

20 Janvier 2021

Réponse
rapide

COVID-19 et la pratique de la
téléconsultation en médecine de première
ligne et médecine spécialisée :
principes généraux

Une production de l'Institut
national d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Cette réponse rapide a été préparée par les professionnels scientifiques de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

RESPONSABILITÉ

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Ses conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration. Suivant l'évolution de la situation, cette réponse rapide pourrait être appelée à changer.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88404-0

© Gouvernement du Québec, 2021

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

Pour citer ce document : 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. 44 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Pertinence et sécurité de la téléconsultation

CONTEXTE

Considérant l'accroissement rapide de l'utilisation des modalités de téléconsultation depuis mars 2020 en raison du contexte de crise sanitaire générée par la COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) – avec le Collège des médecins du Québec (CMQ) et les deux fédérations médicales (médecins omnipraticiens et médecins spécialistes) – désirent optimiser l'intégration de la téléconsultation dans l'organisation et la prestation des soins.

Le MSSS a ainsi demandé à l'INESSS de soutenir leurs travaux visant à définir des balises entourant l'utilisation pertinente et sécuritaire de la téléconsultation en médecine de famille et en médecine spécialisée, et ce, auprès de diverses clientèles et dans divers milieux de soins. La présente réponse rapide s'inscrit dans une série de travaux qui seront menés par l'INESSS sur le sujet de la téléconsultation et qui se veulent complémentaires à ceux du CMQ. Elle porte ici un premier regard sur les pratiques pertinentes et sécuritaires d'utilisation générale de la téléconsultation. Une autre réponse rapide s'intéresse pour sa part à [l'utilisation de la téléconsultation en milieu de vie de personnes en perte d'autonomie résidant en CHSLD et en RI-RTF](#).

CONSTATS DE L'INESSS À CE JOUR [23 DÉCEMBRE 2020]

En se basant sur la documentation scientifique disponible au moment de sa rédaction et sur les consultations menées, et malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée, l'INESSS met en lumière certains constats généraux pouvant servir à guider les réflexions sur l'encadrement de l'utilisation de la téléconsultation au Québec:

- ▶ Au regard de la qualité des soins, les données probantes limitées comparant l'utilisation de la téléconsultation et la consultation en présentiel **pointent vers** une équivalence possible en ce qui a trait à :
 - L'obtention des résultats cliniques attendus
 - Les taux de complications
 - La mortalité
 - La satisfaction des patients
 - La qualité de vie des patients
 - La satisfaction des professionnels

L'utilisation de la téléconsultation pourrait par ailleurs amener une :

- Amélioration de l'adhérence au traitement
- ▶ Au regard de la qualité des services et des processus, les données probantes limitées comparant l'utilisation de la téléconsultation et la consultation en présentiel **pointent vers** une équivalence possible pour :
 - Le nombre d'admissions ou de réadmissions à l'hôpital
 - Le nombre de présentations à l'urgence

L'utilisation de la téléconsultation pourrait par ailleurs amener une :

- Augmentation du nombre de suivis
- Réduction du nombre de visites à l'hôpital
- Amélioration de l'adhérence au rendez-vous

Des résultats mitigés et dépendants de la situation clinique ont été relevés en ce qui a trait :

- Aux nombres d'analyses et d'examens demandés
 - À la durée des rencontres
- Au regard des critères de base pour accéder à la téléconsultation, les informations des guides de pratiques cliniques (GPC) sur la téléconsultation, tant en première ligne que pour les soins spécialisés, indiquent que les éléments suivants **devraient être respectés** :
- Obtention du consentement/respect de la préférence du patient
 - Capacité du professionnel de la santé à pouvoir réaliser pleinement sa fonction et ses responsabilités selon ses compétences et le cadre règlementaire et déontologique
 - Capacité d'accéder au dossier du patient
 - Caractéristiques et capacité du patient à participer et à interagir avec le professionnel
 - Disponibilité d'un soutien, si nécessaire (proche aidant, infirmière...)
 - Application du jugement clinique
 - Situation ou condition clinique appropriée
- En ce qui concerne les situations ou conditions cliniques appropriées considérées dans les documents consultés (sans niveau de preuve solide de leur pertinence), lorsque les critères de base le permettent, la téléconsultation **pourrait être considérée** (mais de manière non exhaustive) pour :
- Poser un diagnostic
 - Amorcer, renouveler ou ajuster un traitement
 - Pour une nouvelle prescription ou un renouvellement de prescription, plusieurs GPC mettent en garde lorsqu'il s'agit de benzodiazépines/psychostimulants, de narcotiques (p. ex : opioïdes) et de drogues contrôlées (p. ex. : méthadone, suboxone), certains allant même à ne pas recommander ces actes pour les patients inconnus du professionnel et à rappeler de faire preuve de prudence même pour les patients connus.
 - Prendre en charge certains problèmes de santé courants ne nécessitant pas obligatoirement d'examen physique ou nécessitant un examen physique compatible avec le mode de communication utilisé
 - Suivre une condition médicale aiguë ou chronique, entre autres, pour les personnes résidant en région rurale ou éloignée
 - Assurer les soins de transition post-hospitalisation
 - Fournir au patient de l'information et du counseling
 - *Voir également la réponse rapide portant sur l'[utilisation de la téléconsultation en milieu de vie de personnes en perte d'autonomie résidant en CHSLD et en RI-RTF](#)*
- En ce qui concerne les situations ou conditions cliniques inappropriées identifiées dans les documents consultés (sans niveau de preuve solide de leur pertinence), la téléconsultation **ne devrait pas être utilisée** (mais de manière non exhaustive) pour :
- Des conditions ayant besoin d'un examen physique impossible à effectuer à distance

- Des situations à risque important de détérioration¹ de la condition clinique du patient
- Des conditions complexes comme :
 - Douleur thoracique, souffle court ou difficulté respiratoire
 - Symptôme d'insuffisance cardiaque congestive
 - Perte de la fonction neurologique
 - Statut mental altéré
- ▶ Selon les documents consultés et les membres du comité consultatif, afin d'optimiser l'utilisation générale de la téléconsultation en première ligne et pour les soins spécialisés, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé, plusieurs **éléments seraient à considérer** sur divers plans :

TECHNOLOGIQUE

- Accès à une infrastructure et à des solutions technologiques adéquates et compatibles entre elles
- Choix de modalités technologiques favorisant l'accès et une qualité d'interaction adéquate
- Possibilité d'utiliser des objets connectés (p. ex. : glucomètre, tensiomètre) pour soutenir la consultation

HUMAIN ET COGNITIF

- Connaissance des modalités et du fonctionnement de la téléconsultation
- Considération de la littéracie, de l'âge, de l'éducation et de la condition générale de santé des patients
- Considération de la littéracie technologique des professionnels
- Confort et préférences du patient

CLINIQUE

- Capacité de réaliser un examen clinique et physique ou un diagnostic adéquat
- Accessibilité des informations cliniques nécessaires
- Approche cohésive soutenant la continuité entre professionnels, entre milieux de soins, entre l'équipe de soins et le patient (continuité relationnelle)
- Balisage clair des conditions cliniques et des types de consultations appropriés
- Mise en place de mesures pour favoriser la compréhension et la rétention de l'information par le patient

ORGANISATIONNEL ET PROFESSIONNEL

- Leadership et gouvernance dans une approche cohésive et flexible, en partenariat avec les divers paliers organisationnels et milieux de soins
- Encadrement légal et réglementaire approprié et soutien à l'obtention du consentement éclairé des patients
- Élaboration d'ententes professionnelles, organisationnelles ou interinstitutionnelles
- Mise en place de processus et modalités pour assurer la sécurité et la confidentialité des informations partagées
- Procédures et processus administratifs et cliniques clairs
- Rôles et responsabilités professionnels bien définis

¹ L'utilisation de la téléconsultation pourrait permettre d'évaluer la détérioration d'une condition clinique pour certaines clientèles et dans certains milieux de soins (p. ex. : CHSLD). Voir la réponse rapide Téléconsultation en médecine générale et spécialisée en CHSLD produite par la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS.

- Présence de soutien technologique et administratif
- Formation et accompagnement à l'utilisation de la technologie disponibles pour l'ensemble des utilisateurs
- Processus d'évaluation et modalités de suivi de la qualité

En bref, lorsque les conditions facilitantes sont en place, dans certaines situations ou conditions cliniques, auprès de certaines clientèles ou dans des contextes particuliers, la téléconsultation pourrait être considérée comme une alternative appropriée et sécuritaire à la consultation en présentiel, dans l'optique où elle est intégrée au moment opportun dans le parcours de soins du patient et qu'elle s'incorpore à la continuité des soins. Elle pourrait constituer une modalité adéquate pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé et ainsi réduire certains risques, contraintes et iniquités. ***Toutefois, la téléconsultation devrait être considérée comme une modalité de prestation de soins supplémentaire ou complémentaire et ne devrait jamais devenir l'unique modalité de consultation.***

1. PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, les technologies numériques ont été rapidement identifiées comme un levier majeur pour répondre aux besoins de prise en charge et de suivi des patients et de la population, la télésanté ayant déjà montré son potentiel dans des situations de crises sanitaires dans le passé [Lurie et Carr, 2018]. Par la force des choses, les systèmes de santé ont été obligés d'amorcer des changements majeurs. Bien que propulsés par le contexte d'urgence sanitaire, certains de ces changements, dont la téléconsultation, doivent pouvoir prendre racine dans le système de santé québécois et se maintenir dans le temps.

La télésanté n'a pas été introduite dans le système de santé québécois avec l'avènement de la pandémie [Alami *et al.*, 2019; Alami *et al.*, 2016; Poder *et al.*, 2015; Gagnon *et al.*, 2006; Gagnon *et al.*, 2005; Fortin *et al.*, 2003]. La mise en place du Réseau Québécois de Télésanté (RQT) en 1998 a permis de mettre en relation et d'incorporer plusieurs initiatives provinciales en télésanté déjà existantes et d'en développer de nouvelles. En 2003, lors de la création des Réseaux universitaires intégrés en santé et service social (RUISSS), la télésanté a fait partie de leurs mandats clé. En 2016, le MSSS a instauré une gouvernance en télésanté et désigné quatre centres de coordination de la télésanté pour desservir les établissements de santé sur chaque territoire de RUISSS et nommé des répondants locaux (pilotes) en télésanté. En 2019, un plan d'action en télésanté (2019-2023) visant à augmenter l'utilisation de la télésanté en déployant des services cliniques variés a été proposé par le MSSS.

Avec l'utilisation fortement accrue des modalités de télésanté en raison de la pandémie, la question de la poursuite de l'utilisation de certaines modalités de téléconsultation au-delà de la période d'urgence sanitaire a été soulevée. Toutefois, avant d'intégrer la téléconsultation dans l'organisation des soins et services sur une base régulière, de nombreuses questions quant à la pertinence, la sécurité ou l'acceptabilité se profilent. La situation a donc amené le MSSS à demander à l'INESSS de soutenir leurs travaux visant à définir des balises entourant l'utilisation de la téléconsultation en médecine de famille et en médecine spécialisée, et ce auprès de diverses clientèles et dans divers milieux de soins, en demeurant vigilant quant au partenariat médecins-infirmières, dyade fréquemment rencontrée pour la prise en charge des patients dans le contexte québécois. La présente réponse rapide est une prémisse à un chantier possiblement plus large sur la téléconsultation. Elle décrit les lignes directrices de pratique clinique et les conditions optimales d'utilisation de la téléconsultation synchrone (téléphone ou vidéoconférence) identifiées dans la littérature pour éclairer sur la valeur ajoutée en matière d'efficacité organisationnelle et clinique, d'accessibilité et de sécurité.

1.1. Téléconsultation

La téléconsultation fait partie d'un ensemble de soins virtuels définis, dans de récents travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme l'utilisation des

technologies de l'information et de la communication (TIC) en soutien au domaine de la santé sur la santé numérique [WHO, 2019]. En ce qui concerne les soins et services offerts par un professionnel de santé à un patient, les principales modalités de santé numérique sont : la téléconsultation, la télésurveillance, la téléthérapie et le téléenseignement. La communication implique soit un médecin, un autre professionnel ou une équipe multidisciplinaire et le patient qui peut être seul ou soutenu par un proche aidant ou un autre professionnel.

Dans le contexte québécois, selon la définition du Collège des médecins du Québec (CMQ), une téléconsultation est : « une consultation médicale qui met en relation, à distance, le patient et un ou des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé » [CMQ, 2015]. La téléconsultation peut être asynchrone (p. ex. : courriel, message texte) ou synchrone (p. ex. : téléphone, visioconférence) et peut servir, entre autres, à poser un diagnostic, à amorcer un traitement, à effectuer un suivi, à fournir des informations ou à offrir du soutien à un patient [Bakhai *et al.*, 2020; HAS, 2019; CMQ, 2015]. L'offre de téléconsultation peut avoir comme but de pallier l'offre de soins locale, d'améliorer la prise en charge, l'accessibilité et l'équité (p. ex. : en limitant les déplacements, en limitant le coût ou les besoins pour le patient de prendre congé de son travail), de rendre plus efficiente l'organisation des services et d'augmenter la satisfaction des patients [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; CMQ, 2020a; Dermer, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019; WHO, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]. De plus, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, la téléconsultation peut avoir pour but d'empêcher ou de réduire la propagation du virus autant chez les patients que chez les professionnels de la santé et d'aider à maintenir l'offre de soins et services [CMQ, 2020a].

1.2. Cadre légal et réglementaire

Chaque état et chaque autorité de santé instaurent les lois, politiques et exigences réglementaires spécifiques à l'utilisation et à l'exercice de la téléconsultation. En conséquence, la gouvernance du système de santé est interpellée, ainsi que les différents paliers organisationnels et organisations [WHO, 2019]. À l'échelle internationale, l'importance de l'encadrement légal et réglementaire est soulevée dans plusieurs guides de pratique clinique (GPC), que ce soit au niveau de la confidentialité, de la protection du public et de la sécurité des données, du consentement éclairé du patient, du remboursement de l'intervention et des considérations relatives aux responsabilités professionnelles ainsi que des considérations médico-légales [Bakhai *et al.*, 2020; HSO, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019; HSO, 2018].

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux² (LSSSS) encadre l'utilisation de la télésanté dans les établissements. La télésanté est également assujettie

² L'article 108.1 de la LSSSS mentionne que : « Pour pouvoir offrir à un autre établissement, à un organisme ou à une autre personne ou obtenir de l'un d'eux des services de télésanté, un établissement doit conclure une entente à cet effet avec cet autre

à d'autres lois et règlements³ pour ce qui est notamment de la confidentialité et de la sécurité des renseignements partagés, de la communication effectuée et de la protection de l'information [Benoit *et al.*, 2016].

