

Les établissements membres du Consortium InterS4 sont intéressés par le potentiel de la télésanté pour améliorer l'accès aux services dans les milieux éloignés des grands centres. Afin de faciliter l'implantation de la télésanté, ils ont identifié différentes questions pour lesquelles ils souhaitent obtenir de plus amples connaissances.

Le présent document résume les phases et les principales composantes de la pratique des professionnels de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une téléconsultation en temps réel. Il rapporte en quatre figures l'essentiel des connaissances tirées d'une recension narrative d'écrits provenant d'organisations réputées, bonifiées ensuite par l'avis d'experts et d'acteurs clés québécois.

TÉLÉCONSULTATION EN TEMPS RÉEL ENTRE PROFESSIONNELS, USAGERS ET PROCHES AIDANTS

Synthèse des phases et des composantes de
pratique à privilégier

Emmanuelle Jean et France C. Fleury

DOCUMENT DE TRAVAIL – Mars 2020

Vue les circonstances particulières actuelles, le Consortium InterS4 publie le présent ouvrage bien qu'il demeure en version de travail. Les travaux prévoient en effet une étape supplémentaire pour que chaque établissement puisse détailler ses propres préférences sur les pratiques signifiées par un « * » dans le document. Malgré cela, le lecteur y retrouvera une synthèse utile qui regroupe les meilleures connaissances à ce jour.

Le **Consortium InterS4** regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, ainsi que le Centre universitaire intégré (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en collaboration avec les Universités du Québec à Chicoutimi (UQAC), à Rimouski (UQAR) et en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des établissements en région grâce à un partenariat appuyé sur l'utilisation stratégique des connaissances de pointe. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Le **Courtage de connaissances** est un outil du transfert de connaissance « qui vise, via un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, acteurs de terrain, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. Les actions de cet intermédiaire peuvent être multiples et variées selon le contexte mais visent toutes à créer du lien et de la communication, à valoriser les connaissances et les compétences de chacun (sans critère de priorisation ou de hiérarchisation) et à améliorer les pratiques. » (Munerol, Cambon, & Alla, 2013)

Auteurs

Mme Emmanuelle Jean, Ph. D. (si vous avez des questions, des commentaires ou si vous souhaitez recevoir la version originale en format Visio des figures synthèses, écrivez à : Consortium-InterS4@uqar.ca)

M. France Charles Fleury, M. Sc., coordonnateur du Consortium

Avec la collaboration de Mme Mylène Trépanier

Demander

Comité de coordination du Consortium, Dre Annie Leger (DSP du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue) et Dr Jean-Christophe Carvalho (DSP du CISSS du Bas-Saint-Laurent)

Intention

Le présent ouvrage cherche à répondre aux préoccupations du demandeur sur les meilleures pratiques applicables à son contexte. Il se centre sur les publications récentes et sur l'avis d'acteurs clés québécois. Ce document vise à inspirer et à soutenir les membres du comité responsable de la planification du changement dans chaque établissement. Ces derniers soumettront les connaissances acquises à l'épreuve de la faisabilité et de l'acceptabilité dans leur organisation, en fonction de leurs priorités.

Niveau de fiabilité

Les connaissances produites en courtage de connaissances doivent être comprises en fonction du mandat des demandeurs et du contexte de réalisation. Le document peut avoir franchi différentes étapes de validation. Le fait de le préciser permet au lecteur d'apprécier la valeur des conclusions.

- Le présent ouvrage reflète les travaux et l'analyse des auteurs. Il n'engage qu'eux.
- Le présent ouvrage reflète l'opinion des auteurs et des personnes suivantes qui en ont validé les termes et les contenus :
- Le présent ouvrage est validé par les personnes suivantes, membres du groupe (préciser le nom du groupe et l'organisation) :

Citation suggérée

Jean, E., et Fleury, F. C., Téléconsultation en temps réel entre professionnels, usagers et proches aidants – Synthèse des phases et des composantes de pratique à privilégier. Consortium InterS4, Document de travail du 23 mars 2020, 11 pages. Disponible au <https://consortiuminters4.uqar.ca/>

Vous pouvez utiliser cet ouvrage en tout ou en partie sans l'approbation des auteurs. Nous vous demandons seulement d'en citer la source.

