

20 janvier 2021

Réponse
rapide

COVID-19 et téléconsultation en
médecine générale et spécialisée
en centre d'hébergement et de
soins de longue durée

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 du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale 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 : 978-2-550-88403-3

© 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 téléconsultation en médecine générale et spécialisée en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Québec, Qc : INESSS; 2021. 63 p.

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

Téléconsultation en médecine générale et spécialisée en centre d'hébergement et de soins de longue durée

CONTEXTE

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'objectif est de réaliser une recension sommaire des données publiées et de mobiliser les savoirs clés afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées, une évaluation de la qualité méthodologique des études avec une méthode systématique ou sur un processus de consultation élaboré.

CONSTATS DE L'INESSS À CE JOUR [18 DECEMBRE 2020]

En se basant sur la documentation scientifique disponible au moment de sa rédaction, et malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée, l'INESSS met en lumière que:

- La littérature disponible porte principalement sur les milieux de vie pour personnes âgées s'apparentant aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) québécois. Les données analysées peuvent toutefois s'avérer applicables dans des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) ayant une offre de service médical.
- La littérature disponible traite principalement de la téléconsultation réalisée à l'aide d'une vidéo (soit en visioconférence ou via un ordinateur, une tablette numérique ou un téléphone intelligent) alors que dans la pratique québécoise, le téléphone semble être le moyen privilégié.
- Dans une perspective organisationnelle, la téléconsultation permettrait de réduire les transferts évitables des CHSLD à l'urgence, d'élargir la couverture médicale en dehors des heures normales et d'augmenter l'accès en médecine générale et spécialisée (p. ex. : gériopsychiatrie, neurologie, soins palliatifs), notamment en régions éloignées. La téléconsultation aurait le potentiel d'amener des économies grâce à la réduction des transferts évitables à l'urgence et à la diminution des déplacements des résidents et des médecins.
- Dans une perspective clinique, la téléconsultation en CHSLD doit être complémentaire à la prise en charge médicale en personne. Elle peut notamment être utilisée pour l'évaluation de résidents avant leur admission, pour des évaluations régulières par les médecins généralistes et spécialistes en cours de séjour, pour des évaluations nutritionnelles ou fonctionnelles de résidents, pour l'éducation de résidents, après des soins aigus et lors de changements de l'état de santé (p. ex. : agitation, chute, résultats de laboratoire anormaux).

- Considérant que les infirmières sont responsables de la planification et de la coordination des soins en CHSLD, elles ont un rôle important de suivi lors des téléconsultations médicales. La participation des équipes en CHSLD, notamment les médecins et les infirmières, à des séances de téléconsultation permettrait, dans une certaine mesure, de soutenir l'amélioration de leurs connaissances et de leurs compétences cliniques.
- En médecine générale et spécialisée, la téléconsultation a été utilisée chez les résidents hébergés en établissements de soins de longue durée pour l'évaluation, le diagnostic et le suivi de conditions dermatologiques et de troubles neurocognitifs. Elle est aussi utilisée en médecine générale pour la gestion à distance de maladies chroniques et de maladies infectieuses. Elle peut aussi être utilisée en médecine spécialisée en gériopsychiatrie, en neurologie et en soins palliatifs. La téléconsultation a aussi été exploitée pour réviser la médication prescrite par des médecins spécialistes.
- Aucun effet indésirable en lien avec la téléconsultation n'a été clairement identifié dans la littérature consultée. La littérature mentionne toutefois qu'il ne semble pas approprié de faire une consultation vidéo lorsqu'un examen physique ou radiologique est requis (p. ex. : suspicion de pneumonie), à moins d'avoir à sa disposition de l'équipement adapté, tels un stéthoscope numérique, un otoscope ou une caméra orale. La téléconsultation est aussi à éviter lors de prises de décision médico-légales.
- Selon la littérature et les membres du comité consultatif, la téléconsultation est généralement acceptée par les résidents, les personnes proches aidantes, les médecins, les membres du personnel et les gestionnaires des établissements de soins de longue durée. L'ensemble de ces parties prenantes présente un niveau élevé de satisfaction à l'égard des services offerts en téléconsultation.
- Plusieurs enjeux associés à l'utilisation de la téléconsultation médicale en CHSLD sont nommés dans la littérature analysée et dans une consultation effectuée. Les membres du comité consultatif soulignent également l'applicabilité de la téléconsultation médicale dans les CHSLD au Québec. Ces enjeux peuvent tantôt être un facilitateur ou une barrière à l'implantation selon la réalité de chaque installation / établissement.
- Les enjeux organisationnels liés à l'implantation de la téléconsultation médicale en CHSLD sont de divers ordres :
 - L'implantation de la téléconsultation occasionne des changements dans les processus organisationnels, dont la répartition des tâches et des activités, qui doivent être adaptés aux caractéristiques de chaque installation / établissement. Ces changements nécessitent le développement et l'utilisation systématique d'une procédure encadrant les phases avant, pendant et après la téléconsultation (p. ex. : sélection des patients et mécanismes de référence, processus de réalisation, mise en œuvre du plan de soins, mise à jour de l'information et suivi des recommandations).

- Des enjeux financiers liés à la rémunération des services de téléconsultation et au financement de départ pour la mise en œuvre technologique sont aussi nommés dans la littérature consultée et corroborés par des membres du comité consultatif.
- Des enjeux d'accès aux dossiers médicaux des résidents existent en lien avec la téléconsultation et d'intégration avec les systèmes d'information clinique en place dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. L'importance d'avoir une technologie permettant de communiquer et d'échanger l'information pertinente avec les autres systèmes d'information ainsi qu'une technologie faciles à utiliser, fiable et sécuritaire sont nommées.
- Des enjeux de ressources humaines et de développement des compétences cliniques et technologiques des équipes dans les CHSLD sont aussi nommés par des membres du comité consultatif. L'accompagnement (par une infirmière ou autre), qui est souvent nécessaire et qui facilite la réalisation de la téléconsultation, n'est pas toujours possible en raison de la charge de travail, ce qui constitue un obstacle important.
- Les enjeux cliniques liés à l'implantation de la téléconsultation médicale en CHSLD sont :
 - La téléconsultation semble être un mode de prestation de soins convenant à la plupart des résidents. Cependant, certaines situations nécessiteraient le recours préalable à des rencontres en personne.
 - Des membres du comité consultatif mentionnent que la téléconsultation doit être intégrée de façon complémentaire et fluide, au mode de prestation des soins et services en personne habituel et à la pratique des équipes interprofessionnelles en place dans les CHSLD.
 - La qualité de l'évaluation et de l'examen physique à distance est directement liée à la validité et à la fidélité des tests administrés à distance ainsi que de la disponibilité d'équipements adaptés.
 - En l'absence d'information claire sur les effets indésirables de la téléconsultation pour les résidents, la littérature suggère que les médecins doivent être prudents dans leur interprétation des données obtenues et les décisions liées aux évaluations menées.
 - *Voir également la réponse rapide portant sur [l'utilisation de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée.](#)*

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

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 MSSS avec le Collège des médecins du Québec (CMQ) et deux fédérations médicales

(médecins omnipraticiens et médecins spécialistes) désirent optimiser l'intégration de la téléconsultation dans l'organisation des soins.

La Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques du 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. Une série de travaux sont menés par l'INESSS sur le sujet, au-delà de la crise liée à la COVID-19.

Sans établir de balises formelles, la présente réponse rapide documente les perspectives organisationnelle et clinique en lien avec l'utilisation de la téléconsultation à partir de la littérature scientifique et recueil des savoirs expérientiels à partir d'une consultation effectuée auprès d'une dizaine de membres d'un comité consultatif. Cette réponse rapide porte spécifiquement sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). Elle est complémentaire à la réponse rapide portant sur l'[utilisation de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée](#).

La Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale a donc réalisée cette réponse rapide afin de répondre à la question suivante :

Quelles sont les pratiques pertinentes et sécuritaires d'utilisation de la téléconsultation en milieu de vie de personnes en perte d'autonomie résidant en CHSLD et en RI-RTF?

L'identification de ces pratiques a été complétée par l'identification d'enjeux organisationnels et cliniques associés à l'implantation de la téléconsultation médicale. Cette demande ne s'intéresse pas à la téléexpertise¹, à la télésurveillance² et à la téléassistance³, comme définies par le CMQ [2015], qui ont ainsi été exclues, de même qu'aux échanges asynchrones entre médecins et patients (p. ex. : courriels ou messages textes).

¹ « 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].

² « 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].

³ « 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].

MÉTHODOLOGIE

Revue de littérature

Repérage des publications : La recherche documentaire effectuée dans les banques de données bibliographiques dans le cadre d'autres travaux de l'INESSS sur les meilleures pratiques en lien avec la téléconsultation (tous milieux de soins confondus) a été utilisée pour répondre à cette réponse rapide. Cette recherche a été réalisée par un conseiller en information en octobre et novembre 2020 (voir annexe A). La recherche a été limitée aux documents publiés en anglais ou en français depuis 2010 et elle a été effectuée dans les bases de données PubMed, Embase, EBM Reviews, PsycINFO et CINAHL, à l'aide des mots clés:

1. Téléconsultation: *remote consultation, telemedicine, videoconferencing, e-health.*
2. Meilleures pratiques: *best evidence, best practice, standard, guidance.*

Considérant que plus de 10 000 documents ont été repérés par la stratégie de recherche bibliographique, les mots clés suivants ont été utilisés par deux professionnels scientifiques comme critères de sélection afin d'identifier des articles propres au contexte en CHSLD, en RI ou RTF : *old**, *eld**, *geriatric*, *long-term care* et *nursing home*. Une recherche dans trois journaux scientifiques spécialisés en télémédecine et e-santé (*Telemedicine and e-Health*, *Journal of Telemedicine and Telecare* et *The Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth*) a aussi été effectuée.

Un repérage de la littérature grise a également été effectué à l'aide de mots clés similaires en consultant les sites Internet de différentes organisations nationales et internationales, les sites internet gouvernementaux de différentes juridictions ainsi que les sites de sociétés savantes en lien avec la téléconsultation médicale et les personnes âgées (voir annexe B). Les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont également été utilisés pour identifier des documents pertinents. Finalement, la méthode boule de neige a été utilisée, c'est-à-dire examiner les liens proposés sur les sites internet consultés, pour repérer quelques documents d'intérêt supplémentaires.

Autant pour la littérature scientifique que pour la littérature grise, des échanges avec les membres de l'autre équipe projet de l'INESSS, chargée d'une réponse rapide sur la téléconsultation pour tous milieux de soins confondus, ont permis de valider et de bonifier le repérage d'autres publications.

Sélection des publications : Les documents devaient porter sur des personnes résidant dans un milieu d'hébergement (CHSLD et RI-RTF), peu importe leur âge ou leurs diagnostics. La téléconsultation devait se faire de façon synchrone entre un médecin et une personne hébergée, en présence ou non d'un autre médecin ou d'un professionnel (p. ex. : infirmière) ou d'une personne proche aidante. La téléconsultation pouvait être téléphonique ou vidéo, à l'aide d'un ordinateur ou d'un appareil mobile (p. ex. : tablette numérique ou téléphone intelligent). Tous les résultats d'intérêt (*outcomes*) rapportés ont été inclus. Tous types de publication a été considérés (guides de pratique, lignes directrices, revues systématiques ou études primaires...).

Le processus de sélection des publications a été réalisé par deux professionnels scientifiques de l'INESSS qui se sont distribués les documents à trier, en collaboration avec la coordonnatrice scientifique.

Extraction des données et synthèse : L'extraction des données a été réalisée par deux professionnels scientifiques de l'INESSS à l'aide d'une grille d'extraction préalablement conçue. L'annexe C résume les informations extraites dans la littérature scientifique et grise. Le contenu des grilles d'extraction a été mis en commun et les données ont été regroupées par thèmes. La qualité méthodologique des documents n'a pas été évaluée. Les résultats sont présentés sous forme de synthèse narrative.

Processus de participation

Consultation

L'équipe projet de l'INESSS chargée de documenter la pertinence et la sécurité de la téléconsultation pour tous les milieux de soins est accompagnée par un comité consultatif de 16 individus regroupant trois médecins et deux infirmiers ayant expérimenté la téléconsultation, deux experts québécois en téléconsultation, huit représentants des réseaux universitaires intégrés de santé (responsables de dossiers de télésanté) et/ou des pilotes cliniques et techniques de la télésanté dans des établissements (p. ex. : CHU, CISSS/CIUSSS) ainsi que deux patients collaborateurs. La présente réponse rapide a été partagée avec ce comité consultatif afin de recueillir leur opinion sur l'applicabilité, l'acceptabilité et la présence d'enjeux liés à l'utilisation de la téléconsultation. Douze membres ont été en mesure d'offrir leurs commentaires. L'annexe D présente les membres du comité et les questions auxquelles ils étaient invités à répondre.

Validation et assurance qualité

Une validation du contenu du document a été effectuée par la coordination scientifique et la direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale 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.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Bien que le mandat demandé soit sur la téléconsultation dans des établissements similaires aux CHSLD, RI et RTF à l'international, la littérature analysée porte sur des établissements de soins de longue durée à l'international qui s'apparentent principalement aux CHSLD québécois. Les données analysées peuvent toutefois s'avérer applicables dans des RI et des RTF ayant une offre de service médical. Lorsque difficilement distinguable, la littérature à propos de la téléconsultation auprès de personnes âgées vivant dans la communauté a été analysée. Il est aussi important de souligner que dans la littérature analysée la téléconsultation était réalisée, la grande

majorité du temps, à l'aide d'une vidéo (soit en visioconférence ou via un ordinateur, une tablette numérique ou un téléphone intelligent) et non uniquement en mode audio (au téléphone). Puisque cette réponse rapide ne s'intéresse pas exclusivement à l'utilisation de la téléconsultation médicale dans le contexte de la COVID-19, autant la littérature en lien avec la COVID-19 (6 documents) que non spécifique à la COVID-19 (29 documents) a été analysée.

Pratiques pertinentes et sécuritaires de l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale et spécialisée en CHSLD

Les prochaines sections font état des informations recueillies dans la littérature selon la perspective organisationnelle et la perspective clinique concernant l'utilisation de la téléconsultation. De l'information en lien avec l'acceptabilité et la satisfaction à l'égard de la téléconsultation en médecine générale et spécialisée en CHSLD a également émergées de la littérature et de la consultation. Enfin, des enjeux organisationnels et cliniques associés à l'implantation de la téléconsultation sont brièvement présentés.

Parmi les documents repérés par la stratégie de recherche bibliographique, en plus des résultats provenant de sites web, 35 documents ont été retenus, dont 28 articles scientifiques et 7 documents publiés par des organisations internationales, sociétés savantes ou instances gouvernementales. Parmi les articles scientifiques, 10 sont des revues de la littérature, 1 revue narrative, 16 sont des études primaires et le dernier article est un éditorial. La portée de cette réponse rapide est limitée par la faible quantité d'études primaires incluses dans les revues de la littérature ainsi que par les devis utilisés dans ces études primaires (p. ex. : études de cas, études observationnelles).

Perspective organisationnelle

La téléconsultation médicale en CHSLD contribue à améliorer l'accès à des soins et services au moment opportun [Cheng *et al.*, 2020; Choi *et al.*, 2020; Costanzo *et al.*, 2020; Driessen *et al.*, 2018b; Driessen *et al.*, 2016; AMD Global Telemedicine, 2015] et à étendre la couverture médicale après les heures normales de travail [Chess *et al.*, 2018; Driessen *et al.*, 2018a]. Si elle est bien intégrée aux autres soins et services, la téléconsultation peut combler des lacunes en matière de prestation de soins (p. ex. : demandes non satisfaites en lien avec des besoins de consultations spécialisées) [Driessen *et al.*, 2018b] sans induire de dédoublement [Hale *et al.*, 2018]. Des membres du comité consultatif soulignent que plusieurs de ces bénéfices sont pressentis pour le Québec. La téléconsultation permettrait des bénéfices pour le Québec, considérant son territoire très vaste, en termes d'amélioration de l'accès pour des résidents de CHSLD en régions éloignées à des médecins spécialistes (p. ex. : gériatre), ainsi que la réduction de déplacements et de coûts associés.

Ainsi, la téléconsultation contribue à éviter des consultations dans des cliniques de médecine générale [Edirippulige *et al.*, 2013] et spécialisée [Driessen *et al.*, 2018a; Driessen *et al.*, 2018b] et à réduire le recours à des transferts inutiles de résidents vers les services d'urgence et des hospitalisations non planifiées évitables [British Geriatrics

Society, 2020; Grant *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019; Gillespie *et al.*, 2019; Chess *et al.*, 2018; Driessen *et al.*, 2016; AMD Global Telemedicine, 2015].

Selon la littérature consultée, la téléconsultation contribue à améliorer l'expérience de soins des résidents et des professionnels de la santé des établissements de soins de longue durée [Kidd *et al.*, 2010]. Aussi, la téléconsultation permet de réduire le temps et les coûts des déplacements des résidents et des personnes proches aidantes, et ceux des médecins de famille et médecins spécialistes pour les rendez-vous médicaux planifiés [Cheng *et al.*, 2020; Edirippulige *et al.*, 2013]. Les soins donnés en téléconsultation dans les établissements de soins de longue durée sont moins dispendieux que ceux donnés en personne [Edirippulige *et al.*, 2013]. Également, en réduisant les dépenses liées aux déplacements [Gentry *et al.*, 2019; Narasimha *et al.*, 2017; Edirippulige *et al.*, 2013], aux coûts de transferts inutiles aux urgences et ceux liés à d'hospitalisations évitables, ce mode de prestation de soins promet d'occasionner des économies [Gillespie *et al.*, 2019; Hale *et al.*, 2018]. Particulièrement, en favorisant l'extension de la couverture médicale après les heures de travail, la téléconsultation a démontré une réduction significative des coûts des soins en établissements de soins de longue durée [Chess *et al.*, 2018]. La téléconsultation semble donc être un service coût-efficace à long terme [Cheng *et al.*, 2020; Chess *et al.*, 2018].

