confiance** a été sensiblement le même. Ils ont essayé de garder toujours la même chaleur et la même empathie. Quand cela a été applicable, ils ont eu du temps supplémentaire pour passer à travers leur questionnaire et créent le lien de confiance. Et la téléconsultation a offert plus d'aisance pour le patient de se laisser aller.

Je pense que la relation s'établit bien, je pense que les gens sont quand même à l'aise, à poser leur question. On les revoit aussi en présentiel par la suite. Je n'ai pas senti tant de différences. A1

Ma foi, ça passe entre 2 images qui se regardent, elles peuvent transmettre des émotions, des sentiments, l'alliance. Ça va très bien. Ça va très bien, au point que pour moi c'est vraiment une révélation. TS3

4.4.3.2 Limitation Clinique

Le besoin ou non d'un **examen physique en clinique** a été soulevé pour certaines spécialités qui demandent plus de tests ou de travaux manuels. Ces spécialités sont la physiologie, l'ergothérapie et l'audiologie. Dans ces circonstances, la consultation a dû se faire en présentiel.

Là si j'ai besoin de tester l'audition d'un patient en cabine, malheureusement je ne peux pas le faire à distance, il faut que je le fasse venir à l'hôpital donc ça c'est une autre limite de la téléconsultation. A1

Y'a des interventions avec de patients laryngectomisés qui sont vraiment des interventions, ce sont quasiment des soins, par exemple, des insertions de prothèse et tout ça. Donc évidemment, on ne peut pas faire ça à distance. O2

On a quand même souvent des orthèses à faire. Pour toutes ces personnes-là, tu ne peux évidemment pas le faire en téléconsultation. Je ne suis pas capable de mouler des orthèses à distance, ça limite beaucoup. E2

La distance n'a pas été un grand frein à la téléconsultation pour les spécialités nécessitant moins d'exams physiques particulièrement les travailleurs sociaux. Certains des répondants ont réalisé la totalité de leur rencontre virtuellement au pic de la pandémie. La distance n'a pas nui à la prise en charge des patients dans la majorité des situations.

« Je pense pendant la pandémie, ça a été extrêmement exceptionnel de faire 100 % de mon travail clinique en téléconsultation » TS1

4.4.3.3 État de santé du patient

L'état de santé du patient est un autre élément cité par les répondants où la prestation des soins à distance peut être contre-productive. Car la téléconsultation ne s'applique pas à toutes les clientèles. Certains patients sont trop désorganisés par exemple pour être sur internet.

Mes patients ont des problèmes de santé mentale, ben ils ont de la misère à s'organiser pour se connecter et quand ils sont là, je suis super content. E1

L'inverse peut aussi pousser à privilégier la visioconférence au présentiel. La téléconsultation a été largement priorisée afin de réduire l'exposition et la nécessité de se rendre à l'hôpital, tout en maintenant les normes de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Ce sont des 4 jours par semaine pendant 4 semaines pour les patients atteints de Parkinson. J'ai un énorme bassin de patients qui m'ont dit que même après la pandémie, parce que la liste d'attente est longue, je veux la télésanté. Je pense que ça va être plus facile, puis tout ça fait que peut-être aussi, en fonction de la condition médicale, c'est sûr qu'un Parkinson va se fatiguer un petit peu plus vite. Il y a comme un arrimage à faire avec sa médication ces multiples rendez-vous, tout ça. O1

4.4.3.4 Distance à parcourir

Le lieu géographique où habite le patient est aussi un antécédent de l'utilisation de la téléconsultation. Plus le patient est éloigné du CHUM plus la téléconsultation a été préférée par les professionnels et les prestataires.

Pour certains patients qui viennent de loin, ça limite les déplacements fait. O1

4.4.3.5 Visuel

Le fait d'avoir le **gestuel** a poussé d'autres participants, qui étaient réticents à faire les premières rencontres par téléphone, à envisager de les réaliser par visioconférence.

Moi, je refuse les premières rencontres par téléphone. Parce que là, vraiment il manque trop de choses, donc c'est sûr qu'avec le téléphone on n'a pas les mimiques, on n'a pas la gestuelle, on n'a rien. [...] Pour moi, la visio c'est vraiment bon. Il y a un lien et le réel. On se voit, on est en état d'interaction. Je peux interagir. TS3

Toutefois, certains répondants cependant ont trouvé que le non verbal a fait défaut lors de consultation en vidéo par rapport au présentiel et préférèrent ainsi les premières consultations en présentiel.

Puis il manque le langage corporel. C'est à mi-chemin entre le téléphone et le présentiel. Dans un travail thérapeutique, je trouve cela embêtant de ne pas voir le langage corporel de la personne. TS1

Tableau 5: Facteurs contingents à l'utilisation de la téléconsultation

	Professionnel	Patient	Clinique	Normes et Politiques
Antécédents	Caractéristique de la spécialité	État de santé du patient	Besoin ou non d'examen ou d'intervention clinique	Obligation de distanciation sociale
		Lieu géographique : Distance à parcourir	Disponibilité du visuel lors de la séance	Politique gouvernementale et provinciale vis-à-vis de la téléconsultation
		Habilité avec la technologie		
		Étendu de la relation de confiance		

4.5 Bénéfices et contraintes perçus de la téléconsultation pour les patients et les professionnels

4.5.1 Accessibilité des soins

Le thème le plus ressorti, et déjà mentionné, est l'**accessibilité** des soins par rapport au présentiel. L'utilisation de la téléconsultation a assuré un suivi adéquat auprès d'une clientèle qui a souvent des enjeux de déplacement et d'éloignement. Le CHUM étant un centre spécialisé, il dessert une population qui se situe en dehors de Montréal. Tous les professionnels de notre échantillon ont une clientèle en dehors de Montréal qu'ils arrivent à mieux servir depuis l'implantation de la téléconsultation dans leur pratique clinique.

Je pense que les gens apprécient beaucoup de ne pas nécessairement toujours avoir à se déplacer ... ce qui nous permet de voir des gens peut être d'un peu plus loin pour qui c'est difficile parfois de se déplacer. A2

J'ai des patients dans la région de Gatineau, Trois-Rivières, j'ai des gens en Montérégie. La visio me permet d'avoir un accès rapide à eux. Je leur envoie un lien, c'est vraiment simple à utiliser. Le patient peut être à la maison, peut être au travail et a une consultation de 20 à 30 min. Puis je suis capable de suivre les patients. Honnêtement, pour moi, je ne vois pas comment je pourrais faire autrement. Ph1

Ils se disent, si je peux sauver 1 h de transport et 10 \$ à chaque fois de stationnement de l'hôpital, je vais le faire. C'est quelque chose que je souhaite continuer à offrir aux patients. A1

4.5.2 Continuité des soins pour le patient

Cette accessibilité permet **la continuité** des soins sans bris de services surtout pour les patients avec une thérapie intensive. Car certains patients qui venaient de loin refusaient quelquefois des traitements qui leur demandaient de se déplacer 3 à 4 fois par semaine. Car ce sont des déplacements qui requièrent beaucoup de carburants, de frais de stationnement et de temps de route dans une semaine.

Puis il y a certaines formes de rééducation vocale de ces patients-là, qui demande beaucoup d'implication en matière de temps, puis en matière de déplacement. Puis avant la télésanté souvent ce que ça faisait, c'est que cette clientèle plus éloignée finalement n'acceptait pas ces services parce que ça leur demandait de se déplacer à

Montréal pour des durées de 2,3 mois à l'hôtellerie du cancer. Donc ils se trouvaient avoir un bris de service, puis c'était une façon d'essayer de pallier un peu ce bris de service, de commencer à offrir un service à distance. O2

4.5.3 Accès milieu de vie du patient

Grâce à la téléconsultation, les prestataires ont eu **accès au milieu de vie** du patient. Chaque professionnel se l'est approprié d'une manière un peu différente. Cet accès au domicile des patients a rendu l'échange plus humain selon les répondants. Cet accès a aussi permis de recueillir des informations supplémentaires pour mieux accompagner le patient et leur offrir des soins plus personnalisés.

En nutrition, par exemple, cela a permis d'être invité dans la cuisine du patient, de voir l'intérieur de son réfrigérateur, ses aliments et sa façon de les préparer. Cela n'était pas possible pour les professionnels avant la crise de la COVID-19. Cet ajout a permis un accompagnement sur l'utilisation de différents ingrédients.

Je peux par exemple leur dire : montrez-moi la boîte de nourriture que vous mangez ! Montrez-moi comment vous préparer telle nourriture ! Je trouve que ça ajoute un autre élément plus personnalisé. N1

Ils se levaient, ils allaient dans le frigo, ils montraient leurs étiquettes, leurs produits [..]. Et puis j'ai pu leur faire faire des commandes ou leur faire livrer des échantillons à la maison. On a pu faire comme sur YouTube, du unboxing ensemble, on a pu regarder qu'est-ce qu'il y avait là-dedans, comment utiliser les produits, ce qu'on ne fait pas habituellement en clinique. N2

En service social, joindre les patients à domicile a aussi été un grand avantage de la téléconsultation. Ne faisant pas de visites à domicile, la pandémie leur a donné accès à des informations qui pouvaient influencer les comportements des patientes en matière de santé mentale. Cela leur a permis d'évaluer par exemple la salubrité des lieux, l'installation du patient, etc. Cette évaluation a été importante pour les travailleurs sociaux, car elle a permis de déceler des problématiques particulières liées au milieu de vie du patient.