Ce que vous trouverez dans ce document

- ✓ Un aperçu des phases de la téléconsultation en temps réel auprès d'un usager
- ✓ Des composantes de pratique à adopter par les professionnels de la santé, pour chacune des phases
- ✓ Des clés pour la collaboration interprofessionnelle
- ✓ Des lignes directrices concernant les dossiers
- ✓ Des options de traçabilité des interventions
- ✓ Des ressources et des outils pour soutenir les décisions et actions des professionnels de la santé et des services sociaux

Ce que vous ne trouverez pas dans ce document

- × Des réponses à toutes les questions liées à la télésanté
- × La perspective des personnes impliquées dans les services de technologie de l'information (agents administratifs, préposés au soutien informatique, responsables, coordonnateurs infrastructures, etc.)
- × Une présentation détaillée des interventions cliniques
- × Un retour sur les bases des interventions professionnelles habituelles auprès d'usagers et de proches aidants

UN RAPPEL SUR LE POTENTIEL ET LES LIMITES DE LA TÉLÉSANTÉ

L'analyse narrative des écrits scientifiques (Jean et Fleury, 2019) indique deux tendances concernant les effets pour les usagers. Il n'y a d'abord aucune différence entre la télésanté et les soins habituels. Il y aurait également une amélioration supérieure favorable à la télésanté par rapport aux soins habituels, au regard de la qualité de vie, de l'autonomisation, des connaissances, des capacités liées aux autosoins et d'une meilleure adhésion au traitement, ainsi qu'une diminution de la mortalité.

Pour le système de santé (*idem*), plusieurs écrits indiquent des effets favorables supérieurs concernant la diminution des hospitalisations, la diminution de la consommation de services, la diminution des temps de traitement ainsi que l'amélioration des suivis, l'accès et la continuité des services. L'état des connaissances ne permet toutefois pas de se prononcer sur un avantage financier supérieur de la télésanté. La possibilité de tirer des avantages supérieurs de la télésanté par rapport aux soins habituels dépendrait moins de la technologie, de l'activité ou du champ d'application, que de la capacité de l'organisation à mettre réellement en œuvre ce changement et à le supporter dans le temps.

En tant que modalité d'intervention, la télésanté peut être utilisée en substitution complète, en substitution partielle ou en ajout aux interventions habituelles en présence. Utilisée d'une manière ou d'une autre, la télésanté peut toutefois engendrer des défis pour les usagers et pour les professionnels, dont les suivants : perception de distance entre le patient et le thérapeute ; sentiment d'atteinte à la vie privée ; sentiment accru de dépendance vis-à-vis de la télésurveillance et des professionnels ; implantation de nouvelles routines de travail pour les professionnels ; responsabilités moins transparentes ; et échecs des télécommunications.

Plusieurs effets favorables, voire supérieurs, de la télésanté pour la santé de l'utilisateur et l'efficacité du réseau suscitent l'intérêt pour une utilisation accrue de cette modalité d'intervention. Son déploiement se heurte à des défis qu'une formalisation des pratiques saurait aider à surmonter sur la base des meilleures connaissances provenant de la science, d'organisations réputées et d'avis d'experts, résumées dans des guides.

LA MÉTHODE D'ÉLABORATION DE LA SYNTHÈSE

La synthèse proposée rapporte les composantes essentielles de pratique dans un format pragmatique. Ces composantes proviennent d'abord d'une recension narrative des écrits provenant d'organisations réputées. La recension s'est centrée sur la littérature grise récente traitant des guides de pratique sur la structuration des téléconsultations et sur les outils de communication utiles dans ce contexte.

Les composantes ont ensuite été bonifiées par l'avis d'experts et d'acteurs clés québécois. Ils ont été recrutés dans chacun des RUIS afin de vérifier l'applicabilité des conclusions tirées des écrits à notre réalité, de s'assurer que les composantes étaient complètes et de parfaire le recensement d'outils jugés efficaces.

La stratégie visait à recruter au moins une personne de chaque CI(U)SSS membre d'INTER54 et au moins une personne avec une vision stratégique de la télésanté, du point de vue provincial et du point de vue des RUIS. Les responsables provinciaux ou des RUIS pouvaient solliciter des professionnels qui possédaient une expertise pratique en télésanté. Dix personnes ont reçu l'invitation et seize personnes au total ont participé à la consultation. Ils ont pu donner leur avis sur 26 questions formulées sur la base des écrits consultés, transmises par sondage électronique. Elles étaient également invitées à partager les documents qu'elles utilisaient au sein de leurs organisations. Bien que la synthèse s'appuie sur leurs avis, les experts et les acteurs clés ne l'ont pas

validée. Cette validation doit plutôt prendre la forme d'une consultation auprès des acteurs clés de chaque établissement pour qu'ils mettent à leur main certains contenus au regard de leur contexte ou de leurs préférences.