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, la téléconsultation a été davantage utilisée dans les établissements de soins de longue durée comparativement à avant, notamment pour mener une évaluation en préadmission des résidents et pour procéder aux arrangements cliniques et administratifs nécessaires en cas d'infection [Sekhon *et al.*, 2021; Harris *et al.*, 2020]. À titre d'exemple, aux États-Unis, la téléconsultation a été mise en place rapidement par une équipe interprofessionnelle pour soutenir l'équipe locale d'un établissement de soins de longue durée lors d'éclousions de la COVID-19 [Harris *et al.*, 2020]. La téléconsultation a permis à cette équipe de mener une évaluation quotidienne des besoins de l'établissement (au niveau technologique, au niveau des ressources humaines et au niveau des pratiques de contrôle des infections), et d'instaurer des changements nécessaires afin d'alléger la charge administrative et clinique du personnel local et de maintenir les soins après la mise en quarantaine de membres du personnel [Harris *et al.*, 2020].

Perspective clinique

Les services cliniques offerts en téléconsultation dans les établissements de soins de longue durée comprennent, principalement la médecine générale, la gériatrie, la dermatologie, la neurologie et la psychiatrie [Alexander *et al.*, 2020; Choi *et al.*, 2020; Costanzo *et al.*, 2020; Low *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019; Gillespie *et al.*, 2019; Newbould *et al.*, 2019; Driessen *et al.*, 2018b; Edirippulige *et al.*, 2013]. La téléconsultation est utilisée en CHSLD pour faire des observations cliniques générales et d'autres plus précises. Pour des observations cliniques générales, la téléconsultation est utilisée pour l'évaluation initiale de résidents avant leur admission dans l'établissement [Alexander *et al.*, 2020; Edirippulige *et al.*, 2013], pour des évaluations régulières en cours de séjour pour des conditions gériatriques et psychiatriques courantes [Newbould

et al., 2019; Edirippulige *et al.*, 2013] (p. ex. : troubles cognitifs et/ou comportementaux [Choi *et al.*, 2020; Costanzo *et al.*, 2020; Low *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019; Gillespie *et al.*, 2019]), pour l'évaluation de l'état nutritionnel ou fonctionnel de résidents [Choi *et al.*, 2020] ou pour l'éducation de résidents [Edirippulige *et al.*, 2013]. Dans le cadre d'observations cliniques plus précises, elle est utilisée pour effectuer le suivi de la condition de résidents en cas d'agitation [Wade *et al.*, 2015], de chute [Newbould *et al.*, 2019; Wade *et al.*, 2015], de changements liés à un trouble neurocognitif majeur [Newbould *et al.*, 2019] et lors de résultats de laboratoire anormaux [Newbould *et al.*, 2019]. La téléconsultation semble ainsi être adaptée pour évaluer et gérer les changements aigus⁴ de l'état de santé des résidents [Gillespie *et al.*, 2019; Newbould *et al.*, 2019].

La participation d'équipes locales d'établissements de soins de longue durée aux séances de téléconsultation permettrait de soutenir l'amélioration de leurs connaissances et de leurs compétences cliniques [Batsis *et al.*, 2019; Chess *et al.*, 2018; Kidd *et al.*, 2010], ainsi que l'amélioration de la confiance des médecins généralistes et des infirmières de pratique avancée (équivalent des infirmières praticiennes spécialisées au Québec) en leur capacité de diagnostic et de gestion de certains soins (p. ex. : plaies chroniques, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, soins palliatifs) ou de divulgation de certains diagnostics spécifiques [Batsis *et al.*, 2019; Newbould *et al.*, 2019; Zulfiqar *et al.*, 2018; Kidd *et al.*, 2010]. Selon des membres du comité consultatif, ces bénéfices vont se traduire par des soins optimaux prodigués par les équipes interdisciplinaires dans les CHSLD québécois.

Des détails sont ici présentés en lien avec l'utilisation et l'efficacité de la téléconsultation dans certaines situations cliniques précises en médecine générale et spécialisée. Ces différentes situations cliniques sont présentées en ordre alphabétique. Pour certaines de celles-ci, la téléconsultation peut être réalisée par un médecin généraliste ou spécialiste (p. ex. : dermatologie, maladies chroniques, maladies infectieuses, soins palliatifs, troubles neurocognitifs).

Dermatologie : La téléconsultation a été utilisée pour le diagnostic et les soins en dermatologie [Low *et al.*, 2020; Gillespie *et al.*, 2019; Narasimha *et al.*, 2017]. Particulièrement, la téléconsultation a montré une efficacité pour le diagnostic et les soins à distance d'œdème, d'ecchymoses, d'infections cutanées, du cancer de la peau [Wade *et al.*, 2015], d'ulcères vasculaires [Zulfiqar *et al.*, 2018], de plaies de pression et de plaies chroniques (réduction du temps de cicatrisation) [Newbould *et al.*, 2019; Zulfiqar *et al.*, 2018; Dias *et al.*, 2017; Driessen *et al.*, 2016; Wade *et al.*, 2015] et de suivis à la suite de l'installation d'un tube de gavage [Wade *et al.*, 2015]. L'utilisation de la téléconsultation a, notamment, amélioré de manière significative le processus de

⁴ Un changement aigu de l'état de santé désigne toute déviation cliniquement importante de la condition de santé du résident dans les sphères physique, cognitive, comportementale ou fonctionnelle, par rapport à son état de santé de base. (https://www.assistedlivingconsult.com/issues/01-02/ALC1-2_AMDA.pdf).

guérison des blessures et lacérations [Zulfiqar *et al.*, 2018; Driessen *et al.*, 2016; Wade *et al.*, 2015].

Gérontopsychiatrie : La téléconsultation est aussi jugée efficace en gérontopsychiatrie pour mener le diagnostic et assurer la gestion de plusieurs conditions mentales chez les aînés dans les établissements de soins de longue durée, notamment pour la dépression [Gentry *et al.*, 2019] et des problèmes sévères de comportement [Low *et al.*, 2020]. Ainsi, plusieurs échelles d'évaluation psychiatrique (*Geriatric Depression Scale* (GDS) et *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)) peuvent être administrées de façon fiable lors d'une téléconsultation [Gentry *et al.*, 2019; Gillespie *et al.*, 2019; Edirippulige *et al.*, 2013].

Maladies chroniques : La téléconsultation a été utilisée pour la gestion à distance de plusieurs maladies chroniques (p. ex. : diabète de type 2, dépression, maladie pulmonaire obstructive chronique) [Batsis *et al.*, 2019] et de comorbidités, telles que la présence concomitante d'hypertension, de trouble neurocognitif majeur, de diabète et d'hyperlipidémie [Choi *et al.*, 2020; Low *et al.*, 2020]. La revue de Batsis et collaborateurs [2019] rapporte l'efficacité de la téléconsultation pour améliorer le contrôle glycémique chez les résidents diabétiques d'un établissement de soins de longue durée.

Maladies infectieuses : La téléconsultation a été utilisée pour le diagnostic et les soins en cas de maladies infectieuses (p. ex. : pneumonie, infections urinaires, infections cutanées et cellulite) [Gillespie *et al.*, 2019; Driessen *et al.*, 2018b; Wade *et al.*, 2015]. La téléconsultation médicale (incluant un examen clinique et une surveillance des signes vitaux à distance) a permis à une équipe interprofessionnelle d'assurer un suivi et une évaluation quotidienne de l'état de santé de résidents infectés par le virus de la COVID-19, de mener une consultation spécialisée (pneumologue ou gériatre) au besoin, d'instaurer ou de mener un changement de traitements, et de faciliter la référence, l'admission de résidents nécessitant une hospitalisation, ainsi que de planifier leur congé et retour dans l'établissement [Harris *et al.*, 2020].

Neurologie : L'utilisation de la téléconsultation pour le diagnostic et les soins en neurologie démontre une amélioration significative de la performance motrice et des symptômes moteurs et cognitifs. Cette amélioration suggère une efficacité de la téléconsultation [Edirippulige *et al.*, 2013]. À titre d'exemple, la téléconsultation a permis la gestion à distance par un médecin spécialiste (ajustement de la médication : ajout, retrait ou changement du dosage de médicament, prescription de réadaptation ou de nouveaux tests diagnostiques) chez des résidents atteints de syndromes parkinsoniens [Schneider *et al.*, 2016].

Révision de la médication: La téléconsultation facilite la révision régulière de la médication par des spécialistes pour des maladies spécifiques (p. ex. : syndromes parkinsoniens) [Schneider *et al.*, 2016] et facilite la déprescription chez les résidents présentant une polypharmacie [Low *et al.*, 2020; Shafiee Hanjani *et al.*, 2019].

Soins palliatifs : La téléconsultation dans le contexte de soins palliatifs facilite la planification et la coordination de soins avancés et des soins de fin de vie et permet aux professionnels d'offrir ces services aux résidents au bon moment [British Geriatrics Society, 2020; Low *et al.*, 2020; Hale *et al.*, 2018; Kidd *et al.*, 2010]. L'utilisation du

téléphone pour offrir un service de conseils spécialisés en soins palliatifs, en dehors des heures d'ouverture, aux médecins et infirmières des établissements de soins de longue durée responsables de résidents atteints de cancer a été décrite comme efficace [Newbould *et al.*, 2019; Kidd *et al.*, 2010].

Troubles neurocognitifs : La téléconsultation a été utilisée pour l'évaluation, le diagnostic et le suivi des troubles neurocognitifs [Costanzo *et al.*, 2020; Newbould *et al.*, 2019; Edirippulige *et al.*, 2013]. En ce sens, certains travaux notent que la téléconsultation a été jugée faisable et acceptable selon les patients et les professionnels pour mener l'évaluation cognitive lors du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi de troubles neurocognitifs chez les aînés vivants dans la communauté ou hébergés en établissements de soins de longue durée [Sekhon *et al.*, 2021; Gentry *et al.*, 2019]. Elle a aussi été jugée utile pour soutenir les résidents et les personnes proches aidantes [Costanzo *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019; Gillespie *et al.*, 2019; Edirippulige *et al.*, 2013], particulièrement en télépsychiatrie et pour l'évaluation et la gestion des symptômes comportementaux de la démence [Gillespie *et al.*, 2019]. Des revues récentes suggèrent l'équivalence de plusieurs tests administrés par visioconférence par rapport à l'administration en personne (p. ex. : *Mini-Mental State Exam* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive* (ADASCog) *activities of daily living* (ADL), *Caregiver Burden Inventory* (CBI), *Zarit Burden Interview* (ZBI), *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR), *Clock Drawing Test* (CDT)) [Costanzo *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019]. Il est à noter que l'utilisation de ces outils requiert des conditions particulières afin de s'assurer d'une évaluation valide et fidèle (voir section sur les Enjeux cliniques).

Effets indésirables

Aucun effet indésirable en lien avec la téléconsultation n'a été clairement identifié dans la littérature [Danish Society for Patient Safety, 2020]. Deux situations cliniques sont cependant nommées comme étant inappropriées. D'abord, il ne semble pas approprié de faire une consultation vidéo lorsqu'un examen physique ou radiologique (rayon X) est requis (p. ex. : suspicion de pneumonie [Wade *et al.*, 2015]), à moins d'avoir à sa disposition de l'équipement adapté, tels un stéthoscope numérique [Chess *et al.*, 2018; Driessen *et al.*, 2016; Wade *et al.*, 2015], un otoscope ou une caméra orale [Harris *et al.*, 2020]. La téléconsultation est aussi à éviter lors de prises de décision médico-légales [Phillips *et al.*, 2020].

Acceptabilité et satisfaction

La téléconsultation est généralement acceptée par les résidents, les personnes proches aidantes, les médecins, les membres du personnel et les gestionnaires des établissements de soins de longue durée [Cheng *et al.*, 2020; Batsis *et al.*, 2019; Driessen *et al.*, 2018a; Driessen *et al.*, 2016; Edirippulige *et al.*, 2013; Kidd *et al.*, 2010]. Particulièrement, les médecins des établissements de soins de longue durée estiment que la téléconsultation pourrait combler des besoins en consultation spécialisée pour les résidents [Driessen *et al.*, 2018b]. L'ensemble des parties prenantes présente un niveau

élevé de satisfaction à l'égard des services offerts par téléconsultation [Sekhon *et al.*, 2021; Cheng *et al.*, 2020; Driessen *et al.*, 2018a; Dias *et al.*, 2017; Driessen *et al.*, 2016; Edirippulige *et al.*, 2013]. Au Québec, des membres du comité consultatif soulignent l'applicabilité de la téléconsultation médicale dans les CHSLD, son acceptabilité par les résidents, les personnes proches aidantes, les infirmières et les médecins, et qu'elle peut représenter un mode de prestation complémentaire à la prestation des soins en personne habituelle. Il faut toutefois que certains requis pour le succès de l'implantation de la téléconsultation soient disponibles dans les CHSLD (p. ex. : formation initiale, réseau internet et outils informatiques efficaces, personnel adéquat).

Résidents et personnes proches aidantes

Plusieurs études soulignent que les interventions par téléconsultation sont réalisables et acceptables chez les personnes âgées qui estiment que les résultats sont similaires aux soins habituels en personne [Batsis *et al.*, 2019] et que ce mode de prestation de soins ajoute de la valeur à leurs soins [Narasimha *et al.*, 2017].

Aussi, des études soulignent que la téléconsultation a permis d'améliorer la satisfaction des patients et des personnes proches aidantes envers les soins et services offerts en tant qu'alternative aux soins en personne [Cheng *et al.*, 2020; Edirippulige *et al.*, 2013].

Dans le cas des soins palliatifs, la téléconsultation contribue à améliorer l'expérience des résidents en établissements de soins de longue durée et des personnes proches aidantes, et semble être de plus en plus acceptée [Kidd *et al.*, 2010]. Cependant, une certaine préférence demeure pour les contacts traditionnels en personne, dans le cas de discussions émotionnelles ou pour certaines conditions psychologiques [Kidd *et al.*, 2010].

Médecins, professionnels de la santé et gestionnaires

Généralement, les médecins, les professionnels de la santé (essentiellement les infirmières) et les gestionnaires présentent un degré élevé de confiance en la valeur clinique de la téléconsultation pour améliorer la prestation de soins dans les établissements de soins de longue durée [Driessen *et al.*, 2018a; Driessen *et al.*, 2016]. Dans le même sens, les professionnels présentent une grande satisfaction envers la qualité des soins prodigués aux résidents [Sekhon *et al.*, 2021; Dias *et al.*, 2017; Narasimha *et al.*, 2017; Driessen *et al.*, 2016; Wade *et al.*, 2015; Edirippulige *et al.*, 2013]. Selon un sondage mené à l'échelle nationale, les médecins américains estiment que le recours à ce mode de prestation de soins ne réduit pas l'efficacité des soins aux résidents, ne met pas en péril la vie privée des résidents et qu'elle ne nécessite qu'un minimum d'expertise technologique pour la mettre en œuvre [Driessen *et al.*, 2016]. Une étude note que les médecins généralistes ont apprécié plus la téléconsultation par vidéo avec les résidents hébergés en établissements de soins de longue durée par rapport aux communications téléphoniques [Wade *et al.*, 2015].

Cependant, les prestataires de soins soulignent des préoccupations envers l'impact de la mise en œuvre de service de télémédecine sur les flux de travail ainsi que les défis d'adaptation des processus cliniques dans les établissements de soins de longue durée

[Driessen *et al.*, 2016]. De plus, quelques publications soulèvent une inquiétude envers la diminution de confiance possible entre le résident et le médecin lors de téléconsultations [Narasimha *et al.*, 2017; Tinker *et al.*, 2013]. Notons que les perceptions et l'attitude des professionnels envers l'utilisation de la téléconsultation peuvent évoluer favorablement dans le temps. Effectivement, une étude réalisée en Australie souligne que bien que certains membres du personnel soient inconfortables avec la technologie avant de l'utiliser, l'utilisation de celle-ci les a amenés à développer une attitude plus positive [Wade *et al.*, 2015].

Enjeux associés à l'implantation de la téléconsultation

La téléconsultation en CHSLD ne remplace pas la pratique en personne [Sekhon *et al.*, 2021; Low *et al.*, 2020; Gillespie *et al.*, 2019], mais elle peut constituer un mode de prestation de soins pertinent et adapté lorsqu'une consultation en personne sécuritaire et rapide n'est pas possible [Harris *et al.*, 2020; Low *et al.*, 2020]. La téléconsultation en CHSLD peut ainsi représenter un service complémentaire à la prestation habituelle de soins en personne [Sekhon *et al.*, 2021; Low *et al.*, 2020; Gillespie *et al.*, 2019]. Dans le contexte québécois, des membres du comité consultatif mentionnent que la téléconsultation doit être intégrée de façon fluide, au mode de prestation des soins et services en personne habituel et à la pratique des équipes interprofessionnelles en place dans les CHSLD. Des membres du comité soulignent la nécessité d'avoir des balises pour que la téléconsultation ne devienne l'unique ou la principale modalité d'accès aux soins pour les résidents. Sur le plan technologique, des membres du comité soulignent la nécessité de tenir compte de l'environnement technologique dans le réseau de santé québécois et de considérer l'intégration des solutions de téléconsultation aux autres outils technologiques disponibles (p. ex. : dossier médical électronique, dossier clinique informatisé, Admission- Départ- Transfert, système de rendez-vous), pour s'assurer d'une continuité informationnelle permettant de maximiser le plein potentiel des soins virtuels, et d'offrir des soins et services efficaces. Des membres du comité rappellent la présence, au Québec, de solutions de téléconsultation approuvées par le MSSS et qui ont l'avantage d'être sécuritaires, et d'être intégrées à des dossiers cliniques informatisés utilisés dans des établissements. Dans les CHSLD québécois, l'absence de systèmes d'information permettant l'accès aux informations cliniques des résidents constitue une barrière importante pour la téléconsultation dans ces milieux.

Plusieurs enjeux associés à l'implantation de la téléconsultation médicale en CHSLD sont nommés dans la littérature analysée. Certains de ces enjeux ont également été soulignés par des membres du comité consultatif québécois. Ces enjeux peuvent tantôt être un facilitateur ou une barrière à l'implantation selon la réalité de chaque installation / établissement.