Ça nous a donné accès à leur milieu de vie aussi. Et ça, c'est assez précieux en santé mentale de voir comment le milieu de vie est organisé. Ça nous donne une bonne idée, parfois de la santé de la personne. TS1

Cet accès au quotidien du patient a ajouté de nouveaux éléments diagnostic et de nouveaux angles d'intervention pour le professionnel.

Les patients m'invitent chez eux, puis ils choisissent de montrer des choses et c'est très aidant pour moi, pour mieux comprendre la personne. Qu'est-ce qu'ils choisissent de montrer, qu'est-ce qu'ils ne veulent pas me montrer. Je peux me servir d'éléments de leurs décors pour intervenir. Ce que je ne peux pas faire quand la personne vient au bureau. Donc c'est un aspect positif aussi. TS3

4.5.4 Implication des membres de l'entourage.

L'implication des membres de l'entourage du patient a été soulevée. Car le fait pour son entourage de ne se pas se déplacer a été un avantage qui leur a permis d'être plus présent aux rendez-vous.

Enfin, parmi les avantages de la téléconsultation, je souhaite ajouter que cela permet la participation de l'entourage à l'entrevue si le patient y consent (mais jamais au testing), ce qui ne serait pas nécessairement le cas dans le cadre d'un rendez-vous en présentiel. P2

Et durant le pic de la pandémie quand les visites ont été complètement interdites la téléconsultation a permis aux patients d'être en interrelation avec leurs proches surtout dans les moments critiques de fin de vie.

Les religieuses à distance ont prié pour leur consœur qui était encore consciente et qui les entendait. C'était un moment très émouvant de voir que ça ne s'est pas contenté de juste recevoir des images, mais bien de recevoir du son à partir de la chambre de la patiente. Les religieuses ont ainsi pu intervenir. SS

4.5.5 Engagement du patient et adhésion aux rendez-vous

Selon les professionnels grâce à la téléconsultation certains patients ont montré plus d'intérêts aux traitements et sont devenus plus.

Je sens que les patients pratiquent plus aussi, donc on dirait qu'ils sont plus adhérents au programme et me pose des questions pertinentes sur certains exercices. Ph1

Les répondants ont observé aussi plus d'assiduité du côté des patients par rapport aux rendez-vous. Les patients ont été aussi plus **ponctuels** lors des séances ce qui entraînait moins de retard dans l'agenda.

Je trouve qu'ils sont un peu plus à l'heure. A2

Il y a moins de retard ça, c'est clair. C'est vraiment plus cadré. O2

En plus de **la ponctualité**, le nombre de « **no-show** » a diminué quand le rendez-vous est en téléconsultation.

Je pense qu'on perd moins de patients externes qui ne viennent pas à leur rendez-vous. On voit moins de no-show. N1

Je n'ai pratiquement plus de no-show. J'ai tout le monde [...] tous mes patients sont là systématiquement, sauf exception genre le patient est hospitalisé [...] c'était frappant à quel point la présence des patients était systématique, je dirais. TS3

Le taux d'absentéisme était moindre en télésanté, qu'en présence. Est-ce que c'est l'aspect déplacement ou de type de facilité. O1

4.5.6 Flexibilité

La téléconsultation a aussi permis une certaine **flexibilité** pour certains patients qui sont souvent contraints par leur activité professionnelle ou académique. En téléconsultation, ils n'ont pas à bloquer une partie de leur journée, mais à se rendre disponibles seulement le temps que dure la rencontre.

Parfois, je me permets de joindre des patients qui ne sont peut-être pas disponibles parce qu'il travaille parce qu'ils sont à l'école, qui n'ont peut-être pas le temps de se déplacer pour ça. Là, c'est super intéressant de pouvoir les rejoindre. E1

Cette flexibilité a aussi profité à certains professionnels en accommodant leur horaire. Cela leur a évité des déplacements et ils ont pu rentrer en communication avec un patient en traitement de chez eux.

On a tellement de patients que sur une chaise de dialyse j'ai toujours 3 patients qui s'y assoient pendant une journée. C'est à dire un matin de 7 h-12 h parce qu'un traitement dure 4 h ensuite de 13 h vers 17 h et j'en ai un de soir, mais moi mon horaire de travail c'est 8 à 16. Donc pour rejoindre ceux du soir c'est quand même compliqué. Tandis qu'avec la téléconsultation oui, c'est possible. TS2

4.5.7 Productivité

Outre la **flexibilité**, certains professionnels ont rapporté une augmentation de leur **productivité** grâce à la téléconsultation. À la fin de la séance, ils se sont déconnectés pour poursuivre leurs activités sans qu'il y ait de bavardage avec le patient. De plus, les rencontres ont duré moins de temps selon ces répondants. Car, en présentiel, ils avaient tendance à réaliser des séances d'une heure à cause du déplacement du patient.

Là, c'est un 30 min, mais c'est un 30 min efficace. Donc moi je gagne un 30 min à ce moment-là donc il y a un gain d'efficacité. On peut se fixer une rencontre qui dure exactement le temps dont la personne a besoin. O2

Puis même j'ai remarqué depuis le début, quand je travaille de mon domicile, je travaille beaucoup plus, je suis encore plus performante parce que je n'ai pas tous les déplacements, je ne discute pas avec ma collègue d'à côté. TS2

4.5.8 Qualité de l'échange

Au cours des entretiens, les personnes ont été amenées à comparer les apports de la consultation téléphonique, qui faisait partie de leur routine, par rapport aux téléconsultations vidéo. Le thème ressorti est la **qualité de l'échange** au téléphone par rapport à une consultation vidéo. Les participants ont jugé que la visioconférence est à mi-chemin entre le présentiel et le téléphone. Pour eux, cela rend l'échange plus formel que le téléphone. Le patient est plus disposé qu'au téléphone.

La vidéo rend les patients plus disponibles [attentionnés] qu'au téléphone. Parce que quand on faisait la consultation au téléphone, les gens étaient à l'épicerie, on en a eu

même un aux toilettes. Les gens ne prenaient pas ça au sérieux parce que c'était au téléphone. Ce n'était pas comme un vrai rendez-vous. Ce que je trouve avec la vidéo, c'est que ça fixe un moment dans le temps où tu es obligé de t'asseoir en avant de ton ordinateur [...] ça rend le rendez-vous un peu plus officiel. N2

Durant les entrevues, certains professionnels ont mentionné le **gestuel** et le **non verbal** qu'ils sont parvenus à capter par visioconférence comme un autre avantage par rapport au téléphone.

Tout ce qui est le non verbal au téléphone, on ne l'a pas. Bon, c'est sûr qu'avec mon expérience, je peux sentir parfois le ton de voix ou quelque chose qui cloche ou quoi que ce soit. Mais quand on voit le visage, la réaction quand on discute ce n'est vraiment pas la même chose. Donc au niveau de l'évaluation comme telle. Les réactions pendant la discussion. C'est beaucoup plus simple qu'au téléphone. TS2

Je préférerais utiliser la télémédecine versus le téléphone parce que je trouve qu'on a le non verbal, on a un meilleur contact. N2

4.5.9 Partage d'informations

Le **partage d'information** fait suite à la **qualité de l'échange**. Ce sous-thème comprend aussi la compréhension du patient des informations partagées, la participation active des patients lors des échanges et la disponibilité des professionnels à répondre à leurs questions.

La pandémie semble avoir augmenté le partage d'informations. Deux professionnels ont fait des résumés des différentes séances pour partager avec le patient par courriel.

Pour tous les patients, je faisais systématiquement des résumés de tous les exercices qu'on avait abordés avec les recommandations de répétition. Tout ça fait qu'il y avait un petit peu plus d'échanges grâce à la documentation. Les échanges de documentation par courriel, ça développe aussi une habitude de communication plus par courriel que par téléphone. O1

Pour d'autres, les patients ont bénéficié de plus d'heures d'antennes. Ils sont parvenus à mieux répondre aux questionnements des patients. Et les patients ont apprécié ce contact privilégié.

On obtient beaucoup plus facilement des réponses que s'ils sont en présentiel. Honnêtement, je trouve moi que pour la partie subjective, on a une meilleure qualité

d'information dans notre histoire. Et ça hors de tout doute, la télésanté a fait pour moi un pas de géant là-dessus, je suis capable d'aller poser des questions un peu plus pointues par exemple. Ph1

Mais il a aussi été souligné par un répondant que c'est important de fixer un cadre pour certains patients, car cela risque de devenir envahissant.

Souvent, pour certains patients, il faut mettre un cadre parce que si on ouvre la porte à donner un courriel, à donner un numéro de téléphone de boîte vocale et autres dans certains cas, ça peut être moins bien utilisé, ça peut devenir envahissant. P1

Bien que la majorité des participants rapportent un meilleur partage d'informations par la téléconsultation par rapport au présentiel certains répondants ont trouvé les patients moins participatifs en consultation vidéo.

Ben, moi, je trouve quelquefois moins facile de saisir si le patient a vraiment compris ce que j'ai dit versus en personne. Les gens participent peut-être un peu moins sur Teams en groupe. A2

4.5.10 Augmentation Charge de travail

Ceux qui n'ont pas eu le **soutien administratif** ou **technique** au moment opportun ont mentionné une **augmentation de leur charge de travail**. Ils ont préparé eux-mêmes les rencontres ce qui a requis un peu plus d'organisation. Surtout au début lorsqu'ils n'étaient pas encore familiers avec les différentes plateformes, ces différentes tâches administratives et techniques pouvaient rajouter environ 30 minutes à la rencontre dans certains cas.