Tous les détails de cette consultation ainsi que les balises de la recension narrative se retrouvent dans la version longue du document (Jean et Fleury, février 2020). Par contre, les références et organisations consultées se retrouvent à la fin du présent ouvrage.

LES QUATRE PHASES ET LES COMPOSANTES DE PRATIQUE DE LA TÉLÉCONSULTATION

À la lumière de la recension des écrits et de la consultation auprès d'experts, quatre grandes phases se dégagent : l'initiation, la préparation, la réalisation et la conclusion. Chacune de ces phases est résumée en une page. Des composantes de pratique sont proposées pour chacune d'elles.

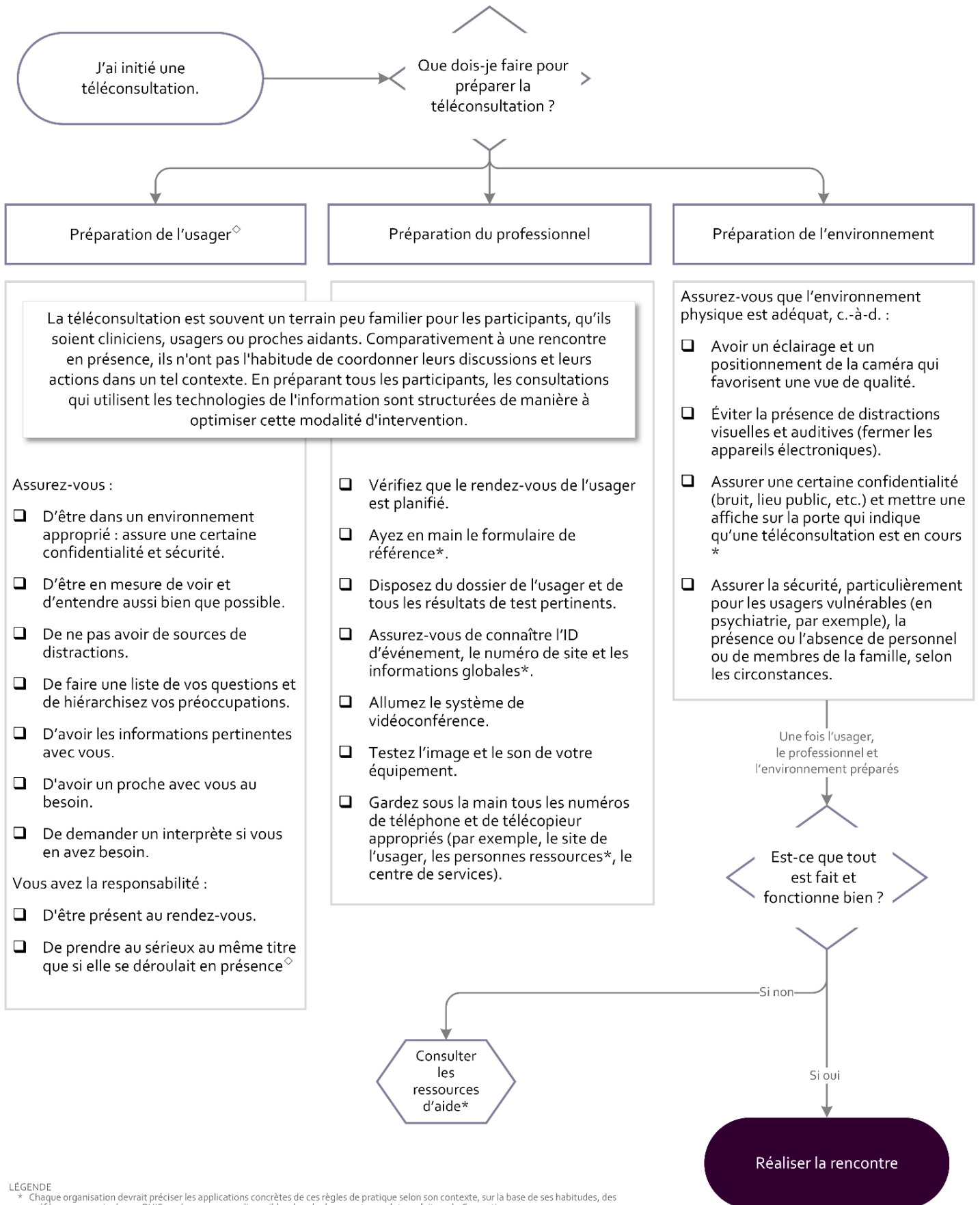
1 : INITIATION



LÉGENDE

* Chaque organisation devrait préciser les applications concrètes de ces règles de pratique selon son contexte, sur la base de ses habitudes, des préférences au sein de son RUIS ou des ressources disponibles dans le document complet produit par le Consortium.