Enjeux organisationnels liés à l'implantation de la téléconsultation médicale

Pour assurer une implantation optimale de la téléconsultation, il est important d'informer les résidents et les personnes proches aidantes de l'introduction de la téléconsultation [Ontario Health, 2020; Telligent the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020; Gillespie *et al.*, 2019]. L'information qui leur est

transmise peut inclure des explications en ce qui a trait à l'utilité de la téléconsultation, aux limites de la technologie par rapport à une évaluation en personne habituelle et aux attentes qu'ils peuvent avoir en vue d'un rendez-vous à distance [Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020; Gillespie *et al.*, 2019].

Le développement et l'utilisation systématique d'une procédure encadrant la téléconsultation sont des stratégies souvent mentionnées comme facilitantes [Alexander *et al.*, 2020; Geddes *et al.*, 2020; Low *et al.*, 2020; Ontario Health, 2020; Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020; Gillespie *et al.*, 2019; West Health, 2019; Chess *et al.*, 2018; Hale *et al.*, 2018]. Cette procédure doit prévoir des vérifications technologiques avant la première téléconsultation [Cheng *et al.*, 2020; Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020; Hale *et al.*, 2018]. Une alternative, advenant un problème technique, doit aussi être prévue [Geddes *et al.*, 2020].

La procédure sur la téléconsultation peut aussi inclure des aspects cliniques comme la planification d'accès et d'échanges d'informations cliniques, avant la téléconsultation, entre le médecin à distance et l'infirmière (ou tous autres professionnels) [Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020; Hale *et al.*, 2018], le mode à privilégier pour les prescriptions (de façon électronique ou verbale) [Gillespie *et al.*, 2019] ainsi que les modalités pour tenir à jour le dossier médical [Gillespie *et al.*, 2019]. Les aspects liés à la confidentialité des données et au consentement des résidents pourraient également être intégrés à cette procédure [Geddes *et al.*, 2020; Low *et al.*, 2020; Gillespie *et al.*, 2019; Tinker *et al.*, 2013]. À ce sujet, la téléconsultation doit tenir compte des mêmes considérations en matière de protection de la confidentialité et de la vie privée qu'une visite en personne [Gillespie *et al.*, 2019]. Cette procédure doit aussi faire mention de l'endroit à privilégier lors de la téléconsultation. Quoique la possibilité d'avoir un local dédié soit mentionnée dans la littérature consultée [Gillespie *et al.*, 2019], la chambre du résident semble être l'endroit à prioriser [Chess *et al.*, 2018; Wade *et al.*, 2015] notamment en raison de la proportion élevée de troubles neurocognitifs chez les résidents pour lesquels le changement d'environnement peut être source d'anxiété. Un local désigné a toutefois l'avantage de pouvoir assurer une connexion Internet stable ainsi que limiter le déplacement d'équipements technologiques [Gillespie *et al.*, 2019].

Dans le cas particulier des soins post-aigus, un groupe de travail de la *Society for Post-Acute Long-Term Medicine* a élaboré des orientations générales destinées aux cliniciens et aux établissements concernant l'utilisation de la télémédecine pour mener l'évaluation médicale nécessaire et la gestion du changement de l'état de santé des résidents des établissements de soins de longue durée [Gillespie *et al.*, 2019]. Ces orientations peuvent éclairer l'élaboration de programmes de télémédecine dans les établissements de soins de longue durée. À titre d'exemple, ces orientations proposent d'identifier des mesures de qualité rigoureuses pour l'évaluation de la qualité des soins offerts en télémédecine [Gillespie *et al.*, 2019].

Un autre enjeu organisationnel souvent mentionné dans la littérature est la charge de travail élevée en centre d'hébergement [Driessen *et al.*, 2016; Wade *et al.*, 2015]. Cette charge de travail élevée peut faire en sorte qu'il soit difficile d'introduire une nouvelle pratique comme la téléconsultation [Wade *et al.*, 2015]. Au Québec, l'évaluation préalable de la pertinence du recours à la téléconsultation soulève, pour des membres du comité consultatif, l'enjeu de dédoublement et de surcharge de travail pour les médecins. Le dédoublement de travail pourrait limiter les bénéfices de la téléconsultation pour les médecins (notamment au niveau de leur satisfaction) et la société (notamment au niveau des coûts). Une charge supplémentaire incombe aux professionnels du CHSLD, souvent les infirmières, pour garantir la planification, l'organisation logistique et la réalisation des téléconsultations. Le changement de pratique et celui lié à l'environnement technologique à adopter dans le contexte actuel de problèmes récurrents de pénurie de personnel semblent limiter la capacité des CHSLD à introduire la téléconsultation. Au Québec, les changements dans la pratique occasionnés par la téléconsultation (pratique interprofessionnelle qui combine le présentiel et le virtuel) nécessitent, selon des membres du comité consultatif, de réfléchir au développement de capacités organisationnelles en matière de soins virtuels, et la planification de la gestion du changement et de la mobilisation des acteurs locaux. Les besoins d'analyser et de tenir compte des pratiques interprofessionnelles en place, et ceux en développement de compétences des professionnels en matière de soins virtuels, ont également été nommés.

De plus, il peut s'avérer difficile d'ajouter une ressource responsable de l'équipement technologique. Effectivement, l'attribution d'une ressource responsable du bon fonctionnement de la technologie, soit d'un leader en soins virtuels et/ou de personnes attitrées au contrôle de la technologie durant la téléconsultation, est mentionnée dans plusieurs documents [Sekhon *et al.*, 2021; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020; Ontario Health, 2020]. Au Québec, les enjeux de ressources financières et humaines ont été nommés par des membres du comité consultatif comme étant d'éventuels freins à l'implantation de la téléconsultation en CHSLD. Selon le comité consultatif, les résidents choisis doivent bénéficier d'un accompagnement adéquat, adapté à leurs conditions de santé. L'absence d'accompagnateurs pour les résidents en CHSLD a été soulignée comme un obstacle potentiel à l'utilisation de la téléconsultation par les médecins. La nécessité de prévoir un soutien financier récurrent pour les CHSLD afin qu'ils puissent développer et mettre en place la téléconsultation a également été nommée. Ces ressources supplémentaires devront combler les besoins en ressources humaines dans les CHSLD (infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, soutien technique et soutien administratif) et les besoins technologiques.

Un document publié par un programme d'amélioration de la qualité aux États-Unis propose une répartition de quelques responsabilités lors de l'introduction de la téléconsultation en centre d'hébergement [Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020] :

- Gestionnaire / directeur : Gère le développement de politiques et procédures de téléconsultation avec l'aide d'un groupe de travail.
- Médecin champion clinique : Collige les besoins préalables aux téléconsultations et travaille en collaboration avec les infirmières en CHSLD. Est confortable avec l'utilisation de la technologie lors de téléconsultation. Fait de la téléconsultation. S'assure que les exigences liées à la tenue de dossier à la suite des téléconsultations soient respectées.
- Infirmière en CHSLD : Collige les informations demandées avant les téléconsultations. Assiste aux téléconsultations auprès des résidents.

Des enjeux technologiques et financiers sont aussi notés dans la littérature tels que l'accès à une connexion Internet stable, aux équipements et technologies adéquats et de bonne qualité (p. ex. : ordinateur portable, tablette numérique ou téléphone intelligent) et à du soutien technologique au moment opportun [Alexander et al., 2020; Ontario Health, 2020; Gillespie et al., 2019; Newbould et al., 2019; Chess et al., 2018; Driessen et al., 2018a; Wade et al., 2015; Tinker et al., 2013]. À ce sujet, une bande passante de 1.5 Mb/s UP et DOWN serait minimalement requise pour permettre un appel vidéo à haute résolution [Ontario Health, 2020]. Des membres du comité consultatif québécois soulignent une crainte réelle envers l'absence de soutien technologique adéquat pour faire face aux difficultés technologiques qui peuvent décourager les médecins. Les médecins seront ainsi obligés de privilégier les consultations en personne par manque de soutien technique. Au Québec, des enjeux technologiques particuliers dans les CHSLD en régions éloignées sont aussi nommés par des membres du comité consultatif. Comme solutions possibles, certains membres du comité ont proposé de poser des actions afin de garantir une couverture Internet adéquate et un accès à la technologie à travers la province et de permettre un accès égal à la télémédecine.

Autant pour le médecin que pour les résidents et les personnes proches aidantes, il est important que le matériel technologique soit facile à utiliser et qu'il offre une bonne qualité vidéo et audio [Sekhon *et al.*, 2021; Geddes *et al.*, 2020; Narasimha *et al.*, 2017; Driessen *et al.*, 2016]. Les membres du comité consultatif ont mis en évidence la nécessité de rendre disponible, dans les CHSLD, des modalités de téléconsultation autre que le téléphone. Cette dernière demeure la modalité la plus fréquente dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

De plus, la possibilité d'utiliser un stéthoscope électronique pour entendre les bruits cardiaques, pulmonaires et intestinaux est mentionnée dans la littérature comme étant prometteuse [Driessen et al., 2016]. La pertinence de fixer ou non les appareils numériques à un support doit aussi être évaluée [Ontario Health, 2020]. Aussi, les méthodes de désinfection du matériel technologique entre chaque résident doivent être déterminées [Ontario Health, 2020].

Comme dans d'autres milieux cliniques, la nécessité d'avoir l'appui de la direction représente un enjeu pour l'implantation de la téléconsultation dans les CHSLD [Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization, 2020]. D'autres enjeux d'implantation sont liés à l'absence de système de remboursement

adéquat [Choi *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019], au roulement de personnel [Wade *et al.*, 2015] et au manque de formation adaptée du personnel tant au niveau clinique que technologique pour être en mesure d'utiliser de façon adéquate et efficiente la téléconsultation [Alexander *et al.*, 2020; Gillespie *et al.*, 2019; Newbould *et al.*, 2019; Chess *et al.*, 2018; Wade *et al.*, 2015; Tinker *et al.*, 2013] sont nommés. La formation initiale des professionnels a été qualifiée, par des membres du comité consultatif, de nécessaire au succès de l'implantation de la téléconsultation. Le roulement de personnel soulève d'autres défis pour le développement des connaissances et des compétences pour implanter la téléconsultation dans les CHSLD au Québec.

Pour le remboursement des téléconsultations médicales, les médecins en Ontario sont admissibles aux paiements par l'entremise d'un cadre provincial de télémédecine [Gillespie *et al.*, 2019]. Ce financement comprend une prime en cas d'annulation et pour couvrir certains frais d'équipements techniques de départ. Aux États-Unis, seules les téléconsultations par vidéoconférence synchrone sont entièrement remboursées par les *Centers for Medicare & Medicaid Services*⁵. Il s'agit donc du mode de télémédecine le plus couramment utilisé [Batsis *et al.*, 2019].

Ainsi, il apparaît évident que l'implantation de la téléconsultation nécessitera une réorganisation du travail et la répartition de certaines responsabilités au sein du personnel rendant cette mise en œuvre adaptée aux caractéristiques de chaque installation / établissement (p. ex. : structure technologique, taille, ressources humaines, complexité organisationnelle) [Driessen *et al.*, 2016].

Enjeux cliniques liés à l'implantation de la téléconsultation médicale

Comme dans plusieurs autres contextes cliniques, les enjeux d'accès au dossier médical à distance et d'échange d'informations médicales sont nommés en CHSLD [British Geriatrics Society, 2020; Choi *et al.*, 2020; Gillespie *et al.*, 2019; Chess *et al.*, 2018; Hale *et al.*, 2018]. L'accès préalable aux informations médicales est effectivement garant d'une téléconsultation adéquate et sécuritaire. Au Québec, l'absence de dossier médical électronique en CHSLD représente, pour des membres du comité consultatif, un important obstacle à l'accès des médecins, au moment opportun, à l'ensemble de l'information de santé pertinente du résident. Des membres du comité proposent de prioriser un plan national d'informatisation des CHSLD intégrant les requis technologiques pour la téléconsultation.

En général, les professionnels hésitent souvent à recommander des services utilisant des technologies auprès des personnes âgées [Batsis *et al.*, 2019]. En effet, les personnes âgées peuvent avoir moins d'expérience avec les technologies émergentes et certaines présentent des conditions liées au vieillissement (difficultés sensorielles visuelles et/ou auditives, fonctionnelles et de mémoire) qui peuvent représenter des obstacles considérables à leur utilisation de façon autonome de la télémédecine. Cependant, la littérature récente rapporte des expériences qui démontrent que les aînés,

⁵ <https://www.medicare.gov/medicaid/benefits/telemedicine/index.html>

en général, peuvent adopter et apprécier l'utilisation de la technologie pour la gestion de leurs soins [Gillespie *et al.*, 2019]. Selon le comité consultatif, la présence d'une tierce personne, impliquant souvent une infirmière, pour aider à l'examen clinique et à l'utilisation de la technologie est de mise pour la téléconsultation en CHSLD au Québec.

L'utilisation de tests à distance peut soulever des enjeux chez les personnes avec des pertes auditives ou visuelles qui présentent, selon plusieurs études, davantage de difficultés à suivre ou à s'impliquer dans une consultation à distance qu'en personne [Sekhon *et al.*, 2021].

En lien avec le diagnostic ou le suivi de troubles neurocognitifs majeurs, la baisse de la spécificité d'instruments d'évaluation cognitive à distance, comparativement aux tests en personne demeure une préoccupation générale à l'égard de la pertinence d'une approche de téléconsultation pour le diagnostic de troubles neurocognitifs à distance [Geddes *et al.*, 2020]. Dans ce sens, bien que l'administration par téléconsultation d'outils comme le *Mini-Mental State Exam* (MMSE), le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), le *Caregiver Burden Inventory* (CBI), le *Zarit Burden Interview* (ZBI), le *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) et le *Clock Drawing Test* (CDT) aient de bonnes corrélations avec l'administration en personne, l'interprétation exacte des résultats demeure incertaine et l'efficacité de leur utilisation pour un diagnostic précis dans la pratique clinique est encore inconnue [Geddes *et al.*, 2020], suggérant la nécessité d'élaborer de nouvelles normes pour les tests cognitifs effectués par téléconsultation [Geddes *et al.*, 2020; Phillips *et al.*, 2020]. Ainsi, en règle générale, bien que plusieurs études soulignent l'équivalence des tests cognitifs en personne avec l'évaluation à distance, habituellement effectués par vidéo, les évaluations à distance ne remplacent pas les évaluations cognitives standardisées en personne, mais elles peuvent être intégrées dans une évaluation clinique complète [Geddes *et al.*, 2020]. La prudence est particulièrement de mise pour des tests cognitifs de dépistage ou de diagnostic administrés à distance, chez les personnes présentant des troubles neurocognitifs légers avec des résultats proches des seuils [Geddes *et al.*, 2020]. Cependant, un facteur facilitant la téléconsultation en CHSLD est que les médecins et infirmières qui pratiquent en CHSLD ont souvent une connaissance très fine des résidents et de leurs besoins. Particulièrement, l'administration du test MoCA n'est pas standardisée en vidéoconférence et l'interprétation de ses résultats à distance demande une compréhension entière des habilités visuelles et auditives de la personne [Phillips *et al.*, 2020]. Toutefois, bien que le MoCA ne soit pas validé pour une administration en vidéoconférence, des auteurs soulignent qu'il peut être utilisé pour des hypothèses diagnostiques et des observations initiales complétées par une évaluation plus élaborée en personne [Phillips *et al.*, 2020; Gentry *et al.*, 2019]. Notons, par ailleurs, qu'il existe deux tests cognitifs valides pour administration par téléphone : 1) *Telephone Interview for Cognitive Status* (TICS), qui a démontré une bonne sensibilité et spécificité pour détecter les troubles neurocognitifs majeurs dont la maladie d'Alzheimer, avec des scores fortement corrélés avec MMSE; et le 2) MoCA BLIND, une version abrégée du MoCA sans les aspects visuels [Geddes *et al.*, 2020]. Rappelons que la téléconsultation vidéo est privilégiée dans la littérature comparativement à celle téléphonique en raison de la

possibilité d'établir une relation avec le résident et pour la capacité de lecture des expressions faciales et gestuelles [Hale *et al.*, 2018].

La téléconsultation semble être un mode de prestation de soins adéquats pour éviter au maximum les déplacements des résidents présentant une incapacité physique modérée à grave, nécessitant une assistance dans leurs activités de la vie quotidienne [Low *et al.*, 2020]. Par ailleurs, il est évident que les résidents des établissements de soins de longue durée ne bénéficieront pas tous de la téléconsultation médicale de la même façon [Sekhon *et al.*, 2021]. Ainsi, pour certains résidents avec des maladies chroniques, des rencontres en personne apparaissent importantes avant la planification de rencontres virtuelles [Choi *et al.*, 2020; Batsis *et al.*, 2019]. Selon le comité consultatif, le choix du mode de consultation par télésanté en CHSLD doit se baser sur la pertinence clinique et non la facilité d'utilisation, et il convient de baliser les conditions où le recours aux visites virtuelles est plus pertinent.

En l'absence d'effets indésirables clairement identifiés dans la littérature liés à la téléconsultation auprès de résidents en établissements de soins de longue durée, les médecins doivent par ailleurs anticiper et tenir compte des préjudices potentiels pour le résident en lien, essentiellement, avec l'interprétation des résultats des examens et des évaluations cliniques à distance [Geddes *et al.*, 2020]. Particulièrement, lorsque les circonstances d'examen sont loin d'être idéales, les médecins doivent être prudents dans leur interprétation des données obtenues [Geddes *et al.*, 2020]. Plus encore, les médecins doivent, dans le cadre d'un processus décisionnel éthique, choisir de ne pas administrer des évaluations ou des soins par téléconsultation, si les risques et les avantages pour les résidents ne sont pas assez clairement énoncés ou assez connus [Geddes *et al.*, 2020]. Au Québec, des membres du comité consultatif soulignent les enjeux médico-légaux et déontologiques associés à l'utilisation appropriée de la téléconsultation médicale en CHSLD dans la province et rappellent la nécessité d'avoir des balises pour les encadrer. Les difficultés associées au consentement des résidents présentant un trouble neurocognitif sont aussi rappelées par des membres du comité consultatif québécois.