J'avais été 30 minutes au téléphone avec un patient pour faire la procédure avec lui, l'accompagner pour créer son compte, se connecter, retrouver le rendez-vous. O1

Pour d'autres, le temps requis pour une consultation s'est vu doubler, surtout pour la préparation des groupes mixtes avec les patients hospitalisés et ceux à domicile. Car cela a ajouté plus de logistiques pour le prestataire.

Donc là il faut qu'on gère les tablettes, il faut qu'on gère les gens qui ont de la misère à se connecter chez eux, faut qu'on prenne les patients hospitalisés [...] Donc on calcule 1 h 30 pour le groupe, il faut se mettre 1 h de plus préalable pour organiser la

technologie pour que le groupe fonctionne. Puis récupérer, recharger, nettoyer, ranger les tablettes. Et se préparer pour la prochaine boucle. E1

Tableau 6 : Bénéfices nets et inconvénients de la téléconsultation

Bénéfices nets et inconvénients	Prestataire	Patient
		Accessibilité des soins
		Continuitée des soins
		Flexibilité
		Accès au milieu de vie (intervention personnalisée)
		Protection et distanciation sociale
		Implication membre de l'entourage
		Augmentation de l'engagement du patient
		Adhésion aux rendez-vous
		Augmentation de l'information partagée
		Évaluation non complète dans certains cas
	Productivité	
	Augmentation charge de travail	
		Renforcement du lien de confiance (si déjà établi en présentiel)

4.6 Utilisation de la téléconsultation dans leur pratique après la pandémie et les améliorations à apporter

Tous les répondants ont été du même avis que la téléconsultation va perdurer dans leur pratique. Qu'elle fera partie intégrante de leur travail. Ils se dirigent vers un mode de **prestation hybride**. Ce mode de prestation dépendra de la clientèle (besoin ou non d'examen physiques, stade de la maladie...). Ils sont unanimes que le choix final reviendra au patient.

Mais moi j'aimerais bien continuer à l'utiliser pour mes groupes là. A1

Je pense qu'il va y avoir une mixité, alors il va avoir le présentiel, on n'a pas le choix parce qu'on a des équipements lourds. Quand je dis des équipements lourds des équipements spécialisés qu'on a ici au CHUM. P1

Ils ont aussi insisté sur les améliorations à apporter. Le premier point sur lequel ils sont revenus est un **soutien technique** disponible au moment opportun. Ils prônent la désignation d'un technicien pour chaque service.

C'est de désigner, peut-être un technicien qui est capable de s'être tagué en psychiatrie des toxicomanies, et qui peut répondre quand il y a des besoins, et que l'on peut appeler sans attendre 30 min quand y'a un problème. E1

Certains répondants souhaiteraient que les patients puissent avoir un soutien pour tester leur connexion bien avant le rendez-vous avec ce technicien.

Les patients appellent un numéro pour tester leur connexion, s'assurer que c'est fonctionnel avant le rendez-vous. Je pense que c'est une bonne chose à maintenir. Parce que certains patients pour lesquels c'est quand même très difficile. A1

Un petit peu plus aider au niveau des plateformes que ça ne soit pas nous qui avons à leur expliquer le système et tout. TS2

L'emphase a aussi été mise dans cette section sur le **support administratif**. Dans l'avenir, les professionnels veulent délaissier les tâches administratives qui ont augmenté durant la pandémie de la COVID-19.

En fait s'organiser un petit peu mieux avoir l'aide de nos agents administratifs pour cédule déjà les rendez-vous, il pourrait y avoir plus d'efficacité, puis que personnellement je perds moins de temps à faire plusieurs étapes avant de voir le patient avant de le rencontrer. Donc je pense que ça, il a une façon aussi de s'organiser pour que ça soit plus efficace. P2

L'amélioration du **réseau internet** est ressortie à nouveau comme un point essentiel pour soutenir la pratique de la téléconsultation :

Là, tu sais, c'est sûr qu'un réseau fiable, fort, et rapide. Ça, c'est comme si c'est primordial. TS3

Certains professionnels souhaitent davantage de **formation** pour la suite :

J'ai envie de dire cependant peut-être davantage de formation là pour nous, ça, ça pourrait être aidant ». A1

D'autres ont mentionné la **disponibilité d'espaces fermés** pour mener la téléconsultation.

Je pense que là qu'est-ce qui pourrait nous aider ce sont plus de lieux physiques, évidemment, avoir plus d'endroits. Être capable d'avoir accès un endroit fermé où l'on sait qu'on va être en confidentialité avec le patient, puis qu'on va être tranquille pour pouvoir procéder à notre consultation. Ph1

Pour certaines spécialités comme la physiothérapie, c'est d'avoir des caméras qui offrent plus d'angles de vision.

Moi je fais une classe d'exercice virtuel avec une caméra qui fait juste ça. Ça prend beaucoup de gymnastique du thérapeute, donc là j'essaie de voir avec le soutien technique. Là, si l'on est capable d'avoir de meilleures caméras. Ph1

Une partie des répondants ont jugé que le nombre **d'appareils disponibles en prêt** pour les patients serait insuffisant pour le maintien de la téléconsultation :

Mais c'est sûr que l'achat d'appareils de prêts pour les patients est nécessaire. TS2

Pour finir certains souhaitent un **retour sur les expériences**, l'élaboration de **guides pratiques** et d'avoir des **normes uniformisées** :

Revenir sur nos expériences personnelles pour avoir un peu plus d'organisation en équipe. Ph2

5 Discussion

Selon les résultats des entrevues présentés dans la section précédent, la COVID-19 a affecté la perception et les pratiques des professionnels de la DSM face à la téléconsultation. La fréquence de leurs consultations en visioconférence auprès de leurs patients a augmenté. D'une spécialité à une autre, l'utilisation de la téléconsultation n'a pas été la même.

Bien que l'utilisation de la téléconsultation par vidéo ne fit pas encore partie intégrante de la pratique des professionnels de la DSM avant la pandémie, certains l'utilisaient déjà. La

familiarité avec la technologie a été le premier facteur facilitant mentionné, car elle a permis aux professionnels de s'adapter rapidement. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de la diffusion de l'innovation qui décrit comment les caractéristiques des adoptants potentiels (par exemple, l'expertise et la perception de l'innovation) influencent le succès de l'adoption de l'innovation. Facteur facilitant retrouvé également dans d'autres études [40,55]. À la suite de l'expérience de la prestation de soins à distance pendant la pandémie de COVID-19, les nouveaux utilisateurs ont commencé à croire que la téléconsultation est nécessaire. Diverses raisons tentent d'expliquer cette évolution positive de perception. Dans quelques études précédentes, les attitudes des praticiens envers la téléconsultation ont également changé avec l'expérience d'utilisation de la technologie [56,57]. À l'inverse la non-familiarité de la plateforme qui peut ralentir son utilisation. Cette expérience d'utilisation peut aussi expliquer la préférence des utilisateurs novices pour les plateformes Zoom et Teams qu'ils utilisaient déjà pour les réunions de travail ou dans d'autres contextes.

En plus de cette familiarité avec la technologie, une autre caractéristique des plateformes jugée importante selon nos résultats a été la convivialité de celles-ci aussi définie comme sa facilité d'utilisation. Ceci est en accord avec la littérature dans lequel les diverses qualités du système affectent son utilisation. Plus la technologie est facile plus elle est utilisée [36,58]. S'en est suivi la fonctionnalité de la technologie. Les différentes options soulevées par les prestataires ont été très intéressantes. Cependant l'option d'enregistrement qui a été très spécifique et bénéfique pour les patients en physiothérapie a été très peu soulevée jusqu'à présent. Ceci allait influencer positivement sur l'engagement des patients. La téléconsultation a permis une meilleure rétention de l'information pour les patients selon cette étude de cas. Ceci est opposé à diverses études qui mentionnent une plus grande perte d'informations en téléconsultation [47, 49, 53]. De futures études seraient utiles pour approfondir ce point-ci. D'autres limites des plateformes de téléconsultation ont aussi été soulevé par notre étude. C'est le cas de la fiabilité du système (logiciel, réseau internet) comportant la qualité sonore et la qualité de l'image. Des barrières technologiques similaires ont été mentionnées par les professionnels de la santé dans la littérature [51, 53, 62, 63] lors de l'utilisation de la téléconsultation avec des conditions techniques non optimales (perte de transmission, perte de vidéo et audio) et ont limiter l'évaluation adéquate du patient. La qualité des plateformes et du réseau dans cette section-ci ont été des points très déterminant. L'importance de l'équipement, tout comme celui de l'efficacité du réseau, sont fondamentale, car sans équipement et réseau, il n'y a pas de téléconsultation. Le manque d'interopérabilité des plateformes avec les autres technologies

utilisées est un autre facteur limitant lors de l'utilisation d'une plateforme. Le manque d'accessibilité aux ressources informatiques (ordinateur, caméra, tablette...) durant la covid a été un constat dans différents centres hospitaliers du Québec [34, 38, 64]. Pour notre étude le manque d'accès aux équipements a pu être en partie contournée par la disponibilité des tablettes en prêt pour les patients et le personnel. Mais selon nos résultats tous les participants n'ont pas eu accès. Afin de conserver ce point positif deux recommandations sur ce point ont été formulées. Une meilleure communication sur les démarches pour y avoir accès. Une évaluation des besoins en équipement de téléconsultation (ordinateur, licences, tablette) des différents services et au besoin une augmentation graduelle de ces derniers. Hormis les équipements en prêt l'amélioration du réseau internet à haut débit est indispensable. La consultation en présentiel devrait cependant toujours demeurer une option pour éviter les iniquités. Pour une meilleure satisfaction des utilisateurs, les plateformes doivent être conviviales, flexibles et intuitives et disponibles. La qualité et la disponibilité de l'infrastructure affectent l'utilisation et la satisfaction de l'utilisateur.

