

Virage télémedecine au Québec :

Comment optimiser son implantation post-pandémie



Rédigé dans le cadre de la Journée
d'action politique 2021



FMEQ

Fédération médicale
étudiante du Québec

*Mémoire rédigé dans le cadre de la Journée d'action politique 2021 de la Fédération médicale étudiante du
Québec*

Publié le 1^{er} avril 2021
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : politique@fmeq.ca

Sous la direction de

Élise Girouard-Chantal, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Julien Lépine, délégué aux affaires externes, Fédération médicale étudiante du Québec

Rédigé par

Maxime Bell, secrétaire général de l'Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke

Vanessa Bisson-Gervais, représentante aux affaires externes de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université McGill

Evelyne Bossus, coordonnatrice du comité étudiant de l'Association médicale canadienne de l'Université de Montréal

Emily Boyer, étudiante en médecine, Université Laval

Maxence Brouillette, étudiant en médecine, Université Laval

Justine Dagenais-Curti, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke

Florence Grégoire, étudiante en médecine, Université de Montréal

Yaniss Heniche, représentant aux affaires externes de l'Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke campus Saguenay

Émilie Kate Landry, coordonnatrice à la vie étudiante de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

Félix Larochelle-Brunet, étudiant en médecine, Université de Sherbrooke

Christina-Maria Maalouf, représentante de l'année préparatoire de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

Tania Morin, étudiante en médecine, Université McGill

Katherine Tanguay, représentante aux affaires externes du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

Alexander Valerio, étudiant en médecine, Université McGill

Révision et mise en page

Francine Auger, adjointe à l'exécutif, Fédération médicale étudiante du Québec

Élise Girouard-Chantal, déléguée aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Dr Guillaume Roy, ancien délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Julien Lépine, délégué aux affaires externes, Fédération médicale étudiante du Québec

Remerciements

Mélanie Caron, B.Pharm ICD.D, conseillère spéciale Pharmacie et Télésanté au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Table des matières

1. Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Qc	6
2. Introduction	7
3. La télémédecine avant et depuis la COVID-19	8
3.1 Histoire de la télésanté au Québec	8
3.2 COVID-19 et changements dans l'offre de services en télémédecine	11
Tableau 1: Tableau comparatif des services offerts en télémédecine avant et après la pandémie de 2020	12
4. Les avantages de la télémédecine	14
4.1 Les domaines médicaux se prêtant à la télémédecine	14
4.2 Faciliter le recrutement et la formation continue du personnel en région	15
4.3 Accessibilité accrue pour les personnes à mobilité réduite ou lors de situations à risque	16
4.4 Diminution de l'empreinte écologique	17
4.5 Optimisation de l'organisation et continuum de soins	18
5. L'envers de la médaille	19
5.1 Accès aux soins de santé : inégalités géographiques	19
5.1.1 Les torts potentiels de la médecine pour les régions	19
5.2.2 Accès à l'Internet	20
5.2 Accès à la technologie et à Internet : inégalités intergénérationnelles	21
5.3 Les domaines médicaux ne se prêtant pas à la télémédecine	22
5.4 Enjeux éthiques et légaux	23
5.5 Accès au dossier clinique informatisé	25
Tableau 2: Tableau présentant les avantages de l'implémentation d'un DCI unique dans les centres hospitaliers du Québec	26
5.6 Danger pour le système public québécois et aspect économique	27
6. La relève médicale et la télémédecine	29
6.1 Intérêt des médecins et résidents pour la télésanté	29
6.2 Formation des futurs médecins à utiliser la télémédecine	29
6.2.1 Exposition des étudiants du préclinique à la télémédecine	29
6.2.2 Initiatives d'enseignement de la télémédecine : Revue de littérature	31
6.2.3 Exposition des étudiants de l'externat à la télémédecine	32
6.3 Formation virtuelle des étudiants en médecine : avantages et inconvénients	33
6.3.1 La pandémie du COVID-19, un véritable catalyseur de la formation à distance	33
6.3.2 Les avantages de la formation virtuelle	34
6.3.3 Les inconvénients de la formation virtuelle	35
6.3.4 La perspective étudiante en quelques chiffres	36
7. Conclusion	38
Annexe 1. Méthodologie du sondage sur l'exposition académique des étudiants à la télémédecine/impact de la formation virtuelle et sur l'impact de la pandémie sur l'exposition clinique et l'initiation à la télémédecine	39

1. Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Qc

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et sept campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académique, social, politique et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organes et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les sept campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

2. Introduction

Partir pour son rendez-vous médical une minute à l'avance et parler à son médecin dans le confort de sa maison en quelques clics seulement? «Impossible!» aurait-on dit en janvier 2020 alors que l'on commençait à entendre parler des premiers cas de COVID-19. La télémédecine est cependant devenue omniprésente depuis mars 2020 et force est d'admettre que les Québécois, autant les professionnels de la santé que leurs patients, ont découvert des outils et des façons de faire qu'ils souhaitent continuer à utiliser lorsque la situation socio-sanitaire se sera normalisée.

Cet appétit pour la télémédecine était pourtant déjà présent bien avant la pandémie. Malgré une offre très faible, la majorité des Québécois aurait souhaité avoir recours occasionnellement à la télémédecine dans les années qui ont précédé la pandémie. D'ailleurs, la télésanté a fait ses débuts au Canada en 1990 et, jusqu'au début des années 2000, le Québec se démarquait comme étant un pionnier en la matière. Depuis, plusieurs parties prenantes ont entamé des démarches afin d'augmenter la place de la télémédecine dans l'offre de soins et services de notre province, mais les progrès se sont avérés lents et fastidieux. Le Québec saura-t-il reprendre son leadership dans ce domaine et développer des pratiques efficaces, responsables et exemplaires en télémédecine?

Chose certaine, le développement accéléré de la télémédecine vient avec de nombreux avantages clairs pour la santé de la population via une meilleure accessibilité aux médecins et grâce à une plus grande efficacité du système de santé en général. Toutefois, ces gains potentiels soulèvent de nombreux enjeux, des questions importantes. La télémédecine pourrait-elle réellement augmenter l'accessibilité aux soins pour les populations marginalisées? Des inégalités géographiques pourraient-elles apparaître en raison de la variabilité de la connexion internet sur le territoire québécois? L'accès des personnes âgées à la télémédecine pourrait-elle être limité par leur maîtrise des outils technologiques et leur accès à ceux-ci? La télémédecine risque-t-elle de déshumaniser les soins? Qu'en est-il de la confidentialité et de la protection des données qui pourraient être compromises dans un contexte virtuel? Quels soins et services se prêtent bien à la télémédecine? Comment adapter l'éducation médicale à ce nouveau contexte, bonifier l'apprentissage des étudiants sans pour autant compromettre l'exposition des étudiants et la qualité de leur formation? Le momentum généré par l'avènement du virtuel représente par ailleurs une opportunité incontournable pour le Québec d'accélérer le virage numérique qui tarde à se déployer dans les établissements de santé au Québec.

C'est dans l'optique de joindre sa voix au débat public et à la réflexion de société importante entourant la télémédecine que la FMEQ a rédigé le présent mémoire. En effet, la FMEQ est d'avis qu'une discussion à l'échelle du Québec s'impose afin de maximiser les bénéfices que la télémédecine peut apporter au continuum de soins et services des Québécois et de limiter les effets pervers que celle-ci pourrait engendrer si mal balisée.

3. La télémédecine avant et depuis la COVID-19

3.1 Histoire de la télésanté au Québec

La télésanté et la télémédecine existent au Canada depuis plus de 30 ans déjà. Toutefois, ce n'est qu'à partir de la fin des années 1990 que certains projets ont pris la forme de programmes plus concrets¹. Entre 1990 et 2005, le Québec était considéré comme un pionnier en regard de la télésanté², étant l'un des premiers endroits au Canada où de nombreux projets ont été entamés rapidement, comme l'explique le Dr Jean-Paul Fortin, coordonnateur du Réseau québécois de télésanté : « Il y a eu un mouvement important qui a fait reconnaître le Québec comme un lieu d'avant-garde en télésanté grâce à une démarche qui associait l'ensemble des acteurs³. »

En effet, dans les années 1990, les maîtres d'œuvre des initiatives en télésanté sont principalement des professionnels de la santé passionnés et enthousiastes quant au potentiel des technologies de l'information et des communications⁴. À ce moment, on compte déjà deux services de télépédiatrie au Québec, soit un au Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine et un autre au Centre Hospitalier de l'Université Laval, qui devient ensuite le Réseau québécois de télésanté de l'enfant (RQTE) auquel sera ajoutée la clientèle adulte plus tard pour former le Réseau québécois de télésanté (RQT)⁵. Dorénavant, le but du RQT est de coordonner le niveau national avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le niveau territorial avec les quatre centres de coordination de la télésanté, c'est-à-dire les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et les 34 établissements de santé au niveau local. Il offre également des guides d'utilisation des services de télémédecine adaptés pour le patient ou le professionnel de la santé⁶.

En 2000, le Collège des médecins du Québec émet sa première position concernant ce nouveau mode de pratique : il n'encourage pas les médecins à intégrer la téléconsultation dans leur pratique, car il juge que cela ne permet pas une démarche clinique complète vu l'absence de l'examen physique. Il n'exclut toutefois pas l'utilisation de ce moyen de consultation virtuelle à des fins de suivi médical lorsqu'un accord a préalablement été conclu entre le praticien et son patient⁷.

Ce n'est qu'en 2005, dans le contexte de l'intégration des services, que ce mode de prestation de soins à distance est reconnu et encadré par le ministère de la Santé et des Services sociaux⁸. Lors de la réorganisation du système de santé entre 2003 et 2005, le MSSS prend le volant concernant la télémédecine et décide de diviser la province en quatre RUIS⁹. Les RUIS relient les établissements de santé aux Centres Hospitaliers

¹ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Premières Nations du Québec, Plan stratégique de télésanté 2007-2010*. (Québec : CSSSPNQL, 2007), p.8, https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/plan-strategique-teleseant-pn-2007-10-fr.pdf?sfvrsn=2&fbclid=IwAR0ITyTuQKQyflYez6dojZ2fN4U4jzxpVNg_O-1tnP4fvNeWHubc1hudfMo.

² Commission de l'éthique en science et en technologie. *La télésanté clinique au Québec: un regard éthique. Avis*, (Québec: Commission de l'éthique en science et en technologie, 2014), annexe XIV, (http://www.ledevoir.com/documents/pdf/telesante_avis2014.pdf).

³ Fabienne Papin. «Télésanté : des pionniers essoufflés » *L'actualité médicale*, 1 juin 2010, <https://lactualite.com/sante-et-science/telesante-des-pionniers-essouffles/>.

⁴ Commission de l'éthique en science et en technologie. *La télésanté clinique au Québec: un regard éthique. Avis*, (Québec: Commission de l'éthique en science et en technologie, 2014), annexe XIV, (http://www.ledevoir.com/documents/pdf/telesante_avis2014.pdf).

⁵ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Premières Nations du Québec, Plan stratégique de télésanté 2007-2010*. (Québec : CSSSPNQL, 2007), p.15, https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/plan-strategique-teleseant-pn-2007-10-fr.pdf?sfvrsn=2&fbclid=IwAR0ITyTuQKQyflYez6dojZ2fN4U4jzxpVNg_O-1tnP4fvNeWHubc1hudfMo.

⁶ Réseau québécois de la télésanté. 2020. « Mission, vision et valeurs».Gouvernement du Québec. <https://telesantequebec.ca/a-propos/mission-vision-et-valeurs/>.

⁷ Institut économique de Montréal, «La télémédecine, Améliorer le système de santé par l'innovation», septembre 2010,

https://www.iedm.org/files/note0910_fr.pdf?fbclid=IwAR1qcUKKM_oGFh7HFxmOm9-fRThcu0i_Epq8tmw1ksY5SeFN117LvPSaj2g.

⁸ Commission de l'éthique en science et en technologie. *La télésanté clinique au Québec: un regard éthique. Avis*, (Québec: Commission de l'éthique en science et en technologie, 2014), annexe XIV, (http://www.ledevoir.com/documents/pdf/telesante_avis2014.pdf).

⁹ Fabienne Papin. «Télésanté : des pionniers essoufflés » *L'actualité médicale*, 1 juin 2010, <https://lactualite.com/sante-et-science/telesante-des-pionniers-essouffles/>.

Universitaires (CHU) d'un territoire québécois donné. En 2004, le gouvernement du Québec ajoute un mandat lié à la télésanté dans la mission de ces réseaux, soit celui de « planifier, de gérer et d'évaluer les activités de télésanté sur leur territoire respectif¹⁰ ». Ainsi, de cette division territoriale et structurelle naissent, en 2006, huit projets de télésanté financés par le MSSS et Inforoute Santé du Canada (ISC). Un exemple de projet de télésanté important est le système d'archivage et de transmission en imagerie médicale (PACS) permettant à un radiologiste de faire la lecture de radiographie à distance ou l'assistance respiratoire à domicile. Or, ce n'est que quelques années plus tard, en 2010, que les premières applications de ces projets sont enfin mises en place pour les RUIS, marquant un ralentissement dans le secteur de la télémedecine concordant avec la prise en charge de ce dossier par le MSSS¹¹. Dans les faits, dans les années suivant l'élaboration du plan stratégique en télésanté du MSSS, le Québec mise particulièrement ses efforts et ses investissements sur le Dossier de Santé du Québec (DSQ) et sur l'installation de nouveaux équipements technologiques dans les établissements d'où le net ralentissement dans la mise en oeuvre des huit projets¹².