DISCUSSION

Globalement, la littérature consultée et des experts soulignent le potentiel qu'offre la téléconsultation en médecine générale et spécialisée comme un mode de prestation complémentaire permettant de donner des soins appropriés, de qualité et au moment opportun dans les établissements de soins de longue durée. Il faut toutefois rappeler que cette réponse rapide s'appuie sur quelques revues de la littérature et une faible quantité d'études primaires.

Selon la littérature, la téléconsultation devrait être implantée dans la perspective d'accroître l'accès aux soins pour les résidents en CHSLD. Il est aussi documenté que la téléconsultation peut réduire les visites en personne, le recours inutile aux urgences et les hospitalisations évitables des résidents en CHSLD, ce qui peut représenter d'importantes économies en temps pour les médecins et en coûts pour le système de santé. Selon la littérature et des membres du comité consultatif, la téléconsultation est

généralement acceptée par les résidents, les personnes proches aidantes, le personnel, les médecins et les gestionnaires des établissements de soins de longue durée. De plus, l'ensemble de ces parties prenantes présente un niveau élevé de satisfaction à l'égard de ces services.

La téléconsultation en CHSLD ne remplace pas la pratique en personne, mais elle peut la compléter. Lors de la conception d'un système de téléconsultation, la création de silos de soins doit être évitée, suggérant l'importance de prévoir l'intégration, clinique et technologique, de ce mode de prestation de soins avec les pratiques et les systèmes d'information disponibles dans le réseau de la santé, tel que souligné par des membres du comité québécois. Selon ce même comité, bien que la téléconsultation soit applicable au Québec, son implantation en CHSLD introduit un degré très important de changement dans les milieux. La gestion de ces changements nécessite une révision des processus de soins et un minimum de soutien tant sur le plan des ressources humaines, des ressources financières que sur le plan technologique. Des membres du comité consultatif rappellent la nécessité de réfléchir la téléconsultation médicale dans le cadre de la pratique interdisciplinaire en place dans les CHSLD. Pour mener une téléconsultation efficace et pour assurer les soins et le suivi nécessaire, l'implantation et l'intégration de la téléconsultation doivent tenir compte de la pratique clinique des équipes interdisciplinaires (formées notamment de médecins, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires) à qui s'adjoignent des personnes proches aidantes.

De plus, les mêmes normes de documentation, de consentement, de confidentialité et de protection de la vie privée observées lors des visites en personne s'appliquent également lors de téléconsultations. L'interopérabilité de la technologie avec d'autres systèmes d'informations disponibles dans le réseau (p. ex. : dossier électronique) est requise afin de permettre l'accès aux informations pertinentes lors de téléconsultation. Les préoccupations techniques liées à la connectivité (connexion Internet stable et de grande qualité) et à l'entretien continu de la technologie (équipements et logiciels) doivent être considérées afin d'assurer le succès des interactions entre le médecin et le résident (accompagné ou non d'une infirmière ou d'une personne proche aidante), et la qualité des décisions.

Vu la complexité de leurs conditions de santé, les résidents hébergés en CHSLD sont souvent incapables de se connecter et de participer de façon autonome aux séances de téléconsultation. La présence d'une ou plusieurs tierces personnes, impliquant souvent une infirmière, pour aider à l'examen clinique et à l'utilisation de la technologie est de mise. Une formation destinée aux infirmières en lien avec l'utilisation de la technologie peut être requise. Lors de la téléconsultation, les infirmières en CHSLD ont un rôle important.

Notre examen de la littérature n'a pas permis de relever d'informations sur la présence d'effets indésirables en lien avec l'utilisation de la téléconsultation dans les établissements de soins de longue durée, qui peut être due à un biais de publication. Les médecins doivent donc être prudents lors de téléconsultations à distance, en anticipant et en tenant compte des préjudices potentiels pour les résidents.

Enfin, des travaux supplémentaires auprès d'un comité consultatif pourraient permettre d'établir des balises opérationnelles de téléconsultation en CHSLD et en RI-RTF. Les deux réponses rapides réalisées par l'INESSS soit que celle-ci ainsi que celle intitulée *Pratiques de la téléconsultation en soins de première ligne* pourraient servir d'assise à leurs travaux.

RÉFÉRENCES

- Alexander GL, Powell KR, Deroche CB. An evaluation of telehealth expansion in U.S. nursing homes. *J Am Med Inform Assoc* 2020;
- AMD Global Telemedicine. What is the role of telemedicine in long-term care facilities? [site Web]. 2015. Disponible à : <https://amdtelemedicine.com/what-is-the-role-of-telemedicine-in-long-term-care-facilities/> (consulté le 2020-11-09).
- Batsis JA, DiMilia PR, Seo LM, Fortuna KL, Kennedy MA, Blunt HB, et al. Effectiveness of Ambulatory Telemedicine Care in Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(8):1737-49.
- British Geriatrics Society. Capturing beneficial change from the COVID-19 pandemic. 2020.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. Long-Term Care Nursing Homes Telehealth and Telemedicine Tool Kit. 2020.
- Cheng O, Law N-H, Tulk J, Hunter M. Utilization of Telemedicine in Addressing Musculoskeletal Care Gap in Long-Term Care Patients. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev* 2020;4(4):e19.00128.
- Chess D, Whitman JJ, Croll D, Stefanacci R. Impact of after-hours telemedicine on hospitalizations in a skilled nursing facility. *Am J Manag Care* 2018;24(8):385-8.
- Choi J-Y, Kim K-I, Lim J-Y, Ko JY, Yoo S, Kim H, et al. Development of Health-RESPECT: An Integrated Service Model for Older Long-Term Care Hospital/Nursing Home Patients Using Information and Communication Technology. *Ann Geriatr Med Res* 2020;24(1):27-34.
- Collège des médecins du Québec. Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication: Guide d'exercice. Montréal, Québec 2015 :. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf>.
- Costanzo MC, Arcidiacono C, Rodolico A, Panebianco M, Aguglia E, Signorelli MS. Diagnostic and interventional implications of telemedicine in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2020;35(1):12-28.
- Danish Society for Patient Safety. Patient safety and telemedicine: How does telemedicine affect patient safety? International and Danish experiences. 2020. Disponible à : https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2020/10/patientsafetyandtelemedicine_executivesummary_october2020.pdf.
- Dias PdO, Timm R, Siqueira E, Sparenberg A, Rodrigues C, Goldmeier S. Implementation and Assessment of a Tele-Dermatology Strategy for Identification and Treatment of Skin Lesions in Elderly People. *Journal of the International Society for Telemedicine and eHealth* 2017;5
- Driessen J, Bonhomme A, Chang W, Nace DA, Kavalieratos D, Perera S, Handler SM. Nursing Home Provider Perceptions of Telemedicine for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(6):519-24.

- Driessen J, Castle NG, Handler SM. Perceived Benefits, Barriers, and Drivers of Telemedicine From the Perspective of Skilled Nursing Facility Administrative Staff Stakeholders. *J Appl Gerontol* 2018a;37(1):110-20.
- Driessen J, Chang W, Patel P, Wright RM, Ernst K, Handler SM. Nursing Home Provider Perceptions of Telemedicine for Providing Specialty Consults. *Telemed J E Health* 2018b;24(7):510-6.
- Edirippulige S, Martin-Khan M, Beattie E, Smith AC, Gray LC. A systematic review of telemedicine services for residents in long term care facilities. *J Telemed Telecare* 2013;19(3):127-32.
- Geddes MR, O'Connell ME, Fisk JD, Gauthier S, Camicioli R, Ismail Z, COVID-19 ftASoCTFoDCBPf. Remote cognitive and behavioral assessment: Report of the Alzheimer Society of Canada Task Force on dementia care best practices for COVID-19. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring* 2020;12(1):e12111.
- Gentry MT, Lapid MI, Rummans TA. Geriatric Telepsychiatry: Systematic Review and Policy Considerations. *Am J Geriatr Psychiatry* 2019;27(2):109-27.
- Gillespie SM, Moser AL, Gokula M, Edmondson T, Rees J, Nelson D, Handler SM. Standards for the Use of Telemedicine for Evaluation and Management of Resident Change of Condition in the Nursing Home. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20(2):115-22.
- Grant KL, Lee D, Cheng I, Baker GR. Reducing preventable patient transfers from long-term care facilities to emergency departments: a scoping review. *CJEM* 2020:1-13.
- Hale A, Haverhals LM, Manheim C, Levy C. Vet Connect: A Quality Improvement Program to Provide Telehealth Subspecialty Care for Veterans Residing in VA-Contracted Community Nursing Homes. *Geriatrics (Basel)* 2018;3(3):57.
- Harris DA, Archbald-Pannone L, Kaur J, Cattell-Gordon D, Rheuban KS, Ombres RL, et al. Rapid Telehealth-Centered Response to COVID-19 Outbreaks in Postacute and Long-Term Care Facilities. *Telemedicine and e-Health* 2020;
- Kidd L, Cayless S, Johnston B, Wengstrom Y. Telehealth in palliative care in the UK: a review of the evidence. *J Telemed Telecare* 2010;16(7):394-402.
- Low JA, Toh HJ, Tan LLC, Chia JWK, Soek ATS. The Nuts and Bolts of Utilizing Telemedicine in Nursing Homes - The GeriCare@North Experience. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020;21(8):1073-8.
- Narasimha S, Madathil KC, Agnisarman S, Rogers H, Welch B, Ashok A, et al. Designing Telemedicine Systems for Geriatric Patients: A Review of the Usability Studies. *Telemed J E Health* 2017;23(6):459-72.
- Newbould L, Mountain G, Ariss S, Hawley MS. Remote Health Care Provision in Care Homes in England: An Exploratory Mixed Methods Study of Yorkshire and the Humber. *Technologies* 2019;7(1):24.
- Ontario Health. Using Video Visits in LTC/Retirement Homes During the COVID-19 Pandemic. 2020. Disponible à : https://otn.ca/wp-content/uploads/2020/04/Covid_Video-Visits-LTC-Reference.pdf.
- Phillips NA, Chertkow H, Pichora-Fuller MK, Wittich W. Special Issues on Using the Montreal Cognitive Assessment for telemedicine Assessment During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020;68(5):942-4.

- Schneider R, Dorsey ER, Biglan K. Telemedicine Care for Nursing Home Residents with Parkinsonism. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(1):218-20.
- Sekhon H, Sekhon K, Launay C, Afililo M, Innocente N, Vahia I, et al. Telemedicine and the rural dementia population: A systematic review. *Maturitas* 2021;143:105-14.
- Shafiee Hanjani L, Peel NM, Freeman CR, Gray LC. Using telehealth to enable collaboration of pharmacists and geriatricians in residential medication management reviews. *Int J Clin Pharm* 2019;41(5):1256-61.
- Telligen the Medicare Quality Innovation Network Quality Improvement Organization. Quick Guide to Implementing Telehealth in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic. 2020. Disponible à : https://www.telligenqio.com/wp-content/uploads/2020/06/Quick-Guide-to-Implementing-Telehealth-in-Nursing-Homes-During-the-COVID-19-Pandemic_4.pdf.
- Tinker A, Kellaher L, Ginn J, Ribe E. Assisted Living Platform - The Long Term Care Revolution. 2013. Disponible à : <https://www.housinglin.org.uk/Topics/type/Assisted-Living-Platform-The-Long-Term-Care-Revolution-A-study-of-innovatory-models-to-support-older-people-with-disabilities-in-the-Netherlands/>.
- Wade V, Whittaker F, Hamlyn J. An evaluation of the benefits and challenges of video consulting between general practitioners and residential aged care facilities. *J Telemed Telecare* 2015;21(8):490-3.
- West Health. A practical guide to telehealth: implementing telehealth in post-acute and long-term care settings. 2019.
- Zulfiqar AA, Hajjam A, Andres E. Focus on the different projects of telemedicine centered on the elderly in France. *Current Aging Science* 2018;11(4):202-15.

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM)	
Date du repérage : octobre 2020	
Limites : 2010- ; anglais, français	
#1	Remote Consultation[majr] OR Telemedicine[majr] OR Videoconferencing[majr]
#2	e-health[tiab] OR m-health[tiab] OR ehealth[tiab] OR mhealth[tiab] OR mobile health[tiab] OR remote consultati*[tiab] OR tele-care*[tiab] OR tele-consultation*[tiab] OR tele-health[tiab] OR tele-medicine[tiab] OR telecare*[tiab] OR teleconsultation*[tiab] OR telehealth[tiab] OR telemedicine[tiab] OR telephone consultation*[tiab] OR video-based[tiab] OR video conferenc*[tiab] OR video consultation*[tiab] OR videobased[tiab] OR videoconferenc*[tiab] OR virtual consultation*[tiab] OR virtual visit*[tiab]
#3	e-health[ot] OR m-health[ot] OR ehealth[ot] OR mhealth[ot] OR mobile health[ot] OR remote consultati*[ot] OR tele-care*[ot] OR tele-consultation*[ot] OR tele-health[ot] OR tele-medicine[ot] OR telecare*[ot] OR teleconsultation*[ot] OR telehealth[ot] OR telemedicine[ot] OR telephone consultation*[ot] OR video-based[ot] OR video conferenc*[ot] OR video consultation*[ot] OR videobased[tiab] OR videoconferenc*[ot] OR virtual consultation*[ot] OR virtual visit*[ot]
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh]
#6	algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guide line*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guideline*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standard of practice*[tiab] OR standards of care[tiab]
#7	algorithm*[ot] OR best evidence[ot] OR best practice*[ot] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[ot] OR clinical paths[ot] OR clinical pathway*[ot] OR clinical protocol*[ot] OR committee opinion*[ot] OR consensus[ot] OR critical pathway*[ot] OR CPG[ot] OR CPGs[ot] OR evidence base*[ot] OR evidence report*[ot] OR evidence syntheses*[ot] OR guidance*[ot] OR guide line*[ot] OR gold standard*[ot] OR guideline*[ot] OR policy statement*[ot] OR position statement*[ot] OR practical guide*[ot] OR practice based evidence[ot] OR practice parameter*[ot] OR practice pathway*[ot] OR practice protocol*[ot] OR practice standard*[ot] OR recommendation*[ot] OR research evidence*[ot] OR standard*[ti] OR standard care*[ot] OR standard practice*[ot] OR standard of care[ot] OR standard of practice*[ot] OR standards of care[ot]
#8	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti] OR case report*[ot] OR comment*[ot] OR reply[ot] OR replies[ot] OR editorial*[ot] OR letter*[ot]
#9	(#5 OR #6 OR #7) NOT #8
#10	#4 AND #9
#11	Meta-Analysis[mh] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh]

#12	meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta regression*[tiab] OR metaregression*[tiab] OR meta review*[tiab] OR metareview*[tiab] OR meta synthesis[tiab] OR metasynthesis[tiab] OR overview of review*[tiab] OR overviews of review*[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR (review[tw] AND (medline[tiab] OR pubmed[tiab])) AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab])) OR umbrella review*[tiab] OR technology appraisal*[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology reassessment*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR methodological overview*[tiab] OR methodologic overview*[tiab] OR methodological review*[tiab] OR methodologic review*[tiab] OR quantitative review*[tiab] OR quantitative overview*[tiab] OR quantitative synthes*[tiab] OR integrative review*[tiab] OR integrative overview*[tiab] OR integrative literature review*[tiab]
#13	meta-analy*[ot] OR metaanaly*[ot] OR met analy*[ot] OR metanaly*[ot] OR meta regression*[ot] OR metaregression*[ot] OR meta review*[ot] OR metareview*[ot] OR meta synthesis[ot] OR metasynthesis[ot] OR overview of review*[ot] OR overviews of review*[ot] OR (systematic*[ot] AND (review*[ot] OR overview*[ot] OR search*[ot] OR research*[ot])) OR (review[tw] AND (medline[ot] OR pubmed[ot])) AND (cinahl[ot] OR cochrane[ot] OR embase[ot] OR psycinfo[ot])) OR umbrella review*[ot] OR technology appraisal*[ot] OR technology assessment*[ot] OR technology overview*[ot] OR technology reassessment*[ot] OR HTA[ot] OR HTAs[ot] OR methodological overview*[ot] OR methodologic overview*[ot] OR methodological review*[ot] OR methodologic review*[ot] OR quantitative review*[ot] OR quantitative overview*[ot] OR quantitative synthes*[ot] OR integrative review*[ot] OR integrative overview*[ot] OR integrative literature review*[ot]
#14	(#11 OR #12 OR #13) NOT #8
#15	#4 AND #14
#16	Narration[mh:noexp]
#17	narrati*[tiab] OR metanarrative*[tiab] OR meta-narrative*[tiab] OR narrati*[ot] OR metanarrative*[ot] OR meta-narrative*[ot]
#18	#16 OR #17
#19	#4 AND #18
#20	#10 OR #15 OR #19

Embase (Ovid)	
Date du repérage : octobre 2020	
Limites : 2010- ; anglais, français ; Embase	
1	*Teleconsultation/ OR *Telemedicine/ OR *Videoconferencing/
2	(e-health OR m-health OR ehealth OR mhealth OR mobile health OR remote consultati* OR tele-care* OR tele-consultation* OR tele-health OR tele-medicine OR telecare* OR teleconsultation* OR telehealth OR telemedicine OR telephone consultation* OR video-based OR video conferenc* OR video consultation* OR videobased OR videoconferenc* OR virtual consultation* OR virtual visit*).ti,ab,kw.
3	OR/1-2
4	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/
5	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab,kw. OR standard*.ti,kw.
6	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (case report* OR comment* OR replies OR reply OR editorial* OR letter*).ti,kw.
7	(4 OR 5) NOT 6
8	3 AND 7

9	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/
10	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab,kw. OR (review.tw,kw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kw.)
11	(9 OR 10) NOT 6
12	4 AND 11
13	Verbal Communication/
14	(narrati* OR metanarrative* OR meta-narrative*).ti,ab,kw.
15	OR/13-14
16	4 AND 15
17	8 OR 12 OR 16