La pandémie a aussi mis en évidence qu'une grande partie des professionnels de santé du Québec n'étaient pas encore formés à la prestation de soins via la télésanté [34,38,64]. La décision de passer à la téléconsultation n'a pas été suffisante pour amener les professionnels à tirer profit du plein potentiel des diverses plateformes en début de la pandémie. Des moyens supplémentaires ont été mis en place pour soutenir l'utilisation des plateformes de téléconsultation au CHUM. Certains ont bénéficié des activités de formation ou du soutien administratif lors de la préparation des séances. Mais tous les professionnels n'en ont pas bénéficié au même niveau. À la suite des formations visant à appuyer ce changement, les professionnels y ayant bénéficié ont plus apprécié l'utilisation de la téléconsultation. La prestation de soins via la téléconsultation nécessite en effet des compétences supplémentaires et un accompagnement. Ceci s'aligne avec des recherches précédentes [49, 53, 57, 70, 71, 72]. Le manque de formation, d'accompagnement à l'utilisation des outils technologiques pour la téléconsultation et de soutien technique tant pour les patients que pour les professionnels ont été rapportés comme des barrières éventuelles pour son utilisation. Le manque de formation n'a pas été un élément insurmontable selon notre étude, car certains prestataires se sont formés eux-mêmes. Le manque de soutien (technique et administratif) a été plus déterminant que la formation au préalable. La gestion et planification des rencontres virtuelles par les professionnels ont ralenti leur vitesse de travail clinique. Cette préparation a généré des pertes de temps et une surcharge de travail. Surtout au début au moment de la familiarisation avec les

plateformes. Des résultats similaires [38, 42, 52, 61, 62] ont été avancés quant à l'impact négatif de la technologie sur le travail clinique soit une conséquence agissante comme barrière de l'adoption ou de l'utilisation de la téléconsultation. Cette dernière doit être intégrée au travail clinique. Il est nécessaire d'établir des horaires pour les consultations virtuelles et de procéder à une prise de rendez-vous standard comme le recommande le rapport du CHU Ste Justine [64]. L'accès à un soutien technique et à une formation continue est nécessaire pour aider le personnel à utiliser les technologies de téléconsultation à leur plein potentiel.

Les prestataires ont dû développer des compétences en matière d'établissement de relations de confiance en virtuelles, de capacité d'écoute, d'empathie, d'examen physiques, de diagnostic et de conseil au fur et à mesure des séances de téléconsultation. Et le nombre d'années d'expérience du prestataire semblait aussi avoir une incidence positive lors du développement de ces compétences. La nature de visite (visite initiale ou visite de suivi) comptait aussi lors la création de ce lien de confiance. Dans la littérature [63, 64, 65, 72, 73] la création de cette relation patient-prestataire via la télésanté est positive, mais reste nuancée. Dans notre étude, elle influe sur l'utilisation de la téléconsultation d'un prestataire à un autre. Les consultations virtuelles peuvent offrir une opportunité de soins partagés entre les patients et les professionnels de la santé.

Selon les participants de notre étude, l'utilité perçue a été un facteur plus déterminant que la facilité d'utilisation des plateformes. Les bénéfices nets ont été l'accessibilité des soins, la continuité des soins dans le contexte de la pandémie évitant ainsi les bris de services, l'accès au milieu de vie des patients, l'adhésion aux soins, une certaine flexibilité pour le patient ainsi que pour le prestataire et la productivité de ce dernier. Le CHUM peut être difficile d'accès pour diverses personnes même hors pandémie. Comme pour ceux qui habitent en région ou pour ceux qui sont trop malades pour s'y rendre. La téléconsultation a résolu ces problèmes d'accessibilité et de continuité des soins. Elle a été particulièrement appréciée, principalement parce que les patients n'avaient pas à quitter leurs domiciles et à s'exposer à l'infection potentielle lors de consultation. Ceci évite à ces patients des frais de déplacement et leur permet de gagner du temps. La téléconsultation a permis la mobilisation de prestataires mis en quarantaine préventif à continuer leurs séances à distance depuis leur domicile, atténuant ainsi la perte de ressources. Ces différents facteurs influençant l'utilisation de la téléconsultation sont en accord avec la littérature [37,46, 49, 50, 53, 55]. L'accès au milieu de vie a permis un suivi

plus personnalisé très bénéfique pour le patient. Cette approche centrée sur le patient favorise l'autogestion de la maladie et cadre avec les résultats d'autres recherches [49, 50, 71, 73].

Mais certaines limitations cliniques sont restées insurmontables. Par exemple l'incapacité d'évaluer les seuils audiométriques ou de procéder à une otoscopie à distance. Tant que les innovations technologiques ne surmonteront pas ces limitations, elles resteront des obstacles à la prestation de soins à distance. D'autres éléments ont aussi guidé les choix des prestataires comme l'état d'avancement de la maladie du patient et sa littératie numérique. A la suite de notre analyse des recommandations sur les leviers que la DSM pouvait agir ont été formulées (tableau 7).

Tableau 7: Recommandations sur les leçons apprises

Thématique	Structure Organisationnelle	Recommandations pour la téléconsultation
Structure et continuité du programme	Direction générale	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la pérennité du programme de télésanté sur le plan financier, administratif, technique et des ressources humaines et matérielles
Infrastructure Technologique	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de la DSM • Technologie de l'information • Professionnels de santé de la DSM 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la qualité du réseau internet • Disposer d'espaces fermés de téléconsultation pour les prestataires ayant des bureaux partagés • Évaluer les besoins en équipements (ordinateurs, tablettes, licences) • Acquisition graduelle du matériel manquant au besoin • Utiliser les plateformes suggérées par les directives ministérielles (actuellement, Zoom Entreprise, Reacts ou Teams sont suggérées)
Soutien Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de la DSM • Chef de service et de département • Professionnels de santé de la DSM 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des formations continues à l'utilisation optimale des plateformes pour les professionnels • Établir des horaires pour les consultations virtuelles • Procéder à des prises de rendez-vous standard
Modalité et bonnes pratiques de la téléconsultation	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de la DSM • Chef de service et de département • Professionnels de santé de la DSM 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des retours d'expériences des utilisateurs • Uniformiser les pratiques • Chaque service de la DSM doit déterminer les situations cliniques relevant de la téléconsultation et le diffuser à ses membres • Quel que soit le type de consultation (présentiel ou téléconsultation), l'exigence déontologique reste la même

	<ul style="list-style-type: none"> • Agents administratifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir les dossiers des patients à jour avec les notes de la téléconsultation • Intégrer la perspective du patient partenaire
--	---	---

6 Limites de l'étude et pistes de recherches futures

Malgré diverses contributions, un devis de recherche procédant par étude de cas unique rétrospectif exploratoire ne constitue pas un type de recherche permettant une généralisation des résultats à l'ensemble des systèmes et établissements de santé. La petite taille de l'échantillon constitue aussi une limite. D'autres personnes (agent technique, agent administratif, patients) souvent mentionnée par les prestataires n'ont pas été questionnées.

Pour la suite, il serait important de faire un suivi dans un an et d'explorer tout changement réalisé, notamment en ce qui concerne la perception des professionnels de la DSM après la mise en œuvre des recommandations souhaitées.

Grâce à un tel suivi, nous pourrions observer la tendance de l'utilisation de la téléconsultation et l'impact de changement de ces recommandations.

De plus, une étude avec un échantillon plus représentatif de prestataires, de gestionnaires, d'agents administratifs et des bénéficiaires directs à savoir les patients. Cela permettrait de comprendre l'utilisation de la téléconsultation de différents points de vue.

Il serait intéressant également d'effectuer une ou plusieurs études quantitatives afin de confirmer ou infirmer les résultats obtenus. De telles études pourraient s'intéresser aux relations identifiées entre les variables influençant le choix des prestataires vis-à-vis de la téléconsultation. Est-elle plus prometteuse (sur le plan des bénéfices) pour certaines disciplines ou domaines que d'autres, et pourquoi ?

7 Conclusion

La pandémie de la COVID-19 a posé un défi national et international au personnel de la santé et des services sociaux qui, avant la pandémie, travaillait déjà sous haute pression. Pour faire face à cette crise, de nouvelles façons de travailler et des pratiques de collaboration interprofessionnelle ont évolué en un laps de temps très court. Ces changements positifs sont potentiellement durables dans les soins. Cette recherche visait en une meilleure compréhension de l'utilisation et de la perception vis-à-vis de la téléconsultation au sein de la DSM et à voir de quelle manière ces apprentissages peuvent les aider dans leur pratique au-delà du contexte de COVID-19. Cette expérience de la fourniture de soins de santé pendant la pandémie de COVID-19 semble avoir contribué à une plus grande ouverture et à une plus grande volonté de continuer avec la téléconsultation à l'avenir. En effet selon les répondants de cette étude les plateformes de téléconsultation utilisée ont offert plus d'avantages que d'inconvénients. Cette transition forcée vers la téléconsultation a démontré sa faisabilité, sa satisfaction et sa valeur dans la promotion de la distanciation sociale. Dans l'ensemble, les résultats reflètent ce qui pourrait devenir une nouvelle norme de soins de santé dans le département de la DSM dans le futur.