En 2005, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* met en place un cadre législatif autour de la télésanté, reconnaissant ainsi ce mode de communication comme étant « un moyen approprié de dispenser des services de santé au Québec¹³ ». En 2009, il existe environ 300 stations de visioconférence dans 116 sites du Québec¹⁴. En 2010, il a été reconnu par l'Institut économique de Montréal que malgré les débuts hâtifs de la province en matière de télésanté : « les initiatives semblent avoir privilégié l'emploi des technologies de l'information à des fins cliniques et pour les collaborations interprofessionnelles, mais très peu d'entre elles ont porté sur l'offre de services aux patients¹⁵ ». De 2009 à 2013, on observe un grand déploiement de nouvelles stations de visioconférence, surpassant l'objectif initial du MSSS, portant leur chiffre total à 382. En ce sens, il est vrai que les activités de télésanté ont augmenté en nombre¹⁶. Néanmoins, on remarque que l'usage de ces outils de communication par les établissements est plutôt limité. Par exemple, au CHU de Québec, 85 % des visioconférences en 2012 ont été utilisées à des fins éducatives (téléformations), administratives (réunions) et en recherche, alors que moins de 15% ont servi à effectuer des téléconsultations à visée clinique. Il en est de même au RUIS de l'Université de McGill, où seulement 30 % de leurs activités de télésanté ont été dédiées aux consultations de patients¹⁷.

Avant le décret entré en vigueur le 16 mars 2020, les services médicaux fournis par correspondance ou par télécommunication tels que les échanges téléphoniques n'étaient pas des services assurés au Québec. Cela représentait donc le plus grand obstacle à son implantation. Dans une entrevue accordée à Louise Leduc de *La Presse*¹⁸, Caroline Dupont, porte-parole de la RAMQ, explique que les médecins n'avaient pas le droit de facturer leurs téléconsultations à l'exception de certains milieux spécifiquement désignés tel que le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). En effet, en 2017, le gouvernement avait mandaté le CHUM d'organiser la mise en place de la télésanté au sein des six régions du Québec dont elle était maintenant responsable et qui desservait 46 % de la population. L'objectif était de faciliter la communication

¹⁰ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Premières Nations du Québec, Plan stratégique de télésanté 2007-2010*. (Québec : CSSSPNQL, 2007), p.15, https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/plan-strategique-telasanté-pn-2007-10-fr.pdf?sfvrsn=2&fbclid=IwAR0ITyTuQKQyfiYez6dojZ2fN4U4jzxpVNg_O-1tnP4fvNeWHubclhudfMo.

¹¹ Fabienne Papin. «Télésanté : des pionniers essoufflés » *L'actualité médicale*, 1 juin 2010, <https://lactualite.com/sante-et-science/telesante-des-pionniers-essouffles/>.

¹² *Ibid.*

¹³ Institut économique de Montréal, «La télémedecine, Améliorer le système de santé par l'innovation», septembre 2010, https://www.iedm.org/files/note0910_fr.pdf?fbclid=IwAR1qcUKKM_oGFh7HFxmOm9-fRThcu0i_Epq8tmw1ksY5SeFN117LvPSaj2g.

¹⁴ Fabienne Papin. «Télésanté : des pionniers essoufflés » *L'actualité médicale*, 1 juin 2010, <https://lactualite.com/sante-et-science/telesante-des-pionniers-essouffles/>.

¹⁵ Institut économique de Montréal, «La télémedecine, Améliorer le système de santé par l'innovation», septembre 2010, https://www.iedm.org/files/note0910_fr.pdf?fbclid=IwAR1qcUKKM_oGFh7HFxmOm9-fRThcu0i_Epq8tmw1ksY5SeFN117LvPSaj2g.

¹⁶ Commission de l'éthique en science et en technologie. *La télésanté clinique au Québec: un regard éthique. Avis*, (Québec: Commission de l'éthique en science et en technologie, 2014), 28, (http://www.ledevoir.com/documents/pdf/telesante_avis2014.pdf).

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Louise Leduc, « La télémedecine est-elle bonne pour la santé? » *La Presse*, 30 novembre, 2020, www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php

entre les différents établissements afin d'établir un continuum de services, c'est-à-dire de permettre une meilleure communication entre les différents professionnels à partir du début de l'hospitalisation du patient jusqu'à son retour à domicile. Divers secteurs d'activités sont visés par le Centre de coordination de la télésanté du CHUM. Tout d'abord, le suivi de maladie chronique comme le diabète ou les maladies pulmonaires sont possibles grâce à la mise en place de consultations virtuelles. Les salles d'urgence représentent un autre secteur d'activités, notamment lors d'accidents cérébro-vasculaires. Le diagnostic de cette condition ne peut qu'être posé par un neurologue, spécialité qui n'est pas présente dans tous les établissements de la province. L'utilisation de vidéoconférence permet de contacter le neurologue de garde au CHUM. En 2017, 188 téléconsultations avec un neurologue ont été effectuées et 88 ont permis de diagnostiquer cette condition et d'administrer la médication nécessaire. En outre, le champ de la santé mentale bénéficie de la télésanté, tout particulièrement le secteur de l'itinérance. Une équipe d'intervention sur le terrain collabore avec des experts en toxicomanie ou en santé mentale par le biais d'outils de visioconférence afin d'intervenir auprès de cette population au moment opportun. Les télésoins de plaies sont une autre application de la télémédecine : une infirmière experte peut assister via vidéoconférence un collègue dans la prise en charge d'une plaie particulière¹⁹.

En parallèle, la télésanté a été identifiée dès le départ comme un outil intéressant afin de permettre de faire le pont entre les communautés des Premières Nations du Québec et les spécialistes des centres secondaires et tertiaires. Notamment, depuis le début des années 2000, des partenariats entre divers organismes développent fréquemment des plans stratégiques et opérationnels pour la mise en œuvre de la télésanté dans les communautés des Premières Nations du Québec. La prévention et le traitement du diabète, les soins à domicile, la santé mentale et l'oto-rhino-laryngologie (ORL) sont les principales applications de la télésanté dans ces communautés. En ce sens, un plan stratégique de télésanté pour les Premières Nations produit par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador a été rédigé pour les années 2007 à 2010. Celui-ci devait s'articuler en deux phases : l'usage des technologies de l'information à des fins de formation du personnel de santé par le biais de vidéoconférence, puis le développement d'applications cliniques. Au moment de l'émission de ce plan stratégique, seules les communautés de Manawan et de Winneway possédaient des services de télésanté fonctionnels. Ce plan a identifié les contraintes liées à l'installation des infrastructures comme étant le plus grand obstacle à l'élaboration de ce plan en termes de faisabilité et de coûts²⁰. Cette même commission a continué de mettre en place diverses initiatives en ce qui a trait aux services de télémédecine entre 2010 et 2020. La téléformation des professionnels de la santé, en collaboration avec le Centre universitaire de santé et le Centre d'enseignement et de formation à distance de l'Université McGill, ainsi que le RUIS de l'Université de Montréal, est un de ces champs d'intervention. De plus, étant donné qu'il y a une grande prévalence du diabète dans les communautés autochtones du Québec²¹ et que près de 40 % des diabétiques sont à risque de rétinopathie diabétique, une maladie de l'œil liée au diabète, la téléophtalmologie à des fins de dépistage a été rapidement implantée au sein de ces communautés²². Elle consiste à prendre des photos de fond d'œil de patients diabétiques à des fins préventives et à les envoyer à un spécialiste dans les centres primaires. L'année 2017 a marqué la fin de l'implantation de ce projet de téléophtalmologie après près de neuf ans de

¹⁹Ibid.

²⁰Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Premières Nations du Québec, Plan stratégique de télésanté 2007-2010*. (Québec : CSSSPNQL, 2007), 8, https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/plan-strategique-telasanté-pn-2007-10-fr.pdf?sfvrsn=2&fbclid=IwAR0ITyTuQKQyfiYez6doJZ2fN4U4jzxpVNg_O-1tnP4fvNeWHubclhufMo.

²¹Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. «Pour une pérennité du service», 9 mai 2017, https://www.cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/1-pour_une_p%C3%A9rennit%C3%A9_du_service.pdf?sfvrsn=0.

²²Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. «Téléophtalmologie (rétinopathie diabétique)», 2019, <https://www.cssspnql.com/champs-intervention/gri/t%C3%A9l%C3%A9-sant%C3%A9/retinopathie-diabetique>.

développement²³. En 2016, près de 20 communautés au Québec étaient équipées pour pouvoir fournir ce service²⁴.

Enfin, bien que la télémédecine ne soit pas nouvelle en soi, ce qui en émerge tout récemment est la volonté organisationnelle d'utiliser davantage les outils technologiques à notre disposition dans le but d'atteindre de nouveaux objectifs en matière d'efficacité du système de santé²⁵. Durant les dernières années, de nombreux experts dans le domaine de la santé ont fait appel à une réorganisation de la manière d'offrir les soins primaires aux patients, à l'aide de la télémédecine, et ce, afin qu'il y ait une plus grande coordination au sein des médecins généralistes, des spécialistes et des autres professionnels de la santé, une continuité du suivi médical, une plus grande accessibilité des clientèles marginalisées ou éloignées et une meilleure communication²⁶.

Cette réorganisation sera d'autant plus nécessaire que l'évolution plutôt lente de la télémédecine dans les dernières décennies a, depuis l'entrée en vigueur des mesures socio-sanitaires en mars 2020, une trajectoire exponentielle et que l'engouement pour la télémédecine est là pour durer.

3.2 COVID-19 et changements dans l'offre de services en télémédecine

Suite au décret d'urgence en mars 2020, tous les actes de télémédecine étaient dès lors couverts par la RAMQ, pour la durée du contexte d'urgence sanitaire seulement. Dans une publication du Collège des médecins en mars 2020, il était mentionné que « tous les médecins étant membres actifs du Collège, en établissement ou hors établissement, pouvaient être appelés à réaliser des consultations en télémédecine, pourvu qu'ils avaient les compétences requises pour ce faire, que la problématique du patient s'y prêtait et qu'ils disposaient des moyens technologiques appropriés²⁷. » Le Collège des médecins spécifiait toutefois que selon l'évaluation du médecin et des risques, certains malades avaient encore intérêt à être vus en personne, par exemple, ceux ayant des douleurs thoraciques ou des difficultés respiratoires. Ainsi, dans le but d'aplatir la courbe d'infection durant le début de la pandémie de la COVID-19, les omnipraticiens et les spécialistes ont dû s'adapter rapidement et faire des consultations et suivis de pratique courante²⁸. Depuis, plus de 9 253 000 services en télémédecine ont été réalisés, ce qui représente plus de 166 400 heures de travail²⁹. Les services offerts concernent non seulement les gens en régions éloignées, mais aussi les personnes vivant en centres urbains. Le plus souvent, les consultations à distance étaient utilisées pour les suivis à long terme, les problèmes psychiatriques d'intensité légère et les consultations pour les maladies chroniques³⁰. De plus, lors de la pandémie, il n'était plus nécessaire que le patient soit vu par son médecin traitant. Les médecins ont donc eu plus de liberté et pouvaient voir des patients qu'ils ne suivaient pas déjà³¹.

²³ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. «Pour une pérennité du service», 9 mai 2017, https://www.cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/1-pour_une_p%C3%A9rennit%C3%A9_du_service.pdf?sfvrsn=0.

²⁴ FNQLHSSC, *Dépistage de la rétinopathie diabétique*, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 7:08, 26 septembre, 2016, https://www.youtube.com/watch?v=V7NwChedoI4&ab_channel=CSSSPNQL.

²⁵ Centre de coordination de la télésanté - CHUM, *La télésanté au Québec*, France Santé, 14:30, 18 septembre, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=xFzppK2r9SM>.

²⁶ Bashshur, RL et al. «The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care», *Telemedicine journal and e-health*, 22, no 5 (2016) : 324-375, doi:10.1089/tmj.2016.0045.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Collège des médecins du Québec. *Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19 au Québec*. (Québec, 2020)

²⁹ Louise Leduc, « La télémédecine est-elle bonne pour la santé? » *La Presse*, 30 novembre, 2020, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php>

³⁰ Collège des médecins du Québec. *Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19 au Québec*. (Québec, 2020)

³¹ *Ibid.*

C'est ainsi que, dans le contexte de la crise sanitaire de 2020, la télémédecine a rapidement pris son essor au Québec, littéralement du jour au lendemain. Celle-ci a permis aux médecins œuvrant « au front » d'être moins exposés au virus, à ceux en isolement de poursuivre leur travail à distance, en plus de prévenir une réduction importante des effectifs médicaux tout en réduisant les risques pour les patients.

Le tableau ci-dessous compare l'état de la situation de la télémédecine au Québec avant la pandémie et la situation en vigueur depuis le début de la pandémie en termes d'outils de communication, de services offerts, de chiffres et de rémunération.