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database	
Date du repérage : novembre 2020	
Limites : 2010- ; anglais, français	
1	(e-health OR m-health OR ehealth OR mhealth OR mobile health OR remote consultati* OR tele-care* OR tele-consultation* OR tele-health OR tele-medicine OR telecare* OR teleconsultation* OR telehealth OR telemedicine OR telephone consultation* OR video-based OR video conferenc* OR video consultation* OR videobased OR videoconferenc* OR virtual consultation* OR virtual visit*).mp.
2	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).mp.
3	standard*.mp.
4	(case report* OR comment* OR replies OR reply OR editorial* OR letter*).mp.
5	(2 OR 3) NOT 4
6	1 AND 5
7	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).mp.
8	(review AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo))).mp.
9	(7 OR 8) NOT 4
10	1 AND 9
11	(narrati* OR metanarrative* OR meta-narrative*).mp
12	1 AND 11
13	6 OR 10 OR 12

PsycINFO (Ovid)
Date du repérage : novembre 2020
Limites : 2010- ; anglais, français

1	(e-health OR m-health OR ehealth OR mhealth OR mobile health OR remote consultati* OR tele-care* OR tele-consultation* OR tele-health OR tele-medicine OR telecare* OR teleconsultation* OR telehealth OR telemedicine OR telephone consultation* OR video-based OR video conferenc* OR video consultation* OR videobased OR videoconferenc* OR virtual consultation* OR virtual visit*).mp.
2	(algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).mp. OR standard*.mp.
3	(case report* OR comment* OR replies OR reply OR editorial* OR letter*).mp.
4	2 NOT 3
5	1 AND 4
6	(HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).mp.
7	(review AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo))).mp.
8	(6 OR 7) NOT 3
9	1 AND 8
10	(narrati* OR metanarrative* OR meta-narrative*).mp.
11	1 AND 10
12	5 OR 9 OR 11

CINAHL (EBSCO)	
Date du repérage : novembre 2020	
Limites : 2010- ; anglais, français; article de périodique	
S1	MM (Remote Consultation OR Telehealth OR Telemedicine OR Videoconferencing)
S2	TI (e-health OR m-health OR ehealth OR mhealth OR mobile health OR remote consultati* OR tele-care* OR tele-consultation* OR tele-health OR tele-medicine OR telecare* OR teleconsultation* OR telehealth OR telemedicine OR telephone consultation* OR video-based OR video conferenc* OR video consultation* OR videobased OR videoconferenc* OR virtual consultation* OR virtual visit*) OR AB (e-health OR m-health OR ehealth OR mhealth OR mobile health OR remote consultati* OR tele-care* OR tele-consultation* OR tele-health OR tele-medicine OR telecare* OR teleconsultation* OR telehealth OR telemedicine OR telephone consultation* OR video-based OR video conferenc* OR video consultation* OR videobased OR videoconferenc* OR virtual consultation* OR virtual visit*)
S3	SU (e-health OR m-health OR ehealth OR mhealth OR mobile health OR remote consultati* OR tele-care* OR tele-consultation* OR tele-health OR tele-medicine OR telecare* OR teleconsultation* OR telehealth OR telemedicine OR telephone consultation* OR video-based OR video conferenc* OR video consultation* OR videobased OR videoconferenc* OR virtual consultation* OR virtual visit*)
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	MH (Algorithms OR Consensus OR Critical Path OR Practice Guidelines)
S6	TI (algorithm* OR best evidence OR best practice* OR (best AND practice*) OR clinical path OR clinical paths OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR critical pathway* OR CPG OR CPGs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthes* OR guidance* OR guide line* OR gold standard* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR research

	evidence* OR standard* OR standard care* OR standard practice* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care) OR AB (algorithm* OR best evidence OR best practice* OR (best AND practice*) OR clinical path OR clinical paths OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR critical pathway* OR CPG OR CPGs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR guidance* OR guideline* OR gold standard* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR research evidence* OR standard* OR standard care* OR standard practice* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care)
S7	SU (algorithm* OR best evidence OR best practice* OR (best AND practice*) OR clinical path OR clinical paths OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR critical pathway* OR CPG OR CPGs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence syntheses* OR guidance* OR guideline* OR gold standard* OR guideline* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice based evidence OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR research evidence* OR standard* OR standard care* OR standard practice* OR standard of care OR standard of practice* OR standards of care)
S8	S5 OR S6 OR S7
S9	MH Case Studies
S10	TI (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*) OR SU (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*)
S11	S9 OR S10
S12	S8 NOT S11
S13	S4 AND S12
S14	MH Meta Analysis
S15	TI (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of review* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR (review AND (medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR HTA OR HTAs OR methodological overview* OR methodologic overview* OR methodological review* OR methodologic review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR quantitative syntheses* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review*) OR AB (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of review* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR (review AND (medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR HTA OR HTAs OR methodological overview* OR methodologic overview* OR methodological review* OR methodologic review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR quantitative syntheses* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review*)
S16	SU (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of review* OR (systematic* AND (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR (review AND (medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)) OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR HTA OR HTAs OR methodological overview* OR methodologic overview* OR methodological review* OR methodologic review* OR quantitative review* OR quantitative overview* OR quantitative syntheses* OR integrative review* OR integrative overview* OR integrative literature review*)
S17	S14 OR S15 OR S16
S18	S17 NOT S1

S19	S4 AND S18
S20	TI (narrati* OR metanarrative* OR meta-narrative*) OR AB (narrati* OR metanarrative* OR meta-narrative*) OR SU (narrati* OR metanarrative* OR meta-narrative*)
S21	S4 AND S20
S22	S13 OR S19 OR S21

ANNEXE B

Sites web de littérature grise consultés⁶

Sites pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie

Québec

- Ami Québec : <https://amiquebec.org/seniors/>
- Association québécoise de gérontologie : <https://www.agg-quebec.org/>
- Association des médecins gériatres du Québec : <http://www.amgg.ca/>
- Association des médecins psychiatres du Québec : <https://ampq.org/> (démence)
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie : <https://www.aqiig.org/>
- Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal : <http://www.criugm.qc.ca/>
- Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec : <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/le-centre-dexcellence-sur-le-vieillissement-de-quebec>
- Center for research on aging (EngAGE) Concordia: <https://www.concordia.ca/research/aging.html>
- Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale : <http://www.creges.ca/>
- Centre universitaire de formation en gérontologie -Université de Sherbrooke : <https://www.usherbrooke.ca/gerontologie/>
- Centre de recherche sur le vieillissement -Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke : <http://cdrv.csss-iugs.ca/accueil>
- Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées : <http://maltraitancedesaines.com/fr/>
- Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec : <http://conferencedestables.org/>
- Fédération de l'âge d'Or du Québec : <https://www.fadoq.ca/ile-de-montreal/a-propos/coronavirus-covid-19> et <https://www.fadoq.ca/ile-de-montreal/ressources/sante-et-bien-etre/covid-19-et-sante-mentale>
- Fédération québécoise des sociétés d'Alzheimer <https://alzheimer.ca/fr/federationquebecoise>
- Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés : <http://www.ivpsa.ulaval.ca/>
- McGill University Research Centre for Studies in Aging: <http://aging.mcgill.ca/>
- Observatoire vieillissement et société : <http://ovs-oas.org/>
- Services Québec-Programmes et services pour les aînés : <https://www.quebec.ca/gouv/services-quebec/programmes-et-services-pour-les-aines/>

Canada (Hors Québec)

- Alberta Association on Gerontology: <https://www.albertaaging.ca/>
- Association médicale canadienne : <https://www.cma.ca/fr/soins-aux-aines>
- British Columbia Psychogeriatric Association: <https://www.bcpqa.com/>
- Canadian Association of Gerontology: <https://cagacg.ca/>
- Canadian Association for Retired Persons (CARP): <https://www.carp.ca/about>
- Canadian Caregiver Network: <https://www.thecaregivernetwork.ca/>
- Canadian Gerontological Nursing Association: https://cgna.net/Home_Page.php
- Canadian Home Care Association: <http://www.cdnhomecare.ca/>
- Centre for Education and Research on Aging & Health: <https://cerah.lakeheadu.ca/>

⁶ La liste des autres sites web consultés concernant tous les milieux confondus est publiée dans la réponse rapide intitulée *Pratiques de la téléconsultation en soins de première ligne et spécialisés - généralités*.

- Center on Aging- university of Victoria: <https://www.uvic.ca/research/centres/aging/index.php>
- Canadian Network for Prevention of Elder Abuse/ Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements des aînés : <https://cnpea.ca/fr/>
- Elder Abuse Ontario: <http://www.elderabuseontario.com/>
- National Initiative for the Care of the Elderly Nice Network Canada: <http://www.nicenet.ca/>
- Nova Scotia Center on Aging: <https://www.msvu.ca/en/home/research/chairs/centresandinstitutes/centreonaging/default.aspx>
- Ontario Gerontology Association: <http://www.gerontario.org/>
- Regional Geriatric Program Toronto: <https://www.rgptoronto.ca/>
- Regional Geriatric Programs Ontario: <https://www.rgps.on.ca/>
- Société Alzheimer Canada : <https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/COVID19/asc-covid-19-tipsheet-march-25-2020-fr.pdf>
- Société des organisations des citoyens aînés de l'Ontario <https://www.ossco.org/author/programs/>

États-Unis

- The American Geriatrics Society: <https://www.americangeriatrics.org/>
- American Health care association: <https://www.ahcancal.org/Pages/Default.aspx>
- American Society on Aging: <https://www.asaging.org/>
- Center for Social Gerontology -Michigan USA: <https://www.tcsg.org/>
- Center of Excellence on Elder Abuse- University of California, Irvine: <http://www.centeronelderabuse.org/>
- Gerontological Society of America: <https://www.geron.org/>
- Aging Life Care Association: <https://www.aginglifecare.org/>
- National Clearinghouse on Abuse in Later Life: <https://www.ncall.us/>
- National Center on Elder Abuse: <https://ncea.acl.gov/>
- National Institute on Aging: <https://www.nia.nih.gov/>
- Virginia Center on Aging -Virginia Commonwealth University: <https://vcoa.chp.vcu.edu/>

Europe

- Age UK: <https://www.ageuk.org.uk/>
- European Union Geriatric Medicine Society: <https://www.eugms.org/home.html>
- Personne âgées / autonomie Ministère des affaires sociales et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/>
- British Geriatrics Society: <https://www.bgs.org.uk/>
- Irish Gerontological Society: <https://www.irishgerontology.com/>
- Institute for Ageing and Health- Newcastle University: <https://www.ncl.ac.uk/ageing/>
- British Society of Gerontology - The study of ageing: <https://www.britishgerontology.org/>
- Société belge de gérontologie et de gériatrie : <https://geriatrie.be/fr/>
- Société française de gériatrie et de gérontologie : <https://sfgg.org/>
- Oxford Institute of Population Ageing: <https://www.ageing.ox.ac.uk/>
- Manchester Institute for Collaborative Research on Ageing (UK): <https://www.micra.manchester.ac.uk/>
- The Center for Research on Ageing at University of Southampton (UK): <https://www.southampton.ac.uk/ageingcentre/index.page?>
- Aston Research Center for Healthy Ageing (UK): <https://www2.aston.ac.uk/lhs/research/centres-facilities/archa>
- The Institute of Gerontology, King's College, London (UK): <https://www.kcl.ac.uk/research/profile/institute-of-gerontology>
- Center for Research on Ageing and Gender - University of Surrey: <https://www.surrey.ac.uk/centre-research-ageing-gender>
- Center for innovative Ageing -Swansea University: <https://www.swansea.ac.uk/cia/>
- Center for Social Gerontology - University of Keele: <https://www.keele.ac.uk/csg/>

Australie et Nouvelle-Zélande

- New Zealand Association of Gerontology: <http://gerontology.org.nz/>
- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine: <http://www.anzsgm.org/>

International

- International Association of Gerontology and Geriatrics: <https://www.iagg.info/>
- International Federation on Ageing: <https://ifa.ngo/>
- International Network for the Prevention of Elder Abuse: <http://www.inpea.net>

ANNEXE C

Tableau 1. Littérature scientifique

Auteurs (année) Pays	Objectifs <i>Devis</i>	Équipe clinique (utilisateurs) <i>Intervention</i>	Population	Résultats – pertinence / acceptabilité	Résultats – sécurité	Résultats– implantation /Limites
Barth, Nickel et al. (2018) Allemagne	Étudier différentes interventions ciblant les personnes âgées vivant en milieu rural pour dépister et diagnostiquer le déclin cognitif et la démence <i>A scoping review</i>	<i>13 études incluses;</i> • <i>Les interventions sont catégorisées en 4 catégories pour Médecins de famille /établissements généraux ; Services en ligne/mobiles ; Applications de télésanté ; Dépistage par téléphone</i>	Population de 50 ans et plus avec déclin cognitif et la démence	Les applications de télésanté montrent qu'il est possible et valide de diagnostiquer la démence par vidéoconférence. Les interventions pour les médecins généralistes sont efficaces pour accroître les connaissances et la confiance dans le diagnostic de la démence ainsi que dans la divulgation du diagnostic aux patients. Différentes procédures d'administration ont présenté des corrélations positives et significatives. L'évaluation cognitive effectuée par vidéoconférence (TICSM-PT) est une méthode valide et utile. Forte corrélation entre TICSM-PT appliquée par vidéoconférence et par téléphone, vidéoconférence TICSM-PT et téléphone et MMSE face à face		
Batsis, DiMilia et al. (2019) États-Unis	Effectuer une évaluation systématique des données probantes (ECR) concernant les interventions en télémédecine (TMed) menées chez les personnes âgées en milieu non hospitalier. TMed a été <i>Systematic review</i>	<i>Soins ambulatoires de TMed offerts à domicile ou en milieu d'aide à la vie autonome ou de soins de longue durée à l'extrémité de l'intervention (et non en milieu de soins actif ou hospitalier). Dans le cas u modèle de soins</i>	Études réalisées auprès de personnes de 65 ans et plus, avec des conditions comorbides de santé physique et mentale	Our findings demonstrate that TMed interventions are feasible and acceptable among older adults and that similar outcomes are achievable compared to usual, in-person care		Cette revue inclue deux études spécifiques pour les NH : De Luca, 2016 : vidéo-counseling pour les troubles neurologiques / psychologique (dépression) et Dy, (2013) : Soins du diabète, suivi de la glycémie et HbA1c. Limites méthodologiques (ex. heterogeneity in study design, the plurality of

					underpowered studies in each arm, and other methodological limitations) Risque de biais faible à modéré selon le Cochrane Collaboration's Risk of Bias Tool
Chess, Whitman et al. (2018) États-Unis	<p>L'étude décrit l'évaluation initiale des résultats du projet TripleCare.</p> <p>Le projet TripleCare, lancé dans des établissements de soins infirmiers spécialisés de 365 lits (Brooklyn, New York), visait à prévenir les hospitalisations évitables par l'implantation de la télémédecine pour assurer une couverture par les médecins pendant l'année de service.</p> <p>TripleCar : https://www.caringfortheages.com/action/showPdf?pii=S1526-4114%2816%2930175-5.</p> <p><i>Étude de cas mixte qui explore l'impact d'avoir un médecin disponible sur demande, via une technologie de télémédecine, pour l'évaluation et le traitement des changements dans les conditions médicales des aînés dans un établissement de soins de longue durée (skilled nursing facility).</i></p>			<p>Un service de télémédecine, comme celui fourni par TripleCare, pour compléter la présence de praticiens de soins primaires de jour dans le SNF a montré une réduction de 18 % du nombre de patients transférés à l'hôpital. Cette étude a révélé que l'utilisation d'un service de couverture médicale dédié, virtuel et après les heures de travail dans un SNF a démontré une réduction significative des coûts de l'assurance-maladie</p> <p>Une économie annuelle de coûts de l'assurance-maladie de 500 000 \$ pour un SNF de taille moyenne de 120 lits, soit 4167 \$ par lit.</p> <p>Le SNF payait 60 000 \$ par année pour ce service TC (y compris la technologie)</p> <p>Cette intervention a permis une formation en cours d'emploi en évaluation physique aux infirmières du SNF</p>	<p>L'unité de télémédecine est conçue pour assurer la simplicité de l'utilisation dans le SNF.</p> <p>Le médecin va accéder à l'unité grâce à un logiciel installé sur son ordinateur</p> <p>L'infirmière et le médecin « se rencontrent » dans la chambre du patient, en utilisant la vidéoconférence sécurisée bidirectionnelle et effectuer un examen physique approprié en collaboration à l'aide du stéthoscope numérique de l'unité et de la caméra zoom de 18 x</p> <p>Activités de pré-lancement du projet :</p> <p>Mises à niveau Wi-Fi dans l'établissement,</p> <p>Rencontres entre l'équipe clinique de TC et le personnel médical de l'établissement (directeur médical, médecins traitants et infirmières praticiennes de soins gérés),</p> <p>Accès en lecture seule au dossier de santé électronique (DSE),</p> <p>L'établissement d'un approvisionnement en médicaments d'urgence pour soutenir la pratique clinique,</p> <p>Former le personnel infirmier sur la façon d'utiliser la technologie et le moment d'appeler les cliniciens du TC.</p> <p>Intervention</p> <p>Constat d'un changement d'état par les infirmières pendant les heures d'ouverture du service TC (du lundi au jeudi de 18 h à 7 h; Vendredi à partir de 18 h, toute la journée samedi et dimanche, jusqu'au lundi à 7 h; et 6 jours fériés importants)</p>