Sur le plan pratique, cette recherche a montré qu'il y a un besoin de formation plus poussé sur l'utilisation de la téléconsultation. Les prestataires veulent mieux maîtriser les plateformes au-delà de l'envoi des liens ou des courriels types. Les participants ont estimé qu'il y a un besoin de plus de retours d'expériences et de conseils, par exemple, sur la façon de communiquer avec les patients lors des séances de téléconsultation, comment établir une alliance thérapeutique sur un support électronique et comment inciter les patients à se conformer au plan de soins. Tandis que certains estiment que la téléconsultation est aussi efficace pour établir des relations avec les patients, en particulier les individus isolés, certains pensaient que la télésanté manquait de connexion personnelle. Ce partage d'expérience est nécessaire. Elle permettra dans la mesure du possible de réviser les protocoles. Ce retour d'expérience permettra aussi l'élaboration de guides pratiques pour les départements qui ne l'ont pas encore. Des améliorations sont aussi souhaitées par les répondants au niveau du soutien administratif et du soutien technique en termes de disponibilité au moment opportun. À la suite de notre analyse, des recommandations ont été formulées. Nous pouvons espérer qu'à travers ces améliorations l'utilisation de la téléconsultation sera pérenne après la pandémie et viendra compléter l'offre de services.

Bibliographie

1. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 11 mars 2020. (s. d.). Consulté 24 juin 2020, à l'adresse <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. MISE À JOUR DE LA STRATÉGIE COVID-19 14 avril 2020. Consulté 24 juin 2020 à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/strategy-update-french.pdf?sfvrsn=b1cfe48a_2
3. Le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire, interdit les visites dans les centres hospitaliers et les CHSLD et prend des mesures spéciales pour offrir des services de santé à distance. (s. d.). Consulté 22 juin 2020, à l'adresse <https://www.quebec.ca/premier-ministre/actualites/detail/le-gouvernement-du-quebec-declare-l-etat-d-urgence-sanitaire-interdit-les-visites-dans-les-centres-hospitaliers-et-les-chsld-et-prend-des-mesures-speciales-pour-offrir-des-services-de-sante-a-distance>
4. INSPQ | Institut national de santé publique du Québec. s.d. « Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie ». 21. doi : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>
5. Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S. & Morrison, C. (2020). Video consultations for COVID-19. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
6. Ohannessian, R., Duong, T. A., & Odone, A. (2020). Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2). <https://doi.org/10.2196/18810>
7. Anon. 2020. « Plus de 1,5 million de Québécois ont consulté en télémédecine ». La Presse. Consulté 11 mai 2021 (<https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-07-09/plus-de-1-5-million-de-quebecois-ont-consulte-en-telemedecine.php>).
8. Anon. s. d. “Revue Médicale Suisse — la revue médicale francophone de référence pour la formation continue des médecins.” *Revmed.ch*. Consulté 11 mai 2021 (<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-au-quebec-et-les-soins-primaires>).

9. Inforoute Santé du Canada. s. d. «Un sain dialogue: Constatations». ACCÈS 2022. Consulté 3 mars 2021 (<https://access2022.ca/fr/section/un-sain-dialogue>).
10. Portnoy, J., Waller, M. & Elliott, T. (2020). Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology. in Practice*, 8(5), 1489-1491. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>
11. Helou, Samar, Elie El Helou, Victoria Abou-Khalil, Jad Wakim, Jeanine El Helou, Alain Daher, et Charline El Hachem. 2020. “The Effect of the COVID-19 Pandemic on Physicians’ Use and Perception of Telehealth: The Case of Lebanon.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(13). Doi: *10.3390/ijerph17134866*
12. Saunders, Gabrielle H., et Amber Roughley. 2020. “Audiology in the time of COVID-19: practices and opinions of audiologists in the UK.” *International Journal of Audiology* 0(0):1-8. doi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2020.1814432>
13. Ayas, Mohammed, Ahmad Mohd Haider Ali Al Amadi, Duaa Khaled, et Ahmad Munzer Alwaa. 2020. « Impact of COVID-19 on the access to hearing healthcare services for children with cochlear implants: a survey of parents ». *F1000Research* 9. doi : *10.12688/f1000research.24915.1*.
14. Pomey MP, Malas K, Petitgand C., Lebouché B. CHUM and MUHC innovate with Techno-COVID Partnership Program p4. https://issuu.com/jerryzeidenberg/docs/canadian_healthcare_technology_2020-06?fr=sNzY0MzIyNTA2NA
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2018. «GOUVERNANCE, GESTION DE PROJETS ET DE SERVICES UTILISANT LA TÉLÉSANTÉ AU QUÉBEC Version : 1,0». Consulté 26 novembre 2021 https://telesantequebec.ca/wp-content/uploads/2020/12/Cadre_de_reference_telesante_1.0.pdf
16. Osman, Mohamed A., Kara Schick-Makaroff, Stephanie Thompson, Liza Bialy, Robin Featherstone, Julia Kurzawa, Deenaz Zaidi, Ikechi Okpechi, Syed Habib, Soroush Shojai, Kailash Jindal, Branko Braam, Erin Keely, Clare Liddy, Braden Manns, Marcello Tonelli, Brenda Hemmelgarn, Scott Klarenbach, et Aminu K. Bello. 2019. « Barriers and facilitators for implementation of electronic

consultations (eConsult) to enhance access to specialist care: a scoping review.»
BMJ Global Health

17. Alami, H., Fortin, J.-P., Gagnon, M.-P., Pollender, H., Têtu, B., & Tanguay, F. (2017). The Challenges of a Complex and Innovative Telehealth Project: A Qualitative Evaluation of the Eastern Quebec Telepathology Network. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(5), 421-432. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.106>
18. ICI.Radio-Canada.ca, Zone Santé-. s. d. « Vers une réduction de la télémédecine au Québec ». Radio-Canada.ca. Consulté 26 octobre 2021 (<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1801869/telemedecine-retour-consultation-presentiel-medecin-famille>).
19. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Chap. S-4.2, art. 108.1. Consulté 13 juin 2021, à l'adresse <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>
20. Collège des médecins du Québec. 2015. Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : guide d'exercice. Montréal : Collège des médecins du Québec. Consulté à l'adresse <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1585806244100>
21. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. 2008. "Overview of Assessments of Real Time (Synchronous) and Asynchronous Telehealth." Consulté 2 février 2021 (https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/O0427_Real-Time-%28Synchronous%29-Asynchronous-Telehealth_to_e.pdf).
22. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2021. « Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire ». Consulté 12 juin 2021 (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-915-01W.pdf>).
23. CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. 2021. « Le CHUM, HUMAIN ET SOLIDAIRE Rapport annuel de gestion 2020-2021 ». doi: https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2021-10/dg_rag-2020_2021_web_lr.pdf.
24. Vijayaraghavan, Shanti, Teresa O'Shea, Desiree Campbell-Richards, Rita Sudra, Joanne Morris, Emma Byrne, et Trisha Greenhalgh. 2015. « DAWN: Diabetes

- Appointments via Webcam in Newham». *British Journal of Diabetes* 15(3):123-26. doi: 10.15277/bjdvd.2015.032.
25. Middleton-Green, L., A. Gadoud, B. Norris, A. Sargeant, S. Nair, L. Wilson, H. Livingstone, et N. Small. 2019. « 'A Friend in the Corner': Supporting People at Home in the Last Year of Life via Telephone and Video Consultation—an Evaluation.» *BMJ Supportive & Palliative Care* 9(4):e26-e26. doi : 10.1136/bmjspcare-2015-001016.
 26. Kitamura, C., L. Zurawel–Balaura, et R. K. S. Wong. 2010. « How effective is video consultation in clinical oncology? A systematic review ». *Current Oncology* 17(3):17-27.
 27. Jury, Susan C., Amanda M. Walker, et Andrew J. Kornberg. 2013. « The Introduction of Web-Based Video-Consultation in a Paediatric Acute Care Setting.» *Journal of Telemedicine and Telecare* 19(7):383-87. doi: 10.1177/1357633X13506530.
 28. Jiwa, Moyez, et Xingqiong Meng. 2013. « Video Consultation Use by Australian General Practitioners: Video Vignette Study ». *Journal of Medical Internet Research* 15(6):e117. doi : 10.2196/jmir.2638.
 29. Hulsbosch, Alexander M., M. Annet Nugter, Petra Tamis, et Hans Kroon. 2017. « Videoconferencing in a Mental Health Service in The Netherlands: A Randomized Controlled Trial on Patient Satisfaction and Clinical Outcomes for Outpatients with Severe Mental Illness ». *Journal of Telemedicine and Telecare* 23(5):513-20. doi: 10.1177/1357633X16650096
 30. Bashshur, R., Doarn, C. R., Frenk, J. M., Kvedar, J. C., & Woolliscroft, J. O. (2020). Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. *Telemedicine and e-Health*, 26(5), 571-573.
<https://doi.org/10.1089/tmj.2020.29040.rb>
 31. Loeb, A. E., Rao, S. S., Ficke, J. R., Morris, C. D., Riley, L. H., & Levin, A. S. (2020). Departmental Experience and Lessons Learned With Accelerated Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Crisis. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 10.5435/JAAOS-D-20-00380.
<https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00380>