Plusieurs aspects règlementaires, légaux et logistiques relatifs à la pratique de la téléconsultation par les médecins au Québec sont présentés dans le guide du CMQ sur la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication paru en 2015 [CMQ, 2015], guide dont une mise à jour est en cours [CMQ, 2020b]. Une mise au point a également été publiée par le CMQ pour moduler certaines règles dans le contexte pandémique actuel [CMQ, 2020a]. Sommairement, la téléconsultation peut être pratiquée par tout médecin qui détient un permis d'exercice délivré par le CMQ et qui est inscrit au tableau de l'ordre professionnel auprès de tout patient sur le territoire québécois. Lors de la téléconsultation, le médecin devra s'assurer de l'identité du patient et obtenir son consentement à la consultation, et au besoin, au traitement. Le médecin doit s'assurer de fournir un environnement confidentiel au patient et d'effectuer une consultation complète équivalente à une consultation qui aurait lieu en présentiel (p. ex. : accéder aux informations nécessaires, évaluer la possibilité de diagnostic différentiel, exécuter un examen physique adéquat au diagnostic) avant de poser son diagnostic et d'amorcer un traitement. Il est préférable que la téléconsultation se fasse entre le médecin traitant et son patient, bien que ce point ait été allégé par le CMQ pour la période pandémique actuelle : « Compte tenu de ce risque de contamination, le Collège croit que même un patient non connu du médecin peut être vu en télémédecine, si cela est jugé approprié » [CMQ, 2020a]. Le médecin doit s'assurer de la traçabilité de la téléconsultation effectuée dans le dossier du patient (p. ex. : modalité, identification, consentement, localisation du patient) tout en garantissant sa confidentialité et il doit également s'assurer que tout suivi médical résultant de la téléconsultation est fait adéquatement (p. ex. : examen complémentaire, consultation en présentiel, diriger vers un spécialiste) [CMQ, 2020a; CMQ, 2015].

En ce qui concerne la pratique infirmière, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a émis sur son site internet⁴ une clarification quant à l'utilisation des télésoins⁵ en raison de la pandémie de la COVID-19 et mentionne que : « *selon le contexte de soins et après en avoir évalué la pertinence, une infirmière peut intervenir à distance auprès des clientèles lorsqu'elle le juge approprié à la situation et à la condition de santé de la personne* ». Ainsi, avant de prodiguer des télésoins, l'infirmière doit en évaluer la pertinence, s'assurer d'avoir les connaissances requises, obtenir le consentement libre et

établissement, organisme ou cette autre personne. Cette entente doit prévoir : 1) la nature précise des services; 2) la description des responsabilités de chaque partie; 3) les modalités d'échange d'information afin de permettre les démarches d'évaluation de la qualité de l'acte et de traitement des plaintes; 4) les mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués ».

³ Charte des droits et libertés de la personne ; Code des professions; Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé; Code de déontologie (selon les professions); Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels; Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information

⁴ <https://www.oiiq.org/la-covid-19-directives-pour-la-pratique-a-distance-a-l-intention-des-infirmieres-et-ips>

⁵ Télésoins : Toutes les formes de pratique infirmière axée sur le client par le recours aux télécommunications ou à des moyens électroniques (inclus : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance).

éclairé du patient, évaluer le niveau de risque et la fiabilité du moyen de communication, anticiper les urgences cliniques et techniques et évaluer la capacité du patient. En tout temps, l'infirmière doit respecter les lois et règlements de même que son champ d'exercice ; elle doit appuyer sa pratique sur les résultats probants, garantir la confidentialité, s'assurer de la tenue du dossier du patient et de tout suivi médical nécessaire (p. ex. : diriger vers un autre professionnel)⁶.

Autres normes, guides ou outils pertinents au Québec

Les autorités et organismes de santé québécois et canadiens fournissent également des normes, guides ou outils pour soutenir l'implantation et l'utilisation des modalités de télésanté dans les établissements et auprès des professionnels. Ainsi, tout récemment, le nouveau portail Web⁷ du RQT à l'intention des usagers, des professionnels et des responsables de la télésanté des établissements de santé et de services sociaux a été lancé, fournissant un soutien et des outils pour le bon déroulement des téléconsultations. De plus, le gouvernement québécois et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont produit un guide⁸ visant à accompagner les établissements et professionnels de la santé dans le contexte actuel de pandémie. Agrément Canada et l'Organisation des normes en santé (HSO) ont, quant à eux, produit des normes et outils visant à aider les organisations à mettre en place les bases et utiliser les modalités de télésanté de façon fiable et sécuritaire [HSO, 2020; HSO, 2018].

⁶ <https://www.oiiq.org/la-covid-19-directives-pour-la-pratique-a-distance-a-l-intention-des-infirmieres-et-ips>

⁷ <https://telesantequebec.ca/>

⁸ Guide de soutien pour la mise en œuvre des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec (2020). Disponible à <https://telesantequebec.ca/>

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Question d'évaluation

La question d'évaluation guidant le présent travail est la suivante :

Quelles sont les pratiques (organisationnelles et cliniques) pertinentes et sécuritaires d'utilisation générale de la téléconsultation — particulièrement auprès d'une clientèle adulte — tant en première ligne que pour les soins spécialisés (y incluant en période d'urgence sanitaire) ?

Les sous-questions suivantes ont notamment été approfondies :

- Quels sont les paramètres d'efficacité et de sécurité analysés dans la littérature au regard de la qualité des soins et de la qualité des services et processus ?
- Quelles sont les situations ou conditions cliniques relevées dans la littérature qui ont été jugées appropriées ou inappropriées pour l'utilisation de la téléconsultation ?
- Quels sont les barrières et les facilitateurs à l'utilisation de la téléconsultation ?

Une attention particulière a été donnée aux contextes, clientèles et conditions les plus propices à l'utilisation de la téléconsultation, et pour identifier, parmi les consultations en médecine de famille et en médecine spécialisée, celles qui peuvent se faire à distance, selon le type de médium (l'utilisation du téléphone versus les téléconsultations par visioconférence) et l'intervenant concerné.

2.2. Revue de littérature

2.2.1. Repérage des publications dans la littérature scientifique :

Types de publication: Revues systématiques (RS), méta-analyses, rapport d'évaluations des technologies, revues narratives, guide de pratique clinique (GPC)

Date de recherche: 3 novembre 2020

Les mots-clés utilisés incluaient : Consultation à distance, télémédecine, vidéoconférence, vidéo-consultation, télésoin, téléconsultation, consultation téléphonique, consultation virtuelle, santé mobile, e-santé, télésanté, visite virtuelle.

Bases de données bibliographiques consultées : PubMed, Embase

Limites dans l'année de publication: de 2015 à 2020

L'annexe A présente la stratégie de recherche détaillée.

2.2.2. Repérage des publications dans la littérature grise

Le repérage de littérature grise a été réalisé par la consultation des sites internet d'organisations nationales et internationales, les sites internet d'organismes

gouvernementaux, les sites internet de sociétés savantes ainsi qu'à l'aide d'une recherche ciblée dans le moteur de recherche Google. Une recherche par la méthode boule-de-neige a permis de compléter la recherche de littérature grise à partir de la recherche réalisée dans les sites web mentionnés ci-après. Les sites internet consultés pour la recherche de littérature grise sont répertoriés à l'annexe A.

2.3. Sélection des publications :

2.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les travaux étaient centrés sur la téléconsultation en mode synchrone, telle qu'utilisée par les médecins et leurs partenaires cliniques infirmiers à des fins d'évaluation clinique, de traitement et de suivi. Les modalités de téléconsultations pouvaient inclure, sans s'y restreindre, l'utilisation du téléphone, de la vidéoconférence sur diverses plateformes, d'un appareil mobile ou d'un ordinateur. Seuls les documents rédigés en français ou en anglais et se rapportant à des pays ayant des systèmes de santé comparables⁹ à celui du Québec ont été inclus.

Critères d'inclusion :

Population : Clientèle adulte nécessitant une consultation médicale de première ligne ou spécialisée

Intervention : Téléconsultation médicale par diverses plateformes (modalités synchrones)

Résultats d'intérêt (Outcomes) : meilleures pratiques, modalités et indications justifiant l'utilisation de la téléconsultation en première ligne et dans les services spécialisés, efficacité de la téléconsultation, satisfaction, enjeux de sécurité et de confidentialité, barrières et facteurs facilitants perçus.

Type de publication : Guides de « bon usage », lignes directrices, guides de pratique clinique, revues systématiques, revues narratives, autres documents d'intérêt (p. ex. : guides d'implantation de la téléconsultation d'associations professionnelles et d'organisations gouvernementales, positions de sociétés savantes ou d'associations, rapports d'instances réglementaires)

Période de recherche : 2015-2020

Critères d'exclusion :

Les guides de pratique et les revues systématiques par spécialité médicale ou par condition clinique spécifique n'ont pas été retenus à cette étape de réponse rapide.

Les modalités de télésanté dites « asynchrones » telles que les courriels, les messages textes et la transmission de matériel éducatif (p. ex. : vidéos, applications mobiles ou

⁹ C'est-à-dire notamment des pays développés avec un système de santé ayant une substantielle composante de financement public et un accès à des soins de santé de qualité.

sites web) à un patient, de même que la télésurveillance¹⁰ ont été exclues. L'utilisation de la téléconsultation par d'autres intervenants cliniques que médecins ou les infirmières partenaires ou encore entre deux professionnels de la santé (téléassistance¹¹ et téléexpertise¹²) n'a pas été considérée.

Les documents référant spécifiquement à la dimension de l'implantation de la téléconsultation, de la réglementation ou de la législation n'ont pas été retenus. Les informations portant sur les dimensions économique et financière (coût-efficacité, efficacité ou impact budgétaire, modes de rémunération) ainsi que celles permettant d'évaluer la performance et le caractère utilisable des différentes plateformes technologiques n'ont pas été retenues pour élaborer ce document.

2.3.2. Processus de sélection :

La sélection primaire des publications selon les titres et les résumés a été réalisée par un réviseur. La sélection des textes complets retenus à la première sélection a été réalisée de manière indépendante par deux professionnels scientifiques de l'INESSS et les désaccords ont été résolus par consensus.

2.4. Extraction des données et synthèse :

Les données ont été extraites par deux professionnels scientifiques de l'INESSS qui se sont séparé les documents à extraire. Des grilles d'extraction ont été élaborées pour l'extraction respective des données issues de la littérature grise et de la littérature scientifique (annexe E et F). Aucune évaluation de la qualité méthodologique des documents recensés n'a été réalisée. Une synthèse narrative des données extraites a été réalisée.

2.5. Processus de participation

2.5.1. Consultation

Comité consultatif

L'équipe du projet a été accompagnée d'un comité consultatif de 16 individus regroupant trois médecins et deux infirmiers/ères ayant expérimenté la téléconsultation, deux experts québécois de la téléconsultation, sept représentants des RUIS (responsables de

¹⁰ « La télésurveillance est le monitoring à distance par un médecin de données cliniques, radiologiques ou biologiques d'un patient transmises par TIC, qu'elles soient recueillies par le patient lui-même, un médecin ou un autre professionnel de la santé à des fins de diagnostic ou de traitement » [CMQ, 2015]

¹¹ « La téléassistance est un acte médical posé par un médecin lorsqu'il assiste à distance un autre médecin ou un autre professionnel de la santé en train de réaliser un acte médical ou chirurgical » [CMQ, 2015]

¹² « La téléexpertise est une forme de téléconsultation suivant laquelle un acte médical est posé à distance par un médecin sans la présence du patient à des fins diagnostiques ou thérapeutiques en réponse à une demande de consultation par un collègue médecin ou un tiers » [CMQ, 2015]

dossiers de télésanté) et/ou des pilotes cliniques et techniques de la télésanté dans les établissements (ex. CHU, CISSS/CIUSSS) ainsi que deux patients collaborateurs (annexe B). Une déclaration de conflits d'intérêts et de rôles potentiels a été recueillie pour chacun des membres du comité. Aucun des membres du comité n'a rapporté de conflit d'intérêts potentiels susceptibles d'affecter leur rôle au sein du comité.

Le rôle du comité était notamment de :

- soutenir l'analyse et la contextualisation de l'ensemble de l'information recueillie ;
- soutenir la formulation de constats découlant de l'intégration des différentes sources d'information.

Les membres du comité ont été consultés le 6 octobre 2020 afin d'explorer les enjeux liés à la réalisation du projet, de soutenir la contextualisation et de fournir des pistes afin de mieux cibler les sources et la nature de données d'intérêt pour l'ensemble du projet. Le comité a également été interpellé par courrier électronique afin de commenter les constats en regard des documents et de la littérature recensés. Les commentaires ont été recueillis, compilés et appliqués après discussion entre les membres de l'équipe de l'INESSS.

Collaborateurs individuels externes

L'équipe de l'INESSS a également consulté trois chercheurs pour recueillir des informations sur l'utilisation de la téléconsultation dans le contexte québécois. Les chercheurs rejoints n'ont pas été consultés pour l'élaboration des constats. Les personnes consultées sont énumérées à l'annexe B.

La version finale du document n'engage pas la responsabilité des différentes personnes consultées.

2.6. Validation et assurance qualité

Une validation du contenu du document a été effectuée par la coordination scientifique et la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé responsable de sa production. Une validation de la cohérence avec le gabarit de réponse rapide et de la transparence des aspects méthodologiques a été réalisée sous la responsabilité de la Vice-présidence scientifique de l'INESSS par le Bureau — Méthodologie et éthique. Une validation finale de la réponse rapide a été effectuée par la Vice-présidence scientifique de l'INESSS.

3. SOMMAIRE DES RÉSULTATS

La recherche systématique de la littérature scientifique et de la littérature grise a permis de repérer 12 302 notices. De ce nombre, 27 revues systématiques (RS) et 8 guides de pratique clinique (GPC) se conformaient aux critères d'inclusion/exclusion et ont été retenues pour l'analyse de la pratique pertinente et sécuritaire de la téléconsultation (voir annexes E et F pour le détail des extractions des documents retenus).

Plusieurs limites sont associées à ces publications retenues. La majorité des GPC ne fournissent pas la méthodologie employée, ne reposent pas sur une revue systématique de la littérature ou sont de la nature du consensus d'experts. Les guides proviennent de divers pays, dont le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, la France et l'Australie qui présentent des pratiques variées qui peuvent s'avérer difficiles à comparer au contexte québécois. En ce qui concerne les RS, chacune mentionne le manque d'études primaires de qualité et l'existence d'un nombre limité d'études pour plusieurs des paramètres d'intérêt examinés. De plus, les données des RS sont majoritairement analysées de manière qualitative en raison de la grande variabilité des paramètres d'intérêt retenus, rendant impossible la réalisation de méta-analyses par les auteurs. Il est important de souligner que la majorité des RS retenues agrègent ou considèrent sans distinction les données provenant d'études primaires menées dans divers contextes de soins et pour diverses situations cliniques.