					<p>Appel au numéro sans frais de TC et un rapport est directement remis au médecin TC.</p> <p>Le médecin va compléter les antécédents des patients en accédant au DSE de l'établissement.</p> <p>L'infirmière transporte l'unité de télémédecine au chevet du patient et le médecin va y accéder par son ordinateur Vidéoconférence sécurisée bidirectionnelle entre L'infirmière et le médecin dans la chambre du patient permettant d'interroger le patient lorsque c'était possible et effectuer un examen physique approprié en collaboration</p> <p>Un diagnostic est élaboré selon les renseignements tirés du rapport de l'infirmière, les données du DSE, l'échange avec le patients et l'examen physique.</p> <p>Un plan de soins créé et exécuté.</p> <p>Suivi planifié si indiqué et les note et les commandes du médecin sont envoyés par télécopieur à l'établissement et sera téléchargé dans le dossier médical du patient.</p> <p>Le médecin de TC va communiquer avec le médecin traitant ou l'infirmière praticienne lorsque c'est nécessaire</p> <p>Sinon, il va leur fournir un rapport sur le patient le matin du jour ouvrable suivant la rencontre</p> <p>Les membres de la famille du patient ou un autre membre significatif sont contactés si le patient était très malade ou s'il est nécessaire de compléter par d'autres directive</p> <p>Le médecin de TC va communiquer avec l'urgence de l'hôpital local si l'état de santé du patient ne s'est pas amélioré, si une procédure ou un test diagnostique sont nécessaires</p> <p>Les cliniciens du centre de SLD pourraient fournir des soins une fois la procédure</p>
--	--	--	--	--	---

					terminée ou le test était négatif
Cheng, Law et al. (2020) Canada	<p>Cette étude a évalué l'utilité d'un service de télémédecine pour des troubles musculosquelettiques (MSK) (TeleMSK) pour les patients des établissements de soins de longue durée nécessitant une consultation orthopédique.</p> <p><i>Étude transversale auprès de 26 établissements de soins de longue durée</i></p>	Un chirurgien orthopédiste et une infirmière ou un représentant de l'Ontario Telehealth Network pour accompagner le patient et la famille, le cas échéant		TeleMSK improved access to healthcare services and saved time for patients and families; patients and families satisfaction with their experience using telemedicine as an alternative to in-office orthopaedic consultation 74.1% reported that TeleMSK addressed the patient's health care needs including accessibility, reducing unnecessary costs of transfer or travel, and improved efficiency in consultations.	Outils utilisés: Telehealth Satisfaction Scale and the Telemedicine Usability Questionnaire (TUQ)
Choi, Kim et al. (2020) Corée	<p>To evaluate the current healthcare system and to develop a service model based on information and communication technologies (ICT) for use in older patients in long-term care facilities</p> <p><i>Mixte method: (Qualitative literature review; Focus groups with medical staff, patients, and their family members; A structured questionnaire surveys)</i></p>	<p><i>Health-RESPECT service model: Le programme fourni des outils pour l'évaluation gériatrique complète (ACG), les stratégies de traitement individualisées, la gestion des maladies chroniques, des médicaments et de réadaptation ainsi que des systèmes de consultation par vidéoconférence pour la prise en charge des exacerbations aiguës, des aggravations et transferts des patients.</i></p>	Elders in LTC or NH		<p>importance of a common format for the comprehensive assessment of multi-morbidity, medication, nutrition, and functional status for LTC's residents; The most difficult factors in the management or care of older patients were complex multi-morbidity, absence of assessment tools and reimbursement systems for older patients, management of duplicate medications, lack of information about previous medical records; The respondents most frequently reported using paper to transfer medical information but reported being dissatisfied with the amount, quality, and methodology; Participants also expressed concerns about the lack of an adequate reimbursement system; Medical information exchange system use to transfer information on medications, diagnoses, laboratory data, and vital signs from the electronic medical records (EMRs) of LTCH to the service platform; Healthcare workers in LTCH assess patient general function, comorbidity status, and cognitive status; Because of the nature of long-term care facilities, the</p>

					patients have been hospitalized or institutionalized for long periods and the nurses in charge have a good understanding of the patients' medical or functional condition
Costanzo, Arcidiacono et al. (2019) Italie	To provide an updated narrative synthesis of the scientific literature about the implementation of telemedicine for diagnosis, treatment, and follow-up of patients with AD and MCI and their caregivers, through all the stages of the disease: from diagnosis to rehabilitation and support of daily life. <i>A literature review</i>			Efficacité de la télémédecine dans le diagnostic et le suivi de la MA et TNC modérés Available evidence suggests a potential role of telemedicine in dementia and pre-dementia stages: To improve diagnosis: Almost all of 51 articles in this category found a perfect correspondence between the diagnoses made in-person and by remote interviews, usually carried out by video conferences; The use of telemedicine could facilitate the accessibility to a diagnosis for this population; Four articles investigated the feasibility of telemedicine to provide an improved means of detecting the earliest transition to MCI compared with conventional testing.18-20,32; The most used diagnostic technology was video (video conferencing and video monitoring), which is described in nine of 15 studies.19,23-30	We included 56 articles, and what emerge at first sight are the small sample sizes and the great heterogeneity among the articles, not only when it comes to the different technological solutions they explored but also in the stage of the patient's disease.
Dias, Timm et al. (2017) Brésil	Objectifs: 1) décrire l'implantation de la télédermatologie pour les soins de plaies chez les aînés institutionnalisés; 2) évaluer la stratégie de télédermatologie (évaluation des connaissances des professionnels, évaluation de la satisfaction des professionnels et évaluation des aspects cliniques du projet) <i>Étude descriptive avec très peu d'information sur le processus clinique, l'évolution des lésions et l'évaluation de l'impact de</i>	L'équipe était consistée d'une équipe de consultation à distance, l'équipe locale de soins, dermatologiste et infectiologue consultants qui donnent un deuxième avis. L'équipe locale : Enregistrement d'images, formation professionnelle et demande de conseils		Impact sur les connaissances des professionnels : pré et post test : pas de variation dans le niveau de connaissance en lien avec l'implication dans le projet pour les équipes locales ; Grande satisfaction des professionnels; Evaluation clinique : description de l'état des lésions traitées, pas d'informations sur l'effet potentiel de la	L'équipe d'assistance locale a été formée par l'équipe de consultants à travers des séances hebdomadaires, entrecoupées de rencontres face à face et à distance à travers une plateforme de visioconférences web L'équipe soignante a pris des photos numériques hebdomadaires des lésions et les a soumises à l'évaluation par l'infirmière-conseil par l'intermédiaire du @ Fotofinder, jusqu'à la clôture du dossier. Le

	<i>l'utilisation de la dermatologie sur l'évolution des lésions et la réduction du recours aux soins en face à face.</i>			télédermatologie sur l'évolution de ces lésions	processus de guérison a été évalué l'aide de l'échelle PUSH 3.0; Systématisation du processus clinique par les deux équipes : locale et consultants (Figure en bas)
Driessen, Bonhomme et al. (2016) États-Unis	<p>Sonder un échantillon représentatif à l'échelle nationale de médecins et de prestataires de pratique avancés pour quantifier leurs perceptions et les fonctionnalités de la télémedecine souhaitées dans les NH afin de réduire les hospitalisations potentiellement évitables.</p> <p><i>Un sondage version papier auprès des médecins et de professionnel de pratique avancée dans les établissements de SLD (NH)</i></p>		<p>Les médecins et les professionnels de pratique avancée qui ont assisté à la Conférence annuelle de l'AMDA 2015 – The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine</p> <p>Taux de réponse de 45,6 %.</p>	<p>Parmi les prestataires de soins dans les NH, il y a un degré élevé de confiance dans le potentiel des solutions de télémedecine pour réduire les hospitalisations potentiellement évitables, ainsi qu'une idée claire et concrète sur les caractéristiques d'une telle solution utile.</p> <ul style="list-style-type: none"> Un tel consensus pourrait être utilisé pour soutenir l'implantation de la télémedecine pour répondre aux hospitalisations potentiellement évitables dans les NH. Cette approche serait basée sur les forces théoriques de la télémedecine tout en reflétant les besoins de ces organisations, des professionnels et des résidents. 	<p>Les attributs de la télémedecine jugés les plus importants par les médecins et les professionnels de pratique avancée étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une qualité sonore et vidéo suffisamment élevée pour permettre au consultant à distance de bien entendre et voir le résident (la capacité d'évaluer avec précision les ulcères de pression, la peau et les blessures...); Capacité d'audition des bruits cardiaques, pulmonaires et intestinaux à l'aide d'un stéthoscope électronique ; <p>Les résultats indiquent que les prestataires de soins perçoivent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> La télémedecine représente une opportunité pour améliorer la prestation des soins et la rapidité des soins, La mise en œuvre de la télémedecine devrait tenir compte des défis spécifiques du flux de travail et du processus de soins dans les NH. La télémedecine peut aider à éviter les transferts aux urgences ou à l'hôpital ; La télémedecine peut aider à améliorer l'accès aux soins appropriés pour les résidents La grande valeur de la télémedecine pour les hospitalisations potentiellement évitables dans les NH La télémedecine ne réduirait pas l'efficacité des soins aux résidents, Ne menace pas la vie privée des résidents Ne demande pas une grande expertise pour sa mise en œuvre;

					<ul style="list-style-type: none"> Ce n'est pas prioritaire de connaître le résident avant ni d'avoir une formation spécialisée en gériatrie pour assurer ces consultations : Les programmes de télémédecine peuvent être assurés par un large éventail de prestataires de soins et/ou de spécialités La mise en œuvre d'un programme de télémédecine introduit essentiellement un nouveau modèle de soins, et sa réorganisation inévitable et la redistribution du personnel, du flux de travail et des responsabilités rendent cette mise en œuvre très dépendante des caractéristiques de chaque établissement (l'emplacement, taille et complexité organisationnelle).
<p>Driessen, Castle et al. (2018) États-Unis</p>	<p>Pour mieux comprendre comment les intervenants du personnel administratif du FNS perçoivent la télémédecine et les facteurs qui influent son adoption</p> <p><i>Sondage : Après de gestionnaires administratifs du SNF qui participaient à un sommet sur la télémédecine d'une journée. The survey included the following domains: (a) perceived telemedicine benefits, (b) factors influencing adoption of telemedicine, (c) obstacles to adoption of telemedicine, and (d) overall view of the role Of telemedicine in SNFs</i></p>		<p>A group of Skilled Nursing Facilities administrative staff serving in chief executive positions (e.g., chief executive officer) or other administrative roles related to HIT (e.g., chief informatics officer) (N=19 from 90 SNFs)</p>		<p>Adoption Drivers: The most influential driver identified was hospitals making telemedicine a requirement of their SNF partners; Others: the requirements of managed care, and affordable care organizations for SNF partners, were regarded as fairly influential; Adoption Obstacles: The biggest perceived obstacle to respondents' adoption of telemedicine was the initial investment required; Only 15 respondents, the findings represent the views of a small sample of SNF administrative staff. The convenient, self-selected nature of the sample means that our findings are not representative of the average SNF; The survey does not address the views of SNF providers, a critical stakeholder group for the successful implementation and continued use of telemedicine in this setting</p>
<p>Edirippulige, Martin-Khan et al.</p>	<p>To systematically review the literature on telemedicine use in</p>		<p>LTC facilities</p>	<p>The review showed that telemedicine was enthusiastically accepted</p>	<p>The installation of the equipment and the testing of it in routine</p>

<p>(2013)</p> <p>Australie</p>	<p>LTCFs and assess the quality of the published evidence.</p> <p><i>Systematic review of the literature pertaining to the use of telemedicine in LTCFs. For the purpose of this review, a telemedicine encounter was defined as an event where clinical service (consultations) were provided at a distance using information and communication technologies (ICT).</i></p>			<p>by various parties, such as residents, LTCF staff, clinicians and family members. Three studies examining the economics of telemedicine in LTCFs showed that the care delivered by telemedicine was cheaper than the conventional method. Specialities such as <i>geriatrics, psychiatry and allied health</i> showed that the additional increase in the workload further improved the financial viability of telemedicine for providing services to LTCF residents</p>	<p>use for speciality appointments were key aspects of these studies. Quantity and scope of the literature; Heterogeneity in reporting</p>
<p>Geddes, O'Connell et al. (2020)</p> <p>Canada</p>	<p>To provide a multidimensional framework for remotely assessing cognitive, functional, behavioral, and physical aspects of people with cognitive impairment, along with ethical and technical considerations.</p> <p><i>A literature review was performed and an expert task force of behavioral neurologists, neuropsychiatrists, geriatricians, and neuropsychologists was convened under the auspices of the Alzheimer Society of Canada to create guidance on remote assessment of cognitively impaired individuals.</i></p>		<p>Guide de pratique pour la maladie d'Alzheimer au Canada</p>	<p>To protect patient privacy and confidentiality, it is imperative to use encrypted, password-protected videoconferencing software that meets Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requirements.⁹</p>	<p>The platform should be universally compatible across devices (e.g., tablets, smartphones, and computers) and user-friendly with minimal preparatory steps for the patient; connectivity can be checked with an internet speed test to ensure that there is adequate bandwidth to reduce potential frustration important to have a back-up plan if technical difficulties (e.g., continue via telephone) or the need for in-person assessment arise It is critical to obtain a telephone number prior to the telemedicine encounter as a back-up method of communication in the case of technical failures. History from an informant is essential to a thorough and reliable cognitive assessment, given the role of anosognosia; With the patient's consent, history can be obtained by phone from an informant located in a separate, private space or during a separate appointment. Family members at a third remote site can be included in counseling and history taking. In setting up the encounter, clinician and patient rooms should be quiet and private,</p>

					with no backlighting or orientation prompts such as calendars. Screenshare options allow presentation of high-resolution visual stimuli (i.e., PDF copies of testing materials) during the remote cognitive assessment. The patient's face should be positioned close to the webcam so as to help create a sense of natural eye contact.
Gentry, Lapid et al. (2019) États-Unis	<p>To examine the literature regarding psychiatric assessment and treatment via telemedicine for geriatric patients.</p> <p>On feasibility, acceptability, and cost-effectiveness of psychiatric assessment and treatment modalities within TMH for geriatric patients barriers to broader implementation Focus on synchronous, interactive videoconference (VC) visits.</p> <p><i>Revue systématique</i></p>	<i>Geriatric populations (primarily patients over age 50) or long-term care population</i>	<p>The systematic review findings are supporting the use of telemedicine in older adults in the areas of nursing home consultation, screening and diagnosis of cognitive disorders, community care for cognitive disorders, treatment of depression in integrated and collaborative care models, and psychotherapy;</p> <p>Cognitive Testing: the Mini-Mental Status Exam (MMSE) and Standardized Mini-Mental State Examination (SMMSE) by VC, indicating this exam is feasible and reliable when compared to face-to-face administration.</p> <p>The Cambridge Cognitive Examination, Montreal Cognitive Assessment (MOCA) and the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) by VC have been shown to be feasible and reliable with results comparable to IP assessment</p> <p>Clinical Diagnosis and Treatment of Dementia studies examined reliability of clinical diagnosis of dementia by VC and found it to be comparable to IP evaluation.</p> <p>The feasibility of ongoing dementia care by VC</p>		<p>Feasibility, acceptability, and cost-effectiveness of psychiatric assessment and treatment modalities within TMH for geriatric patients</p> <p>Plusieurs tests sont encore valides si administrés à distance</p> <p>Limitation du remboursement des actes;</p> <p>(In United States, Medicare began to reimburse for telemedicine services to rural beneficiaries in 1997 with an expansion of these services under the Medicare, Medicaid and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000).</p>

			<p>has been demonstrated in 11 studies. For nursing home, the studies show evidence that</p> <ul style="list-style-type: none"> • VC consultations are feasible and well accepted by patients and caregivers; increase access, consultant flexibility and efficiency by reducing travel time, and are more cost-effective than on-site visits • Psychiatric rating scales (the MMSE, Geriatric Depression Scale (GDS) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) can be administered reliably via VC in nursing home settings and geriatric psychiatry inpatient; • Clinical dementia rating scales (Blessed Dementia Scale (BDS), Clinical Dementia Rating (CDR) and Short Blessed Test (SBT) have also been shown to be reliable by VC in the nursing home setting. 		
<p>Gillespie, Moser et al. (2019) États-Unis</p>	<p>This document offers guidance to clinicians and facilities on the use of telemedicine to deliver medically necessary evaluation and management of change of condition for nursing home residents.</p> <p>Bonnes pratiques pour les cliniciens et les gestionnaires pour l'utilisation de la télémédecine pour l'évaluation clinique et la gestion des changements de la condition de santé chez les résidents</p> <p><i>The guideline is based on the currently available research, experience, and expertise of the Telemedicine and Technology workgroup experts, including a summary of a recently completed systematic mixed studies literature review to determine evidence for</i></p>		<p>Dans le cas centre de soins de longue durée, les plus grandes sources d'économies en raison de la mise en œuvre de programmes de télémédecine associés à son utilisation pour la gestion des changements d'état de santé ; Réduction des hospitalisations, l'amélioration des mesures de qualité, et l'établissement ou le maintien de l'état du réseau d'aiguillage auprès des hôpitaux et des payeurs. Un sondage mené en 2016 a montré une plus grande pertinence de la télémédecine pour la gestion d'état de santé</p>	<p>Mêmes considérations de confidentialité et de protection de la vie privée que celles d'une visite en personne. Le résident doit être examiné dans sa chambre, avec des rideaux tirés ou dans un bureau calme avec un bon éclairage est le cadre optimal ; Consentement du résident ou de proches (possibilité de refuser la télémédecine); Expliquer les limites de la technologie utilisée au résident / proches</p>	<p>Les téléprésenteurs naviguent le côté technologique pour les résidents qui apprécient souvent leur présence ; La télémédecine ne remplace pas les rôles de l'équipe des prestataires de soins primaires dans le NH. Lors de la conception d'un système de télémédecine, il faut éviter de créer un autre silo de soins; Les prestataires de soins primaires devraient établir une méthode fiable de communication des renseignements importants sur les antécédents et les soins d'un résident aux prestataires de soins qui vont utiliser la télémédecine pour leurs patients ; Processus clinique d'une rencontre d'évaluation et de</p>