32. Moazzami, B., Razavi-Khorasani, N., Dooghaie Moghadam, A., Farokhi, E., & Rezaei, N. (2020). COVID-19 and telemedicine : Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of Clinical Virology*, 126, 104345. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345>
33. Vidal-Alaball, Josep, Ruthy Acosta-Roja, Nuria Pastor Hernández, Unai Sanchez Luque, Danielle Morrison, Silvia Narejos Pérez, Jesús Perez-Llano, Francesc López Seguí, et Angels Salvador Vèrges. 2020. « Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic.» *Atencion Primaria* 52(6):418-22. doi : 10.1016/j.aprim.2020.04.003.
34. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en 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 (UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS) et Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (UETMIS-IUCPQL). Évaluation exploratoire de la pertinence, de l'utilité et des impacts des téléconsultations Rapport d'évaluation rapide COVID-19 – Rapport d'évaluation préparé par Marie-Belle Poirier, Sylvain Bussièrès, Yves Lacasse et Pierre Dagenais (UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS & ETMIS-IUCPQ-UL) Québec, 2020, XI, 44 p
35. William H. DeLone et Ephraim R. McLean. 2003. « The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update ». *Journal of Management Information Systems* 19(4):9-30. doi: 10.1080/07421222.2003.11045748.
36. Ojo, Adebowale I. 2017. « Validation of the DeLone and McLean Information Systems Success Model.» *Healthcare Informatics Research* 23(1):60-66. doi: 10.4258/hir.2017.23.1.60.
37. Fischer, Aaron J., Evan H. Dart, Keith C. Radley, Dylan Richardson, Racheal Clark, et Joy Wimberly. 2017. « An Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Teleconsultation.» *Journal of Educational and Psychological Consultation* 27(4):437-58. doi : 10.1080/10474412.2016.1235978.

38. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et la pratique de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée : principes généraux. Québec, Qc : INESSS ; 2021. 46 p
39. Hobbs, F. D. Richard, Clare Bankhead, Toqir Mukhtar, Sarah Stevens, Rafael Perera-Salazar, Tim Holt, et Chris Salisbury. 2016. « Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14.» *Lancet (London, England)* 387(10035):2323-30. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00620-6.
40. Burns, C. L., Kularatna, S., Ward, E. C., Hill, A. J., Byrnes, J., & Kenny, L. M. (2017). Cost analysis of a speech pathology synchronous telepractice service for patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 39(12), 2470-2480. <https://doi.org/10.1002/hed.24916>
41. Dimitropoulos, Anastasia, Olena Zyga, et Sandra Russ. 2017. « Evaluating the Feasibility of a Play-Based Telehealth Intervention Program for Children with Prader–Willi Syndrome.» *Journal of Autism and Developmental Disorders* 47(9):2814-25. doi: 10.1007/s10803-017-3196-
42. Davis, Fred D. 1989. « Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology.» *MIS Quarterly* 13(3):319-40. doi: 10.2307/249008
43. Ajzen, Icek. 1991. « The Theory of Planned Behavior.» *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50(2):179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
44. Vismara, Laurie A., Carolyn McCormick, Gregory S. Young, Anna Nadhan, et Katerina Monlux. 2013. « Preliminary Findings of a Telehealth Approach to Parent Training in Autism.» *Journal of Autism and Developmental Disorders* 43(12):2953-69. doi: 10.1007/s10803-013-1841-8.
45. American College of Physicians [ACP] (2020). 2020 ACP member survey about telehealth implementation.
46. WALLISCH, A., LITTLE, L., POPE, E., & DUNN, W. (2019). Parent Perspectives of an Occupational Therapy Telehealth Intervention. *International Journal of Telerehabilitation*, 11(1), 15-22. <https://doi.org/10.5195/ijt.2019.6274>
47. Burns, C. L., Ward, E. C., Hill, A. J., Kularatna, S., Byrnes, J., & Kenny, L. M. (2017). Randomized controlled trial of a multisite speech pathology telepractice service providing swallowing and communication intervention to patients with

- head and neck cancer : Evaluation of service outcomes. *Head & Neck*, 39(5), 932-939. <https://doi.org/10.1002/hed.24706>
48. Cason, J. (2014). Telehealth : A Rapidly Developing Service Delivery Model For Occupational Therapy. *International Journal of Telerehabilitation*, 6(1),
 49. Eze, Nkiruka D., Céu Mateus, et Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi. 2020. «Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost effectiveness, patient experience and implementation ». *PLoS ONE* 15(8). Doi: 10.1371/journal.pone.0237585.
 50. Rush, Kathy L., Laura Howlett, Arlin Munro, et Lindsay Burton. 2018. “Videoconference Compared to Telephone in Healthcare Delivery: A Systematic Review.” *International Journal of Medical Informatics* 118:44-53. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2018.07.007.
 51. Jacobs, K., Cason, J., & Mccullough, A. (2015). The Process for the Formulation of the International Telehealth Position Statement for Occupational Therapy. *International Journal of Telerehabilitation*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.5195/ijt.2015.6163>
 52. Ravi, R., Gunjawate, D. R., Yerraguntla, K., & Driscoll, C. (2018). Knowledge and Perceptions of Teleaudiology Among Audiologists : A Systematic Review. *Journal of Audiology & Otology*, 22(3), 120-127. <https://doi.org/10.7874/jao.2017.00353>
 53. Almathami, Hassan Khader Y., Khin Than Win, et Elena Vlahu-Gjorgievska. 2020. « Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real Time, Online Consultation at Patients’ Homes: Systematic Literature Review ». *Journal of Medical Internet Research* 22(2). Doi: 10.2196/16407.
 54. Jess, Mia, Helle Timm, et Karin B. Dieperink. 2019. “Video Consultations in Palliative Care: A Systematic Integrative Review.” *Palliative Medicine* 33(8):942-58. doi: 10.1177/0269216319854938.
 55. Andrews, Elizabeth, Kendall Berghofer, Julie Long, Amber Prescott, et Meriam Caboral-Stevens. 2020. « Satisfaction with the Use of Telehealth during COVID-19: An Integrative Review ». *International Journal of Nursing Studies Advances* 2:100008. doi: 10.1016/j.ijnsa.2020.100008.
 56. Thiyagarajan, Arun, Calum Grant, Frances Griffiths, et Helen Atherton. 2020. “Exploring Patients’ and Clinicians’ Experiences of Video Consultations in Primary Care: A Systematic Scoping Review.” *BJGP Open* 4(1). doi :

- 10.3399/bjgpopen20X101020.<https://doi.org/10.5195/ijt.2014.6148> Yin, R. K. (2009). *Case study Research: design and methods*. (4th Edition ed.).
57. Yin, R. K. (2009). *Case study Research: design and methods*. (4th Editione éd.).
58. Patton M. (1990) *Designing Qualitative Studies, Purposeful sampling. Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: SAGE; p. 169-86.
59. Braun, Virginia, et Victoria Clarke. 2006. «Using thematic analysis in psychology». *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
60. Janesick, V. J. (2007). Peer Debriefing. In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology. American Cancer Society*. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosp014>
61. Burkow, Tatjana M., Lars K. Vognild, Elin Johnsen, Marijke Jongsma Risberg, Astrid Bratvold, Elin Breivik, Trine Krogstad, et Audhild Hjalmarsen. 2015. « Comprehensive pulmonary rehabilitation in home-based online groups: a mixed method pilot study in COPD ». *BMC Research Notes* 8:766. doi: 10.1186/s13104-015-1713-8.
62. Kissi, Jonathan, Baozhen Dai, Courage SK Dogbe, Jonathan Banahene, et Oyeh Ernest. 2020. «Facteurs prédictifs de La Satisfaction des Médecins Quant à l'acceptation Des Services de Télémédecine». *Health Informatics Journal* 26(3):1866-80. doi: 10.1177/1460458219892162
63. Singh, Gurjit, M. Kathleen Pichora-Fuller, Marissa Malkowski, Michael Boretzki, et Stefan Launer. 2014. « A Survey of the Attitudes of Practitioners toward Teleaudiology.» *International Journal of Audiology*
64. Comité exécutif de l'UÉT MIS : Girard, Dr Marc, Dr Philippe Jouvét, Mme Cécile Adam, et M. Hassan Ouali. s. d. « Rapport d'évaluation Évaluation de la télésanté au CHU Sainte-Justine ». 71
65. Maarop, Nurazean, et Khin Than Win. 2012. « Understanding the Need of Health Care Providers for Teleconsultation and Technological Attributes in Relation to The Acceptance of Teleconsultation in Malaysia: A Mixed Methods Study ». *Journal of Medical Systems* 36(5):2881-92. doi: 10.1007/s10916-011-9766-2
66. Choi, Hanna, et Jeongeun Kim. 2014. « Effectiveness of Telemedicine: Videoconferencing for Low-Income Elderly with Hypertension.» *Telemedicine Journal and e-Health* 20(12):1156-64. doi: 10.1089/tmj.2014.0031.
67. Dimitropoulos, Anastasia, Olena Zyga, et Sandra Russ. 2017. «Evaluating the Feasibility of a Play-Based Telehealth Intervention Program for Children with