3.1. Aspects organisationnels

Les structures (ressources humaines, matérielles et financières) et les processus (politiques, protocoles de soins, processus administratifs, monitoring de la qualité et performance) en place dans les milieux de soins doivent fournir les conditions de base pour un fonctionnement sécuritaire et optimal des modalités de téléconsultation [Thomas *et al.*, 2020]. L'utilisation de la téléconsultation peut par ailleurs engendrer des changements dans l'organisation des services et les trajectoires de soins ainsi que dans les processus clinico-administratifs en place, et générer de nouveaux besoins en matière de ressources humaines et matérielles.

L'identification des aspects organisationnels de l'utilisation de la téléconsultation est basée sur les 8 GPC retenus lors de la recherche dans la littérature scientifique et grise [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; CMQ, 2020a; Dermer, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015].

3.1.1. Structure

Ressources humaines

Les professionnels et gestionnaires jouent un rôle central dans la dispensation d'une téléconsultation pertinente et sécuritaire. L'établissement de santé ou le milieu de soins

doit définir les conditions d'admissibilité à l'utilisation de la téléconsultation, les protocoles à suivre (p. ex. : identification, consentement, tenue de dossier, suivi, responsabilité partagée) et la formation continue nécessaire. Plusieurs de ces aspects sont couverts dans les guides du CMQ [CMQ, 2020a; CMQ, 2015]. La mise en place de la téléconsultation implique un changement des rôles et des pratiques [ACI, 2020], des besoins de formation [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019], des modes de rémunération adaptées [Daniel et Sulmasy, 2015], et des considérations relatives aux responsabilités professionnelles [HAS, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]. Les professionnels utilisant la téléconsultation doivent s'engager à suivre les règles d'organisation, procédures et protocoles, et à participer aux formations et démarches d'évaluation des pratiques professionnelles [HAS, 2019].

Ressources matérielles

Les ressources matérielles d'infrastructures (p. ex. : plateformes, équipements) et de logiciels (p. ex. : applications) doivent avant tout garantir des conditions de sécurité. Les aspects de la sécurité soulevés à l'échelle organisationnelle sont la protection de la confidentialité et des données personnelles. Certains aspects techniques tels que la vitesse de connexion et la qualité du son et des images influencent la qualité de l'intervention et donc sa sécurité. L'organisation doit prévoir un environnement où la confidentialité des échanges sera protégée. Les caractéristiques de la technologie, des infrastructures et des systèmes d'information en place ou à implanter, leur interopérabilité au niveau d'un système de santé, le type de connaissances/soutien nécessaires pour leur utilisation et maintenance sont autant d'aspects à considérer au niveau d'un établissement.

3.1.2. Processus

Les processus nécessaires à l'utilisation de la téléconsultation incluent des politiques institutionnelles d'encadrement, des protocoles de soins, des procédures pour assurer la sécurité des soins, des processus administratifs, du monitoring de la qualité, de l'efficacité et de la performance. Du point de vue du professionnel, le but de la téléconsultation est d'évaluer (p. ex. : faire un triage, poser un diagnostic ou interpréter une situation clinique), d'intervenir (p. ex. : amorcer un traitement), de conseiller, d'éduquer, d'informer ou de surveiller l'état clinique d'un patient. De la perspective du patient, la téléconsultation lui permet de rapporter des symptômes, de poser des questions et de discuter d'une problématique de santé connue à un professionnel de la santé compétent. Pour atteindre ces buts, les protocoles doivent informer les participants des étapes à suivre, clarifier les processus, prévoir les façons de faire dans les situations plus complexes ou problématiques et intégrer des outils de suivi.

Sécurité

Les enjeux liés aux modalités technologiques utilisées pour effectuer la téléconsultation dépassent souvent le cadre purement technique en raison de leur impact sur l'organisation des services, mais l'admissibilité de ces modalités est généralement liée à des critères de sécurité.

Du point de vue de la sécurité, selon les GPC retenus, l'établissement ou l'organisation doit mettre en place des processus, incluant des directives claires en cas de non-fonctionnement technique avant ou pendant la rencontre (p. ex : problème de connexion, perte de la vidéo, du son ou de la connexion) ou de changement de l'état clinique en cours de consultation (p. ex. : malaise cardiaque, changement psychologique). Il est mentionné que le plan d'urgence technique (p. ex. : accès à un service technique, procédure de rappel du patient, alternative de mode de communication) ou clinique (p. ex. : connaître la localisation du patient et les soins de santé à proximité) doivent être clairs, connus des participants et à la portée des intervenants [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019].

Critères de base pour accéder à la téléconsultation

L'utilisation de la téléconsultation n'a de limites que la capacité du professionnel de la santé à pouvoir réaliser pleinement sa fonction et ses responsabilités selon ses compétences et le cadre réglementaire et déontologique dans lequel il s'inscrit ; elle nécessite toutefois que le professionnel fasse preuve de jugement clinique [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]. Divers facteurs pouvant influencer l'admissibilité du patient à une téléconsultation sont énoncés dans le GPC, tels que l'accès au dossier du patient, la disponibilité d'un espace permettant une discussion confidentielle avec le professionnel de la santé, l'accessibilité locale à des ressources pour des tests d'imagerie ou de laboratoire qui pourrait être requis et la distance entre le patient et le professionnel [ACI, 2020]. La possibilité de recueillir au moyen d'une caméra ou d'un appareil connecté (p. ex. : glucomètre, tensiomètre, thermomètre, pèse-personne) des informations essentielles à la consultation est également un facteur facilitant à considérer [Dermer, 2020]. De plus, dans un contexte sanitaire tel que la présence d'une pandémie, le processus d'évaluation de l'admissibilité à la téléconsultation doit aussi inclure le risque de contamination lors du passage du patient à la clinique ou à l'hôpital, le cas d'un médecin ou d'un patient vulnérable, en isolement préventif, atteint de l'infection ou ayant des symptômes le suggérant [CMQ, 2020a; RACGP, 2020]. Le milieu de soins, tel que les CHSLD et les RPA est également un élément à considérer dans ce contexte¹³. [CMQ, 2020a; RACGP, 2020]

En ce qui a trait à l'admissibilité des patients à l'utilisation de la téléconsultation, celle-ci dépend premièrement de certaines caractéristiques intrinsèques du patient et en second lieu du caractère clinique (voir section 3.2.1) de la consultation. Tout d'abord, la préférence du patient pour une modalité de consultation doit être prise en compte et respectée [ACI, 2020; RACGP, 2020; RACGP, 2019]. La capacité du patient à participer et à interagir avec le professionnel de la santé (état cognitif, psychologique, physique, barrière liée à la langue) est également un des critères mentionnés dans les GPC [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019]. La présence, lorsque nécessaire, d'une personne en soutien (p. ex. : proche aidant, infirmière,

¹³ Voir la réponse rapide Téléconsultation en médecine générale et spécialisée en CHSLD produite par la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS.

interprète), le niveau de littératie, la capacité d'utilisation de la technologie, la disponibilité de la technologie, de même que la complexité des décisions qui seront à prendre sont tous des critères à considérer en ce qui a trait à l'admissibilité du patient à une consultation à distance [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019].

L'admissibilité à une téléconsultation peut aussi dépendre de la nature de la relation médecin-patient. Dans les éléments soulevés dans les GPC, le fait d'être le médecin traitant du patient est souvent décrit comme une condition d'admissibilité, mais peut être aussi une condition non nécessaire dans certains contextes, telle la pandémie (p. ex. : risque associé de contamination si déplacement) ou lors d'un besoin non comblé ou d'un besoin d'accès direct à un service spécialisé [Bakhai *et al.*, 2020; CMQ, 2020a; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]. Deux GPC soulignent qu'une relation médecin-patient adéquate pourrait être développée par le biais de la téléconsultation [Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019].

En somme, le professionnel de la santé jugera qu'il est pertinent d'utiliser la téléconsultation lorsque d'abord, il se sera assuré d'avoir accès au dossier du patient, il considèrera que le patient est apte à prendre part à la téléconsultation seul ou avec l'aide d'un proche aidant ou d'un soutien professionnel, il se sera assuré que la rencontre sera sécuritaire et confidentielle et il sera confiant d'être apte à recueillir et à retenir toutes les informations nécessaires lors de la séance pour mener à bien l'objectif de la rencontre [CMQ, 2020a; CMQ, 2015]. Le professionnel de la santé doit donc peser les avantages et les risques en fonction de différents critères d'admissibilité et viser le meilleur équilibre possible selon les circonstances, tout en tenant compte de la préférence du patient [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; HAS, 2019; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]. À noter, qu'à tout moment de la téléconsultation le professionnel de la santé peut décider de cesser celle-ci et entreprendre les démarches nécessaires pour qu'une consultation en présentiel soit effectuée [Bakhai *et al.*, 2020; HAS, 2019] ou rediriger le patient vers les services nécessaires ou le professionnel requis [Bakhai *et al.*, 2020; CMQ, 2020a; HAS, 2019; CMQ, 2015].

3.1.3. Mesures de la qualité des services et des processus

Pour que la téléconsultation puisse contribuer à améliorer l'offre de soins et la santé des populations, la littérature propose de faire le suivi de différentes variables permettant d'évaluer la qualité des soins et services, et ce, sur trois niveaux : des services, des processus et de l'impact sur les résultats de santé [Bakhai *et al.*, 2020]. Des variables de suivi de la qualité des soins en lien avec l'utilisation de la téléconsultation ont été analysées dans 14 RS et discutées dans 3 GPC retenus. Les RS ont mis en évidence plusieurs variables d'intérêts ayant un impact sur l'utilisation des ressources. Il est important de noter que plusieurs des RS utilisées mélangent différentes interventions ou

conditions cliniques lors de l'analyse des résultats d'intérêts¹⁴. Par conséquent, les constats qu'ils ont formulés sont généraux. Toutefois, des informations plus précises ont été présentées lorsque possible. Les mesures d'impact sur la santé sont détaillées au chapitre des aspects cliniques. De façon générale, dans les différents domaines analysés par Flodgren et coll., l'utilisation des ressources de santé est généralement comparable entre l'utilisation de la téléconsultation et celle de la consultation en présentiel [Flodgren *et al.*, 2015].

Nombre de visites ou de consultations non planifiées

Selon les résultats tirés de quatre RS, le nombre de visites à l'hôpital ou de consultations médicales non planifiées demandées par les patients serait réduit à la suite de l'utilisation de la téléconsultation en comparaison à la consultation en présentiel [Betancourt *et al.*, 2020; Rush *et al.*, 2018; Shigekawa *et al.*, 2018; Brainard *et al.*, 2016]. Cependant, Shigekawa et coll. ont mentionné qu'il n'était pas clair si la réduction mesurée dans le nombre de visites à l'hôpital à la suite de l'utilisation de la téléconsultation par téléphone ne pouvait pas être simplement causée par un report de celle-ci [Shigekawa *et al.*, 2018]. Brainard et coll. ont constaté que la réduction du nombre de consultations médicales non planifiées par des patients résidant en régions rurales ou éloignées et présentant une maladie chronique dont le suivi s'est effectué à distance serait surtout reliée à la consultation de spécialistes [Brainard *et al.*, 2016]. Ayant examiné l'impact de la téléconsultation durant la pandémie de la COVID-19, Bétancourt et coll. ont indiqué que cette modalité aurait réduit le nombre de visites à l'hôpital [Betancourt *et al.*, 2020]. En contraste, Flodgren et coll. ont indiqué, dans leur RS, qu'une étude sur le traitement de l'asthme montrait une augmentation du nombre de consultations médicales non planifiées lors de l'utilisation de la télémédecine [Flodgren *et al.*, 2015]. Enfin, dans le GPC de la *Taskforce on Telehealth*, il est mentionné que, selon les données qu'ils ont cumulées, l'utilisation de la téléconsultation n'a pas entraîné d'augmentation dans le nombre de visites à l'hôpital [Taskforce on Telehealth Policy, 2020].

Nombre de consultations de suivi

Lors de l'utilisation de la téléconsultation, comparativement à la consultation en présentiel, une augmentation dans le nombre total de consultations de suivi offertes ou effectuées a été observée dans cinq RS [O'Cathail *et al.*, 2020; Rush *et al.*, 2018; Shigekawa *et al.*, 2018; Downes *et al.*, 2017; Flodgren *et al.*, 2015]. Cette augmentation a été constatée lors de l'utilisation du téléphone comme moyen de communication dans deux RS [Rush *et al.*, 2018; Downes *et al.*, 2017], alors que Rush et coll. ont précisé que l'offre d'une consultation de suivi était plus élevée lorsque la téléconsultation avait lieu par téléphone en comparaison à la vidéoconférence (96 % vs 40 %) [Rush *et al.*, 2018].

¹⁴ Pour identifier de véritables indicateurs de qualité (qui mériteraient d'être colligés), une revue de la littérature scientifique et grise ciblée sur ce sujet devrait être faite pour identifier des variables potentielles d'intérêt, puis valider leur pertinence et leur mesurabilité en contexte québécois. Un indicateur de santé est une mesure permettant de diffuser des renseignements sommaires sur un aspect prioritaire donné de la santé de la population ou de la performance des systèmes de santé.
https://www.cihi.ca/fr/indicateurs-de-sante#_Quelle_est_la_diff%C3%A9rence.

Seules deux études en dermatologie, rapportées par Flodgren et coll., ont constaté un nombre similaire de consultations de suivi nécessaires à la suite de l'utilisation de la téléconsultation [Flodgren *et al.*, 2015].