Tableau 1: Tableau comparatif des services offerts en télémédecine avant et après la pandémie de 2020

	Services offerts pré-pandémie	Services offerts pendant la pandémie
Outils de communication utilisés	● Système de rappel par téléphone, courriel ou texte; ● Visioconférence; ● Périphérique médicaux électronique (système d'imagerie à ultrason, électrocardiogramme, stéthoscope électronique); ● Système d'archivage et de transmission d'images (PACS); ● Système électronique de suivi³².	● Les outils pré-pandémie demeurent en place; ● Les plateformes de visioconférence assurant la sécurité et la confidentialité de la consultation, comme Reacts, sont préconisées.
Services offerts	● Téléformation pour le personnel de la santé; ● Maladie et douleur chronique (diabète); ● Téléophtalmologie à des fins de dépistage de la rétinopathie diabétique (Premières Nations principalement); ● Troubles alimentaires et santé mentale; ● Surveillance à domicile; ● Téléréadaptation; ● Télépathologie ● Télésoins de plaies; ● Info-Santé (811)³³.	Pour la plupart des patients ne nécessitant pas un examen physique (selon le jugement du médecin). En plus des services pré-pandémie, on retrouve entre autres³⁴: ● Suivis à long terme pour maladies chroniques (diabète, hypertension, cancer); ● Prise en charge et traitement d'AVC; ● Télé Audience/justice (Pour les patients en psychiatrie); ● Téléassistance en réadaptation post-implantation de la

³² Commission de l'éthique en science et en technologie. *La télésanté clinique au Québec: un regard éthique. Avis*, (Québec: Commission de l'éthique en science et en technologie, 2014), 19, (http://www.ledevoir.com/documents/pdf/telesante_avis2014.pdf).

³³ Louise Leduc, « La télémédecine est-elle bonne pour la santé? » *La Presse*, 30 novembre, 2020, www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php

³⁴ Le portail du réseau québécois de la télésanté. Gouvernement du Québec *Services cliniques en télésanté*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/telesante/services-cliniques-en-telesante/>

		main; ● Ordonnances médicales.
Quelques chiffres	Entre 2011-2012, sessions de télésanté totales : 1. CHU de Québec : 2395 (15 % à vocation uniquement clinique); 2. RUIS Université Laval : 14 816 (55 % pour activités cliniques - lames et microscopie); 3. RUIS Université McGill : 3119 (30 % téléconsultation à visée clinique).	Du 16 mars jusqu'au 31 octobre 2020, plus de 9 253 000 téléconsultations ont été réalisées*. *Ce nombre inclut les consultations effectuées dans le réseau privé.
Rémunération	Limitée aux activités cliniques avec les patients seulement dans les quatre réseaux officiels de télémédecine. Les services médicaux fournis par correspondance ou par télécommunication, tels que les échanges téléphoniques, n'étaient pas des services couverts.	Tous les actes de télémédecine sont couverts par la RAMQ au même montant que les actes en personnes, pour la durée du contexte d'urgence sanitaire seulement.

4. Les avantages de la télémédecine

La télémédecine présente de nombreux avantages qui peuvent apporter des solutions intéressantes aux problématiques du système de santé québécois, notamment celui de l'engorgement. En effet, la télémédecine peut offrir à certaines spécialités médicales une prise en charge à distance, ce qui permet de sauver du temps et d'intervenir plus tôt. De plus, il y a un réel intérêt à optimiser la télémédecine en région afin d'augmenter l'accessibilité des médecins et de permettre à ceux-ci d'avoir accès à plus de ressources par le biais de téléassistance et téléexpertise. Finalement, l'empreinte écologique favorable et une meilleure optimisation des ressources en matière de soins sont les deux autres avantages qui nous permettent de voir le plein potentiel que la télémédecine peut avoir au Québec.

4.1 Les domaines médicaux se prêtant à la télémédecine

La télémédecine, la télésurveillance, la téléexpertise et la téléassistance peuvent optimiser la prise en charge dans plusieurs domaines médicaux, notamment en médecine familiale, en dermatologie, en oncologie, en neurologie, en psychiatrie et en pédiatrie.

Tout d'abord, la télémédecine s'avère très efficace lorsque la consultation ou le suivi ne requiert que très peu ou pas d'examen physique. Lors du colloque 2021 sur la télémédecine organisé par le comité étudiant de l'Association médicale canadienne (AMC), Dre Gigi Osler a résumé les situations généralement considérées adaptées au mode virtuel : consultations en santé mentale, dermatologie (médecine de la peau), infection urinaire non compliquée, certaines infections respiratoires (pharyngite, sinusite, rhume, etc.), conseils en santé sexuelle, conseils pour des voyageurs, suivi des patients monitorés à distance (télésurveillance) ou toute autre évaluation ne nécessitant pas d'examen physique³⁵.

Ainsi, la téléconsultation est bien adaptée aux problèmes de santé fréquents, aux conseils et aux suivis médicaux. Il a même été démontré que les rendez-vous virtuels permettent le diagnostic précoce de certaines maladies, duquel en découle un traitement plus rapide qui minimise les complications pour le patient³⁶. Entre autres, la télémédecine assure le diagnostic et l'orientation précise du plan de traitement des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Toutefois, la visualisation du patient à l'aide d'une caméra est requise pour l'évaluation. D'autre part, la téléoncologie a permis d'améliorer l'accès aux soins pour les patients atteints de cancer. Par exemple, la supervision des soins de chimiothérapie à distance ou la gestion des symptômes à distance ont permis aux patients de diminuer leurs déplacements tout en profitant de soins de qualité. Toutefois, pour maximiser l'efficacité de la téléoncologie, une bonne formation est nécessaire, celle-ci permettant de faciliter la relation médecin-patient, de favoriser l'engagement et d'effectuer un examen virtuel rigoureux³⁷. En outre, au CIUSSS de l'Estrie CHUS à Sherbrooke, comme en témoigne Dre Myriam Bouchard, l'équipe de radio-oncologie a su maximiser la sécurité des visites médicales en période de pandémie et la satisfaction de sa clientèle en offrant un premier dépistage par téléphone avant de rencontrer ses patients en personne lors de leur première rencontre de planification des traitements. Les chiffres parlent d'eux-mêmes, puisque la docteure révèle qu'une étude dans son département démontre que 97% de sa clientèle ont été satisfaits ou très satisfaits de leurs consultations virtuelles. 60% des patients ont évoqué que le contexte de pandémie était la raison pour laquelle ils préféraient la téléconsultation, mais aussi 21% ont comme raison principale les difficultés de déplacement. Par contre, 40% des patients auraient préféré avoir

³⁵ Osler, Gigi. 2021. La télémédecine. *Colloque annuel du comité étudiant de l'Association Médicale Canadienne*.

³⁶ Rashid L. Bashshur, «The Empirical Foundations of Telemedicine for Chronic Disease Management», *Telemedicine Journal and E-Health* 20, no 9 (2014): 769-800,

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148063/.

³⁷ S. Joseph Sirintrapun, «Telemedicine in Cancer Care», *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 38, (2018): 540-545, www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30231354/.

une consultation en présentiel. Somme toute, les radio-oncologues comptent poursuivre d'incorporer la télémédecine à leur pratique future. Les psychiatres, quant à eux, peuvent poser des diagnostics et faire des suivis grâce à des vidéos des patients ou lors d'un appel vidéo avec ceux-ci étant donné que l'examen physique est peu présent dans leur discipline³⁸. Dans le domaine de la pédiatrie, la télémédecine a permis de découvrir ses bénéfices non soupçonnés. Par exemple, un pédiatre de Sherbrooke révèle qu'il peut désormais voir les enfants dans leur milieu de vie et faire un suivi plus rapproché de leur traitement par le biais de rencontres virtuelles de courte durée. Finalement, le triage sous toutes ses formes est un excellent candidat à la télémédecine. Un médecin de famille peut téléconseiller un patient, puis le référer à un spécialiste au besoin ou l'orienter vers l'urgence³⁹.

Deuxièmement, la télésurveillance, soit le monitoring et la transmission électronique périodique à des infirmières ou à des médecins des signes vitaux ou d'autres données cliniques grâce à des senseurs portatifs sur le patient, favorise quant à elle la reconnaissance précoce des individus qui nécessitent une consultation urgente. Cela réduit aussi les visites inutiles ou systématiques de suivi⁴⁰.

En plus de la téléconsultation et de la télésurveillance, il existe également la téléexpertise, c'est-à-dire lorsqu'un médecin reçoit l'avis d'un autre professionnel de la santé, et la téléassistance, c'est-à-dire lorsqu'un professionnel de la santé en assiste un autre lors de la réalisation d'un acte médical. Ce sont des outils qui modifient et qui peuvent améliorer l'organisation des soins. Notamment, la prise en charge des patients avec une maladie chronique nécessite une continuité des soins qui peut être facilitée par la télémédecine : le temps médical peut être plus efficient et la coopération interprofessionnelle est favorisée, avec une partie plus importante réservée aux soins infirmiers⁴¹. Par ailleurs, une revue des études menées sur la télémédecine conclut que le contrôle et le suivi des maladies chroniques à distance améliorent la qualité de leur prise en charge. Pour ceux et celles ayant une insuffisance cardiaque, cela réduit le taux de mortalité et de morbidité⁴².

Voici un résumé des situations généralement bien adaptées à la télémédecine :

- Consultations en santé mentale;
- Dermatologie ;
- Infection urinaire non compliquée;
- Certaines infections respiratoires (pharyngite, sinusite, rhume, etc.);
- Conseils en santé sexuelle;
- Conseils pour des voyageurs;
- Télésurveillance de patients;
- Téléexpertise;
- Téléassistance;
- Téléoncologie (cancer);
- Suivis des maladies chroniques;
- Triage;
- Toute autre évaluation ne nécessitant pas d'examen physique.

³⁸ Casey Jo Humbyrd, «Virtue Ethics in a Value-driven World: Ethical Telemedicine», *Clinical Orthopaedics and Related Research* 477, no 12 (2019): 2639-2641, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6907287/.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Rashid L. Bashshur, «The Empirical Foundations of Telemedicine for Chronic Disease Management», *Telemedicine Journal and E-Health* 20, no 9 (2014): 769-800, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148063/.

⁴¹ Pierre Simon, «La place de la télémédecine dans l'organisation des soins», *Elsevier Masson SAS Dossier soins*, no 750(2010): 29-31

⁴² Rashid L. Bashshur, «The Empirical Foundations of Telemedicine for Chronic Disease Management», *Telemedicine Journal and E-Health* 20, no 9 (2014): 769-800, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4148063/.

4.2 Faciliter le recrutement et la formation continue du personnel en région

Selon une étude conduite en Nouvelle-Écosse, il semblerait que la présence de services de télémédecine en région rurale soit un incitatif pour les professionnels de la santé à venir pratiquer dans ces milieux éloignés des grands centres⁴³. Cette étude portant sur la perception des médecins sur le rôle de la télémédecine dans le recrutement des professionnels de la santé en région rejoint les observations faites par la FMEQ dans son dernier mémoire sur la valorisation de la médecine en région. En effet, les obstacles au recrutement de médecins en région concernent les conditions de travail qui ne seraient pas toujours faciles pour les médecins en région; considérant le bassin de population plus petit à desservir, il arrive qu'un médecin se retrouve à être le seul à pratiquer dans un secteur ou une spécialité donnée. Ces médecins ont une charge de travail plus grande que s'ils travaillaient dans les grands centres, sans compter qu'il leur est difficile de consulter leurs collègues lorsqu'ils doivent prendre en charge des cas complexes⁴⁴.

L'accessibilité aux services de télémédecine pourrait répondre en partie à la problématique de rétention des médecins en région en permettant une plus grande connectivité entre les professionnels de santé. Par ailleurs, la télémédecine permettrait également de favoriser la formation continue des professionnels de la santé et du personnel de soutien sans que ceux-ci doivent se déplacer dans les grands centres pour mettre à jour leurs connaissances. Nous verrons toutefois dans la section suivante, *L'envers de la médaille*, qu'il ne s'agit pas d'une solution miracle et qu'une volonté organisationnelle est nécessaire à l'implantation fructueuse de la télémédecine dans l'offre de services en région.

4.3 Accessibilité accrue pour les personnes à mobilité réduite ou lors de situations à risque

Selon des données de 2017, il y aurait au Québec près de 16 % de la population qui souffrirait d'une incapacité, ce qui correspond à plus d'un million de québécois. La première cause d'incapacité chez les femmes est le vieillissement alors que chez les hommes, ce sont les blessures ou les accidents. Par ailleurs, le taux d'incapacité augmente avec l'âge. Selon les changements démographiques actuels du Québec, il est à prévoir que le taux d'incapacité de la population québécoise augmentera dans les prochaines décennies, notamment en raison du vieillissement de la population. Les personnes vivant avec une incapacité sont également plus nombreuses à vivre seul comparativement aux personnes sans incapacité (26 % contre 16 %) et ils sont plus nombreux à vivre sous le seuil de la pauvreté (33 % contre 22 %)⁴⁵. Tous ces facteurs contribuent à réduire l'accès de cette population aux services de santé. Effectivement, pour certains patients souffrant d'une incapacité ou étant à mobilité réduite, se rendre physiquement à une clinique ou à l'hôpital peut s'avérer plus complexe que pour les patients sans incapacité. En plus, les patients souffrant de maladies chroniques doivent avoir un suivi plus fréquent avec un professionnel de la santé, ce qui signifie des déplacements accrus et un investissement en temps et en argent de leur part.