	<p><i>telemedicine to reduce emergency department visits or hospitalizations of nursing home residents.</i></p>		<p>lié à la dermatologie, la psychiatrie gériatrique et les maladies infectieuses.</p>		<p>gestion d'affection aigue des résidents de NH, proposé par les auteurs (en bas); La documentation d'une visite en télémédecine doit utiliser les mêmes normes qui s'appliquent pour les visites en personne. Un formulaire normal d'évaluation et de de gestion est idéal avec le principal problème de santé, l'histoire, l'examen, l'évaluation et le plan. Cela aidera à avoir une communication claire entre les prestataires de soins. Lors de la mise en place du système, il devrait être clair si un système de prescription électronique doit être utilisé ou si des ordres verbaux sont attendus ; S'assurer que les normes de soins sont maintenues ou élevées. Proposition de mesures de qualité des soins de télémédecine selon le cadre de référence développé par L'accès au dossier médical de la NH peut également aider à mieux faire un portrait clinique exact du résident évalué. Une fois la visite terminée, la documentation clinique devrait être intégrée dans la mesure du possible dans le dossier médical du NH; Une pièce désignée est plus attrayante vu que moins d'installation technologique seraient nécessaire, et où une connexion Internet stable peut être assurée. Une unité mobile peut être davantage centrée sur le patient parce qu'elle élimine le besoin de déplacer le résident s'il est dépendant ou très malade. Les préoccupations techniques liées à la connectivité et à l'entretien continu doivent être traitées afin d'assurer le succès des interactions entre le prestataire de télémédecine et le résident ; Développement des compétences des professionnels de la santé</p>
--	---	--	--	--	---

					pour utiliser efficacement la technologie associée à la télémédecine. Investissements dans le perfectionnement professionnel, y compris la définition des compétences essentielles, ainsi que l'élaboration et la diffusion de programmes de formation, de guides de pratique clinique; Développement de matériel éducatif pour les résidents et les membres de leur famille, seront essentiels à l'optimisation de l'utilisation de la télémédecine dans les centres de SLD.
Grant, Lee et al. (2020) Canada	Recherche méthodique d'études sur l'impact d'interventions visant à réduire les transferts évitables de patients, d'établissements de soins de longue durée vers des services d'urgences <i>Scoping review</i>		26 études identifiées Trois études ont introduit la télémédecine pour relier les patients et le personnel des établissements de soins de longue durée à des prestataires de soins de santé hors site. L'impact de la télémédecine a été variable entre les études : Une première étude, celle de (Hofmeyer, Leider et al. 2016), note que 511 sur 736 (69%) consultations par télémédecine dans les centres de SLD n'ont pas nécessité de transfert aux urgences, par la suite. Selon les auteurs, les patients ayant des plaintes semblables auraient été transférés pour consultation aux urgences Les deux autres études, déjà citées dans d'autres revues: 1) originale analysée (Grabowski et al., 2014) (Différence non significative de 4,4 % avant l'hospitalisation) et 2) Une étude dont les résultats ont été déjà reportés dans une autre revue (Hui E, Woo J, Hjelm M, Zhang YT, Tsui HT. Telemedicine: a pilot study in nursing home		

			residents. Gerontology 2001;47(2):82-87), notent des résultats mitigés) (Diminution significative de 8,8 %, (de 328 à 299 visites par année).		
Hale, Haverhals et al. (2018) États-Unis	<p>To: (a) Describe the implementation process of the Vet Connect. project delivering telehealth to geriatrics and palliative care Veterans in NHs; (b) explain facilitators and barriers encountered; (c) report utilization and cost measures; and (d) discuss the refined process and plans for sustainability.</p> <p>The Vet-Connect project aimed to provide VA specialty medical care and mental health support via telehealth to Veterans who reside in contracted Community Nursing Homes (CNHs).</p> <p><i>Process mapping to clearly identify processes, barriers, and facilitators of program implementation;</i></p> <p><i>Economic evaluation: micro-costing techniques to estimate the financial resources saved from delivering a video visit as compared to delivering a visit face-to-face</i></p>		<p>telehealth services offered have to fill gaps in care without duplicating existing services.</p> <p>Au total, le système de soins de santé économise environ 310 \$ par visite vidéo substituée à une visite en personne (Evaluation économique des coûts directs du projet)</p>		<p>Les spécialistes du programme de télésanté VAMC de Denver ont sensibilisé l'équipe du projet à l'utilisation des Tablettes 4G pour effectuer des visioconférences entre le NH et le centre spécialisé. Pour lancer une visite, un prestataire de l'équipe consultée compose le numéro de tablette CVT spécifié dans son ordinateur activé avec le logiciel Jabber [20]. Pendant ce temps, au NH, le vétérinaire, ou le personnel de soutien va simplement accepter l'appel entrant du spécialiste en appuyant sur une icône verte sur l'écran CVT.</p> <p>Au fur et à mesure que le projet progressait, les vétérinaires ayant des troubles cognitifs comme la démence étaient jugés inappropriés pour les visites vidéo, car la communication était difficile; La préférence pour la vidéoconférence par rapport au téléphone a été privilégiée, en particulier pour l'établissement de relations et pour la lecture des expressions faciales.</p> <p>Étapes à suivre pour la préparation de la visite: Identification des patients appropriés par les infirmières pour une visite vidéo (soit par consultation directe, identification auprès des travailleurs sociaux de l'AV, soit par l'entremise d'une orientation du personnel d'AV ou de non-AV).</p> <p>Coordination entre les infirmières de l'équipe du NH, le spécialiste, le vétérinaire et, dans certains cas, sa famille, de l'heure et la date de la visite.</p> <p>Présence des infirmières de l'équipe du NH une heure avant la visite prévue pour</p>

					<p>obtenir les signes vitaux et les renseignements médicaux des patients afin d'assister le spécialiste à distance.</p> <p>Au moment opportun, l'infirmière rencontre le vétérinaire dans le NH, dans un cadre privé et calme, et le spécialiste appelle sur la tablette CVT à l'aide du logiciel Jabber</p> <p>Processus post-visite Mise à jour des données dans les dossiers médicaux électroniques par les infirmières de l'équipe du NH</p> <p>(Entrer les références ou consultations de suivi qui ont été générées au cours de la visite)</p> <p>Communication des recommandations du prestataire de soins par les infirmières de l'équipe au personnel de NH, en personne ou par télécopieur. Les visites et les notes de terrain sont suivies dans une base de données sécurisée.</p>
Harris, Archbald-Pannone et al. (2020) États-Unis	<p>Description of the University of Virginia (UVA)'s COVID-19 facility outbreak strategy formed in response to COVID-19 outbreak in a rural central Virginia facility.</p> <p><i>Étude de cas descriptive</i></p>	<p>Une équipe interprofessionnelle a rapidement été mise en point pour opérationnaliser une intervention en cas d'écllosion. L'équipe a apporté des changements au flux de travail afin d'alléger le fardeau administratif et clinique du personnel de l'établissement surchargé de travail qui avait de la difficulté à maintenir les soins après la mise en quarantaine de plusieurs membres clés du personnel.</p>			
Kidd, Cayless et al. (2010) Royaume-Uni	<p>review to identify published and unpublished research about telehealth applications in palliative care in the UK. The primary objectives were to explore, with reference to the palliative care sector: (1) who is using telehealth? (2) for what purpose is telehealth being used? and (3) is telehealth use increasing within the clinical setting?</p> <p>Applications de télésanté dans les soins palliatifs au Royaume-Uni. Les principaux objectifs étaient d'explorer, en ce qui concerne le secteur des soins palliatifs: (1) qui utilise la</p>	<p><i>Home care; Hospital; Nursing home Primary care</i></p>	<p>Change routine consultations between patients and professionals and multidisciplinary meetings between professionals, Enhancing networking opportunities across the UK, and improving continuity of care, more efficient use of resources and specialist staff, and improving reliability and accuracy of the information exchanged</p> <p>Pertinence: Many of the applications reported appear to hold</p>		<p>The term 'telehealth' covers a variety of different definitions, connotations and applications; Several unpublished works were found to be no longer available or accessible; may be telehealth applications in use by health professionals working in palliative care, but not yet published; Many studies describe applications which have been developed in isolation from existing systems of care, so that it is difficult to determine the true feasibility and value that these initiatives provide.</p>

	<p>télesanté ? (2) à quelles fins la télesanté est-elle utilisée ? <i>Literature review (Scientific and gray)</i> <i>Specific to the UK.</i></p>		<p>advantages for direct patient care by improving the patient and carer experience, clinical practice and health service delivery. mainly for:</p> <p>Screening and symptom monitoring remote monitoring in palliative patients cared for at home; Videoconferencing link for case studies in palliative care unit for educational purposes; Supporting hospice role as an end-of-life care resource centre; E-learning resource aiming at nurses and carers in palliative care; A hospice-run, telephone, out-of-hours, specialist palliative care advice service (to health professionals) Out-of-hours telephone palliative care advice line for medical and nursing staff in primary care, hospital and nursing homes caring for patients with cancer; Online palliative care training, educational and information resource for primary care teams to enhance the knowledge and skills of health professionals caring for palliative care patients;</p> <p>Utilisateurs:</p> <p>Nurses, GPs and carers of palliative care patients have been found to be the most common users of palliative care telephone advice lines in England.^{24,36,37} The use of telehealth for palliative care in the UK appears to be gaining acceptance some preference remains for traditional face-to-face contact, during emotional or</p>		<p>Ethical challenges and concerns relating to the privacy and confidentiality of patient data, the process of informed consent, the encouragement of dependency instead of independence, equality of access, lack of the human touch, the nurse-patient relationship and the medicalization of the home environment.^{45,46}</p> <p>Restrictions were not placed on data quality. To</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Low, Toh et al. (2020) Singapour</p>	<p><i>A prospective, descriptive study (local program evaluation)</i></p>	<p>Videoconferencing (VC) Teleconsultation sessions were conducted with each nursing home 2-3 times a month. Formation (training courses and workshops) du personnel des nursing home en télémédecine, facilitation de la planification des soins avancés et les soins de fin de vie.</p> <p><i>Résidents de 8 NH (15 to 104 years old)</i></p>	<p>psychological discussions</p> <p>There were 1673 teleconsultations conducted with 850 unique patients. Most of these patients were categorized as having moderate to severe disability (Most of the patients (90.7%) were either mainly chair- or bed-bound and required assistance in their basic activities of daily living) Ninety-five percent of the consultations were scheduled; The main reasons for referral were for medication review (47.6%) and behavioral problems (22.1%). The 4 commonest comorbidities were hypertension (57.0%), dementia (40.0%), diabetes (39.0%), and hyperlipidemia (38%). The most common primary diagnosis was dementia (21.6%), of which 227 of those diagnosed (62.8%) were referred for behavioral and psychological symptoms of dementia. 45.8% of the residents were on 9 or more medications, Telemedicine consultations resulted in adjustment of drug regimen (57.3%), detailed monitoring including the use of nursing monitoring charts (35.4%), changes in medication dosage (27.8%), and skin and wound care management (13.5%). These interventions were not mutually exclusive.</p>	<p>Verbal consent obtained from the resident, next of kin, or the nursing home nurses (for the destitute), prior to each teleconsultation.</p>	<p>The TCF form comprised records of the teleconsultation as well as a prefilled segment containing the preliminary geriatric assessment conducted by the nursing home staff (geriatric depression scale, abbreviated mental test, generic functional status, vital signs reading for the day, and the problem list) During the teleconsultation the doctor remained in the acute hospital, whereas the "telegeriatrics"-trained nurse was located at the designated nursing home's clinic or the patient's bedside. The latter acted as "hands" of the doctor and provided the necessary information to the doctor at the other end of the line. The consultant then extracted further information from the nurse and patient, where required, and performed a clinical examination, assisted by the nurse via the videoconferencing equipment; The doctor signed off on the TCF and emailed it to the nursing home's administrator in the portable document format. teleconsultation duration: median 20 min and the max 129 min; The main reasons for referral were medication review (26.7%), behavioral problems (15.5%), symptom review (14.9%), and general follow-up review (13.3%). after 1 month: 6,3 % patients referred to the specialist outpatient clinic for the presenting condition at teleconsultation, 6.2% to the emergency department. Among those who were sent to the ED, 25.2% were referred by the consultant during the teleconsultation. Pre-consultation preparation work was carried out by the</p>
---	---	---	--	--	--

					<p>nurses in the nursing homes, which included the filling up and transmission of the telegeriatrics consultation form (TCF), nursing home medication chart, parameters chart, behavior chart, hospital discharge summaries, laboratory and radiologic investigation reports, or any other relevant documents.</p> <p>TCF was used as electronic clinical records as well as for data collection for all patients consulted.</p> <p>A copy of this form can be obtained on request from the authors.</p> <p>Lack of randomization and a control group</p> <p>The outcome measures and quality indicators were self-reported by the nursing homes,</p> <p>Documentation within the TCF was inconsistent between different doctors, whereas some of the forms were incompletely filled.</p> <p>Perhaps an electronic version of the TCF with a dropdown list of choices could be used in the future</p> <p>Établir des indicateurs de qualité pertinents et significatifs, que ce soit d'un point de vue clinique ou technique, qui aideront à ouvrir la voie à son adoption plus grande dans la pratique clinique. 22 Un contrôle strict de la qualité et des normes strictes de sécurité des patients sont impératifs pour ces nouveaux programmes; Protéger la vie privée et la confidentialité des patients en adoptant des protocoles stricts pour le processus de téléconsultation et lors de la transmission des données et de l'information des patients.</p>
Newbould, Mountain et al. (2019) Royaume-Uni	Vise à cartographier les attitudes actuelles, les connaissances et la fourniture de vidéoconférences dans la région du Yorkshire et de Humber en Angleterre		Les répondants ont déclaré avoir utilisé des vidéoconférences principalement pour régler les problèmes de santé des résidents fragiles ou atteints de troubles mentaux.		Les résidents auront besoin du soutien du personnel soignant pour avoir l'utilisation de la technologie et pour avoir accès au service ; Le soutien technique (y compris le temps nécessaire

	<p><i>Etude mixte</i></p> <p><i>Des entrevues qualitatives avec des gestionnaires de care homes, un scoping review et des notes de terrain d'un groupe d'intérêt spécial (SIG), ont mené à l'élaboration d'un sondage descriptif</i></p> <p><i>Les résultats de la scoping review sont résumés dans la publication des auteurs de 2017 (Newbould, Mountain et al. 2017)</i></p>		<p>Les fins prédéfinies pour l'utilisation, les mieux classés ont été l'utilisation de la vidéoconférence pour « l'évaluation » et « offrir des Conseils »</p>	<p>site distant pour répondre) et la confiance du personnel sont les parties les plus souhaitables du service. Entretiens qualitatifs Difficultés concernant l'utilisation de la vidéoconférence dans care home : 1) crainte que les résidents ne soient pas à l'aise d'être vus de cette façon, 2) préoccupations concernant le coût de la formation du personnel, 3) l'effet sur la qualité des soins et 4) les difficultés liées à l'utilisation de l'équipement technique (ex. accès au Wi-Fi).</p> <p>Les avantages perçus de l'installation de la vidéoconférence comprenaient : 1) Réduction des coûts et réduction des admissions ;2) La possibilité de réduire la charge de travail du personnel, 3) l'amélioration de la confiance du personnel dans la gestion des soins et 4) l'amélioration de la qualité des soins ; Possibilité de tester le système peut favoriser l'adoption</p> <p>Le principal facteur d'adoption de la télémédecine dans les care homes est l'accès et la satisfaction actuels à l'égard des services de soins de santé traditionnellement fournis (les difficultés d'accès à ces services, telle la COVID-19, seront une motivation importante à l'adoption de la télémédecine dans les Centre de SLD).</p> <p>Des informations plus facilement accessibles sur les modalités d'utilisation et les coûts de la mise en œuvre peuvent encourager l'adoption.</p> <p>Étude descriptive très exploratoire ;</p> <p>Le taux de réponse à l'enquête a été limité (14 %). La majorité des répondants au sondage provenaient de care home privés. Un certain nombre de réponses ont été éliminées</p>
--	---	--	--	---

					en raison d'erreur de compréhension des questions. Cela aurait pu influencer les résultats et les constatations.
Naraimha (2017) États-Unis	<p>Comprendre les caractéristiques des études avec la population gériatrique concernant la convivialité, les aspects de la convivialité qui ont été exploré et comment, les méthodes d'analyse de données utilisées, l'impact de la télémédecine gériatrique sur les utilisateurs, les défis de convivialité avec les plateformes de télémédecine et les limites observées.</p> <p><i>Revue systématique</i></p>	<p>Entre un patient et un fournisseur de soins</p> <p><i>Geriatric telemedicine</i></p> <p><i>Appel vidéo, vidéoconférence (Avec ordinateur ou télévision)</i></p>	<p>2 études sur 16 sont en <i>nursing home</i></p> <p>Pallawala and Lun, 2001 (17)</p> <p>Hui et al., 2001 (18)</p>	<p><u>Pallawala, 2001</u> La télé gériatrie enlève les barrières liées au déplacement d'un rendez-vous en personne.</p> <p>Les résidents ont confiance à la téléconsultation et trouvent que c'est une ressource qui a de la valeur.</p> <p><u>Hui, 2001</u> Dermatologie et podiatrie à distance : 82 à 95 % des résidents sont satisfaits.</p> <p>Télémédecine (dermatologie et podiatrie) est moins chère que la méthode conventionnelle.</p> <p>Consultation en face à face ont eu lieu seulement quand un examen physique est requis et quand il y des enjeux importants de communication. Si le patient a besoin d'une consultation en face à face, celle-ci a lieu la journée même ou le lendemain matin.</p> <p>Des résidents ont parfois de la difficulté à voir ou entendre le médecin à distance. Ils ont parfois peu confiance au système de télémédecine.</p>	<p>Processus : technologique ISDN connection ou ADSL connection</p>
Newbould (2017) Royaume-Uni	<p>Identifier l'étendue et la nature des preuves concernant l'utilisation de la vidéoconférence pour la prestation de soins des personnes âgées en <i>care homes</i></p> <p><i>Scoping review</i></p>	<p><i>Vidéo-conférence</i></p>	<p>26 études dont 14 ECU, 5 cohortes, 3 <i>repeated measures</i>, 1 ECR, 1 qualitatif, 1 <i>observational</i> et 1 transversale</p> <p>Personnes âgées en <i>care homes</i></p>	<p>Évaluation / suivis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostique de la démence (seulement 1 étude) - Evaluation de plaies - Changements cliniques liés à la démence 	