Nombre d'admissions ou de réadmissions à l'hôpital ou de présentations à l'urgence

Selon les résultats tirés de sept RS, le nombre d'admissions ou de réadmissions à l'hôpital relié à l'utilisation de la téléconsultation serait équivalent, voire même réduit dans certaines situations, comparativement à celui observé à la suite d'une consultation en présentiel [Ignatowicz *et al.*, 2019; Rush *et al.*, 2018; Shigekawa *et al.*, 2018; Kruse *et al.*, 2017; Jayakody *et al.*, 2016; Kalankesh *et al.*, 2016; Flodgren *et al.*, 2015]. Un nombre d'admissions similaire aurait été observé lorsque la téléconsultation avait pour objectif le suivi de patients après une transplantation [Flodgren *et al.*, 2015], atteints de MPOC [Flodgren *et al.*, 2015] ou sous anticoagulothérapie [Shigekawa *et al.*, 2018]. Pour ce qui est de l'utilisation de la téléconsultation pour le suivi de patients avec insuffisance cardiaque, les résultats sont partagés entre un nombre similaire [Flodgren *et al.*, 2015] ou un nombre réduit d'admissions à l'hôpital [Ignatowicz *et al.*, 2019], alors que pour le traitement de l'asthme, un nombre réduit d'admissions a été constaté [Ignatowicz *et al.*, 2019]. Dans la RS de Kalankesh et coll., il est mentionné qu'un nombre similaire d'admissions est constaté dans 60 % des études sélectionnées, alors que le reste des études ont constaté une diminution favorisant l'utilisation de la téléconsultation [Kalankesh *et al.*, 2016]. En ce qui concerne les réadmissions à l'hôpital, un nombre similaire a été observé entre la téléconsultation et la consultation en présentiel pour le suivi de patients avec une insuffisance cardiaque [Rush *et al.*, 2018]. Une baisse du nombre de réadmissions a, quant à elle, été observée dans la RS de Kruse et coll., lorsque la téléconsultation était utilisée pour le suivi de toutes conditions cliniques mélangées [Kruse *et al.*, 2017]. Finalement, dans la RS de Jayakody et coll. traitant du suivi de maladies chroniques, il est mentionné que 5 des 10 études sélectionnées ont constaté une réduction dans le nombre de réadmissions lorsque la téléconsultation était utilisée, alors qu'aucune différence n'était observée dans les autres études [Jayakody *et al.*, 2016].

Selon les résultats, tirés de quatre RS, le nombre de présentations à l'urgence reliée à l'utilisation de la téléconsultation serait équivalent à celui observé pour l'utilisation de consultations en présentiel [Rush *et al.*, 2018; Shigekawa *et al.*, 2018; Brainard *et al.*, 2016; Flodgren *et al.*, 2015]. Cependant, les résultats proviennent principalement de suivis d'insuffisance cardiaque soit pour la population en général ou pour des patients en région rurale ou éloignée. Dans les GPC retenus, il est mentionné que l'utilisation de la téléconsultation réduirait, dans le cadre d'une maladie aiguë ou chronique ou de soins de transition post-hospitalisation, le nombre de personnes se présentant à l'urgence pour une consultation [Bakhai *et al.*, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020].

Nombre d'analyses et d'examens

L'analyse des données provenant de trois RS retenues montre des résultats mixtes quant à l'effet de la téléconsultation, en comparaison à la consultation en présentiel, sur

le nombre d'analyses de laboratoire et le nombre d'examens nécessaires [O'Cathail *et al.*, 2020; Downes *et al.*, 2017; Flodgren *et al.*, 2015]. La première RS indique qu'un plus grand nombre d'analyses ou d'examens a été nécessaire lors de l'usage de la téléconsultation pour le suivi de conditions cliniques non aiguës [Flodgren *et al.*, 2015], alors que la seconde RS semble pointer vers une réduction lorsque la téléconsultation a été utilisée en première ligne [Downes *et al.*, 2017]. Finalement, O'Cathail et coll. mentionnent avoir retenu deux études concernant ce paramètre : une première où la téléconsultation, utilisée auprès d'une clientèle en neurologie, a généré plus d'investigations cliniques, et une seconde montrant cette fois une réduction dans le nombre d'investigations nécessaires à la suite de l'utilisation de la téléconsultation auprès de clientèles suivies par diverses spécialités [O'Cathail *et al.*, 2020].

Adhésion aux rendez-vous de suivi

Selon les résultats tirés de deux RS, l'utilisation de la téléconsultation pourrait réduire le nombre de rendez-vous manqués comparativement à l'utilisation de la consultation en présentiel [O'Cathail *et al.*, 2020; Kruse *et al.*, 2017]. La première RS fait état de résultats dans le suivi de l'épilepsie [Kruse *et al.*, 2017] et la seconde dans le suivi du diabète [O'Cathail *et al.*, 2020]. Dans le guide de la *Taskforce on Telehealth*, il est mentionné que les rapports provenant du système de santé et des cliniciens indiquent régulièrement que la téléconsultation augmente l'adhésion des patients au rendez-vous. Les auteurs citent comme exemple la présence d'un taux d'absentéisme au rendez-vous en psychiatrie se situant entre 4,4 et 7,3 % lors de l'utilisation de la téléconsultation dans leurs établissements comparativement à un taux se situant entre 19 et 22 % pour les consultations en présentiel [Taskforce on Telehealth Policy, 2020].

Durée des consultations

La durée d'une téléconsultation comparativement à celle d'une consultation en présentiel a été analysée dans six RS, et les résultats obtenus sont mixtes et semblent dépendants du contexte d'utilisation (p. ex. : condition clinique, spécialité, services) et du moyen de communication employé [O'Cathail *et al.*, 2020; Penny *et al.*, 2018; Rush *et al.*, 2018; Shigekawa *et al.*, 2018; Downes *et al.*, 2017; Flodgren *et al.*, 2015]. Tout d'abord, il est rapporté dans trois RS des exemples de réduction de la durée d'une consultation lorsqu'elle a été réalisée par téléconsultation comparativement à une rencontre en face-à-face. Selon les études retenues dans la RS de Downes et coll., l'usage, en première ligne, du téléphone comparativement à une consultation en face-à-face aurait réduit la durée de la consultation [Downes *et al.*, 2017]. Selon une étude retenue dans la RS de Flodgren et coll., une réduction de la durée de la consultation aurait été constatée lors de l'utilisation du téléphone pour le suivi de patients diabétiques comparativement à un suivi en présentiel [Flodgren *et al.*, 2015]. Alors que parmi les études retenues par O'Cathail et coll., trois présentaient une réduction de la durée d'une consultation lorsque celle-ci était effectuée à distance comparativement à une consultation en présentiel principalement pour un suivi auprès de patients diabétiques [O'Cathail *et al.*, 2020]

Cependant, selon une étude retenue dans la RS de Flodgren et coll., une durée de consultation similaire aurait été observée entre l'utilisation de la vidéoconférence pour un

premier rendez-vous en dermatologie et la consultation en présentiel [Flodgren *et al.*, 2015].

Finalement, il a été rapporté dans trois RS des exemples d'augmentation de la durée d'une consultation lorsque celle-ci était réalisée par téléconsultation comparativement à une rencontre en présentiel. Parmi les études retenues par O'Cathail et coll., trois présentaient une augmentation de la durée de consultation lors d'une téléconsultation comparativement à une rencontre en présentiel, soit lors d'un suivi en télépsychiatrie ou pour des interventions sociales ou lors d'intervention pour des blessures mineures [O'Cathail *et al.*, 2020]. La RS de Penny et coll. a indiqué, quant à elle, qu'une première consultation établie par vidéo par une infirmière était plus longue qu'une consultation en présentiel. Les auteurs expliquaient que cela était en raison du besoin de guider les patients sur le plan technique, d'établir une relation patient-infirmière et plus particulièrement dans le cas d'une rencontre avec un jeune enfant ou lorsque la famille se joint à la séance pour une consultation élargie [Penny *et al.*, 2018]. Finalement, dans leur RS, Shigekawa et coll. ont mentionné que lorsque les téléconsultations étaient utilisées pour de la réadaptation, ces dernières avaient tendance à être plus longues que les consultations en présentiel [Shigekawa *et al.*, 2018]. Dans leur RS, Rush et coll. ont, quant à eux, observé que les consultations utilisant la vidéoconférence étaient généralement plus longues que celles utilisant le téléphone [Rush *et al.*, 2018].

3.2. Aspects cliniques

Le recherche de littérature a permis de repérer 18 RS traitant des aspects cliniques de la téléconsultation, ainsi que de huit GPC. Les différents aspects cliniques abordés dans ces documents sur la téléconsultation peuvent être divisés en quatre, soit : 1) l'applicabilité ou l'inapplicabilité, 2) l'efficacité clinique, 3) la sécurité de la téléconsultation et 4) la satisfaction face à l'utilisation de la téléconsultation. Au cours de l'analyse de ces aspects, certaines informations concernant la modalité appropriée (téléphone ou vidéoconférence) pour une téléconsultation synchrone, en fonction de la situation clinique, ont également été extraites. En ce qui concerne la section sur l'applicabilité ou l'inapplicabilité de la téléconsultation, l'analyse de la littérature grise a été élargie pour inclure des documents supplémentaires (p.ex. : GPC retenus exclusivement pour cet aspect, positions de société savantes ou d'associations réputées) afin de pouvoir identifier un maximum de situations cliniques inadéquates à l'application de la téléconsultation.

3.2.1. Applicabilité ou inapplicabilité clinique de la téléconsultation

L'évaluation de l'applicabilité clinique de la téléconsultation repose sur la prémisse que les critères de base pour accéder à la téléconsultation ont été remplis, tant pour le patient que pour le professionnel de la santé (voir section 3.1.2). Selon les différents GPC retenus, plusieurs spécialités ou domaines médicaux ont été identifiés comme pouvant être compatibles avec l'utilisation de la téléconsultation. Les plus fréquemment énoncés sont ceux de la santé mentale, de la dermatologie (uniquement avec un accès

vidéo de bonne résolution), de la cardiologie, de la radiologie et de la santé sexuelle [ACI, 2020; Dermer, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]. Dans la littérature scientifique retenue, la pathologie, l'urologie, l'orthopédie, l'obstétrique, l'oncologie, l'endocrinologie, la pneumologie, l'ophtalmologie, la neurologie et la rhumatologie sont également des spécialités médicales fréquemment citées, et la physiothérapie ainsi que la nutrition, des domaines d'application reconnus [Betancourt *et al.*, 2020; Eze *et al.*, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020; Downes *et al.*, 2017; Mallow *et al.*, 2016; Armfield *et al.*, 2015]. À noter cependant que pour chacun de ces domaines de soins ou spécialités médicales, des limites sont à respecter afin d'effectuer une pratique appropriée de la téléconsultation.

Selon les GPC retenus, l'utilisation de la téléconsultation pourrait être appropriée à certains moments du parcours de soins du patient, dans certaines situations cliniques ou pour certaines conditions cliniques (annexe D). L'utilisation de la téléconsultation pourrait donc **être appropriée**, lorsque les conditions de base le permettent, pour (et ce, de manière non exhaustive) :

- poser un diagnostic [CMQ, 2015],
- amorcer, renouveler ou ajuster un traitement [ACI, 2020; RACGP, 2019; CMQ, 2015],
 - La prescription d'un nouveau traitement ou d'un médicament ne devrait être effectuée que si :
 - le professionnel considère avoir une connaissance adéquate de l'état de santé du patient [Bakhai *et al.*, 2020];
 - un examen physique ou des analyses supplémentaires ne sont pas nécessaires [Bakhai *et al.*, 2020];
 - le patient a bien compris les consignes accompagnant la prescription médicamenteuse ou l'ordonnance non pharmacologique [CMQ, 2020a];
 - le médecin a accès au dossier médical du patient [Bakhai *et al.*, 2020];
 - il est convaincu que le traitement prescrit comblera le besoin du patient [Bakhai *et al.*, 2020].
 - Pour ce qui est du renouvellement d'une prescription médicamenteuse – particulièrement si le patient lui est inconnu – le professionnel devrait s'assurer que la médication est toujours requise, tolérée et adéquate à l'état du patient [CMQ, 2020a].
 - Que ce soit pour une nouvelle prescription ou son renouvellement, plusieurs GPC mettent en garde lorsqu'il s'agit de benzodiazépines/psychostimulants, de narcotiques (p. ex : opioïdes) et de drogues contrôlées (p. ex. : méthadone, suboxone), certains allant même à ne pas recommander ces actes pour les patients inconnus du professionnel et à rappeler de faire preuve de prudence même pour les patients connus¹⁵ [ACPM, 2020; Arsenault *et al.*, 2020; Bakhai

¹⁵ En 2019, le CMQ indiquait : « Par ailleurs, certains types d'ordonnances sont à proscrire à la suite d'une consultation effectuée au moyen d'une plateforme Web, notamment pour prévenir la fraude et le trafic de médicaments. Ainsi, il n'est pas permis de

et al., 2020; CMQ, 2020a; College of Physicians and Surgeons of BC, 2020; Doctors Nova Scotia, 2020; FMOQ, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; CMQ, 2019].

- prendre en charge certains problèmes de santé courants ne nécessitant pas obligatoirement d'examen physique ou nécessitant un examen physique compatible avec le mode de communication utilisé [Caravan Health, 2020]. Sous toute réserve du jugement clinique du professionnel, voici des exemples recensés dans les documents consultés : les infections urinaires simples, la sinusite, la pharyngite (lorsque des sites de prélèvements sont accessibles aux patients), le dépistage et le traitement d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la contraception, les infections mineures de la peau ou les éruptions cutanées, les soins des plaies, la conjonctivite, les symptômes d'allure grippale ou le rhume, les cystites, les morsures d'insectes et les blessures mineures [ACI, 2020; AMA, 2020; Arsenault et al., 2020; CMQ, 2020a; Dermer, 2020; Doctors Manitoba, 2020; FMOQ, 2020; NLMA, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015]
- suivre certaines conditions médicales aiguës ou chroniques (parmi les exemples trouvés dans la littérature consultée : diabète, dépression, anxiété, trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, insuffisance cardiaque, douleurs chroniques; trouble psychologique léger; obésité, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC]) [Dermer, 2020; RACGP, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020; RACGP, 2019; CMQ, 2015]. Certains GPC mentionnent toutefois que la téléconsultation ne devrait pas être l'unique forme de rencontre effectuée pour un suivi à long terme [Daniel et Sulmasy, 2015]
- assurer les soins de transition post-hospitalisation [ACI, 2020]
- fournir au patient de l'information et du counseling (p. ex. sur un test de laboratoire, la contraception, l'allaitement, la nutrition) [ACI, 2020; Dermer, 2020; Taskforce on Telehealth Policy, 2020].

Toutefois, la téléconsultation **serait inappropriée** (annexe D) lorsque (et ce, de manière non exhaustive):

- l'évaluation du patient nécessite la réalisation d'un examen physique impossible à effectuer à distance [Dermer, 2020; RACGP, 2020; RACGP, 2019; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015],

prescrire des narcotiques, des drogues contrôlées, des stupéfiants et des benzodiazépines. De même, les ordonnances de cannabis ne sont pas autorisées. Pour toutes ces situations, l'évaluation du patient en personne est requise ». Toutefois, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le CMQ a modifié temporairement la recommandation de prescriptions des benzodiazépines/psychostimulants et des opioïdes, en mentionnant que ces dernières pouvaient être effectuées en téléconsultation si le médecin est le médecin traitant du patient et qu'un suivi adéquat sera effectué. De plus, ces médicaments pourraient être prescrits si le médecin n'est pas le médecin traitant si ce dernier a accès au dossier du patient ou au dossier santé Québec (DSQ) pour la prescription d'opioïdes ou s'il est documenté au dossier du patient qu'un retard de prise en charge pourrait occasionner un préjudice en ce qui concerne la prescription de benzodiazépines/psychostimulants.