[◇] Ces règles de pratiques ont été ajoutées par les experts et les acteurs clés consultés dans le cadre d'un sondage à partir d'une recension des écrits. Les autres règles proviennent de cette recension. Pour plus de détails, consultez le document complet.

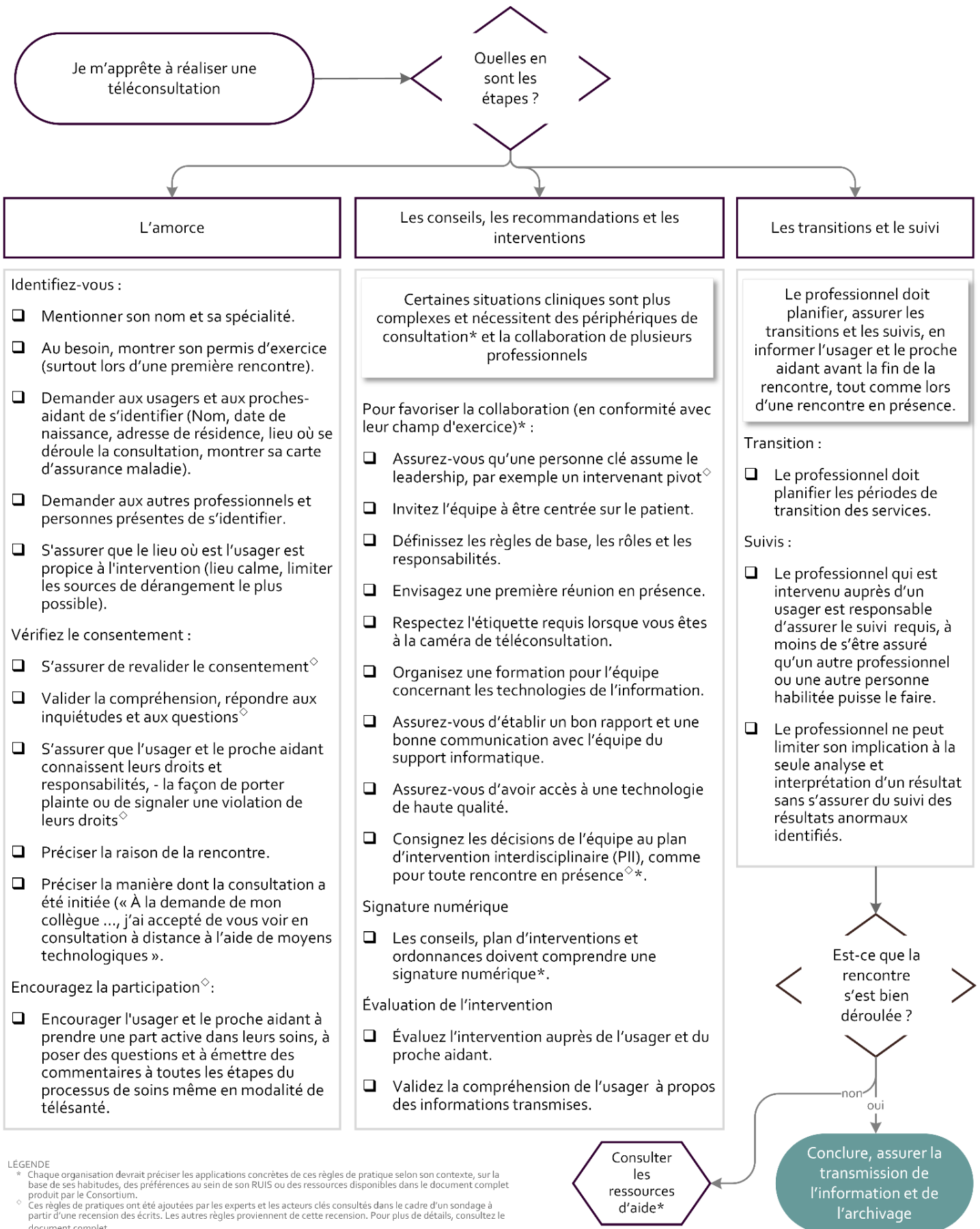
2 : PRÉPARATION



LÉGENDE

- * Chaque organisation devrait préciser les applications concrètes de ces règles de pratique selon son contexte, sur la base de ses habitudes, des préférences au sein de son RUIS ou des ressources disponibles dans le document complet produit par le Consortium.
- ◊ Ces règles de pratiques ont été ajoutées par les experts et les acteurs clés consultés dans le cadre d'un sondage à partir d'une recension des écrits. Les autres règles proviennent de cette recension. Pour plus de détails, consultez le document complet.