Une étude pancanadienne a démontré que l'usage de la télémédecine auprès des patients souffrant d'une incapacité a plusieurs avantages⁴⁶. D'une part, la télémédecine permet d'améliorer la qualité de vie des patients qui peuvent prendre en charge leur santé à domicile. La satisfaction des patients envers ces services était

⁴³ Joan Sargeant, Michael Allen, Donald Langille, «Physician perceptions of the effect of telemedicine on rural retention and recruitment», *Journal of telemedicine and telecare* 10, no 2 (2004): 89-94, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15068644/>.

⁴⁴ Fédération médicale étudiante du Québec, «Amener la relève médicale à nos régions: Comment valoriser la pratique de la médecine en région au Québec», 27 février, 2020, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_regions.pdf.

⁴⁵ Office des personnes handicapées du Québec, «Prévalence de l'incapacité : Population québécoise de 15 ans et plus», 2017, www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Infographie.pdf.

⁴⁶ Inforoute Santé du Canada, «Relier les patients et les professionnels de la santé: Étude Pancanadienne sur la télésurveillance des patients», Juin 2014, <https://www.inforoute-sante.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/evaluation-des-avantages/1851-relier-les-patients-et-les-professionnels-de-la-sante-etude-pancanadienne-sur-la-tele-surveillance-des-patients-sommaire?Itemid=101>

élevée. D'autre part, la télémédecine permet de réduire les déplacements des patients déjà vulnérables et pour qui se rendre à un rendez-vous était un défi majeur et une barrière d'accès. L'usage de la télémédecine permet aussi de diminuer le fardeau des aidants naturels qui doivent en temps normal accompagner leur proche à ces rendez-vous.

À plus large échelle, les consultations virtuelles favorisent la sécurité de tous et toutes. En effet, avec nos durs hivers québécois, la télémédecine s'avère la solution la plus sécuritaire lors de mauvaises conditions météorologiques. Il vaut mieux favoriser les rendez-vous virtuels qui se prêtent au mode à distance plutôt que de risquer que des drames évitables surviennent.

Finalement, le contexte actuel de la pandémie de COVID-19 nous force à discuter de l'importance de l'usage de la télémédecine pour la protection de la santé de nos aînés. La télémédecine a permis à plusieurs aînés et personnes à risque d'éviter les urgences, les cliniques et les hôpitaux durant la pandémie. Sans nécessairement être lié à l'accès aux services de santé, il était important de mentionner dans ce mémoire l'avantage non négligeable de la télémédecine pour la prévention de la transmission d'infections de tout genre chez nos aînés, afin d'éviter des situations comme l'hécatombe du printemps dernier et celui qui se poursuit encore à ce jour.

4.4 Diminution de l'empreinte écologique

Le secteur de la santé contribue aux émissions de carbone en raison des nombreux déplacements des patients et des professionnels de la santé. En plus de sa contribution aux changements climatiques, la pollution de l'air est associée à plusieurs problèmes de santé, comme l'asthme, les crises cardiaques, l'hypertension et même certains cancers⁴⁷. Selon Santé Canada, 14 600 décès prématurés par année au Canada sont liés à la pollution de l'air. Qui plus est, tel que détaillé dans notre mémoire portant sur la santé et les changements climatiques en 2019, la pollution entraîne un coût important sur le système de santé en nécessitant des soins et des hospitalisations supplémentaires⁴⁸. Une source importante de cette pollution est le transport routier. Ainsi, en permettant d'éviter des déplacements en automobiles, la télémédecine est avantageuse sur le plan environnemental⁴⁹. Cela s'applique autant pour les gens en régions rurales et éloignées, qui doivent souvent se déplacer sur de longues distances pour se rendre dans les établissements de santé, que pour les patients des régions urbaines qui doivent souvent composer avec des embouteillages, notamment autour des hôpitaux⁵⁰.

Une étude sur le programme de télémédecine de UC Davis a révélé les impacts de son service de télésanté sur la pollution et sur l'émission de gaz à effet de serre. Les 11 281 patients ayant utilisé le service ont permis d'économiser 8 552 963 kilomètres sur la route, ce qui équivaut aux émissions de carbone annuelles de 271 ménages de quatre personnes chacun. En moyenne, chaque consultation a évité l'émission de 1969 tonnes métriques de CO₂ en plus d'autres gaz à effet de serre⁵¹.

En 2017, l'utilisation de services de la télésanté n'était pas assez omniprésente pour créer un impact significatif sur l'émission de dioxyde de carbone et la pollution. Selon une étude effectuée en Suède, pour

⁴⁷ Santé Canada. 2015. *Les effets de la pollution de l'air sur la santé Ottawa* : Santé

Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/qualite-air/effets-pollution-air-interieur-sante.html>.

⁴⁸ Fédération médicale étudiante du Québec. *Le climat s'invite dans nos urgences*. Mémoire rédigé dans le cadre de la journée d'action politique 2019. https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_Impacts-changements-climatiques-sante.pdf

⁴⁹ Holmner Å *et al.* «Carbon Footprint of Telemedicine Solutions - Unexplored Opportunity for Reducing Carbon Emissions in the Health Sector», *PLoS One*. 2014; 9, no 9 (2014), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105040>

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Dullet, W. *et al.* «Impact of a University-Based Outpatient Telemedicine Program on Time Savings, Travel Costs, and Environmental Pollutants» *Value in Health*, 20, no 4 (2017), p. 542-546, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.01.014>

bénéficier au maximum des bienfaits environnementaux de la télémédecine, il faudrait que celle-ci soit utilisée de manière plus générale et routinière, c'est-à-dire même pour des patients habitant relativement proche de l'hôpital ou du centre de soins⁵².

Bien que la téléconsultation et les outils nécessitant le recours à Internet soient assez énergivores, notamment à cause du stockage de données infonuagiques, il s'agit d'une belle opportunité pour le Québec de développer des centres de données où les serveurs sont approvisionnés à l'aide d'énergie renouvelable produite en sol québécois⁵³.

4.5 Optimisation de l'organisation et continuum de soins

La télémédecine a le potentiel d'avoir un impact positif sur l'organisation et le continuum de soins ainsi que sur la qualité de la prise en charge des patients. En effet, même avant son utilisation répandue, la télémédecine était évoquée comme étant un élément clé de la réorganisation des soins de santé dans le discours public.

D'abord, la télémédecine pourrait potentiellement désengorger nos urgences. En effet, Paul Brunet, président du Conseil pour la protection des malades, pense que la télémédecine pourrait être utilisée pour réduire le nombre de visites aux urgences pour les patients qui n'ont pas accès à un médecin de famille⁵⁴. Dans une entrevue accordée à La Presse en janvier 2020, monsieur Benoît Brunel, président de Bonjour-Santé, indiquait que « la téléconsultation deviendrait très intéressante alors que les urgences débordaient aux quatre coins de la province. Selon lui, étendre le service serait bénéfique à la fois pour les patients, les médecins et le réseau de la santé. “ Parce qu'on utiliserait des plages horaires que les médecins n'utiliseraient pas autrement “, disait-il. Par exemple, un médecin confiné à la maison ou à l'extérieur du pays pourrait donner des téléconsultations, illustre monsieur Brunel⁵⁵. » Réduire les visites et les durées des visites à l'urgence peuvent avoir des impacts à ne pas sous-estimer en termes de désengorgement et économies potentielles. Toutefois, les avantages pécuniaires de la télémédecine sont encore équivoques dans la littérature.

En effet, les fonds publics étant limités et les soins de santé et services sociaux occupant déjà une très grande partie de ceux-ci (49 % des fonds publics⁵⁶), l'avantage pécuniaire de la télémédecine demeure une question centrale à son implantation. Malheureusement, peu d'études de qualité ont évalué la rentabilité de la télémédecine, limitant les conclusions fermes quant aux avantages monétaires de celle-ci. En effet, une revue systématique regroupant 80 études évaluant la télémédecine en Europe de 2005 à 2010 a conclu qu'il y avait un manque de données probantes permettant de tirer des conclusions sur les coûts associés à la télémédecine⁵⁷. Un autre article publié en 2015 évaluant 98 études de 1998 à 2013 est arrivé à la même conclusion quant au manque de données portant sur l'impact économique de la télémédecine⁵⁸.

⁵² *Ibid.*

⁵³ La Presse, « Les centres de données en ébullition » 25 août, 2019, <https://www.lapresse.ca/actualites/sciences/2019-08-25/les-centres-de-donnees-en-ebullition>.

⁵⁴ La Presse, « La télémédecine est-elle bonne pour la santé ? » 30 novembre, 2020,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php>.

⁵⁵ Ariane Lacoursière, «Le gouvernement Legault veut étendre les téléconsultations», *La Presse*, 10 janvier, 2020,

www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-10/le-gouvernement-legault-veut-etendre-les-teleconsultations

⁵⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, «Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2019-2023», 4 décembre, 2019,

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002438/>.

⁵⁷ Anne G. Ekeland, Alison Bowes, Signe Flottorp, «Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews», *International Journal of Medical Informatics* 79, no 11 (2010): 736-71, https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2377962/Ekeland_011010_Eff.pdf?sequence=1.

⁵⁸ De la Torre-Díez I, López-Coronado M, Vaca C, Aguado JS, de Castro C. «Cost-utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review». *Telemed J E Health*. 2015 Feb;21(2):81-5. doi: 10.1089/tmj.2014.0053. Epub 2014 Dec 4. PMID: 25474190; PMCID: PMC4312789.

Malgré le manque de consensus sur la rentabilité de la télémédecine, les consultations à distance permettent sans doute l'optimisation de la main-d'œuvre et de certains coûts, particulièrement en région rurale. De plus, les coûts de surveillance de patients à distance continuent de diminuer d'année en année avec la réduction en coûts de technologies et équipements de surveillance médicale⁵⁹. D'autre part, les hôpitaux ruraux de petite taille, souvent limités en ressources, peuvent réduire les transferts et optimiser leur triage avec la télémédecine, ce qui maximise la main-d'œuvre locale^{60,61}. En effet, une revue systématique regroupant 233 articles datés de 1998 à 2018 a démontré que des consultations spécialisées à distance pouvaient réduire le temps d'attente à l'urgence et améliorer l'accès aux services⁶².

5. L'envers de la médaille

Bien que la télémédecine présente de nombreux avantages, toute médaille a son revers. En effet, plusieurs problématiques entourant la télémédecine représentent un réel défi dans l'utilisation de cette technologie à grande échelle. Tout d'abord, l'accès à l'Internet, inégal d'une région de la province à l'autre, est un obstacle pour les populations en régions éloignées. Également, l'utilisation des technologies de communication est nettement moins ancrée dans le mode de vie de nos aînés et risque de compromettre l'utilisation de la télémédecine chez cette population. D'un point de vue plus médical, plusieurs autres enjeux se dessinent vis-à-vis de cette nouvelle approche médicale : toutes les spécialités médicales ne s'y prêtent pas nécessairement, la relation médecin-patient pourrait être compromise par un manque de contact humain et il y a des risques au niveau de la confidentialité et de la protection des données inhérents à la modalité virtuelle.

5.1 Accès aux soins de santé : inégalités géographiques

5.1.1 Les torts potentiels de la médecine pour les régions

L'étalement géographique de la population sur le territoire québécois complexifie l'organisation des soins. Afin d'assurer un accès équitable aux services de santé pour tous ses citoyens, le gouvernement du Québec établit un plan d'effectifs médicaux (PEM) et un plan régional d'effectifs médicaux (PREM). Ces plans prennent la forme d'une politique gouvernementale qui détermine le nombre de médecins de famille et le nombre de médecins spécialistes pouvant travailler dans chaque région du Québec afin de desservir de manière équitable les populations selon leurs particularités démographiques et géographiques. Toutefois, comme le décrivait le mémoire de la FMEQ sur la valorisation de la médecine en région écrit en 2020, force est de constater qu'il existe un écart entre le nombre planifié et le nombre réel de médecins travaillant en région, avec un bilan négatif tant au niveau du nombre de médecins spécialistes que de médecins de famille pour les régions dites intermédiaires ou éloignées⁶³. Plus encore, les populations vivant en régions intermédiaires ou éloignées ont des indicateurs de mortalité défavorables par rapport à la moyenne québécoise⁶⁴.

⁵⁹ Peretz D, Arnaert A, Ponzoni NN. «Determining the cost of implementing and operating a remote patient monitoring programme for the elderly with chronic conditions: A systematic review of economic evaluations». *J Telemed Telecare*. 2018 Jan;24(1):13-21. doi: 10.1177/1357633X16669239. Epub 2016 Sep 19. PMID: 27650163.

⁶⁰ Christina Tsou et al. «Effectiveness and cost-effectiveness of telehealth in rural and remote emergency departments: a systematic review protocol». *Systematic Reviews* 9, no 82 (2020), <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-020-01349-y>.