- un risque important de détérioration de la condition clinique du patient existe¹⁶ [Bakhai et al., 2020; Dermer, 2020; RACGP, 2020; RACGP, 2019].
- la consultation se fait auprès de jeunes enfants avec des problèmes de santé aigus [Bakhai et al., 2020],
- la consultation se fait auprès des personnes présentant des problèmes psychosociaux complexes [Bakhai et al., 2020]
- la consultation est pour de la médecine esthétique [Bakhai et al., 2020; CMQ, 2020a]
- le patient présente une douleur thoracique, un souffle court, une difficulté respiratoire, des symptômes d'insuffisance cardiaque congestive, une perte de la fonction neurologique, un statut mental altéré, une intoxication, une otalgie, une possible otite moyenne, des symptômes gastro-intestinaux, une douleur abdominale, des blessures ou conditions musculosquelettiques, une parésie, une fièvre, des vomissements, de la confusion ou de l'agitation et une toux¹⁷ [AMA, 2020; Bakhai et al., 2020; Dermer, 2020; FMOQ, 2020; NLMA, 2020; CMQ, 2015; Daniel et Sulmasy, 2015].

Modalité de communication approprié

Il est également important de bien choisir le moyen de communication pour une téléconsultation. Dans le présent document concernant la téléconsultation synchrone, deux options sont considérées, soit le téléphone ou la vidéoconférence. Des avantages comme des limites sont associés à chacun de ces modes de communication.

En ce qui a trait à l'accessibilité, le téléphone est commun et disponible partout et pour pratiquement toute la population ; il constitue la modalité de téléconsultation la plus populaire. La vidéoconférence nécessite quant à elle d'avoir accès à de l'équipement adéquat et à un réseau internet de bonne qualité, sans oublier la capacité d'utilisation des interfaces nécessaires [ACI, 2020]. Le guide du Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) recommande d'utiliser le téléphone pour une téléconsultation lorsqu'une rencontre en vidéoconférence n'est pas nécessaire [RACGP, 2020; RACGP, 2019].

D'une perspective clinique, la possibilité de voir le patient par vidéoconférence possède une plus-value non négligeable comparativement au téléphone, et pourrait améliorer la qualité et la sécurité d'une téléconsultation [Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; RACGP, 2019]. L'utilisation de la vidéoconférence permet de mieux apprécier la condition clinique générale du patient [Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; RACGP, 2019; Daniel et

¹⁶ L'utilisation de la téléconsultation pourrait permettre d'évaluer la détérioration de la condition clinique pour certaines clientèles et dans certains milieux de soins (p. ex. : CHSLD). Voir la réponse rapide Téléconsultation en médecine générale et spécialisée en CHSLD produite par la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS.

¹⁷ En ce qui concerne la toux, les informations sont partagées : elle est non indiquée pour la téléconsultation par l'association médicale canadienne (AMC) [Dermer, 2020] alors que dans les documents de la fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et du groupe sur la télémédecine du département de médecine de famille de l'Université McGill cette dernière est considérée comme adéquate [Arsenault *et al.*, 2020; FMOQ, 2020].

Sulmasy, 2015]. Plusieurs types d'examens physiques sont réalisables en vidéoconférence, contrairement à ce qui peut se faire par téléphone, et peuvent permettre d'identifier un état général altéré, d'évaluer plusieurs parties du corps (p. ex. : yeux, visage, bouche, cou, peau) ou de faire des analyses neurologiques ou psychiatriques simples [Caravan Health, 2020]. L'utilisation de la vidéoconférence ajoute donc la possibilité d'effectuer un examen physique visuel et serait aussi plus interactive alors que le téléphone est souvent limité à la communication de résultats, à un suivi de la progression à la suite de la sortie de l'hôpital ou à un suivi entre deux rencontres en présentiel [ACI, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; RACGP, 2020; RACGP, 2019].

Dans la RS de Rush et coll. comparant l'usage de la vidéoconférence à celui du téléphone, les résultats suggèrent que l'utilisation de la vidéoconférence est comparable (et dans certains cas supérieure) à celle du téléphone autant en matière d'utilisation des ressources médicales qu'en résultats cliniques pour le patient [Rush *et al.*, 2018].

3.2.2. Efficacité clinique de la téléconsultation

L'efficacité clinique de la téléconsultation a été analysée dans 13 RS et discutée dans 3 GPC retenus¹⁸. Parmi les paramètres d'efficacité analysés se trouvent : la fiabilité du diagnostic, le résultat clinique, l'adhésion au traitement et la qualité de vie des patients.

Fiabilité du diagnostic

Dans les 4 RS traitant de la fiabilité d'un diagnostic lorsqu'il est effectué pendant une téléconsultation, il est indiqué que celle-ci était généralement comparable à la consultation en présentiel en mentionnant toutefois, que pour certaines situations, une rencontre face-à-face devrait être effectuée [O'Cathail *et al.*, 2020; Shigekawa *et al.*, 2018; Fraser *et al.*, 2017; Mallow *et al.*, 2016]. Ainsi, le diagnostic serait généralement réalisable et fiable lors d'une téléconsultation en santé mentale [O'Cathail *et al.*, 2020; Shigekawa *et al.*, 2018; Fraser *et al.*, 2017; Mallow *et al.*, 2016], en neurologie [O'Cathail *et al.*, 2020], pour des présentations ophtalmologiques simples (p. ex. : strabisme) [O'Cathail *et al.*, 2020] et pour le pied diabétique [Shigekawa *et al.*, 2018]. Cependant, les résultats étaient mixtes pour ce qui concerne le diagnostic en dermatologie [Shigekawa *et al.*, 2018]. En rhumatologie, si le diagnostic de la fibromyalgie, de l'arthrite rhumatoïde, de l'arthrite dégénérative, ou d'une maladie des tissus mous semble compatible avec l'utilisation de la téléconsultation, il pourrait être nécessaire d'effectuer une consultation en présentiel pour permettre l'identification de certaines inflammations subtiles et cliniquement importantes pour certains diagnostics [O'Cathail *et al.*, 2020]. Finalement, deux RS ont indiqué que lorsque la vidéoconférence était disponible pour une téléconsultation, l'emploi de cette dernière était supérieur, quant à la fiabilité du diagnostic, à l'utilisation du téléphone [Penny *et al.*, 2018; Rush *et al.*, 2018].

Résultats cliniques

¹⁸ Les limites et considérations associées aux données mentionnées dans la section 3.1.3 s'appliquent ici également (voir note de bas de page associée).

Selon neuf RS retenues, les résultats cliniques globaux obtenus lorsque la téléconsultation a été utilisée pour le suivi de toutes maladies aiguës ou chroniques confondues étaient généralement comparables, voire quelques fois supérieurs, à la consultation en présentiel [Eze *et al.*, 2020; Ignatowicz *et al.*, 2019; Shigekawa *et al.*, 2018; Speyer *et al.*, 2018; Fraser *et al.*, 2017; Kruse *et al.*, 2017; Raphael *et al.*, 2017; Mallow *et al.*, 2016; Flodgren *et al.*, 2015]. Toutefois, la plupart des auteurs ont souligné qu'il existait un manque d'études primaires de qualité évaluant ce paramètre et qu'il fallait interpréter les résultats avec prudence. L'équivalence ou la supériorité de l'utilisation de la téléconsultation a été constatée pour plusieurs spécialités, domaines ou services de santé en ce qui concerne l'obtention d'un résultat clinique favorable. Parmi ceux-ci se trouvent : la cardiologie (p. ex. : suivi d'insuffisance cardiaque) [Ignatowicz *et al.*, 2019; Flodgren *et al.*, 2015], la gastroentérologie (p. ex. : suivi de colite ulcéreuse) [Flodgren *et al.*, 2015], l'urologie (p. ex. : réadaptation, incontinence) [Flodgren *et al.*, 2015], la neurologie (p. ex. : suivi de lésion cérébrale, sclérose en plaques) [Flodgren *et al.*, 2015], l'endocrinologie (p. ex. : le suivi du diabète) [Eze *et al.*, 2020; Ignatowicz *et al.*, 2019; Raphael *et al.*, 2017], la pneumologie (p. ex. : suivi de la MPOC) [Raphael *et al.*, 2017], la dermatologie (sauf pour les lésions malignes pour lesquelles la téléconsultation semblait inférieure à la consultation en présentiel) [Shigekawa *et al.*, 2018], la santé mentale (p. ex. : dépression) [Ignatowicz *et al.*, 2019; Shigekawa *et al.*, 2018; Raphael *et al.*, 2017; Flodgren *et al.*, 2015], le traitement de la dépendance [Flodgren *et al.*, 2015] et la physiothérapie (p. ex. : réadaptation à la suite d'une lésion de la moelle épinière, douleur) [Shigekawa *et al.*, 2018; Flodgren *et al.*, 2015]. Dans le guide de l'American College of Physicians (ACP), il est mentionné que l'utilisation de la télémédecine pourrait améliorer le résultat clinique des patients diabétiques plus âgés dont l'accès aux soins est limité et pour des patients atteints de maladies chroniques [Daniel et Sulmasy, 2015].

Dans leur RS, Speyer et coll. ont réalisé une méta-analyse sur l'efficacité de l'utilisation de la téléconsultation pour fournir des services de santé à des patients en région rurale ou éloignée en comparaison avec une rencontre en présentiel [Speyer *et al.*, 2018]. Les résultats de la méta-analyse indiquent que l'utilisation de la téléconsultation pour des approches cognitives (p.ex. : intervention comportementale, interventions de la parole et du langage) n'est pas significativement différente de l'usage de consultation en présentiel ($p = 0,665$), de même que l'usage de la téléconsultation pour des approches ciblant des symptômes physiques ($p = 0,737$), alors qu'une différence statistiquement significative ($p = 0,031$), en faveur de la téléconsultation, a été associée à l'usage d'une approche mixte (cognitive et physique) [Speyer *et al.*, 2018]. Finalement, dans une RS australienne traitant du suivi de maladies chroniques à l'aide de la téléconsultation chez une population indigène en région rurale ou éloignée, il est indiqué que la téléconsultation semble efficace à l'échelle clinique ; toutefois, les auteurs mentionnent que très peu d'études primaires de qualité étaient disponibles [Fraser *et al.*, 2017].

Adhésion à la médication

Selon les résultats tirés de trois RS, l'adhésion à la médication ou au traitement, lorsque la téléconsultation est utilisée pour le suivi de maladies chroniques ou de problèmes de santé mentale, serait régulièrement supérieure ou du moins équivalente à celle observée

lorsque les consultations sont réalisées en présentiel [Ignatowicz *et al.*, 2019; Kruse *et al.*, 2017; Flodgren *et al.*, 2015].

Qualité de vie

Selon les résultats tirés de trois RS, lorsque la téléconsultation est utilisée pour le suivi de patients atteints de maladies chroniques (p. ex. : colite ulcéreuse, diabète, asthme, MPOC), autant pour la qualité de vie reliée à la maladie que celle globale serait équivalente ou quelques fois supérieure à celle observée lorsque les consultations sont effectuées en présentiel [Fraser *et al.*, 2017; Raphael *et al.*, 2017; Flodgren *et al.*, 2015]. Dans la RS de Mallow et coll., il est mentionné que la téléconsultation aurait aussi pour effet d'améliorer la qualité de vie des proches aidants [Mallow *et al.*, 2016].

3.2.3. Sécurité clinique de la téléconsultation

L'aspect sécuritaire de la téléconsultation a été analysé dans 8 RS et discuté dans 2 GPC retenus. Parmi les paramètres analysés concernant la sécurité de la téléconsultation se trouvent : le taux de complication et la mortalité. De manière générale, les RS s'entendent pour dire que la téléconsultation est considérée comme sécuritaire lorsqu'elle est utilisée pour les conditions cliniques étudiées [Eze *et al.*, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020; Ignatowicz *et al.*, 2019].

Taux de complications

Peu d'études primaires ont analysé ce paramètre d'intérêts, et de nouvelles études seraient nécessaires selon les auteurs des deux seules RS retenues [Shigekawa *et al.*, 2018; Flodgren *et al.*, 2015]. Les résultats qui ont été analysés par les deux RS concernent le suivi soit après une opération mineure en urologie, une transplantation ou une lésion à la moelle épinière ou pour des personnes diabétiques. Les deux RS ont indiqué que le taux de complication ou d'apparition d'effets indésirable lorsque la téléconsultation est utilisée pour ces situations précises seraient similaires à ceux observés lorsque les consultations se font en présentiel. Dans le GPC du NHS, il est indiqué qu'au moment de la rédaction du guide, aucune donnée ne pointait vers l'apparition de complications reliées à l'utilisation de la téléconsultation pour les soins de première ligne [Bakhai *et al.*, 2020].

Mortalité

Selon les résultats tirés de quatre RS, lorsque le suivi de certaines conditions cliniques (généralement chroniques) est effectué à l'aide de la téléconsultation, le taux de mortalité serait équivalent à celui observé pour l'utilisation de consultations en présentiel [O'Cathail *et al.*, 2020; Ignatowicz *et al.*, 2019; Shigekawa *et al.*, 2018; Flodgren *et al.*, 2015]. Les résultats analysés par les RS concernaient principalement des suivis en cardiologie (p. ex. à la suite de la pose d'un stimulateur cardiaque, pour des patients avec une insuffisance cardiaque), de suivi d'une neurochirurgie, de MPOC ou de gestion de l'anticoagulothérapie. Il est mentionné cependant, dans les RS, que peu d'études se sont intéressées à ce paramètre et que de nouvelles études seraient nécessaires pour l'interprétation de cet aspect de la téléconsultation. De leur côté, Fraser et coll. indiquent

que le suivi de maladies chroniques à l'aide de la téléconsultation chez une population indigène en région rurale ou éloignée pourrait même aider à réduire le taux mortalité [Fraser *et al.*, 2017]. Dans le guide de la Taskforce on Telehealth, il est mentionné que l'usage de la téléconsultation en soins de transition post-hospitalisation pourrait réduire le taux de mortalité [Taskforce on Telehealth Policy, 2020].

3.2.4. Satisfaction face à l'utilisation de la téléconsultation

La satisfaction des patients et des professionnels de la santé face à l'utilisation de la téléconsultation est souvent dépendante du déroulement de la rencontre, des résultats obtenus ou de considérations sur l'efficacité ou les bénéfices perçus.