3 : RÉALISATION

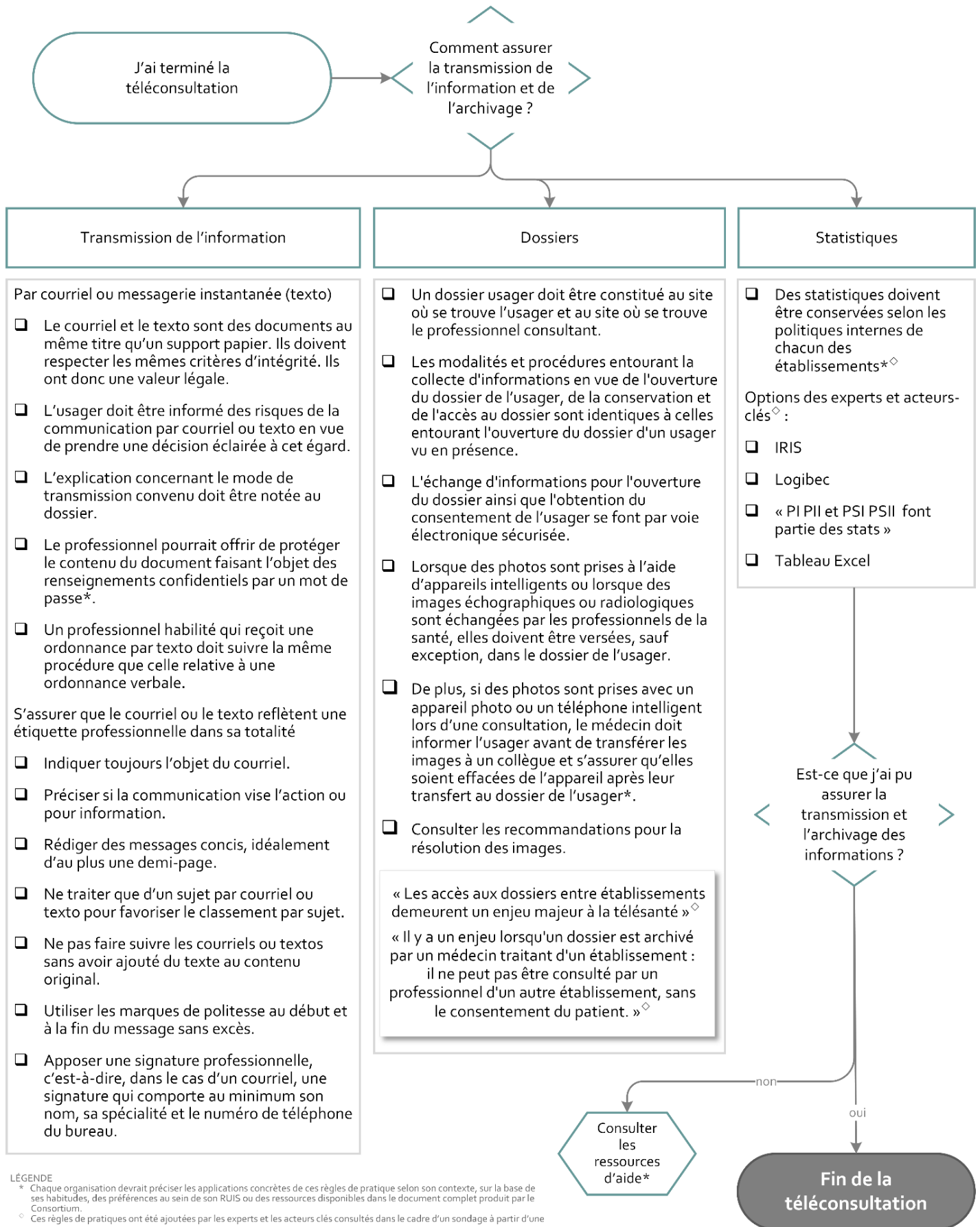


LÉGENDE

* Chaque organisation devrait préciser les applications concrètes de ces règles de pratique selon son contexte, sur la base de ses habitudes, des préférences au sein de son RUIS ou des ressources disponibles dans le document complet produit par le Consortium.