⁶¹ Gagnon, MP., Paré, G., Pollender, H. et al. «Supporting work practices through telehealth: impact on nurses in peripheral regions». *BMC Health Serv Res* 11, 27. 2011. <https://doi-org.proxy3.library.mcgill.ca/10.1186/1472-6963-11-27>

⁶² Annette M. Totten et al., «Telehealth for Acute and Chronic Care Consultations», *Comparative Effectiveness Review* 2016, (2019), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK547239/>.

⁶³ Fédération médicale étudiante du Québec, «Amener la relève médicale à nos régions: Comment valoriser la pratique de la médecine en région au Québec», 27 février, 2020, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_regions.pdf.

⁶⁴ Institut national de santé publique du Québec, «Milieux ruraux et urbains: quelles différences de santé au Québec?», 16 mai, 2019, <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/milieux-ruraux-urbains>.

Ainsi, au vu des soins de santé actuellement offerts en région intermédiaire ou éloignée, la télémédecine pourrait être bénéfique notamment pour réduire le déplacement des patients, pour améliorer la continuité des soins, particulièrement pour les cas complexes⁶⁵, et pour réduire l'utilisation de l'urgence pour les gens n'ayant pas de médecin de famille. Toutefois, il existe un risque que la télémédecine aggrave ces inégalités d'accessibilité à des professionnels de la santé travaillant en région en nuisant à leur recrutement si elle justifie qu'ils puissent rester physiquement dans les grands centres urbains pour offrir des soins à distance. Or, pour des situations plus complexes, urgentes et particulières, la télémédecine ne permet pas la prise en charge du patient, ce qui entraînerait une diminution de l'offre des soins et ainsi un transfert du patient dans un centre tertiaire disposant des ressources nécessaires. La téléformation au profit de la formation continue pourrait également nuire à ce recrutement. Ultimement, le risque de la télémédecine pour la médecine en région est une fragmentation des soins, des problèmes de coordination et une pression grandissante entre les soins primaires, secondaires et tertiaires⁶⁶. Une solution potentielle à ce problème est l'imposition d'un pourcentage maximal de soins de télémédecine aux médecins, particulièrement ceux pratiquant en centres urbains.

5.2.2 Accès à l'Internet

Bien que la télémédecine semble la solution parfaite afin de diminuer les inégalités d'accessibilité aux soins de santé en région éloignée, l'accès limité à l'Internet dans certaines régions du Québec risque au contraire d'exacerber celles-ci. Il en va de même pour les inégalités socio-économiques en santé qui pourraient être amplifiées, car l'accès à Internet demeure moins présent dans les ménages à faible revenu.

Par souci de confidentialité, il est recommandé que les patients utilisent l'Internet à leur domicile et non dans un lieu public. Bien que la majorité de la population ait accès à Internet chez elle, il y a un peu plus d'une personne sur dix qui ne peut pas accéder à la télémédecine quand on considère l'accès à Internet comme l'unique facteur. Ensuite, le deuxième facteur à prendre en considération est celui de la qualité, voire même de l'existence de l'Internet dans sa région. En effet, dans certaines régions plus éloignées, il y a des problèmes avec l'accès à Internet de qualité (ou haute-vitesse) et le coût de la connexion.

En 2018, 99,8 % des foyers situés dans de grands centres avaient la **possibilité** de s'abonner à un service haute vitesse de 50/10Mb, contre seulement 59,2 % dans certaines villes rurales, selon le plus récent Rapport de surveillance des communications du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC)⁶⁷. Il est à noter que le gouvernement fédéral compte l'Internet haute vitesse comme étant un service essentiel depuis 2016. La CAQ avait comme promesse de fournir un accès à Internet haute vitesse à tous les québécois avant 2022⁶⁸. Cette promesse est loin d'être réalisée. Même si monsieur François Legault a récemment augmenté ses efforts pour desservir le Québec en Internet haute vitesse, il reste environ 250 000 foyers (donc presque 10 % des foyers au Québec) qui n'en n'ont pas. Environ 120 000 des 250 000 foyers à brancher ne font pas encore l'objet d'un contrat de déploiement pour 2022⁶⁹. De plus, la qualité de la

⁶⁵ Joshua S. Jue, Sydney A. Spector, Seith A. Spector, «Telemedicine broadening access to care for complex cases», *Journal of Surgical Research* 220 (2017): 164-170, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022480417304602>.

⁶⁶ Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

⁶⁷ Philippe Jean Poirier, «Connecter les régions une fois pour toutes», *Les affaires*, 19 août 2020, <https://www.lesaffaires.com/dossier/telecommunication/connecter-les-regions-une-fois-pour-toutes/619303>

⁶⁸ Thomas Gerbet, «La CAQ ne respectera pas sa promesse pour Internet haute vitesse», *Radio-Canada*, 5 octobre 2020 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1735840/quebec-caq-promesse-haute-vitesse-debit-internet>

⁶⁹ Fanny Lévesque, «15 000 foyers branchés par mois, promet Québec», *La Presse*, 5 février 2021. <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2021-02-05/internet-haute-vitesse/15-000-foyers-branches-par-mois-promet-quebec.php>

connexion peut dépendre des conditions climatiques et du nombre de personnes utilisant le réseau dans le même foyer.

Cette difficulté d'accès à Internet est particulièrement criante sur les territoires autochtones du Québec. En effet, en plus des inégalités découlant du colonialisme, de l'exclusion, du racisme et du non-respect du droit à l'autodétermination vécues par les populations autochtones du Québec, l'accès déficitaire à l'Internet représente un frein supplémentaire aux soins de santé⁷⁰. Par exemple, seulement 31,1 % des autochtones vivant sur des réserves ont accès à l'Internet à haute vitesse alors que ce pourcentage grimpe à plus de 85 % pour le reste de la population canadienne⁷¹. À notre connaissance, le plus récent plan stratégique de télésanté des Premières Nations et Inuits du Québec date de 2007. Quoique les informations statistiques qu'il contient datent de plus de 10 ans, les observations et conclusions générales de ce plan sont toujours d'actualité. Dans le plan stratégique de télésanté de 2007, les bénéfices potentiels de la télémedecine comprenaient entre autres la consultation de spécialistes pour les communautés isolées et semi-isolées; l'attraction de personnel plus jeune; la possibilité d'éducation et de formation sur place; la réduction des délais d'attente pour les résultats d'examen; la surveillance des patients vivant avec une maladie chronique; offrir de l'aide dans les moments de crises qui nécessitent l'intervention d'un professionnel en santé mentale (violence familiale, suicide)⁷². Dans un rapport portant sur l'évaluation du programme d'infrastructure de la cybersanté au Canada, on mentionne que la téléophtalmologie a connu du succès dans les collectivités autochtones au Québec, mais que les autres services de télésanté peinent à s'établir et à prendre leur place dans la pratique clinique courante⁷³. Sur le site de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations et du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), dans la section « télésanté » on retrouve de l'information uniquement sur la téléophtalmologie et sur la formation à distance des professionnels de la santé⁷⁴. Le site mentionne également que le CSSSPNQL soutient divers projets de télésanté dans quelques communautés, mais précise la difficulté d'implanter ces projets. On en vient donc à la conclusion que malgré les bénéfices potentiels mentionnés dans la stratégie de 2007, l'utilisation des services de télémedecine dans les communautés autochtones n'est pas standardisée et qu'elle dépend encore de la volonté du personnel sur place à démarrer des projets de télésanté qui peuvent tomber dans l'oubli en raison de la rotation élevée du personnel sur place. La télémedecine a donc un potentiel immense pour améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés autochtones, en temps de crise sanitaire comme sur une base régulière. Toutefois, il faudra une volonté politique forte et plus que des promesses d'investissement pour mener à bien les différents projets d'implantation, de formation et d'amélioration de la télémedecine dans ces communautés⁷⁵. Consulter les communautés autochtones sur la façon dont ces services de télémedecine devraient être implantés et si ces services répondent aux besoins énoncés par ces communautés devrait être au cœur des démarches d'implantation de la télémedecine⁷⁶.

⁷⁰ Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, «La santé publique chez les Premières Nations au Québec: Une responsabilité partagée pour une action concertée», 2017, https://www.cssspnql.com/docs/default-source/publications-cssspnql/portrait_sante_publique_site-fr.pdf?sfvrsn=2.

⁷¹ Radio Canada, «Internet haut débit accessible à seulement 31,3 % des Autochtones», *Radio Canada*, 8 janvier 2020, <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1463260/internet-crtc-autochtones-reserve>

⁷² Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, «Premières Nations du Québec: Plan stratégique de télésanté 2007-2010», décembre, 2007, <https://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/plan-strategique-telasanté-pn-2007-10-fr.pdf?sfvrsn=2>.

⁷³ Bureau de l'audit et de l'évaluation Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada *Évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté 2011-2012 à 2015-2016* (Canada, Santé Canada, 2017), 120, <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/accountability-performance-financial-reporting/evaluation-reports/first-nations-i-nuit-e-health-infrastructure-program-2011-2012-2016-2016/pub1-fra.pdf>

⁷⁴ Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, «Télésanté», 15 février 2021, <https://www.cssspnql.com/champs-intervention/gri/t/C3%A9l%C3%A9-sant%C3%A9>

⁷⁵ Teladoc Health, «Plus de 350 organisations autochtones bénéficieront des services de télémedecine de Teladoc Health», *Globe News Wire*, 10 juin, 2020, <https://www.globenewswire.com/news-release/2020/06/10/2046234/0/fr/Plus-de-350-organisations-autochtones-beneficieront-des-services-de-telmedecine-de-Teladoc-Health.html>.

⁷⁶ Marion Maar et al., «Reaching agreement for an Aboriginal e-health research agenda: the Aboriginal Telehealth Knowledge Circle consensus method», *Rural Remote Health* 10, no 1 (2010): 1299, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20108996/>.

5.2 Accès à la technologie et à Internet : inégalités intergénérationnelles

Les téléconsultations nécessitent plusieurs compétences et habiletés de la part des patients : télécharger et utiliser des applications, utiliser les plateformes de courriel, utiliser une caméra web et envoyer des photos, pour n'en nommer que quelques-unes. Donc le problème ne se limite pas à la possession d'appareils électroniques et à la connexion Internet haute vitesse; il faut apprendre comment utiliser les technologies de l'information et de la communication (TIC). Cet enjeu est particulièrement important chez les personnes âgées de plus de 65 ans, qui utilisent moins Internet ou risquent de ne pas être à l'aise avec son utilisation. Selon une enquête du CEFRIO en 2019 sur l'usage du numérique par les aînés québécois, 46 % des aînés au Québec disposaient d'un téléphone intelligent⁷⁷. La moitié des aînés québécois en 2019 (51 %) disposaient d'une tablette électronique et 68 % d'un ordinateur. Selon la même enquête, 51 % de la population âgée entre 18 et 65 ans se considérait habile à utiliser Internet, contrairement à 23 % des gens de 65 ans ou plus. Ceci démontre un écart générationnel important quant à la possession et à la maîtrise des outils nécessaires à la télémédecine. La CEFRIO a aussi investigué le niveau d'aisance des aînés à utiliser leurs appareils électroniques en matière de santé plus spécifiquement : 62 % des aînés disent être peu ou pas du tout à l'aise à faire des appels vidéo avec un professionnel de la santé ou tout autre intervenant de leur communauté⁷⁸. Il existe certains programmes ayant pour but de leur apprendre comment les utiliser (ceux-ci sont souvent offerts par des bibliothèques ou encore des résidences pour personnes âgées), mais ils ne sont pas suffisamment accessibles pour constituer une panacée au problème.

5.3 Les domaines médicaux ne se prêtant pas à la télémédecine

Il est crucial que l'intégration de la téléconsultation dans la pratique habituelle des médecins ne se fasse pas au détriment de la qualité des soins offerts, du diagnostic jusqu'au suivi des patients. Il va sans dire que certaines maladies nécessitent un examen physique afin d'être bien diagnostiquées et des interventions physiques afin d'être bien prises en charge, ce qui fait en sorte que certains domaines médicaux se prêtent difficilement à la télémédecine. Ces domaines incluent notamment les spécialités chirurgicales, la pédiatrie socio-juridique et la gynécologie.