- Prader–Willi Syndrome». *Journal of Autism and Developmental Disorders* 47(9):2814-25. doi: 10.1007/s10803-017-3196-z.
68. Vismara, Laurie A., Carolyn McCormick, Gregory S. Young, Anna Nadhan, et Katerina Monlux. 2013. « Preliminary Findings of a Telehealth Approach to Parent Training in Autism.» *Journal of Autism and Developmental Disorders* 43(12):2953-69. doi: 10.1007/s10803-013-1841-8.
69. Mathieu-Fritz, Alexandre. 2018. « Les téléconsultations en santé mentale ». *Revue de Psychiatrie* 207(1):123-64.
70. Perrin, Paul B., Bruce D. Rybarczyk, Bradford S. Pierce, Heather A. Jones, Carla Shaffer, et Leila Islam. 2020. « Rapid Telepsychology Deployment during the COVID-19 Pandemic: A Special Issue Commentary and Lessons from Primary Care Psychology Training ». *Journal of Clinical Psychology* 76(6):1173-85. doi: 10.1002/jclp.22969.
71. Toh, Nathan, John Pawlovich, et Stefan Grzybowski. 2016. « La Télésanté et Les Relations Patient-Médecin Dans Les Communautés Rurales et Éloignées ». *Canadian Family Physician* 62(12):e715-17.
72. Schultz, Brandon K., Kimberly A. Zoder-Martell, Aaron Fischer, Melissa A. Collier-Meek, William P. Erchul, et Alexander M. Schoemann. 2018. « When Is Teleconsultation Acceptable to School Psychologists? » *Journal of Educational and Psychological Consultation* 28(3):279-96. doi: 10.1080/10474412.2017.1385397.
73. WALLISCH, ANNA, LAUREN LITTLE, ELLEN POPE, et WINNIE DUNN. 2019. « Parent Perspectives of an Occupational Therapy Telehealth Intervention.» *International Journal of Telerehabilitation* 11(1):15-22. doi : 10.5195/ijt.2019.6274.

Annexe 1 : Lettre d'invitation

Lettre d'invitation

Courriel d'invitation pour participer à une recherche

Bonjour,

Un projet de recherche est en cours au CHUM afin d'évaluer l'impact de différentes technologies et innovations utilisées dans le cadre de la pandémie de la COVID-19.

Une de ces technologies concerne les plateformes de téléconsultation.

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche à titre de professionnel(le) de la Direction des services multidisciplinaires ayant eu recours à la téléconsultation dans sa pratique professionnelle.

Au Québec, il n'existe actuellement aucune connaissance sur les attitudes et les perceptions des professionnels de la santé, autres que les médecins et infirmières, à l'égard de l'utilisation de la téléconsultation durant la pandémie. L'objectif principal du projet est de combler ce vide et d'identifier les préoccupations des professionnels face à la téléconsultation.

La participation au projet de recherche consiste en une entrevue dont la durée pourra varier entre 30 et 40 minutes. Si vous acceptez de participer, nous vous inviterons à signer un formulaire de consentement. Les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels, en effet vos données seront dénominalisées. Les données de recherche pourront être publiées et/ou diffusées dans des forums scientifiques et/ou professionnels sans que les participants y soient identifiés.

La participation à ce projet de recherche est volontaire. Par conséquent, vous êtes libre de refuser d'y participer ou encore d'arrêter à n'importe quel moment de l'entrevue.

Si vous êtes intéressé(e) à participer à ce projet de recherche, nous vous demandons de manifester votre intérêt à M. Carl-Philippe Edmond (en CC de ce courriel) et de lui transmettre votre adresse courriel. Il vous contactera pour fixer la date et l'heure de l'entrevue. L'entrevue se déroulera à distance via Zoom, Teams ou le téléphone, selon votre préférence.

Nous vous remercions chaleureusement de votre intérêt pour ce projet de recherche et du temps que vous y consacrerez.

Dr Marie-Pascale Pomey et son équipe.

Annexe 2 : Grille d'entrevue

Grille d'entrevue

Préambule

- Remercier le participant d'avoir accepté de répondre aux questions dans le cadre de notre projet.
- Préciser que l'entrevue durera entre 30 et 40 minutes.

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Nous vous poserons différentes questions afin de mieux comprendre votre utilisation et votre perception de la télésanté avant et pendant la pandémie de la COVID-19.

L'entretien durera entre 30 et 40 minutes. Si cela vous convient, j'aimerais enregistrer l'entrevue pour m'assurer de n'omettre aucune information que vous partagerez avec nous.

Règles de l'entrevue

Le contenu de l'entretien restera confidentiel. Cela signifie que l'enregistrement de l'entrevue sera partagé uniquement avec les chercheurs qui travaillent sur ce projet, et ce de façon anonyme. De plus, nous nous assurerons que dans notre rapport, les informations partagées seront anonymes, c'est-à-dire qu'elles ne seront associées à aucun des noms des participants.

Vous pouvez refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien à tout moment, pour quelque raison que ce soit et sans aucune justification.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ?

Corps de l'entrevue

L'objectif de cette recherche est d'apporter des connaissances sur les attitudes et les perceptions des professionnels de la santé, autres que les médecins et infirmières, à l'égard de l'utilisation de la téléconsultation durant la pandémie au Québec et d'identifier les préoccupations des professionnels face à la téléconsultation. Les questions de l'entrevue s'arriment autour de trois sous objectifs.

Le premier sous objectif est de connaître vos perceptions vis-à-vis de la téléconsultation ainsi que vos comportements quant à l'utilisation des plateformes de téléconsultation avant et pendant la pandémie.

1. Demander au participant de se présenter brièvement.
Au besoin, faire allusion aux aspects ci-dessous (aide-mémoire)
 - Service affilié
 - Années d'expérience au CHUM
2. Avant la COVID-19, aviez-vous l'habitude de mener des consultations à distance auprès de certains patients ?
3. Comment avez-vous vécu l'introduction des plateformes de téléconsultation au sein de votre département/service ?
4. Votre opinion au sujet de la téléconsultation a-t-elle changée au cours de la pandémie de la COVID-19 ?

Le second sous objectif porte sur la pertinence de la téléconsultation pour vous et les facteurs qui influencent son utilisation. Ainsi que les avantages et contraintes perçues lors de son utilisation.

5. Selon vous, dans votre département/service, l'intégration des plateformes de téléconsultation permettant des consultations par

vidéo est-elle une réponse pertinente aux défis engendrés par la pandémie ?

6. Quels sont les avantages de la téléconsultation par vidéo dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Au besoin, faire allusion aux aspects ci-dessous (aide-mémoire)

- Comparaison avec consultation téléphonique
- Consultation en personne
- Distinction entre premier rendez-vous et suivi
- Qualité de l'échange
- Qualité des informations cliniques et sociales ayant pu être observées (état de santé global du patient, masse cancéreuse ou plaie, non verbal du patient, milieu de vie/environnement physique de patient, soutien social du patient, etc.)
- Besoin de revoir le patient avant le début de ses traitements
- Stade d'avancement dans la maladie
- Retombées cliniques (santé du patient)
- Compréhension du patient
- Patient reported outcome measures (PROMs),
- Qualité des soins et des interventions
- Relation avec le patient
- Accessibilité
- Continuité/suivi
- Coûts
- Satisfaction
- Développement des compétences à l'interne
- Harmonisation entre la stratégie numérique du CHUM et celle du département
- Préparation aux crises sanitaires éventuelles
- Résistance au changement

7. Quels ont été les problèmes que vous avez rencontrés lors des séances de téléconsultation pendant la pandémie COVID-19 ?

Au besoin, faire allusion aux aspects ci-dessous (aide-mémoire)

- Relation patient-soignant
- Limitation au niveau de l'examen physique
- Problème technique (mauvaise connexion, matériel non adéquat)
- Compréhension du patient

Le troisième sous-objectif concerne les recommandations sur la pérennité de l'utilisation de la téléconsultation.

8. Est-ce que la pandémie de la COVID-19 a changé votre pratique professionnelle et la façon de dispenser les soins ? Si oui, de quelle manière ?

9. Comptez-vous utiliser la consultation par vidéo dans le futur, lorsque la pandémie de la COVID-19 sera terminée ?

10. Quelles améliorations permettraient de soutenir et/ou faciliter l'utilisation permanente des plateformes de téléconsultation dans votre département/service dans le futur ?

Conclusion

11. Avez-vous d'autres choses que vous aimeriez ajouter ? D'autres sujets que vous aimeriez aborder et que vous jugez important d'explorer ?

12. En conclusion, quel est le message le plus important que vous aimeriez transmettre par cette entrevue ? (Message clé ou élément à retenir)

- Remercier le participant.