Satisfaction des patients

Les 14 RS et 3 GPC retenus ayant examiné la satisfaction des patients face à l'utilisation de la téléconsultation ont rapporté globalement un taux de satisfaction élevé ou très élevé, autant pour une utilisation durant la pandémie de la COVID-19 [Andrews *et al.*, 2020; Betancourt *et al.*, 2020] qu'en temps normal [Almathami *et al.*, 2020; AMC, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; Dermer, 2020; Eze *et al.*, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020; Thiyagarajan *et al.*, 2020; Orlando *et al.*, 2019; Rush *et al.*, 2018; Downes *et al.*, 2017; Fraser *et al.*, 2017; Raphael *et al.*, 2017; Bashshur *et al.*, 2016; Mallow *et al.*, 2016; Daniel et Sulmasy, 2015; Flodgren *et al.*, 2015]. Lorsque comparée à la consultation en personne, certains de ces GPC et RS ont rapporté que la satisfaction des patients avec la téléconsultation pouvait être équivalente [Almathami *et al.*, 2020; Eze *et al.*, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020; Downes *et al.*, 2017; Bashshur *et al.*, 2016; Daniel et Sulmasy, 2015; Flodgren *et al.*, 2015] ou supérieure [AMC, 2020; Dermer, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020; Flodgren *et al.*, 2015]. Les auteurs du GPC de l'AMC (2020), tout comme Raphael et coll. (2017) et Rush et coll. (2018), ont constaté également que peu importe que la téléconsultation soit effectuée par vidéoconférence ou par téléphone, la majorité des patients se disaient satisfaits ou entièrement satisfaits, que ce soit en contexte de la pandémie de la COVID-19 ou non [AMC, 2020; Dermer, 2020; Rush *et al.*, 2018; Raphael *et al.*, 2017]. D'autres auteurs ont parfois relevé, par contre, que la satisfaction des patients était plus élevée si la téléconsultation se faisait par vidéo [O'Cathail *et al.*, 2020], en raison notamment d'une communication facilitée avec le professionnel de la santé [Rush *et al.*, 2018], ou encore si la combinaison de consultations à distance et en personne était favorisée (notamment pour les personnes traitées pour dépression) [Rush *et al.*, 2018].

Certaines RS ont relevé que l'utilisation de la téléconsultation était associée à une satisfaction élevée particulièrement chez les patients suivis pour certaines maladies chroniques (p.ex. : insuffisance cardiaque, MPOC et diabète) [Raphael *et al.*, 2017; Mallow *et al.*, 2016; Flodgren *et al.*, 2015]. À cet égard, la RS de Thiyagarajan et coll. apporte un bémol, les auteurs relevant que, bien que la satisfaction de ces patients présentant des conditions chroniques soit élevée au regard des consultations à distance (notamment par vidéo), la consultation en présentiel demeurait toutefois privilégiée [Thiyagarajan *et al.*, 2020].

Les raisons sous-tendant la satisfaction élevée des patients liée à la téléconsultation sont diversifiées : commodité des visites en première ligne et des prescriptions virtuelles [Bashshur *et al.*, 2016]; accès facilité au médecin de famille (par consultation téléphonique) [Downes *et al.*, 2017], aux services de santé [Orlando *et al.*, 2019], aux soins spécialisés pour les personnes (notamment celles issues de communautés autochtones) vivant en région éloignée [Fraser *et al.*, 2017]; déplacement ou transport évité; perception de sécurité et de confidentialité de la consultation [Orlando *et al.*, 2019]. Certaines conditions peuvent toutefois s'appliquer. Ainsi, Almathami et coll., ont précisé dans leur RS que les patients étaient satisfaits si la téléconsultation procurait une expérience similaire à celle de la consultation en personne. [Almathami *et al.*, 2020]

Seulement un GPC et une RS ont constaté une satisfaction inférieure des patients face à l'utilisation de la téléconsultation en comparaison avec la consultation en présentiel, avec, tout de même, une satisfaction globale qui demeurait élevée [AMC, 2020; Dermer, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020]. Parmi les raisons susceptibles d'affecter négativement la satisfaction des patients se trouvent : la qualité du son ou de l'image [O'Cathail *et al.*, 2020; Thiyagarajan *et al.*, 2020; Orlando *et al.*, 2019], l'absence d'examen physique alors que la condition du patient le requérait [Orlando *et al.*, 2019; Bashshur *et al.*, 2016]; la difficulté de trouver un lieu permettant de conserver la confidentialité de la consultation [Thiyagarajan *et al.*, 2020].

Satisfaction des professionnels de la santé

Les trois RS ayant examiné la satisfaction des professionnels de la santé à utiliser la téléconsultation ont globalement rapporté que celle-ci était relativement élevée (voire même plus élevée), en contexte de pandémie ou non [Andrews *et al.*, 2020; O'Cathail *et al.*, 2020; Thiyagarajan *et al.*, 2020]. Cette satisfaction se décline sous diverses formes dans les RS comme la satisfaction face au travail [O'Cathail *et al.*, 2020] ou la satisfaction face à la réussite du processus de décision clinique [Thiyagarajan *et al.*, 2020]. La RS de Thiyagarajan et coll. ont précisé toutefois certaines conditions associées à la satisfaction engendrée. Si la capacité à obtenir l'histoire du patient n'était pas affectée par l'utilisation de la vidéoconférence, l'initiation d'un nouveau traitement pouvait être problématique et la capacité des professionnels à prescrire les tests de laboratoire appropriés, à procéder à un examen physique ou à évaluer les patients présentant des problèmes de santé mentale pouvait être réduite. Ceci se traduisait donc par une satisfaction réduite de ces professionnels face à l'utilisation de la consultation par vidéo [Thiyagarajan *et al.*, 2020].

3.3. Enjeux reliés à l'utilisation de la téléconsultation (barrières et facteurs facilitants)

Les GPC et les revues systématiques ont rapporté un certain nombre d'enjeux perçus par les professionnels de la santé, le personnel de soutien dans les établissements et les patients quant à l'utilisation de la téléconsultation. Les participants du comité consultatif qui accompagnent les travaux sur la téléconsultation ont également eu l'opportunité de relater, dans le cadre d'une rencontre puis par rétroaction courriel au présent document,

les principaux enjeux, barrières et facilitateurs qu'ils percevaient quant à l'utilisation des modalités de téléconsultation dans le contexte de soins québécois. Ces informations s'ajoutent ainsi aux données de la littérature présentées dans la présente section. Le tout est présenté selon la nomenclature proposée par Bloomrosen [Bloomrosen *et al.*, 2011]. (Annexe C)

3.3.1. Enjeux reliés aux facteurs technologiques

Revue systématique et guides de pratique

Dix documents retenus ont rapporté des enjeux d'ordre technologique pouvant poser des problèmes dans l'utilisation de la téléconsultation, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé.

Les principales barrières technologiques pour les patients étaient : la disponibilité de l'équipement nécessaire pour la téléconsultation comme un ordinateur, les logiciels ou encore le téléphone pour certains groupes de patients. [Eze *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018]; une mauvaise qualité de l'image et du son [Thiyagarajan *et al.*, 2020]; une bande passante limitée ou une vitesse de connexion internet faible – particulièrement dans les régions où une connexion haute vitesse est limitée ou non disponible [Almathami *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018]. Almathami et coll. ont relevé que la mise en place d'un système de téléconsultation facile à utiliser pour l'ensemble des patients pourrait favoriser une plus grande utilisation en plus d'accroître leur satisfaction et leur acceptabilité au regard de cette modalité [Almathami *et al.*, 2020].

Des barrières technologiques similaires ont été mentionnées par les professionnels de la santé dans la littérature : la mauvaise qualité du son et de l'image qui peut entraver l'évaluation adéquate du patient [Almathami *et al.*, 2020; Penny *et al.*, 2018; Scott Kruse *et al.*, 2018], la vétusté, la capacité restreinte ou désuète de l'infrastructure technologique ou la surcharge du réseau de connexion dans des établissements ou milieux de soins [Betancourt *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018], l'interopérabilité de certains systèmes de téléconsultation avec d'autres technologies d'information utilisées (par exemple, les dossiers médicaux électroniques) [ACI, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018; Kruse *et al.*, 2017]; un accès limité ou absent au matériel adéquat pour la téléconsultation [Penny *et al.*, 2018].

Enfin, l'absence ou le manque de formation ou d'accompagnement à l'utilisation des outils technologiques pour la téléconsultation tant pour les patients [ACI, 2020; Almathami *et al.*, 2020] que de soutien technique pour les professionnels de la santé [Almathami *et al.*, 2020; Eze *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018] a été rapporté comme une barrière potentielle pour l'utilisation de cette modalité de consultation. La formation des patients et des professionnels de la santé se voudrait donc un facteur qui a le potentiel de faciliter l'utilisation de la téléconsultation [Almathami *et al.*, 2020; Andrews *et al.*, 2020; Betancourt *et al.*, 2020; Penny *et al.*, 2018; Flodgren *et al.*, 2015].

Comité consultatif

Ces différentes barrières technologiques relevées dans la littérature ont trouvé écho auprès du comité consultatif. Des membres avaient en effet rapporté la vétusté des installations technologiques; un retard dans le niveau d'informatisation des établissements, et, en lien, une bande passante limitée pour l'utilisation des visioconférences, une saturation du réseau internet au sein des établissements; un manque ou une difficulté d'accès au soutien technologique pour les utilisateurs; un manque de formation et d'outils d'aide pour l'utilisation adéquate des plateformes technologiques et de visioconférence. Bref, un manque de soutien adapté de la part des différents paliers organisationnels, autant pour les professionnels de la santé, le personnel administratif que les patients, était relevé.

La diversité des solutions technologiques disponibles pour les professionnels a également été mentionnée comme un enjeu qui pourrait être surmonté par la normalisation des solutions technologiques limitant les choix possibles tout en assurant une intégration et une interopérabilité entre les différentes technologies de l'information utilisées (p. ex. : prise de rendez-vous, dossiers médicaux électroniques, dossiers cliniques informatisés), pour autant que les solutions choisies soient arrimées avec les besoins des professionnels de la santé. Pour certains, si actuellement l'accès à la téléconsultation est parfois ardu, ceci pourrait être contourné par l'utilisation de modalités plus accessibles comme le téléphone et ainsi éviter des iniquités d'accès, notamment pour les populations vulnérables qui n'auraient pas accès à des systèmes permettant la visioconférence. La consultation en présentiel devrait toujours demeurer une option pour éviter de creuser davantage les iniquités. Certains membres du comité consultatif ont rapporté que, bien que celle-ci se doit d'être impérativement assurée et respectée, les enjeux liés à la sécurité informationnelle et à la protection des données du patient peuvent constituer un frein à l'utilisation certaines technologies en compromettant l'efficacité clinique. Ainsi, des membres du comité font valoir le nécessaire équilibre à trouver entre les enjeux de sécurité et l'efficacité clinique, tout en tenant compte des préférences des patients.

3.3.2. Enjeux liés aux facteurs humains et cognitifs

Revue systématique et guides de pratique

Certaines barrières rapportées dans la littérature sont en lien avec des facteurs humains et cognitifs, autant pour les patients que pour les professionnels de santé.

Du côté des patients, une information manquante sur les options de consultation offertes ou une méconnaissance de la façon de s'y prendre pour utiliser la téléconsultation [Almathami *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018]; un faible niveau de littératie numérique, un inconfort ou un manque de confiance à utiliser les modalités technologiques [Bakhai *et al.*, 2020; Eze *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018; Fraser *et al.*, 2017]; ou, au contraire, des attentes élevées au regard de l'utilisation des modalités de téléconsultation [Scott Kruse *et al.*, 2018]; une résistance au changement face aux modalités de consultation médicale [Almathami *et al.*, 2020; Raphael *et al.*, 2017] sont tout autant de

barrières rapportées dans la littérature. Des caractéristiques inhérentes aux patients comme l'âge [Almathami *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018], le niveau d'éducation [Scott Kruse *et al.*, 2018], la condition générale de santé [Almathami *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018], la langue parlée (notamment chez les personnes issues de communautés autochtones) [Fraser *et al.*, 2017], la crainte de paraître moins naturel lorsqu'à distance [Penny *et al.*, 2018], sont aussi des enjeux qui peuvent affecter la capacité d'utiliser la téléconsultation et l'efficacité de cette dernière. Enfin, les préférences des patients quant à l'option de consultation ne sont pas à dénigrer, certains préférant avoir un contact plus personnel, en présentiel ou du moins visuel avec le professionnel de la santé [Almathami *et al.*, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018; Daniel et Sulmasy, 2015], d'autres craignant le manque d'intimité ou de confidentialité [Almathami *et al.*, 2020; Bakhai *et al.*, 2020; Thiagarajan *et al.*, 2020], ou encore l'incapacité à établir une relation de confiance avec le professionnel (notamment pour les personnes issues de communautés autochtones) [Fraser *et al.*, 2017]. Enfin, le manque de considération des particularités culturelles peut également être un frein à l'utilisation de la téléconsultation par les patients, notamment dans les communautés autochtones [Fraser *et al.*, 2017].

Du côté des professionnels de la santé, la faible littératie numérique [Betancourt *et al.*, 2020], la crainte d'effectuer un mauvais diagnostic [Bakhai *et al.*, 2020], la résistance au changement que peut engendrer l'utilisation d'une nouvelle modalité de consultation médicale comme celle à distance [ACI, 2020; Penny *et al.*, 2018; Raphael *et al.*, 2017] peuvent également représenter des barrières à l'utilisation de la téléconsultation. Cette résistance au changement a également été observée chez le personnel de soutien des établissements [Scott Kruse *et al.*, 2018].

Comité consultatif

Les membres du comité consultatif ont rapporté que le niveau de littératie numérique et la complexité du langage technologique représentaient une barrière à l'utilisation de la téléconsultation par les patients et les professionnels de la santé. Certains membres ont aussi mentionné que la perception d'avoir une moins bonne relation ou le sentiment de dépersonnalisation des soins entre le patient et le professionnel de la santé pouvait influencer l'utilisation de la téléconsultation. Les membres du comité consultatif ont également rapporté qu'une résistance au changement persistait chez les professionnels de la santé et chez les patients et que la culture et les habitudes sont appelées à être modifiées. Cette résistance au changement serait également observée chez le personnel administratif et de soutien des établissements qui craignent de voir leur charge de travail augmentée (planification et organisation des téléconsultations, prise de contact avec les patients, etc.) L'importance de l'accompagnement et du soutien à l'utilisateur a été mentionnée comme facteur pouvant aider le changement de culture. Notamment, des enjeux liés à des changements de l'environnement pour les patients, par exemple les salles d'attente virtuelles, pourraient amener une certaine confusion et demander une adaptation chez ceux-ci. C'est pourquoi l'option de la consultation en présentiel doit toujours demeurer. Pour favoriser une meilleure intégration de la téléconsultation dans les habitudes des patients et des professionnels de la santé, des membres du comité

consultatif suggèrent de promouvoir la disponibilité de cette option en tant que modalité de consultation ainsi que les bénéfices qu'elle offre. Une meilleure connaissance des aptitudes et capacités présentées par les patients qui s'avèrent essentielles au choix et au bon déroulement d'une téléconsultation pourrait aussi en faciliter l'utilisation.