En effet, la Présidente de l'Association des gynécologues et obstétriciens du Québec a mentionné que l'exercice de sa spécialité se prêtait moins bien à la télémédecine, car l'examen gynécologique y occupe une place centrale⁷⁹. Également, le dépistage de la maltraitance est un acte au cœur de la prise en charge des jeunes patients car une attention particulière est portée aux signes d'abus lors d'une consultation médicale. Toutefois, à distance, il est presque impossible de vérifier la présence de traces de maltraitance. Ainsi, la télémédecine est déconseillée pour des consultations avec des jeunes enfants à risque de maltraitance⁸⁰. Enfin, d'ordre général, lors de nouvelle consultation, peu importe le domaine, il est recommandé de déterminer si la téléconsultation est appropriée après avoir demandé la raison de consultation du patient. Par exemple, une douleur thoracique ou abdominale, une faiblesse, une difficulté respiratoire ou un changement de prescription pour un patient instable sont des situations qui nécessitent un suivi en personne⁸¹. Bien que le Collège des médecins du

⁷⁷ Bruno Guglielmentelli, «NETendances: Les aînés connectés au Québec», CEFRIO, 25 octobre 2019, https://www.banq.qc.ca/documents/services/espace_professionnel/milieux_doc/ressources/fausses_nouvelles/B.Guglielminetti.pdf

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Louise Leduc, «La télémédecine est-elle bonne pour la santé?», *La Presse*, 30 novembre, 2020, www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php

⁸⁰ Casey Jo Humbyrd, «Virtue Ethics in a Value-driven World: Ethical Telemedicine», *Clinical Orthopaedics and Related Research* 477, no 12 (2019): 2639-2641 (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6907287/)

⁸¹ Natalia Koszegi, Geneviève Parent, «L'enseignement en contexte de télémédecine» (Présentation PowerPoint), Département de médecine familiale, Université de Montréal, juin, 2020, consulté le 30 décembre 2020 à medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2020/06/Enseignement-contexte-de-telemedecine-v.1-17062020.pdf

Québec (CMQ) ait mis en place un guide pour orienter les cliniciens vers ce qui peut et ce qui ne devrait pas être pris en charge à distance, des balises plus précises se doivent d'être mises en place. Somme toute, le jugement du médecin est à prioriser⁸². Voici un résumé des situations moins/pas adaptées à la télémédecine^{83,84}:

- Patients se présentant avec l'apparition de nouveaux symptômes plus urgents (douleur à la poitrine, difficulté respiratoire, toux, perte de fonction cognitive, symptômes neurologiques, etc.);
- Patients avec douleurs musculosquelettiques;
- Enfants à risque de maltraitance;
- Gynécologie;
- Chirurgies.

5.4 Enjeux éthiques et légaux

La télémédecine engendre des enjeux éthiques et légaux qui nécessitent une attention particulière lors de l'implantation de ce service dans un milieu de soins et lors de sa pratique par les professionnels de la santé. Notons l'augmentation du risque de diagnostics erronés, la diminution du contact humain, les difficultés de communication, le manque d'uniformité dans l'obtention d'un consentement libre, clair et informé qui peut rendre les individus plus vulnérables et l'utilisation massive de dossiers médicaux électroniques qui met à risque la confidentialité des patients par des enjeux de juridiction et de propriété des données⁸⁵.

5.4.1 La compétence légale

Au Québec, l'article 108.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) stipule que « les services de santé et les services sociaux rendus à distance dans le cadre de services de télésanté sont considérés rendus à l'endroit où exerce le professionnel de la santé ou des services sociaux consulté⁸⁶. » Les Québécois pourraient donc avoir recours à la télémédecine avec un médecin d'une autre juridiction sans en connaître les implications. En 2015, le CMQ avait émis une position allant à l'inverse de cette loi, suggérant que le lieu de dispensation de l'acte médical soit celui du patient, comme c'est le cas dans les autres provinces canadiennes. Par exemple, si un patient québécois consulte un médecin étranger de façon virtuelle, il se verrait privé de son droit de recours auprès des autorités professionnelles comme les actes posés ne sont pas de la compétence juridique québécoise. Un autre cas de figure est celui d'un médecin québécois qui offrirait une téléconsultation pour un patient d'une autre province où la juridiction est différente, risquant ainsi d'être accusé par la province du patient, d'exercice illégal de la médecine et usurpation de titre, comme il ne disposerait pas d'une autorisation d'exercice⁸⁷. D'ailleurs, M^e Geneviève Piché, une avocate en responsabilité médicale et hospitalière, constate que « les poursuites pour erreur médicale commencent tranquillement à entrer » avec l'explosion de la télémédecine depuis mars 2020⁸⁸.

⁸² Louise Leduc, «La télémédecine est-elle bonne pour la santé?», *La Presse*, 30 novembre, 2020, www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php

⁸³ Osler, Gigi. 2021. «Virtual healthcare.» Communication présentée au Colloque annuel du CÉ-AMQ-QC: La télémédecine, 16 janvier 2021.

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Giulio Nittari et al., «Telemedicine Practice: Review of the Current Ethical and Legal Challenges», *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association* 26, no 12 (2020): 1427-1437, (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7757597/)

⁸⁶ Ministère de la justice du Québec, «Aspect juridique de la télésanté clinique», *Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec*, 14 mai, 2014, <https://www.ethique.gouv.qc.ca/assets/documents/Telesante/CEST-Telesante-Ayotte-Fournier-14mai2014.pdf>.

⁸⁷ Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

⁸⁸ Louise Leduc, « La télémédecine est-elle bonne pour la santé? » *La Presse*, 30 novembre, 2020, www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-30/la-telemedecine-est-elle-bonne-pour-la-sante.php

5.4.2 La communication

Les nouvelles technologies de la télémédecine font appel à de nouvelles formes d'interactions visuelles et auditives qui peuvent sans doute influencer l'établissement, ainsi que le maintien de la relation patient-médecin. Il existe ainsi un risque d'aliénation et d'objectivation du patient, de même qu'une dépersonnalisation du médecin lorsque, par exemple, son environnement virtuel est standardisé et neutre⁸⁹. Il peut être plus difficile de communiquer, de comprendre les commentaires subtiles et le langage corporel des patients⁹⁰. En effet, outre la nécessité évidente du contact réel pour les examens physiques, celui-ci joue également un rôle crucial pour l'établissement d'une relation patient-médecin de confiance. On ne peut sous-estimer l'importance de ce que le médecin retire du non-verbal. Pour les patients, il est également important qu'ils puissent voir le médecin par une caméra activée et un regard direct, afin de se sentir plus à l'aise et à l'écoute⁹¹. Certains sujets sont également considérés comme trop délicats pour être abordés à distance. C'est notamment le cas de l'annonce de mauvaises nouvelles tel un diagnostic de cancer, ce que mentionne Dre. Myriam Bouchard, radio-oncologue à Sherbrooke. D'autres risques associés à la télécommunication sont une fermeture précoce de la rencontre et une banalisation de l'importance du temps de consultation. Ces nouveaux modèles technologiques de communication, ainsi qu'une détérioration de la relation patient-médecin peuvent inévitablement mener à des erreurs médicales⁹². Pour ne pas se priver des avantages incontestables de la télémédecine, il sera important de mieux baliser son utilisation en favorisant les communications par vidéoconférence ou avec caméras ouvertes.

5.4.3 La confidentialité

Malgré toutes les avancées technologiques permises par la pandémie de COVID-19, la sécurité des données et la confidentialité demeurent un enjeu primordial de la télémédecine. Il faut donc avoir accès à des plateformes en ligne sécurisées pour la confidentialité des patients⁹³. Par exemple, *Zoom*, devenue la plateforme de vidéoconférence la plus populaire, est utilisée 10 fois plus qu'avant la pandémie, notamment dans le milieu médical. Toutefois, ceci ouvre la porte à des intrus pouvant se joindre aux vidéoconférences et à un cryptage inapproprié des communications, menant à une fuite des informations confidentielles des patients. Instaurer une culture de la cybersécurité implique une approche multidisciplinaire et doit d'abord se faire par une prise de conscience, tant des patients que des professionnels de la santé, l'éducation, la formation et la simulation contre les cyberattaques. Les centres hospitaliers et dispensateurs de soins doivent mettre en place des mesures préventives et des protocoles administratifs et technologiques de détection, en utilisant, par exemple, l'intelligence artificielle, l'Internet des objets et la chaîne de blocs⁹⁴. *Zoom*, *téléSanté*, *Reactis* et *Teams* sont quelques-unes des plateformes présentement admises par le MSSS. Les réseaux sociaux tels que *Facebook* ou *Skype* sont interdits. Les patients ne peuvent pas choisir la plateforme à utiliser⁹⁵.

⁸⁹ Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la téléSanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), 18, <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

⁹⁰ Brook Calton, Naulzey Abedini, Michael Fratkan, «Telemedicine in the Time of Coronavirus», *Journal of Pain and Symptom Management* 60, no 1 (2020): 12-14, (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32240756/)

⁹¹ Brook Calton, Naulzey Abedini, Michael Fratkan, «Telemedicine in the Time of Coronavirus», *Journal of Pain and Symptom Management* 60, no 1 (2020): 12-14, (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32240756/)

⁹² Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la téléSanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

⁹³ Collège des médecins du Québec, «Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19», *Guide à l'intention des médecins*, 31 mars 2020, www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-covid-19.pdf

⁹⁴ Mohammad S. Jalali, Adam Landman, William J. Gordon, «Telemedicine, Privacy, and Information Security in the Age of COVID-19», *Journal of the American Medical Informatics Association* 22, no 1 (2020), (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33325533/)

⁹⁵ Collège des médecins du Québec, «Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19», *Guide à l'intention des médecins*, 31 mars 2020, www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-covid-19.pdf

Il est important de bien identifier les personnes présentes, tant le patient et sa famille que le médecin consultant, et de demander le consentement verbal du patient avant la consultation, qui doit être libre et éclairé. Ce consentement implique le risque lié à la technologie, comme la qualité des images et du son, la fuite des données personnelles et les limites de la téléconsultation et la démarche clinique par l'absence d'examen physique, par exemple⁹⁶. Toutefois, le médecin doit s'assurer de remplir toutes ses obligations déontologiques, malgré le contexte de la téléconsultation. Obtenir le consentement libre et éclairé implique également de s'assurer que le patient puisse parler en toute confidentialité⁹⁷.

L'environnement physique doit donc être adéquat. Ainsi, avant la téléconsultation, le professionnel de la santé doit s'assurer que le patient peut s'exprimer dans un endroit propice à la confidentialité et la sécurité, particulièrement pour les patients à risque. Il faut donc également tenir compte de l'accompagnement du patient par un aidant naturel ou par le personnel soignant si le contexte s'y prête. Il faut considérer que certains patients n'ont pas accès à un endroit confidentiel, à une connexion Internet adéquate ou à un appareil électronique comme un téléphone ou un ordinateur pour effectuer la rencontre. Ces aspects ne sont pas à négliger pour assurer la qualité de la rencontre et pour ne pas accentuer les inégalités d'accès aux soins de santé. L'environnement professionnel du médecin est également important, afin de conserver la confidentialité de ses patients et d'éviter toute distraction possible⁹⁸.

La télémédecine implique un certain degré de partage inévitable des données des patients par la place qu'elle accorde à la collaboration interprofessionnelle, notamment pour la téléexpertise et la téléassistance. Ainsi, des enjeux de confidentialité s'imposent par la transmission de ces données et des dossiers, en termes de traçabilité des personnes y ayant eu accès, des nouveaux types de données apparaissant avec la télémédecine (photos et vidéos) et de juridiction légale sur le secret professionnel si les professionnels de la santé ne pratiquent pas sur le même territoire⁹⁹.

5.5 Accès au dossier clinique informatisé

Il va de soi que l'accès à des dossiers médicaux numériques s'aligne avec les thèmes précédemment abordés sur la télémédecine, car il s'agit d'un outil essentiel dans la coordination des soins dispensés à distance, particulièrement dans la téléassistance interprofessionnelle et la télésurveillance. Actuellement, les dossiers médicaux ne sont pas accessibles d'un centre hospitalier à un autre et exigent l'utilisation de plus d'un système dans un même centre hospitalier en fonction des unités d'hospitalisation (soins intensifs, unité de néonatalogie) et même parfois du domaine d'exercice des professionnels de la santé (médecins, infirmières, inhalothérapeutes). La multiplication de ces programmes dans un même centre hospitalier engendre d'énormes coûts par la simple mise en place de tels logiciels, mais aussi par les multiples formations d'utilisation qu'elles exigent au personnel et par le fardeau administratif qu'elle engendre. On parle d'un dossier patient électronique (DPE) lorsque le dossier est numérisé à partir de documents papier et rendu disponible après l'épisode de soins par des logiciels médico-administratifs sous forme d'images électroniques. En plus d'être fastidieux, cette méthode ne règle pas l'enjeu de la lisibilité des documents écrits, même que les images numérisées perdent parfois de leur lisibilité. Les applications d'accès à un dossier actif les plus efficaces sont celles utilisant les dossiers cliniques informatisés (DCI). Les DCI intègrent la saisie de données

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ Natalia Koszegi, Geneviève Parent, «L'enseignement en contexte de télémédecine» (Présentation PowerPoint, Département de médecine familiale, Université de Montréal, juin, 2020), consulté le 30 décembre 2020 à medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2020/06/Enseignement-contexte-de-telemedecine-v.1-17062020.pdf

⁹⁸ CMQ, «Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication», *Guide d'exercice*, mai 2015, www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf

⁹⁹ Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), 19, <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

à la source, sans nécessiter de numérisation. Par exemple, *OACIS* est le logiciel de DCI utilisé depuis 2008 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), qui travaillent d'ailleurs ensemble à l'implémentation de ce système depuis 2002 dans tout le réseau de santé du Québec¹⁰⁰. Les avantages du DCI sont des données structurées, donc plus facilement accessibles par la recherche textuelle, une réduction de l'utilisation papier et la disponibilité du dossier durant l'épisode de soins. Par exemple, en 2012, l'Institut de cardiologie et de pneumologie du Québec affilié à l'Université Laval indiquait vouloir graduellement mettre en place un DCI; le DPE n'étant qu'une étape dans la réalisation de ce défi de taille échelonnée en fonction des attitudes, des aptitudes et du budget disponible¹⁰¹. Or, aujourd'hui, deux problèmes persistent dans les centres hospitaliers du Québec. D'une part, bien qu'un DCI soit présent dans plusieurs centres hospitaliers, d'autres programmes de type DPE sont encore utilisés en fonction de l'unité d'hospitalisation ou des professionnels de la santé, empêchant ainsi la centralisation des renseignements cliniques et/ou la structure des dossiers des patients. D'autre part, plusieurs centres hospitaliers utilisent toujours majoritairement des logiciels de nature DPE, comme c'est le cas de *Chartmaxx*, utilisé au CHU Sainte-Justine de l'Université de Montréal (CHUSJ), pour n'en nommer qu'un. Ainsi, la disponibilité des documents numériques pour tous les professionnels de la santé d'un même centre hospitalier repose sur la tâche administrative et faillible de les numériser. Par exemple, dans un grand nombre de dossiers, les prescriptions de médicaments reçues au congé de l'hôpital et remises au patient n'apparaissent pas dans *Chartmaxx*, comme elles ne sont pas numérisées systématiquement. Depuis 2020, le CHUSJ déploie progressivement *PANDA*, un nouveau système de type DCI de prescription électronique unique pour toutes les unités de soins, permettant à tous les professionnels de la santé d'accéder aux prescriptions des patients hospitalisés à partir d'une même source¹⁰². Ce système permettrait éventuellement de pallier ce problème également pour les patients qui reçoivent leur congé d'hôpital. La solution actuelle implique de vérifier au Dossier Santé Québec (DSQ) les prescriptions servies en pharmacie communautaire, mais celles qui sont toujours entre les mains du patient ne s'y retrouvent pas par manque/perte de données à sa source même, c'est-à-dire au dossier du patient.