◊ Ces règles de pratiques ont été ajoutées par les experts et les acteurs clés consultés dans le cadre d'un sondage à partir d'une recension des écrits. Les autres règles proviennent de cette recension. Pour plus de détails, consultez le document complet.

4 : CONCLUSION



PRINCIPALES RÉFÉRENCES CONSULTÉES DANS LA RECENSION NARRATIVE AYANT MENÉ À LA SYNTHÈSE

- Association médicale canadienne. (2005). Physician guidelines for online communication with patients. Repéré à https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/GuidelinesOnlineCommunicationPatients.pdf
- Association médicale canadienne. (2015). La consultation par vidéoconférence : Quand est-ce le bon choix? Sécurité des soins: Amélioration de la sécurité des patients et réduction des risques Repéré à <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2015/videoconferencing-consultation-when-is-it-the-right-choice>
- BC Mental Health substance use services, Chow, M., & Thomas-Peter, K. (2014). Practice Guidelines for Video-based Telehealth Services. (pp. 20). Repéré à <http://www.bcchildrens.ca/mental-health-services-site/Documents/Practice%20Guidelines%20for%20Video-based%20Telehealth%20Services-2014.pdf>
- Collège des médecins du Québec. (2012). Les médecins et les médias sociaux, Rapport du groupe de travail en éthique clinique. 23.
- Collège des médecins du Québec. (2015a). Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : Guide d'exercice. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf>
- Collège des médecins du Québec. (2015b). Un nouveau guide d'exercice sur la télémédecine et l'utilisation des TIC. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/en/guide-sur-telemedecine-tic.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2018). Dossier médical électronique et transmission des ordonnances. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/dossier-medical-electronique-et-transmission-ordonnances.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2019). Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients! Repéré à <http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medecale.aspx>
- College of Physicians & Surgeons of Alberta. (2018). Telemedicine – Advice to the Profession. Repéré à http://www.cpsa.ca/wp-content/uploads/2018/10/AP_Telemedicine.pdf
- Conseil interprofessionnel du Québec. (2017). Outil d'aide à la décision: Télépratique et gestion du dossier numérique. (pp. 32).
- McGinn, M. M., Roussev, M. S., Shearer, E. M., McCann, R. A., Rojas, S. M., & Felker, B. L. (2019). Recommendations for Using Clinical Video Telehealth with Patients at High Risk for Suicide. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(4), 587-595. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.08.009>
- Ontario Telemedicine Network. (2019). OTN Training Reference Manual Clinical Consultations
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2018). Téléreadaptation: Principes directeurs en physiothérapie. Repéré à <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Telereadaptation-principes-directeurs-2018.pdf>
- Physiotherapy Alberta College + Association. (2018). Telerehabilitation Resource Guide for Alberta Physiotherapists. Repéré à https://www.physiotherapyalberta.ca/files/guide_telerehabilitation.pdf
- RUIS DE l'UdeM. (2014). Politique générique du RUIS de l'UdeM Encadrant les activités de télésanté effectuées Par les professionnels de la santé et le personnel de l'établissement. Repéré à <http://www.ruis.umontreal.ca/sites/default/files/Telesante/Politique%20t%C3%A9l%C3%A9sant%C3%A9.pdf>
- Weinstein, R. S., Krupinski, E. A., & Doarn, C. R. (2018). Clinical examination component of telemedicine, telehealth, mHealth, and connected health medical practices. *Medical Clinics*, 102(3), 533-544.

PERSONNES CONSULTÉES

Rappelons que les personnes ont exprimé leur avis sur les résultats de la recension narrative mais pas sur la présente synthèse.

Les personnes consultées proviennent: du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : Réseau Québécois de la Télésanté; de RUIS : Centre de coordination de la télésanté - CCT CHUM, Centre de coordination de la télésanté - CCT CUSM, Centre de coordination de la télésanté - CCT CHU de Québec-Université Laval, Centre de coordination de la télésanté - CCT CIUSS de l'Estrie-CHUS); ainsi qu'au moins une personne de chaque CI(U)SSS membre d'INTERs4 des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches, CISSS de Chaudière-Appalaches, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.