APPROUVÉ – CÉR CHUM

DATE : 28 juin 2021
INITIALES : YP



Annexe 3 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES EQUIPES CLINIQUES, LES GESTIONNAIRES ET LES FOURNISSEURS DE TECHNOLOGIES

Titre du projet :	Programme de recherche Techno-COVID -Partenariat - Évaluation en temps réel du déploiement des technologies connectées et dupartenariat de soins et services dans le contextede crise sanitaire lié à la COVID-19 au CHUM.
Chercheurs responsables :	Marie-Pascale Pomey, chercheuse régulière, CRCHUM Kathy Malas, Adjointe au PDG - innovation etintelligence artificielle, CRCHUM
Co-chercheurs :	Annie Talbot, médecin de famille, CRCHUM Frédéric Lavoie, chirurgien, CRCHUM Didier Jutras-Aswad, Psychiatre, CRCHUM Simon Dubreucq, Psychiatre, CRCHUM Benoit Deligne, Médecin spécialiste en médecineinterne, CRCHUM

Collaborateurs :

Alexandre Grégoire, Patient coordonnateur,CEPPP

Audrey L'Espérance, conseillère stratégique,
CEPPP

Caroline Loranger, Directrice adjointe volet qualité et
évolution de la pratique, Direction des services
multidisciplinaires (DSM), CHUM

Lala Khomutova, Spécialiste en activités cliniques,DSM, CHUM

Vincent Dumez, Patient directeur, CEPPP

Financement :

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

No de projet au CHUM :

20 040

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche parce que vous êtes soit un membre d'une équipe clinique (incluant les externes et les résidents), un gestionnaire du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), un partenaire réseau (ex. médecin de famille d'un patient traité au CHUM) ou encore un fournisseur de technologies. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet ou aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

Ce programme de recherche s'inscrit dans le cadre de la pandémie liée à la COVID-19. Il est une volonté de la direction générale du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) qui s'inscrit dans la mission d'améliorer sans cesse les soins par l'intégration de la recherche, du transfert de connaissances et d'évaluation des technologies.

Cette étude a pour objectif d'évaluer en temps réel l'impact des technologies connectées et le déploiement du partenariat de soins et de services dans le contexte de crise sanitaire liée à la COVID-19 en intra hospitalier et en suivi à domicile sur des patients ayant été infectés à la COVID-19 (COVID +) et leurs proches, ainsi qu'à des patients n'ayant pas été infectés à la COVID-19 (COVID -) et leurs proches, de patients partenaires accompagnateurs, des bénévoles, des membres des équipes cliniques en incluant les externes et les résidents, des partenaires réseaux, des gestionnaires et des fournisseurs de technologies connectées.

Huit (8) projets vont bénéficier d'une évaluation des bénéfices en milieu réel :

- Projet 1 : Outils de télécommunication patients-familles par un service de prêt de téléphones offert par le service des bénévoles et par les unités (pour les patients COVID + et COVID - ;
- Projet 2 : Outils de téléconsultation [via REACTS] entre les patients et les professionnels de la santé et téléexpertise entre professionnels [pour les patients hospitalisés COVID + et COVID -] ;
- Projet 3 : Plateforme de télésurveillance et équipe de professionnels de la santé, télésoins pour le suivi des patients COVID+ à domicile par le Centre d'optimisation des flux réseau [COFR] ;

- Projet 4 : Plateforme de suivi des patients atteints de maladies chroniques COVID - à domicile par le COFR ;
- Projet 5 : Communauté virtuelle des bénévoles et des patients partenaires accompagnateurs [pour les patients COVID + et COVID -] ;
- Projet 6 : Objets connectés [ex. saturomètre et glucomètre] pour le suivi continu des données physiologiques pour les patients hospitalisés COVID+ et suivi à distance ;
- Projet 7 : Robot compagnon auprès des patients stables hospitalisés COVID - et COVID+ ;
- Projet 8 : Équipe de soutien et communication aux familles [pour les patients COVID+ et COVID -].

NOMBRE DE PARTICIPANT [E] S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Pour la présente étude, entre 150 et 975 participants seront recrutés au total, soit :

- Entre 90 et 550 patients COVID + [et leurs proches] ;
- Entre 30 et 300 patients COVID - [et leurs proches] ;
- Entre 10 et 30 patients partenaires accompagnateurs ;
- Entre 10 et 30 bénévoles ;
- Entre 10 et 50 membres des équipes cliniques du CHUM en incluant les externes et les résidents ;
- Entre 10 et 100 partenaires réseaux ;
- Entre 5 et 10 gestionnaires du CHUM ;
- Entre 2 et 5 fournisseurs de technologies connectées.

La durée de votre participation sera ponctuelle. Elle variera en fonction de la nature de la participation qui vous sera demandée. Le tableau 1 présente le mode de fonctionnement ainsi que la durée approximative selon le type d'activité.

Tableau 1 : Mode de fonctionnement et durée approximative selon le type d'activité demandée

Type d'activité	Mode de fonctionnement	Durée approximative
Entrevue	Par téléphone ou par visioconférence [Zoom] Enregistrement sonore et/ou vidéo	10 à 60 minutes
Questionnaire	En ligne ou par téléphone	Environ 10 minutes

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, différentes activités pourraient vous être proposées. Nous vous invitons à cocher l'activité qui correspond à l'invitation que vous avez reçue :

- **Questionnaire** en ligne ou par téléphone [environ 10 minutes] :
- Pour les équipes cliniques [incluant les externes et les résidents], les partenaires réseaux et les gestionnaires : ce questionnaire portera sur vos caractéristiques socio-démographiques [âge, genre, profession, etc.], votre niveau de charge de travail, de stress, votre perception de l'utilisation des technologies et votre perception du partenariat de soins dans ce contexte.
- **Entrevue** par téléphone ou par visioconférence sur un bilan de votre expérience [durée : entre 30 et 60 minutes ; enregistrement sonore/vidéo et prise de notes manuscrites] en tant que :
- Gestionnaire
- Fournisseur de technologies connectées
- Équipes cliniques.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

À notre connaissance, il n'y a pas de risque à participer à cette étude. Toutefois, le temps requis pour compléter le questionnaire, participer à une entrevue ou à un groupe de discussion peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s. Avec l'accord de votre supérieur et si le contexte le permet, votre participation pourrait avoir lieu sur votre temps de travail, mais nous ne pouvons le garantir. Vous pourrez décider de cesser l'activité en tout temps et sans aucun préjudice.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son équipe de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche. Ces renseignements peuvent comprendre le nom de votre établissement et le titre de votre fonction.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 10 ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la chercheuse responsable à la fin de l'étude. De plus, le CHUM entend diffuser les résultats les plus importants à toute la communauté par ses bulletins réguliers.

FINANCEMENT DU PROJET

La chercheuse responsable du projet et l'établissement a reçu un financement provenant du CHUM pour mener à bien ce projet de recherche.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet ni avec les intervenants ou la direction de votre établissement.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré(e) du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable, Dre Marie-Pascale Pomey, ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : 514-890-8000, poste 14302 [entre 9 h et 17 h, du lundi au vendredi].

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHUM au 514 890-8484.

SIGNATURE

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom [en lettres moulées]

Signature du/de la participant(e) Date

SIGNATURE POUR UNE DEMANDE SUPPLÉMENTAIRE

J'autorise la chercheuse responsable de ce présent programme de recherche à communiquer de nouveau avec moi pour participer à une entrevue de suivi pour évaluer si des changements de pratique ont eu lieu.

Nom [en lettres moulées]

Signature du/de la participant(e) Date

**SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE
DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE**

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Nom [en lettres moulées]

Signature de la personne qui

Date

obtient le consentement

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE AU CHUM

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au/à la participant(e).

Nom [en lettres moulées]

Signature de la chercheuse responsable Date

APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé le projet et en assurera le suivi.

Annexe 4 : Planification d'une téléconsultation par rapport au logiciel utilisé

Prise de rendez-vous Reacts

Pour réaliser une rencontre sur Reacts

1. Il faut créer un rendez-vous au préalable en cliquant sur **Mes rendez-vous**.
2. Ensuite, cliquez sur **Créer un rendez-vous** au haut de la fenêtre **Mes rendez-vous**
3. Lors de l'apparition de la fenêtre intitulée **Créer un rendez-vous** saisir le titre du rendez-vous.
4. Ouvrir le **calendrier** pour choisir la date du rendez-vous.
5. Saisir l'heure du rendez-vous [toutes les 15 minutes].
6. Saisir la durée estimée du rendez-vous [par tranches de 15 minutes].
7. Puis ajouter des participants

Deux options s'offrent au prestataire

- a) Soit à partir de la liste de contacts existant en sélectionnant le crochet apparaît à côté du nom du patient
 - b) Soit à partir d'un compte invité
 - Choisir l'option par email.
 - Saisir l'adresse courriel de l'utilisateur, son prénom et son nom.
8. Cliquer sur Ajouter à la liste.
 9. Une fois le ou les contacts ajoutés cliquez sur Ajouter
 10. Cliquez sur Créer le rendez-vous.

Les participants recevront l'invitation par courriel.

Prise de rendez-vous Teams

Pour réaliser une rencontre Teams

1. Le professionnel se connecte à son Outlook
2. Dans le menu du haut à gauche, double clic sur une case du calendrier
3. Crée l'invitation à la rencontre
4. L'utilisateur recevra le courriel avec le lien pour

Prise de rendez-vous Zoom

Pour préparer la rencontre via Zoom

1. Il faut créer un courriel type
2. Ensuite, inviter l'utilisateur en copiant le courriel type et les informations de connexion à la rencontre virtuelle dans le courriel d'invitation envoyé au patient.
3. Celui-ci y trouvera les informations de connexion pour se joindre à la date et l'heure prévues de la rencontre.