Par ailleurs, le DSQ est une ressource importante qui doit être mise de l'avant dans ce dossier, car elle permet, lorsqu'intégrée au DCI des centres hospitaliers, d'élargir le champ de professionnels de la santé ayant accès aux renseignements cliniques de tous les dossiers locaux des patients de façon électronique hors des murs des centres hospitaliers, et ce, partout au Québec. Ainsi, l'adoption d'un DCI unique pour les centres hospitaliers du Québec offrirait plusieurs bénéfices pour les professionnels de la santé, les patients et l'organisation des soins. Non seulement elle permettrait une meilleure prise en charge du patient en facilitant la collaboration et la coordination des soins, mais elle impliquerait une simplification du casse-tête administratif et une diminution des coûts au système de santé (Tableau 2).

¹⁰⁰ Susan Usher et al., «Assurer la mise en oeuvre des systèmes d'information clinique», Forum d'innovation en santé, 2010, consulté le 6 février 2021 à www.forumdinnovationensante.org/article/assurer-la-mise-en-oeuvre-des-systemes-dinformation-clinique/

¹⁰¹ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, «Pas à pas vers le dossier clinique informatisé: Présentation aux utilisateurs», (Présentation PDF, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec, 13 février 2012) Consulté le 6 février 2021 à www.iucpq.qc.ca/sites/default/files/presentationdci_14mars2012.pdf

¹⁰² CHU Sainte-Justine, «Une histoire pleine d'avenir», *Rapport annuel de gestion 2019-2020*, juillet 2020, www.chusj.org/CORPO/files/80/80b17171-c255-4fb8-a89a-1d3d39270932.pdf

Tableau 2: Tableau présentant les avantages de l'implémentation d'un DCI unique dans les centres hospitaliers du Québec¹⁰³

Pour les patients	Pour les professionnels de la santé	Pour l'organisation des soins
● Meilleure qualité des soins prodigués; ● Optimisation de l'épisode de soins (prise en charge plus rapide, évolution logique des tests sans reprise inutile, diminution de la répétition des informations); ● Diminution du risque d'une conduite thérapeutique inappropriée.	● Diminution de l'attente pour obtenir des renseignements cliniques importants; ● Accès à distance des antécédents médicaux du patient; ● Coordination des soins avec d'autres professionnels de la santé par accès simultané (aide à la décision, harmonisation des pratiques); ● Diminution des pertes d'informations ou des duplications d'investigations; ● Lisibilité des dossiers médicaux.	● Amélioration de la gestion du temps, de l'espace et des coûts consacrés aux archives des dossiers papiers; ● Élimination de la gestion du transport des dossiers; ● Optimisation des ressources diagnostiques et des conduites thérapeutiques; ● Amélioration de la sécurité et de la confidentialité des dossiers (traçabilité et historiques de consultations); ● Diminution de la perte des données; ● Diminution de la consommation de papier (développement durable).

5.6 Danger pour le système public québécois et aspect économique

La télémédecine pourrait représenter un risque pour le système de santé public québécois par le développement de nouvelles entreprises privées qui offrent des services éclairés et personnalisés. Par exemple, le service de consultation médicale vidéo *Dialogue* offre ses services à des entreprises pour leurs employés ou encore à des assurances privées pour leurs particuliers. D'autres existent tels que *VirtualMED* et *Excelle MD*. Dans ce dernier cas, si le patient a besoin d'une consultation en personne, il est référé à une clinique privée d'*Excelle MD* et, plus rarement, à l'urgence. Dans un article de *La Presse* en janvier 2020, le Dr Alain Vadeboncoeur indique qu'« il y a un trou dans la loi et une possibilité de croissance pour le privé à la marge de la loi et contre l'esprit de la loi et de l'équité, [...] Du point de vue du patient, il doit défrayer [ou quelqu'un doit le faire] pour des services habituellement couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) [...] »¹⁰⁴ Depuis le début de la pandémie avec l'utilisation massive de la télémédecine, ces services privés rapportent un grand achalandage au Québec¹⁰⁵. Il existe aussi, par exemple, une nouvelle application mobile québécoise, *Olive*, qui fonctionne avec un abonnement mensuel pour des consultations illimitées et qui est vantée comme étant un complément technologique aux cliniques privées, permettant ainsi un désengorgement des salles d'attente. Les patients peuvent consulter pour des soins de première ligne comme des soins aigus, maladies chroniques, santé sexuelle et soins en santé mentale.¹⁰⁶

¹⁰³ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, «Pas à pas vers le dossier clinique informatisé: Présentation aux utilisateurs», (Présentation PDF, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec, 13 février 2012) Consulté le 6 février 2021 à www.iucpq.qc.ca/sites/default/files/presentationdci_14mars2012.pdf

¹⁰⁴ Mathieu Perreault, «Télémédecine privée: une brèche dans le système public?», *La Presse*, 23 janvier, 2020,

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-23/telemedecine-privée-une-breche-dans-le-systeme-public#>.

¹⁰⁵ Mathieu Perreault, «La télémédecine à la rescousse», *La Presse*, 19 mars, 2020, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-19/la-telemedecine-a-la-rescousse>.

¹⁰⁶ Clinique santé virtuelle Olive, «Une appli québécoise pour consulter un professionnel de la santé en quelques minutes», *La Presse Xtra*, 26 janvier, 2021, <https://www.lapresse.ca/xtra/2021-01-26/clinique-sante-virtuelle-olive/une-appli-quebecoise-pour-consulter-un-professionnel-de-la-sante-en-quelques-minutes.php>.

Un tel service illimité, par sa nature de consommation, pourrait contribuer au phénomène du e-commerce médical qui inclut également des blogs de conseil médical en ligne, des plateformes de médecine non réglementées et la vente en ligne de médicaments¹⁰⁷. En effet, aux États-Unis, la compagnie *Amazon* annonçait en novembre 2020 qu'elle lancerait ses services de pharmacie en ligne, livrant les médicaments au domicile des patients dans la plupart des États américains. Le flou juridique autour de la télésanté, particulièrement pour le secteur privé, constitue une menace d'apparition de ce genre de service au Québec également¹⁰⁸. Bien que le e-commerce médical permette une plus vaste disponibilité et accessibilité de l'information médicale et même de médicaments pour le domaine pharmaceutique, sa fiabilité n'est pas toujours garantie. D'autres risques impliquent la sécurité des données des patients, tant financières que cliniques, ainsi que le manque de régulation gouvernementale autour de ces sites web et de ces applications mobiles¹⁰⁹.

Olive indique aussi pouvoir permettre « aux infirmières et infirmiers d'utiliser leur plein potentiel dans leur métier et de collaborer plus facilement avec d'autres professionnels de la santé¹¹⁰ ». Il est ainsi difficile de ne pas y voir un appel pour attirer le personnel infirmier vers le secteur privé, particulièrement alors qu'il quitte le secteur public en plus grand nombre depuis mars 2020 en raison de l'épuisement professionnel exacerbé, entre autres, par la pandémie de COVID-19. En effet, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) réclame de meilleures conditions de travail, sans temps supplémentaire obligatoire par exemple, et ce sont actuellement les agences de placement privés qui offrent cette possibilité¹¹¹.

La création de ces services privés de télémédecine pourrait de plus aggraver les inégalités d'accès aux soins dans la population québécoise, tout en fragilisant le système public. Rappelons qu'en 2020, la FMEQ recommandait au gouvernement du Québec, dans son mémoire « Élargissement du panier de services en santé : Pour la santé et pour le portefeuille des Québécois », d'augmenter le nombre de services couverts par le régime public, d'étendre sa couverture à l'ensemble de la population, en abolissant aussi l'obligation de se souscrire à un régime d'assurance privée collective offert par un employeur, et de réduire la participation financière du citoyen liée aux soins de santé pour atteindre une équité sociétale et pour offrir des meilleurs soins à la population tout en désengorgeant le système de santé public québécois¹¹².

Somme toute, en plus des autres points abordés précédemment, l'avènement des services de télémédecine privés est susceptible de compromettre la qualité de la prise en charge d'un patient à long terme. En effet, l'épisode clinique d'un patient vu par ses services risque de ne pas être inscrit dans son dossier et le suivi de l'évolution du patient ne serait pas garanti pour optimiser son bien-être à long terme.

¹⁰⁷ Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

¹⁰⁸ Marco Laverdière, «Flou juridique autour de la télésanté», *Le Soleil*, 24 janvier, 2021,

<https://www.lesoleil.com/actualite/flou-juridique-autour-de-la-tele-sante-a51b43db8e5cd8e0db4e084c9f24cd8c>.

¹⁰⁹ Hassane Alami, «Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec» (Thèse de Ph. D., Université Laval, 2019), <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/33993/1/34888.pdf>.

¹¹⁰ Clinique santé virtuelle Olive, «Une appli québécoise pour consulter un professionnel de la santé en quelques minutes», *La Presse Xtra*, 26 janvier, 2021,

<https://www.lapresse.ca/xtra/2021-01-26/clinique-sante-virtuelle-olive/une-appli-quebecoise-pour-consulter-un-professionnel-de-la-sante-en-quelques-minutes.php>.

¹¹¹ Gabrielle Duchaine et al., «Infirmières: Fuite vers le privé», *La Presse*, 8 février, 2021, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-02-08/infirmieres/fuite-vers-le-prive.php>.

¹¹² Fédération médicale étudiante du Québec, «Élargissement du panier de services en santé: Pour la santé et pour le portefeuille des Québécois», 23 février, 2020, https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_panier_services.pdf.

6. La relève médicale et la télémédecine

6.1 Intérêt des médecins et résidents pour la télésanté

La satisfaction des professionnels de la santé et des patients est cruciale au succès de la télémédecine. La perception de la facilité et de l'utilité des services de télémédecine permet d'améliorer l'efficacité et la qualité des services et des soins aux patients. Ainsi, l'instauration de celle-ci dans un milieu de soins dépend directement de l'intérêt qu'y portent les professionnels de la santé et les patients¹¹³.

Au mois de janvier 2020, avant que la pandémie de COVID-19 touche le Québec, les médecins à la FMOQ se disaient craintifs face à l'utilisation de la télémédecine, surtout pour des motifs déontologiques. À ce moment-là, on cherchait à étendre les téléconsultations pour désengorger le système de santé lors des périodes de gastro-entérites et d'infections respiratoires¹¹⁴.

En mai 2020, l'Association médicale canadienne a effectué un sondage auprès de 1800 résidents canadiens relativement aux soins de santé virtuels durant la pandémie. Une des conclusions de leur rapport est à l'effet que les options virtuelles sont davantage appréciées qu'une visite à l'urgence. Malgré cela, la majorité des gens voudraient avoir le choix entre une consultation virtuelle ou en personne¹¹⁵. La satisfaction des patients et des professionnels de la santé à l'égard de la télémédecine est assez élevée. Également, celle-ci a été prouvée comme étant « au moins équivalente aux soins en personne¹¹⁶ ».

6.2 Formation des futurs médecins à utiliser la télémédecine

6.2.1 Exposition des étudiants du préclinique à la télémédecine

La télémédecine est un sujet d'actualité dans le monde de la pédagogie médicale, d'autant plus depuis le début de la pandémie de la COVID-19 en mars dernier. De ce fait, plusieurs initiatives soulignant les avantages de l'enseignement de la télémédecine aux étudiants en médecine ressortent dans la littérature récente. Au Québec par contre, la place de la télémédecine dans le curriculum des facultés de médecine n'est pas bien connue. Il est pertinent de se pencher sur le sujet, afin de mieux cerner ce qui se fait actuellement et ce qui peut être amélioré, afin d'offrir une éducation médicale complète et de qualité aux étudiants du Québec.