3.3.3. Enjeux reliés aux facteurs cliniques

Revues systématiques et guides de pratique

Différentes considérations cliniques peuvent être des barrières à l'utilisation de la téléconsultation, notamment la nécessité de réaliser un examen clinique ou physique en fonction de la modalité de téléconsultation utilisée ou de la nature de l'examen à réaliser et la capacité de prescrire des examens supplémentaires qui pourraient être pertinents [Almathami *et al.*, 2020; Thiyagarajan *et al.*, 2020]. Penny et coll. (2018) ont relevé que certaines idées préconçues entretenues par les professionnels de la santé quant à la pertinence d'utiliser la téléconsultation dans le cadre de certaines situations cliniques pouvaient aussi en freiner l'utilisation [Penny *et al.*, 2018]. Certaines craintes des professionnels de la santé concernant la capacité de procéder à un diagnostic adéquat par la téléconsultation pourraient également représenter une barrière à son utilisation. [Bakhai *et al.*, 2020]

Comité consultatif

Les membres du comité consultatif ont mentionné que le manque de balises concernant le type de consultation (diagnostic, traitement, suivi) ainsi que les caractéristiques d'un examen physique pouvant être réalisé par téléconsultation, le moment, la fréquence, et le lieu adéquat autant pour le professionnel de la santé que pour le patient, étaient des enjeux non négligeables pour un clinicien. Ceux-ci ont également souligné l'importance de baliser la réalisation d'un examen clinique à distance adéquat. La possibilité que certaines observations cliniques puissent être manquées lors d'une téléconsultation et ainsi affecter le diagnostic préoccupait également les membres du comité consultatif. Certains enjeux d'accès et de suivi pour différents services (p.ex. laboratoires) pourraient constituer un frein à l'utilisation de la téléconsultation et ce, surtout en régions éloignées. Pour certains membres, l'utilisation d'objets connectés (p. ex. : glucomètre, tensiomètre) pourrait contribuer à surmonter cet enjeu en facilitant la précision de certains diagnostics. De plus, l'utilisation de la téléconsultation ne devrait pas engendrer de soins, d'analyses ou de requêtes d'examens additionnels à ce qu'une consultation en présentiel mènerait normalement. Enfin, des membres ont rapporté que pour certains patients les difficultés en regard de la compréhension et la rétention de l'information transmise par le clinicien lors d'une téléconsultation pouvait représenter une entrave; l'enregistrement des consultations ou encore la possibilité que des proches du patient assistent à la téléconsultation pourrait être facilitant à cet égard et rassurer les patients quant à l'utilisation de cette modalité de consultation.

3.3.4. Enjeux reliés aux facteurs organisationnels et professionnels

Revues systématiques et guides de pratique

Des éléments d'ordre organisationnel pourraient générer des barrières à l'utilisation et l'implantation de la téléconsultation dans les organisations. Parmi les plus fréquemment mentionnés dans la littérature, se trouvent : des considérations de sécurité pour les patients; le potentiel de bris de confidentialité des données, de fraude ou d'abus pour les patients; les coûts associés à l'infrastructure nécessaire, les ressources requises pour l'utilisation adéquate de la téléconsultation et d'utilisation judicieuse des ressources [Taskforce on Telehealth Policy, 2020]. Scott Kruse et coll. ont mentionné que le manque de modèles d'implantation sur lequel se baser serait une barrière à l'utilisation de la téléconsultation [Scott Kruse *et al.*, 2018]. Le manque de soutien technique offert par les organisations aux professionnels a également été ressorti comme une barrière à l'utilisation de la téléconsultation par les professionnels de la santé [Almathami *et al.*, 2020]. Enfin, à une échelle plus macroscopique, les enjeux légaux en lien avec l'encadrement des pratiques professionnelles, notamment l'encadrement de la responsabilité professionnelle, et de remboursement des professionnels utilisateurs ont été identifiés comme d'autres barrières potentielles à l'utilisation de la téléconsultation [Betancourt *et al.*, 2020; Scott Kruse *et al.*, 2018; Daniel et Sulmasy, 2015].

Des facteurs liés à la pratique professionnelle pourraient aussi freiner l'utilisation de la téléconsultation, tant par les médecins que les infirmières, notamment la charge de travail qui pourrait se trouver accrue par l'adoption de cette modalité de consultation, en raison entre autres de ce qu'imposerait la mise à l'horaire de ces consultations, le temps requis pour établir une relation de confiance avec les patients et les orienter vers l'équipement qui leur sera nécessaire pour effectuer la consultation à distance, l'accroissement potentiel de la durée des rencontres d'équipe. Cette barrière pourrait être plus contraignante dans des établissements ayant des ressources limitées [Eze *et al.*, 2020].

Parmi les facteurs facilitants, la possibilité de sauver des coûts de transport et du temps d'attente a été rapporté par les patients [Almathami *et al.*, 2020; Thiyagarajan *et al.*, 2020] et les professionnels de la santé [Almathami *et al.*, 2020]. De plus, la téléconsultation offrirait une flexibilité quant aux horaires des consultations, ce qui pourrait inciter les patients à utiliser ce mode de consultation [Almathami *et al.*, 2020].

Comité consultatif

Les membres du comité ont rapporté plusieurs barrières organisationnelles à l'implantation et l'utilisation de la téléconsultation dans les établissements et par les professionnels de la santé québécois : des coûts supplémentaires pour l'achat et le déploiement de matériel; la gestion requise des espaces et de l'équipement; les considérations pour la sécurité des patients et la confidentialité des informations liées aux patients (notamment lors du partage entre le professionnel et son patient); et la nécessaire obtention d'un consentement éclairé des patients. L'obtention du consentement préalable par le personnel administratif ou de soutien pourrait contribuer à surmonter cette dernière barrière. L'encadrement légal et règlementaire de la pratique –

notamment en termes de responsabilités professionnelles -, une clarification des rôles des différents professionnels interpellés, la complexité ou l'absence d'ententes professionnelles, organisationnelles ou interinstitutionnelles concernant l'utilisation de la téléconsultation ou la rémunération des professionnels sont autant d'enjeux qui ont été relevés. L'accès parfois ardu aux données cliniques des patients et tous les enjeux connexes qui y sont associés (performance associée aux dossiers médicaux électroniques utilisés dans certains établissements, partage de données cliniques entre milieux de soins, tenue des dossiers des patients, gestion de documents, des vidéos et des photos) représenteraient des enjeux pour une utilisation optimale de la téléconsultation.

Certains membres du comité ont aussi rapporté qu'une durée plus longue de consultation, que pourraient générer les téléconsultations, entre autres en raison de considérations techniques, pouvait être un obstacle à l'utilisation des téléconsultations par les professionnels de la santé dont la charge de travail est déjà grande. Ainsi, la modalité de téléconsultation ne devrait pas être un ajout, autant au niveau de la durée que de la fréquence des consultations, mais plutôt se substituer à certaines activités cliniques usuelles.

Enfin, certains facteurs facilitants ont aussi été suggérés par les membres du comité consultatif : un balisage plus clair des informations et documents qui peuvent être partagés virtuellement ou électroniquement entre un professionnel et son patient; la mise en place d'indicateurs et la collecte d'informations sur les contextes d'utilisation en première ligne qui permettraient de suivre l'utilisation de la téléconsultation en regard des milieux de soins et des modalités et d'évaluer la pertinence et l'impact de la téléconsultation (particulièrement en première ligne). Par ailleurs, des membres du comité ont mentionné que la réduction des coûts de transport et des besoins de déplacements pouvant requérir un temps considérable et engendrer du stress et de l'anxiété chez les patients constituait un facteur qui les inciteraient à privilégier l'utilisation de la téléconsultation, ce qui est également appréciable pour les professionnels de la santé. L'utilisation de la téléconsultation a aussi le potentiel de favoriser la conciliation travail-famille autant pour les patients que pour les professionnels de la santé en offrant une flexibilité pour le lieu des consultations mais également pour les horaires des rendez-vous.

4. DISCUSSION

La présente revue rapide avait pour objectif de recenser dans la littérature les pratiques générales en téléconsultation tant en première ligne que pour les soins spécialisés. L'exploration de la littérature a tout de même permis de relever la présence de plusieurs documents spécialisés qui pourraient être d'intérêt lors d'un éventuel balisage plus détaillé et ciblé (p.ex. : par spécialités, par modalités) de l'utilisation et de l'implantation de la téléconsultation. Soulevée à de nombreuses reprises par les membres du comité consultatif, la téléconsultation devrait être considérée comme une modalité de télésanté parmi d'autres, et devrait être située dans un ensemble de stratégies assurant l'accès mais aussi la continuité des soins au sein du grand système de santé et de services sociaux. C'est dans cet optique qu'il semble essentiel que la téléconsultation fasse l'objet d'une analyse approfondie pour assurer un encadrement et une utilisation optimisée tant par les professionnels de la santé que les patients. Sans retarder l'implantation graduelle de cette modalité au Québec, des travaux plus larges intégrant à la fois les perspectives des professionnels de la santé et des patients/proches aidants (p. ex. : utilisation réelle, bénéfices perçus, satisfaction, acceptabilité, etc.), et considérant aussi les expériences québécoises à cet égard, permettraient par ailleurs un balisage plus précis et adapté des conditions et situations se prêtant mieux à l'utilisation de la téléconsultation dans notre contexte de soins et dans les divers champs de pratique. Un chantier plus vaste permettrait aussi que soient considérées les modalités de téléconsultation asynchrone (p. ex. : courriel, SMS, interface Web), les autres modalités de santé numérique (p. ex. : téléexpertise, télésurveillance), les objets connectés ainsi que les indicateurs de qualité qui devraient être suivis dans le temps.

L'analyse des pratiques générales de téléconsultation effectuée dans cette réponse rapide a permis de constater que la téléconsultation pourrait – dans certaines situations ou conditions cliniques, auprès de certaines clientèles ou dans des contextes particuliers – constituer une alternative appropriée à la consultation en présentiel. Si des conditions d'admissibilité de base sont rencontrées, l'utilisation appropriée de la téléconsultation, comparativement à la consultation en présentiel, semble – selon le contexte d'utilisation ou la modalité employée – avoir un effet similaire sur la qualité des services et des processus, voire même l'améliorer, pour certains paramètres évalués. En outre, l'utilisation de la téléconsultation pourrait être considérée aussi sécuritaire que la consultation en présentiel, notamment dans le suivi de maladies chroniques ou pour les populations en région rurale ou éloignée. De surcroit, la téléconsultation pourrait constituer une modalité adéquate pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé et ainsi réduire certaines iniquités reliées à l'accès. Finalement, l'utilisation de la téléconsultation serait associée à une satisfaction des patients généralement comparable à la consultation en présentiel. Il n'en demeure pas moins que la téléconsultation devrait être considérée comme une modalité de prestation de soins supplémentaire disponible pour le professionnel de la santé et ne devrait jamais devenir l'unique modalité de consultation avec un patient.

L'utilisation de la téléconsultation est en évolution partout dans le monde et est passée en mode accéléré depuis le début de la pandémie de la COVID-19. Durant cette période, de nouvelles lignes directrices et normes à l'échelle canadienne ont vu le jour. Au Québec, des politiques du MSSS, et des recommandations provenant d'organisations professionnelles (p.ex. : CMQ, FMOQ, OIIQ) sont en processus de mise à jour ou en révision, le tout en parallèle avec des nouvelles ententes sur la téléconsultation avec les professionnels de la santé (modalités de téléconsultation et rémunération).

La triangulation des données recueillies a permis de constater que les prérequis de standards technologiques, d'infrastructures et de compétences de même que les critères de qualité autant techniques que cliniques sont sensiblement similaires au travers des diverses autorités de santé analysés. Des enjeux d'utilisation de la téléconsultation similaires sont aussi remarqués dans différents contextes d'application. Si toutefois les conditions facilitantes sont mises en place, la téléconsultation peut être une modalité s'intégrant adéquatement et en temps opportun dans le parcours de soins des patients afin de soutenir une accessibilité et une continuité des soins.

Les différentes lignes directrices consultées mettent notamment l'emphase sur l'importance d'avoir une vision d'ensemble au niveau du système de santé et des services sociaux lors de l'utilisation de la téléconsultation, et de façon plus globale, des différentes modalités de télésanté. Face à l'innovation et au changement de pratique encouru, il est recommandé de minimiser les risques – notamment par un encadrement ainsi que des ressources et un soutien appropriés - et d'augmenter la valeur ajoutée pour le patient, le professionnel, le système de santé et la population générale en positionnant la télésanté comme une modalité alternative et complémentaire dans l'offre intégrée de soins et services. Pour la santé numérique, la valeur ajoutée dans un système de santé donné serait dépendante de l'adoption d'une approche cohésive lors de l'implantation, dans laquelle les diverses interventions peuvent se soutenir et se catalyser, plutôt que d'implanter des initiatives isolées [WHO, 2019]. Un leadership et une gouvernance au niveau national s'appuient sur des consultations et l'engagement des divers paliers organisationnels pour soutenir la création, le rodage et l'implantation optimale du projet de télésanté. Les membres du comité consultatif ont aussi souligné l'importance d'une approche concertée, flexible et participative.

Cette nécessité d'utilisation d'une approche cohésive est d'autant plus perceptible au travers d'une trajectoire de soins lorsque la **continuité de soins** est mise en jeu. Les membres du comité consultatif ont mentionné que la continuité des soins représentait, selon eux, un enjeu majeur lors de l'utilisation de la téléconsultation entre les divers milieux de soins qui emploient souvent différentes infrastructures technologiques et diverses plateformes et logiciels à l'interopérabilité problématique. Outre les enjeux technologiques, des barrières comme la complexité ou l'absence d'ententes professionnelles, organisationnelles ou inter-institutionnelles concernant l'utilisation de la téléconsultation de même que l'accès à l'information clinique du patient ont été soulevées. Des préoccupations subsistent également quant à la sécurité des données recueillies et partagées, l'obtention du consentement (éclairé) des patients, la responsabilité professionnelle, la présence de balises cliniques claires et de soutien aux

utilisateurs. La **continuité relationnelle** impliquant le médecin, l'équipe et le patient) constitue également, selon les membres du comité consultatif, un enjeu important de l'utilisation de la téléconsultation pour maintenir une trajectoire de soins optimale et doit être appréciée en fonction des avantages attendus (p.ex. : accessibilité, déplacement réduit, risque diminué de contagion) et de risques encourus (p.ex. : perte de continuité des soins, dédoublement de consultation).