				<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation gériatrique générale - Evaluation psychiatrique - Evaluation de problèmes aigus (chutes, état mental, résultats de laboratoires anormaux) Gestion d'une condition clinique : - Problèmes de santé mentale 	
<p>Sekhon (2021) Canada</p>	<p>Est-ce que la télémédecine peut améliorer la gestion de la démence dans des régions rurales?</p> <p><i>Revue systématique</i></p>	<p>Médecin avec la personne âgée et sa famille en présence d'un coordonnateur ou d'un autre médecin</p> <p><i>Télémédecine</i></p>	<p>12 études dont 7 longitudinales et 5 transversales</p>	<p>Résultats contradictoires concernant la validité et la fidélité des tests cognitifs à distance.</p> <p>Selon plusieurs études, les personnes avec des pertes auditives ou visuelles ont davantage de difficultés à suivre une consultation à distance qu'en personne.</p> <p>La fidélité des tests cognitifs en présence d'un traducteur (pour les immigrants ou autres) n'a pas été suffisamment étudié.</p> <p>Généralement, les médecins, les professionnels, les personnes âgées et leurs familles sont satisfaits de la télémédecine et trouve cela pratique.</p>	<p>Selon plusieurs études, un coordonnateur en télémédecine ou un médecin est présent dans la chambre durant la consultation en télémédecine en plus du patient et de la famille. La fidélité et la faisabilité de la télémédecine sans la présence d'un coordonnateur ou d'un autre professionnel de la santé sont inconnus.</p>
<p>Alexander et al. (2020) États-Unis</p>	<p>1- Est-ce que la télésanté est davantage utilisé dans les Nursing homes depuis mars 2020? 2- Pour quelles raisons les nursing home utilisent la télésanté? 3- Quelle est la différence avant et après la pandémie selon la taille des établissements, leur lieu (urbain, rural) et leur appartenance (public ou privé)?</p> <p><i>Étude transversale (sondage)</i></p>	<p>Entre un résident et un fournisseur de soins</p> <p><i>Telehealth (medical screening, faire des visites de suivis et des consultations et des activités de gestion de la médication à distance)</i></p>	<p>Nursing home (n= 664) représentant 13 958 résidents</p>	<p>Comparativement à avant la pandémie de la covid, la télésanté est maintenant davantage utilisée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation des résidents et les arrangements préadmission - La transmission d'images diagnostiques, consultations et 2^e opinion - Saisie des résultats et interprétation par les radiologistes 	<p>16% des nursing home n'utilisent pas la télésanté et 5% l'utilisent énormément. Les 79% restant l'utilisent un peu ou de façon modérée. La télésanté semble plus utilisée dans les lieux urbains que ruraux.</p>
<p>Wade et al. (2015) Australie</p>	<p>Évaluer si les consultations vidéo entre un médecin généraliste et l'équivalent d'un CHSLD sont rapides et évitent</p>	<p>Médecin généraliste et infirmière avec ou sans le résident</p>	<p>3 residential aged care facilities</p>	<p>La télémédecine semble pertinente et sécuritaire pour des observations cliniques précises :</p> <ul style="list-style-type: none"> -cédème 	<p>Structure: équipement Médecin à distance: ADSL (borad-bad) fixed lines</p>

	<p>des transferts inutiles à l'urgence.</p> <p><i>Mixte</i></p>	<p><i>Telemedecine (iPad mini et téléphone intelligent) sur une durée de 6 mois</i></p>		<p>-ecchymose -plaies -ulcères -tube de gavage -cancer de la peau -infections cutanées -lacérations</p> <p>La télémédecine semble pertinente et sécuritaire pour des observations cliniques <u>plus générales</u> :</p> <p>-agitation -suite à une chute</p> <p>Il ne semble pas approprié de faire un consultation vidéo lorsqu'une pneumonie est suspectée car un examen physique est requis ou un rayon X.</p> <p>3 des 40 consultations vidéo auraient éviter un transfert à l'urgence selon les md généralistes (2 cas de cellulite et 1 cas de chute)</p>	<p>Equivalent CHSLD : connexion 3-4G, infrastructure sans fil (wifi)</p> <p>Visite dans les chambres au lieu d'un endroit désigné!</p> <p>Formation requise pour plus de la moitié du personnel (peu de littéracie digitale ou peu d'expérience avec un iPad)</p> <p>Personnel 6 membres du personnel rencontrés sur 7 disent qu'il manque de procédures pratiques pour organiser des consultations vidéo. 4 personnes notent que c'est difficile d'intégrer la télémédecine à un horaire de travail déjà chargé. 3 personnes avaient un inconfort initial avec les communications vidéo qui s'est modifié par une attitude positive avec l'expérience.</p> <p>Médecin (n=4) All were positive about the potential of video consultations, but also thought it had not been realised due to a lack of mutually agreed protocols. They reported that trying to add video consultations to an already stressful environment was difficult.</p> <p>Résidents (n=3) All participants indicated that they were interested in and accepting of video consultations.</p>
<p>Shafiee Hanjani, Peel et al. (2019)</p> <p>Australie</p>	<p>To test the potential value and acceptability of a telehealth system to deliver coordinated medication review services to residents of aged care facilities, through collaboration of</p> <p><i>Mixed methods study</i></p>	<p>RES-e-CARE' (see http://resecare.com.au/) is a telehealth platform and service developed to deliver geriatrician-led comprehensive geriatric assessment pharmacists and geriatricians</p>	<p>LTCF residents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Review by pharmacists significantly reduced the mean number of medications from 14.9 to 13.4 ($p < 0.001$); • Review by geriatricians also significantly reduced this number from 14.9 to 12.3 ($p < 0.001$); • The reduction made by geriatricians 	<ul style="list-style-type: none"> • The main reported challenges were mainly of a technical nature

				<p>was significantly more than the reductions made by pharmacists ($p = 0.005$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatricians reduced the number of medications even further after viewing pharmacists' reports; • Medication reviews can be less time consuming, as well as reducing travel time; • online medication reviews was completed in less time in comparison with usual practice; • Telehealth can improve the timeliness of reports, • the study demonstrated a potential for the new system to be used as a part of routine practice; • The main disadvantage they reported was not being able to discuss with staff or observe the resident, 	
<p>Schneider (2016) États-Unis</p>	<p>Examiner les recommandations médicales données aux résidents avec le Parkinson en nursing home</p> <p><i>Exploratory retrospective Chart review</i></p>	<p>Movement disorder specialist</p> <p><i>Télémédecine (vidéoconférence)</i></p>	<p>69 résidents avec Parkinson en nursing home</p>	<p>La télémédecine a été utilisée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajouter un médicament (64%) - Arrêter un médicament (39%) - Changer un dosage de médicament (35%) demander de faire des investigations/ tests (16%) (tomographie, imagerie par résonnance magnétique, analyse de laboratoire, <i>dopamine transporter scan</i>) 	<p>Structure : équipement Bande-passante d'au moins 512 Kbps pour un vidéo de haute définition et audio avec un ordinateur</p>
<p>Philips (2020) Canada</p>	<p><i>Lettre à l'éditeur</i></p>	<p><i>MoCA en vidéoconférence</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> - Interpréter les résultats du MoCA à distance demande une compréhension entière et auditive de la personne évaluée (les lunettes et/ou les appareils auditifs de la personne évaluée doivent être utilisés pendant le test) - L'administration du test n'est pas standardisée en vidéoconférence en 	

				<p>raison de la variabilité de la résolution de la caméra, de la taille de l'écran et de la luminosité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les cutoffs conventionnels doivent être utilisés avec précaution (ou même ne pas les utiliser) en vidéoconférence. 	
<p>Zulfiqar (2018) France</p>	<p>Décrire les projets de télé-médecine dans le domaine gériatrique en France</p> <p><i>Revue narrative</i></p>	<p>Dermatologue et infirmière</p> <p><i>Télé-dermatologie</i></p>	<p>Ehpad</p>	<p>Selon 1 étude avec 19 résidents dans 6 Ehpad (équivalent CHSLD en France)</p> <p>Téléconsultation en dermatologie a été utilisée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaies de pression - Ulcères artériels - Blessures traumatiques <p>Telemedicine significantly improved the wound healing process and reduced expenditure on bandages by reducing the rate of dressing changes (p <0.005).</p> <p>The information and assistance available during teleconsultations provided notable theoretical and practical training to nursing home care staff.</p> <p>On the economic side, this study showed that remote consultations were able to eliminate the need for in-person consultations or hospitalization for 79% of the patients included</p>	-

Tableau 2. Littérature grise

Auteurs (année) Pays	Intervention	Population	Résultats – pertinence / acceptabilité	Résultats - sécurité	Résultats - implantation
British Geriatrics Society (2020) Royaume-Uni	Innovations technologiques: - support clinique avec un gériatre sur appel 24/7, collaboration flexible entre médecin généraliste et gériatre et coordination de support additionnel (équipe de soins palliatifs, psychiatrie et <i>Hospital at Home</i>). Échange d'information via WhatsApp -un gestionnaire qui coordonne la réponse de partenaires via des rencontres journalières et des appels proactifs au moins 1 fois par semaine dans chaque care homes. Groupe WhatsApp avec les gestionnaires des care homes et le gestionnaire coordonnateur d'autres ressources	Personnes hébergées en <i>care homes</i>	Dans le contexte covid-19	Il semble sécuritaire d'utiliser la téléconsultation afin de : <ul style="list-style-type: none"> • Prévenir le transfert de résidents à l'hôpital • Offrir des soins palliatifs au bon moment. 	Processus : clinique Le médecin qui fait une consultation à distance (évaluation clinique, conseils ou détermine la nécessité d'une visite en personne ou d'un transfert à l'urgence) doit avoir accès au dossier médical du résident.
Centers for Medicare & Medicaid Services (2020) États-Unis	FaceTime et Skype	Nursing home	Dans le contexte covid-19	-	Structure : personnel Un membre du personnel doit être en charge de faciliter l'expérience de télémédecine entre le résident et le médecin en gérant la technologie.
Telligen Centers for Medicare & Medicaid Services (2020) États-Unis	Telehealth (tablette électronique ou téléphone intelligent)	Nursing home	Dans le contexte covid-19	-	Processus <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que la direction préconise l'utilisation de la télémédecine. • S'assurer que les équipes cliniques s'investissent dans l'utilisation de la télémédecine. • Désigner une petite équipe de 'supers utilisateurs'. L'équipe de 'supers utilisateurs' peut confirmer l'efficacité de la télémédecine en suivant le cycle <i>Plan – Do – Study – Act</i>. Une fois que la télémédecine a débuté avec succès, l'équipe de 'supers utilisateurs' peut former leurs collègues pour assurer la pérennité. • Offrir de la formation au personnel. Processus : technologique <ul style="list-style-type: none"> • Avant le premier rendez-vous, l'infirmière et le médecin font un test pour s'assurer qu'ils sont tous les deux confortables avec la technologie. • Rendre accessible aux résidents et à leurs familles de l'information comme : pourquoi la télésanté est utile, à quoi ils peuvent s'attendre

Auteurs (année) Pays	Intervention	Population	Résultats – pertinence / acceptabilité	Résultats - sécurité	Résultats - implantation
					<p>durant un rendez-vous à distance. S'assurer de discuter de ces points avant un rendez-vous à distance.</p> <p>Processus : clinique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une semaine en avance, le médecin vérifie les rendez-vous à venir et fait une liste des informations à colliger d'ici le rendez-vous. 2. Le médecin envoie à l'infirmière désignée de l'établissement la liste des informations requises. 3. À la suite de la réception des informations, l'infirmière planifie une réunion avec le médecin pour discuter ou clarifier des éléments. 4. Juste avant la consultation à distance, l'infirmière s'assure d'avoir tout le matériel et des informations requises. 5. L'infirmière commence l'appel vidéo avec le médecin et entre dans la chambre du résident. <p>Un exemple de liste de vérification pour initier des services de télésanté est accessible ici : https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/07/checklist190508-gpTRAC.pdf</p>
<p>Institute of Gerontology (2013) Royaume-Uni</p>	<p>Télémédecine</p>	<p>Long term care</p>	<p>L'omniprésence de la technologie peut amener des éléments pervers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la confiance entre le résident et le médecin; - Méfiance par rapport à la confidentialité et la sécurité des données personnelles de santé; - Manque d'infrastructure adéquate; (structure : équipement) - Manque de compétence pour comprendre et utiliser la 	<p>-</p>	<p>-</p>

Auteurs (année) Pays	Intervention	Population	Résultats – pertinence / acceptabilité	Résultats - sécurité	Résultats - implantation
			technologie. (Processus)		
Ontario Health (2020) Canada (Ontario)	Visites vidéo (avec ordinateur portable, tablette électronique ou téléphone intelligent)	LTC/retirement home	Dans le contexte covid-19	-	<p>Processus : technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> Le médecin doit avoir un compte OTNhub et s'enregistrer via un programme (Ontario Virtual Care Program) pour la facturation. La personne qui assiste les soins virtuels doit aussi avoir un compte actif OTNhub (durant la pandémie covid, un compte générique peut être utilisé, par exemple virtualvisits@email.com). Un leader en soins virtuels doit être assigné dans l'établissement pour supporter les visites vidéo. La visite vidéo peut se faire avec un ordinateur portable, une tablette ou un téléphone intelligent qui est muni d'une caméra, d'un microphone et de haut-parleur. Une évaluation peut être nécessaire pour s'assurer que la bande-passante requise est disponible où la vidéoconférence est utilisée. Pour un appel vidéo avec une haute résolution, un minimum de 1.5Mbps UP et 1.5Mbps DOWN est requis. Pour un appel vidéo avec une résolution moyenne, un minimum de 1Mbps UP et 1Mbps DOWN est requis. Il faut communiquer aux résidents et aux familles que des visites vidéo médicales sont disponibles et suivre les lignes directrices pour assurer leur consentement. S'assurer d'avoir un bon éclairage (éviter d'avoir une fenêtre derrière le patient à moins que les rideaux soient fermés avec les lumières ouvertes). <p>Structure : équipement</p>

Auteurs (année) Pays	Intervention	Population	Résultats – pertinence / acceptabilité	Résultats - sécurité	Résultats - implantation
					<ul style="list-style-type: none"> Les appareils numériques doivent être fixés au moyen d'un support ou tenus par un membre du personnel. <p>Processus : clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer le respect de l'intimité et de la confidentialité (p. ex. : porte fermée avec un panneau mentionnant qu'une vidéo est en cours). Désinfecter l'équipement entre chaque résident (plus de détails ici : https://otn.ca/wp-content/uploads/2020/04/Cleaning-and-Disinfecting-Virtual-Care-Equipment-in-Health-Care-Organizations-March-31-2020.pdf). <p>Structure : personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> L'idéal est d'avoir un membre du personnel qui contrôle l'appareil et un autre qui présente le résident au médecin. Une page web avec plusieurs outils pratiques est disponible : https://training.otn.ca/course/view.php?id=10090
West Health (2019) États-Unis	Telehealth	Post-acute and long-term care	Augmenter l'accès à des soins et services, au moment opportun Augmenter la satisfaction des résidents		<p>Processus</p> <ol style="list-style-type: none"> Faire une évaluation des besoins avec les gestionnaires, le personnel, les résidents et leurs familles (incluant 3 phases soit un scan environnemental, une collecte de données et analyse et des alignements et stratégies) Évaluer le niveau de préparation au changement des gestionnaires, du personnel et des équipes de technologie de l'information (culture organisationnelle, leadership, personnel et infrastructures technologiques) Modèles financiers et de remboursement Implantation : préparer le personnel, installer la technologie et déterminer les méthodes de travail et de communication Considérations légales Considérations politiques Évaluation de la performance et pérennité
AMD Global Telemedecine (2015) États-Unis	Telemedicine	Long-term care facilities	Diminuer les admissions à l'hôpital Augmenter l'accessibilité	-	-


ANNEXE D**Membres du comité consultatif**

Membres	Affiliation
Mme Katy Sadpour	CUSM : Coordinatrice, centre de coordination de la télésanté du RUISSS de l'Université McGill
Mme Sabrina Lapointe	CIUSSS-CHUS : Coordinatrice, centre de coordination de la télésanté du RUISSS de l'Université de Sherbrooke
M. Guy Paré	Professeur titulaire, Département des technologies de l'information, HEC Montréal, Titulaire de la Chaire de recherche en santé connectée (Chercheur expert en télésanté)
M. Sébastien Carrier	CHU : Coordinateur, Centre de coordination de la télésanté du RUISSS de l'Université Laval
Mme Marie-Josée Paquet	CHUM : Coordinatrice, Centre de coordination de la télésanté du RUISSS de l'Université de Montréal
Mme José Côté	Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Titulaire de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques infirmières (Cybersanté – technologies de l'information) ; Chercheuse au CRCHUM (Chercheuse experte en télésanté)
Dr Jean-Paul Fortin	Médecin expert en santé publique, Chercheur au CIUSSS de la Capitale-Nationale, à VITAM – Centre de recherche en santé durable, au CRCHUQ et au CR de l'Hôtel-Dieu de Lévis (Chercheur expert en télésanté et organisation des soins)
Dre Romina Pace	Médecine interne (CUSM)
Dre Maxine Dumas Pilon	Omnipraticienne - Montréal ; Responsable projet e-Consult, Collège québécois des médecins de famille (CQMF) ; McGill ; Médecin-conseil au MSSS
Dre Mélanie Garneau	Omnipraticienne – Baie-Comeau (congé de maternité dès le 4 déc.)
Dre Maria Buithieu	Pédiatre – CHU Ste-Justine ; Pilote clinique en télésanté pour le CHU
Dre Marie-Claude Lebel	Gynécologue-obstétricienne – Baie-Comeau
M. Jean Morneau	Chef des programmes de télésanté – CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean
Mme Stéphanie Charest	Coordinatrice des IPS - CIUSSS de l'Estrie-CHUS
M. Jean Légaré	Usagers expert
Mr. Christian Chabot	Usagers expert

Les membres ont été invité offrir leurs commentaires à partir des quatre questions de la grille ci-contre.

1. Les données d'utilisation et/ou d'efficacité issues de la littérature retenue peuvent-elles, selon votre expérience et vos connaissances, s'appliquer au contexte de soins québécois, et potentiellement devenir des balises encadrant l'utilisation des modalités de téléconsultation au Québec?
•
2. Y a-t-il des enjeux importants (signaux d'alerte, barrières, facilitateurs) à une telle utilisation dans notre contexte de soins?
•
3. Quelle est votre perception de l'acceptabilité de l'utilisation de la téléconsultation (par visioconférence ou par téléphone) par les cliniciens, les patients et les proches aidants québécois?
•
4. Y a-t-il, dans le texte de la réponse rapide, des éléments incontournables manquants, mal contextualisés ou encore rapportés de façon erronée?
•

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

Québec 

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