Si la téléconsultation a aussi le potentiel d'améliorer l'**accessibilité aux soins**, des enjeux d'équité soulevés par les membres du comité consultatif demeurent, particulièrement en ce qui concerne les clientèles vulnérables, plus âgées, présentant des barrières liées à la langue, la culture, la littératie numérique, le niveau socioéconomique, ou à leur condition physique par exemple. L'accès à internet (encore problématique pour certaines clientèles et dans certaines régions du Québec) constitue également un enjeu d'accessibilité à la téléconsultation par vidéo – qui, pour certaines personnes ou dans certaines situations cliniques, pourrait être plus adéquate que la consultation par téléphone. Les préférences des patients guident aussi le choix de la modalité de consultation et doivent être considérées par le professionnel de la santé.

Les effets de l'utilisation de la téléconsultation tant sur l'organisation des soins et des services de santé et sociaux que sur la santé des patients peuvent être favorables et significatifs. Mais il faut pouvoir les documenter et pour ce faire, mettre en place les structures et processus nécessaires pour suivre dans le temps et dans les divers milieux et contextes de soins, les paramètres d'intérêt. L'OMS recommande ainsi que des évaluations rigoureuses sur l'utilisation des soins virtuels soient menées, pour identifier leur valeur ajoutée dans le système, améliorer leur usage et au final améliorer la santé et réduire les iniquités de santé. La littérature scientifique propose déjà plusieurs variables de mesure de la qualité des soins pertinentes pour éclairer les décideurs sur l'impact de l'utilisation de la télésanté sur les ressources du système et les résultats de santé des patients. Un suivi de telles variables s'avère incontournable. Parallèlement, la recherche pour optimiser à la fois les modalités de téléconsultation et l'utilisation dans nos contextes de soins a été reconnue par les membres du comité consultatif comme essentielle. À cet égard, plusieurs projets sont en cours au Québec – dont certains axés sur la perspective des cliniciens et des patients au regard de l'utilisation de la téléconsultation - et permettront de mieux apprécier les forces et faiblesses des diverses activités mises en place lors de la pandémie.

Les derniers mois ont permis de propulser l'utilisation de la téléconsultation dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Si de nombreuses barrières à une utilisation optimale, déjà présentes et parfois exacerbées par le contexte pandémique, demeurent, des acquis sont toutefois aussi présents, voire même consolidés par l'utilisation accrue engendrée par le contexte sanitaire, et peuvent servir de bases pour consolider et pérenniser la place des modalités de télésanté dans le système.

Limites de la revue rapide

Cette réponse rapide comporte certaines limites qui méritent d'être soulignées. D'abord, les constats sont basés sur des GPC ou des RS comportant plusieurs biais et limites

méthodologiques. En ce qui concerne les GPC, il est important de mentionner que très peu de guides de pratique clinique soutenant l'utilisation de la téléconsultation ont été recensés comparativement à l'abondance de guides reliés à son implantation. Considérant l'objectif de cette revue rapide, les critères de sélection ont fait en sorte de ne retenir que des guides de pratique généralistes. Cependant, plusieurs guides contenant de l'information pertinente sur des situations cliniques précises ont aussi été identifiés et des données ont pu en être extraites afin de pouvoir recueillir un maximum d'information sur la téléconsultation utile au balisage d'une utilisation générale dans divers milieux et contextes de soins.

Pour ce qui est des RS retenues, le processus de sélection dans la présente réponse rapide, limitait cette dernière à des RS généralistes traitant de l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale. Ainsi, bien que la plupart des RS retenues relatent des effets positifs à l'utilisation de la téléconsultation, les résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de l'hétérogénéité des populations, des interventions, des contextes cliniques, sans parler de la faible qualité générale, selon les auteurs, des études incluses dans chacune de celles-ci. Par conséquent, il a été impossible d'obtenir un niveau de précision élevé quant aux critères de sélection des participants, aux caractéristiques démographiques, à la modalité employée, au contexte clinique précis et à la qualité des preuves associées aux différents paramètres d'intérêts analysés. L'extraction de données plus détaillées issues, entre autres, des études primaires pourrait permettre de préciser plusieurs des informations relatées de façon très globale dans la présente revue rapide et pourrait également aider à mieux cerner les enjeux et les effets de l'utilisation de la téléconsultation en contexte québécois.

Finalement, bien que les GPC et RS retenus proviennent de pays possédant des systèmes de santé comparables à celui du Québec, les contextes de pratique, les lois et règlements, les infrastructures technologiques et les applications cliniques diffèrent et il peut s'avérer difficile de généraliser les constats de ces documents au contexte de pratique de la téléconsultation au Québec.

RÉFÉRENCES

- ACI. Telehealth in practice guide. Chatswood, Australia : Agency for Clinical Innovation; 2020.
- ACPM. La télémédecine – Possibilités, défis et obligations [site Web]. Sécurité des soins Québec : Association canadienne de protection médicale; 2020. Disponible à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2013/telemedicine-challenges-and-obligations> (consulté le 30 novembre).
- Alami H, Gagnon MP, Fortin JP. Some Multidimensional Unintended Consequences of Telehealth Utilization: A Multi-Project Evaluation Synthesis. *Int J Health Policy Manag* 2019;8(6):337-52.
- Alami H, Lamothe L, Fortin JP, Gagnon MP. L'implantation de la télésanté et la pérennité de son utilisation au Canada : quelques leçons à retenir. *European Research in Telemedicine* 2016;5:105-17.
- Almathami HKY, Win KT, Vlahu-Gjorgievska E. Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res* 2020;22(2):e16407.
- AMA. Telehealth Implementation Playbook. United States : American Medical Association.; 2020.
- AMC. Les soins virtuels sont de vrais soins : un sondage national indique que les Canadiens sont pleinement satisfaits des soins de santé virtuels [site Web]. Canada : Association médicale canadienne, Abacus data; 2020. Disponible à : <https://www.cma.ca/fr/actualites/les-soins-virtuels-sont-de-vrais-soins-un-sondage-national-indique-que-les-canadiens> (consulté le 7 décembre).
- Andrews E, Berghofer K, Long J, Prescott A, Caboral-Stevens M. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *Int J Nurs Stud Adv* 2020;2:100008.
- Armfield NR, Bradford M, Bradford NK. The clinical use of Skype-For which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *International Journal of Medical Informatics* 2015;84(10):737-42.
- Arsenault M, Evans B, Jarvis C. Télémédecine: Notions de Base pendant la pandémie COVID-19 [site Web]. Québec : Département de médecine de famille, Université

- McGill; 2020. Disponible à :
<https://mcgilltelemedicine.wixsite.com/french/telemedicine-basics-fr> (consulté le 30 novembre).
- Bakhai M, Croney L, Waller O, Henshall N, Felstead C. Using Online Consultations In Primary Care - Implementation Toolkit. NHS; 2020.
- Bashshur RL, Howell JD, Krupinski EA, Harms KM, Bashshur N, Doarn CR. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health* 2016;22(5):342-75.
- Benoit M, Bergeron J, Bertrand G, Bouchard J, de Lanux C, Di Palma S, et al. Télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relation humaines. Québec : Conseil interprofessionnel du Québec; 2016:58 p.
- Betancourt JA, Rosenberg MA, Zevallos A, Brown JR, Mileski M. The Impact of COVID-19 on Telemedicine Utilization Across Multiple Service Lines in the United States. *Healthcare (Basel)* 2020;8(4)
- Bloomrosen M, Starren J, Lorenzi NM, Ash JS, Patel VL, Shortliffe EH. Anticipating and addressing the unintended consequences of health IT and policy: a report from the AMIA 2009 Health Policy Meeting. *J Am Med Inform Assoc* 2011;18(1):82-90.
- Brainard JS, Ford JA, Steel N, Jones AP. A systematic review of health service interventions to reduce use of unplanned health care in rural areas. *J Eval Clin Pract* 2016;22(2):145-55.
- Caravan Health. Telehealth Physical Exam [site Web]. Kansas city, USA : Caravan Health; 2020. Disponible à :
https://caravanhealth.com/CaravanHealth/media/Resources-Page/Telehealth_PhysicalExam.pdf (consulté le 30 novembre).
- CMQ. Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19. Montréal, Canada : Collège des médecins du Québec; 2020a.
- CMQ. Téléconsultations durant la pandémie de COVID-19: le Collège publie un guide à l'intention des médecins [site Web]. Collège des médecins du Québec; 2020b. Disponible à : <http://www.cmq.org/page/fr/teleconsultations-durant-la-pandemie-de-covid-19-le-college-publie-un-guide-a-l-intention-des-medecins.aspx> (consulté le 25 novembre).

- CMQ. Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients! [site Web]. Collège des médecins du Québec; 2019. Disponible à : <http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx> (consulté le 30 novembre).
- CMQ. Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication / Guide d'exercice. Montréal, Canada : Collège des médecins du Québec; 2015.
- College of Physicians and Surgeons of BC. Practice Standard - Telemedicine [site Web]. British Columbia : CPSBC; 2020. Disponible à : <https://www.cpsbc.ca/for-physicians/standards-guidelines> (consulté le 30 novembre).
- Daniel H et Sulmasy LS. Policy recommendations to guide the use of telemedicine in primary care settings: an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* 2015;163(10):787-9.
- Dermer M. Guide sur les soins virtuels. Association médicale canadienne; 2020.
- Doctors Manitoba. COVID-19 Physician Ressource - Virtual Care Quick Start Guide [site Web]. Winnipeg, Manitoba : Doctors Manitoba; 2020. Disponible à : <https://doctorsmanitoba.ca/covid/virtualcare/> (consulté le 30 novembre).
- Doctors Nova Scotia. Getting Started With Virtual Care [site Web]. Nova Scotia : MSI; 2020. Disponible à : <https://www.doctorsns.com/contract-and-support/e-health/virtual-care> (consulté le 30 novembre).
- Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. *Syst Rev* 2017;6(1):128.
- Eze ND, Mateus C, Cravo Oliveira Hashiguchi T. Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *PLoS One* 2020;15(8):e0237585.
- Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(9):Cd002098.
- FMOQ. Télémédecine : notions de base [site Web]. Québec : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2020. Disponible à :

https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/coronavirus/Telemedecine_notions-de-base.pdf (consulté le 30 novembre).

Fortin JP, Gagnon MP, Cloutier A, Labbe F. Evaluation of a telemedicine demonstration project in the Magdalene Islands. *J Telemed Telecare* 2003;9(2):89-94.

Fraser S, Mackean T, Grant J, Hunter K, Towers K, Ivers R. Use of telehealth for health care of Indigenous peoples with chronic conditions: a systematic review. *Rural Remote Health* 2017;17(3):4205.

Gagnon MP, Duplantie J, Fortin JP, Landry R. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: what are the conditions for success? *Implement Sci* 2006;1:18.

Gagnon MP, Lamothe L, Fortin JP, Cloutier A, Godin G, Gagne C, Reinhartz D. Telehealth adoption in hospitals: an organisational perspective. *J Health Organ Manag* 2005;19(1):32-56.

HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : Guide de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé; 2019.

HSO. Trousse COVID-19 - Télésanté V : 2.0. Agrément Canada; 2020:9 p.

HSO. Télésanté. Conseil canadien des normes; 2018:33 p.

Ignatowicz A, Atherton H, Bernstein CJ, Bryce C, Court R, Sturt J, Griffiths F. Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. *Digit Health* 2019;5:2055207619845831.

Jayakody A, Bryant J, Carey M, Hobden B, Dodd N, Sanson-Fisher R. Effectiveness of interventions utilising telephone follow up in reducing hospital readmission within 30 days for individuals with chronic disease: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):403.

Kalankesh LR, Pourasghar F, Nicholson L, Ahmadi S, Hosseini M. Effect of Telehealth Interventions on Hospitalization Indicators: A Systematic Review. *Perspect Health Inf Manag* 2016;13(Fall):1h.

Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open* 2017;7(8):e016242.

- Lurie N et Carr BG. The Role of Telehealth in the Medical Response to Disasters. *JAMA Intern Med* 2018;178(6):745-6.
- Mallow JA, Petite T, Narsavage G, Barnes E, Theeke E, Mallow BK, Theeke LA. The Use of Video Conferencing for Persons with Chronic Conditions: A Systematic Review. *Ehealth Telecommun Syst Netw* 2016;5(2):39-56.
- NLMA. General FAQs on Virtual Care [site Web]. Newfoundland : Newfoundland and Labrador medical association; 2020. Disponible à : <https://www.nlma.nl.ca/Page/COVID19/Virtual-Care> (consulté le 30 novembre).
- O'Cathail M, Sivanandan MA, Diver C, Patel P, Christian J. The Use of Patient-Facing Teleconsultations in the National Health Service: Scoping Review. *JMIR Med Inform* 2020;8(3):e15380.
- Orlando JF, Beard M, Kumar S. Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. *PLoS One* 2019;14(8):e0221848.
- Penny RA, Bradford NK, Langbecker D. Registered nurse and midwife experiences of using videoconferencing in practice: A systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs* 2018;27(5-6):e739-e52.
- Poder TG, Bellemare CA, Bedard SK, Lemieux R. Social acceptance and population confidence in telehealth in Quebec. *BMC Health Serv Res* 2015;15:72.
- RACGP. Guide to providing telephone and video consultations in general practice. East Melbourne, Australie : The Royal Australian College of General Practitioners; 2020.
- RACGP. Telehealth video consultations guide. East Melbourne, Australie : The Royal Australian College of General Practitioners; 2019.
- Raphael D, Waterworth S, Gott M. Telephone communication between practice nurses and older patients with long term conditions - a systematic review. *J Telemed Telecare* 2017;23(1):142-8.
- Rush KL, Howlett L, Munro A, Burton L. Videoconference compared to telephone in healthcare delivery: A systematic review. *Int J Med Inform* 2018;118:44-53.
- Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2018;24(1):4-12.

Shigekawa E, Fix M, Corbett G, Roby DH, Coffman J. The Current State Of Telehealth Evidence: A Rapid Review. Health Aff (Millwood) 2018;37(12):1975-82.

Speyer R, Denman D, Wilkes-Gillan S, Chen YW, Bogaardt H, Kim JH, et al. Effects of telehealth by allied health professionals and nurses in rural and remote areas: A systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med 2018;50(3):225-35.

Taskforce on Telehealth Policy. Findings and Recommendations. Washington, : The National Committee for Quality Assurance; 2020.

Thiyagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. BJGP Open 2020;4(1)

Thomas EE, Haydon HM, Mehrotra A, Caffery LJ, Snoswell CL, Banbury A, Smith AC. Building on the momentum: Sustaining telehealth beyond COVID-19. J Telemed Telecare 2020:1357633X20960638.

WHO. Guideline Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening [site Web]. Geneva : 2019. Disponible à : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/> (consulté le 4 décembre).



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