Lorsque questionnées sur la présence d'enseignement de la télémédecine dans le curriculum théorique des étudiants en médecine du préclinique, soit les étudiants qui en sont à la partie théorique du curriculum, autant en période pré-pandémique que depuis mars 2020¹¹⁷, une seule des quatre facultés de médecine québécoises reconnaît recevoir une formation en lien avec la télémédecine, que ce soit dans le cadre d'un cours dédié au sujet ou par l'entremise de capsules intégrées à d'autres cours. Le portrait est similaire en ce qui a trait aux ressources informatives mises à la disposition des étudiants du préclinique. En effet, une seule des facultés de médecine québécoises offre du matériel en lien avec la télémédecine à ses étudiants.

¹¹³ Jonathan Kissi et al., «Predictive factors of physicians' satisfaction with telemedicine services acceptance», *Health Informatics Journal* 26, no 3 (2020): 1866-1880, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31854222/

¹¹⁴ Ariane Lacoursière, «Le gouvernement Legault veut étendre les téléconsultations», *La Presse*, 10 janvier, 2020, www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-10/le-gouvernement-legault-veut-etendre-les-teleconsultations

¹¹⁵ Association médicale canadienne, «Que pense la population canadienne des soins de santé virtuels?», (Présentation Powerpoint), mai, 2020, consulté le 27 décembre 2020 à www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/cma-virtual-care-public-poll-june-2020-f.pdf

¹¹⁶ S. Joseph Sirintrapun, «Telemedicine in Cancer Care», *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 38, (2018): 540-545 (www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30231354/)

¹¹⁷ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay. «Sondage sur l'exposition académique des étudiants à la télémédecine/impact de la formation virtuelle», *Google Forms*, 18 décembre 2020, https://docs.google.com/forms/d/11NI-YQy2PeM06ZGZH0xBYQ_HNkH_dk9YIDdXhceskoXK8/edit

Pour ce qui est des stages d'observation pouvant servir d'introduction au monde de la télémédecine pour les étudiants du préclinique, deux des quatre universités québécoises offrent la possibilité aux étudiants du programme de médecine d'aller observer, en milieu clinique, le fonctionnement de cette nouvelle technologie et les impacts de celle-ci, autant sur le quotidien des cliniciens que sur la relation médecin-patient. Une faculté offre un stage d'exposition en médecine familiale pour les étudiants de première année en plus d'un cours d'apprentissage par problème (APP) sur la confidentialité médecin-patient à l'ère des médias, un enjeu directement relié à la pratique de la télémédecine. Selon des représentants étudiants, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est consciente de l'ampleur probable que prendra la télémédecine dans le futur. Elle reconnaît aussi son utilité dans le curriculum au préclinique : avec les cohortes grandissantes, elle permettrait même d'alléger certaines activités. Depuis l'automne 2020, quelques simulations au centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC) sur la télémédecine sont organisées, de même que des Examens Cliniques Objectifs structurés (ECOS), qui sont des examens conçus de manière à évaluer le rendement et les compétences cliniques à l'égard d'une série d'aptitudes¹¹⁸, dont le contexte implique une téléconsultation, afin de remplacer les activités en présentiel en période de pandémie. Ces activités ont connu un certain succès auprès des formateurs et des étudiants au préclinique. Toutefois, il n'est pas confirmé si ces activités seront maintenues à long terme. Malgré l'absence de tels stages et activités dans la moitié des programmes de médecine québécois, on note un intérêt des étudiants des quatre universités à avoir accès à de telles opportunités, qui leur permettraient d'en apprendre davantage sur la télémédecine et sa pratique dans un contexte clinique. En ce moment, aucune initiative étudiante faisant la promotion de la télémédecine auprès des précliniciens n'existe, et ce, à travers les quatre facultés de médecine québécoises. Pourtant, lorsque sondés sur la question, les représentants étudiants notent un intérêt fort des étudiants en lien avec la télémédecine. Ce manque d'initiative pourrait être causé par plusieurs éléments, que ce soit un manque de temps, une difficulté d'accès aux ressources informatives où l'absence d'opportunités d'être mis en contact avec la télémédecine. En effet, l'une des plus grandes barrières à l'utilisation autonome de la télémédecine chez les étudiants en médecine est le fait que moins d'un tiers des externes ont accès à une adresse courriel sécurisée émise par le MSSS leur permettant d'utiliser les plateformes sécuritaires de télémédecine.

Au niveau canadien, la situation est très similaire. En effet, un sondage pancanadien réalisé par l'Université Dalhousie a démontré que seulement 23,2 % et 4,3 % des étudiants sondés trouvent l'enseignement de la télémédecine au sein de leur faculté adéquat et extrêmement adéquat, respectivement¹¹⁹. Le recensement a également mis de l'avant que 30,8 % des répondants se sentent inconfortables dans leurs connaissances en lien avec la télémédecine. 78,2 % des étudiants sondés mentionnent qu'ils croient qu'il devrait y avoir plus d'enseignement quant à la télémédecine dans le cursus médical.

Il y a donc une disparité claire entre l'offre de services en ce qui a trait à l'enseignement de la télémédecine aux étudiants du préclinique et l'intérêt de ceux-ci pour cette technologie qui semble prendre de plus en plus d'importance dans la pratique clinique moderne. Il est donc pertinent de se questionner à savoir si une uniformisation du curriculum médical et l'intégration de possibilités de stages à travers les quatre facultés de médecine du Québec permettraient, d'un côté, d'initier les étudiants à la réalité de la télémédecine et d'un autre, leur fournir les ressources nécessaires pour développer leur intérêt pour une telle technologie et possiblement se voir en faire usage dans leur propre pratique. Il va sans dire que d'outiller adéquatement l'ensemble des étudiants avec des adresses courriels sécurisées provenant du MSSS dès le début de l'externat est aussi une étape nécessaire à l'atteinte de cet objectif.

¹¹⁸ "La Définition, Le but Et La Structure De l'ECOS." Conseil médical du Canada. Accessed January 14, 2021. <https://mcc.ca/fr/examens/orientation-ecos/definition/>.

¹¹⁹ Clara Long, Emre Islam, Dr. Alan Cruess, Dr. Sanjay Sharma. "Perspective des étudiants et des résidents canadiens en médecine sur la formation en télémédecine", Dalhousie University, Faculty of Medicine, 2021.

6.2.2 Initiatives d'enseignement de la télémédecine : Revue de littérature

Il est démontré dans la littérature que la télémédecine représente une opportunité de combler le besoin d'apprentissage pratique criant chez les étudiants en médecine qui, depuis mars 2020, ont perdu leur accès privilégié au système de santé¹²⁰. En effet, la télémédecine est une pratique qui offre une variété de possibilités d'exposition clinique dans diverses spécialités, ce qui permet de maintenir une formation pratique des étudiants malgré les restrictions sanitaires. La versatilité et la popularité grandissante de la télémédecine sont également des atouts à considérer et justifient l'inclusion de cette technologie à même les curriculums des facultés de médecine à travers le monde. L'emploi de cette technologie au sein du système de santé nécessite par contre l'acquisition de plusieurs compétences particulières qui se doivent d'être maîtrisées afin d'assurer une pratique sécuritaire et de qualité¹²¹. L'enseignement de la télémédecine est, de cette manière, une étape cruciale à son inclusion comme pratique courante dans le système de santé. L'exposition des étudiants en médecine à cette technologie permet de former des professionnels de la santé avec le bagage nécessaire pour inclure la télémédecine dans leur arsenal clinique¹²².

L'Association Médicale Américaine (AMA) supporte également l'enseignement de la télémédecine aux étudiants en médecine et aux résidents, de sorte à assurer une formation complète et à offrir les meilleurs soins possibles aux patients¹²³. La variété de modalités d'enseignement et de ressources disponibles permet de plus aux facultés de médecine de moduler une offre de service flexible et qui peut s'ajuster aux limites d'investissement et d'organisation de chaque milieu. Le bénéfice de mettre sur pied une formation à la télémédecine est grand et comporte peu de risques pour les institutions¹²⁴. La télémédecine représente également une opportunité de mettre de l'avant l'interdisciplinarité et la collaboration. La télémédecine peut aussi, en addition à ses opportunités d'enseignement, permettre aux apprenants d'être exposés à une pratique ciblée pour les patients de communautés éloignées, qui permet un contact direct avec les patients et qui encourage le partage d'expertise avec les professionnels de la première ligne¹²⁵.

Dans un article paru dans *The Harvard Gazette*¹²⁶, on décrit une initiative développée pour répondre au besoin de former les étudiants en médecine à la télémédecine, besoin qui s'est intensifié depuis mars dernier. Un cours comprenant 5 modules fut donc mis sur pied. Ce cours aborde tous les aspects de la télémédecine, de la définition même de cette nouvelle pratique au fonctionnement des visites virtuelles en passant par les questions éthiques entourant la médecine en ligne. Le cours comprend également des capsules vidéo démontrant comment procéder à un examen physique et permettant même à des étudiants d'obtenir une exposition clinique sous forme de périodes d'observation à distance de consultations virtuelles. Malgré les défis et les difficultés qui sont impliqués dans la mise sur pied de tels modules d'apprentissage, ceux-ci sont bénéfiques pour les étudiants, qui peuvent profiter de contenu clinique en attendant que la pratique dans les milieux hospitaliers redevienne sécuritaire.

¹²⁰ Iancu, Ariella Magen, Michael Thomas Kemp, and Hasan Badre Alam. "Unmuting Medical Students' Education: Utilizing Telemedicine During the COVID-19 Pandemic and Beyond." *Journal of Medical Internet Research* 22, no. 7 (July 20, 2020). <https://doi.org/10.2196/19667>.

¹²¹ Jumreornvong, Oranicha, Emmy Yang, Jasmine Race, and Jacob Appel. "Telemedicine and Medical Education in the Age of COVID-19." *Academic Medicine* 95, no. 12 (2020): 1838–43. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003711>.

¹²² Iancu, Ariella Magen, Michael Thomas Kemp, and Hasan Badre Alam. "Unmuting Medical Students' Education: Utilizing Telemedicine During the COVID-19 Pandemic and Beyond." *Journal of Medical Internet Research* 22, no. 7 (July 20, 2020). <https://doi.org/10.2196/19667>.

¹²³ "AMA Encourages Telemedicine Training for Medical Students, Residents." *AMA*. AMA, June 15, 2016. American Medical Association (AMA). <https://www.ama-assn-org.acces.bibl.ulaval.ca/press-center/press-releases/ama-encourages-telemedicine-training-medical-students-residents>.

¹²⁴ Muoio, Dave. "The Case for Integrating Telemedicine Education into Medical Curriculums." *MobiHealthNews*, June 11, 2020. <https://www.mobihealthnews.com/news/case-integrating-telemedicine-education-medical-curriculums>.

¹²⁵ Warshaw, Robin. "From Bedside to Website: Future Doctors Learn How to Practice Remotely." *AAMC*, April 24, 2018. <https://www.aamc.org/news-insights/bedside-website-future-doctors-learn-how-practice-remotely>.

¹²⁶ Buckley, M.R.F. "Harvard Medical School Uses Telemedicine as a Way Forward." *Harvard Gazette*. *Harvard Gazette*, May 18, 2020. <https://news.harvard.edu/gazette/story/2020/05/harvard-medical-school-uses-telemedicine-as-a-way-forward/>.

L'Université d'Iowa a également mis sur pied un programme d'initiation à la télémédecine pour ses étudiants¹²⁷. Le module a pour objectif de préparer les étudiants à l'usage futur de la télémédecine dans leur pratique, et ce, peu importe la spécialisation choisie. Le programme développé en Iowa comporte trois modules sur lesquels les étudiants sont questionnés, une vidéo et une situation de simulation. La partie théorique de la formation couvre l'histoire de la télémédecine, l'utilisation de la technologie, la terminologie appropriée, les lois et l'éthique entourant la pratique, l'efficacité, les bonnes pratiques cliniques, l'environnement optimal, la communication et plusieurs autres éléments essentiels à la pratique réussie de la télémédecine. La simulation est une opportunité de voir des scénarios en action, d'utiliser la technologie et l'équipement périphérique. L'étude conduite sur ce programme a démontré une amélioration des connaissances de base des étudiants en médecine, qui se voient mieux préparés à cette pratique.

La pandémie actuelle de la COVID-19 a permis de mettre de l'avant des possibilités d'amélioration du curriculum des facultés de médecine. La télémédecine fait partie des éléments qui peuvent compléter l'éducation des étudiants en médecine et qui pourra potentiellement permettre de former des futurs professionnels qui sont prêts à intégrer cette technologie dans leur pratique¹²⁸.

6.2.3 Exposition des étudiants de l'externat à la télémédecine

L'enseignement de la télémédecine dans les milieux cliniques de l'externat est actuellement sous-optimal. On estime que le deux tiers des externes en médecine ont déjà été exposés à la télémédecine dans les milieux cliniques. Parmi ceux-ci, la majorité n'apprécie pas l'expérience et est mitigée sur la qualité de l'enseignement qui leur est prodigué¹²⁹. Alors que certains applaudissent les efforts qui ont été mis en temps de pandémie de COVID-19 pour développer l'utilisation des consultations virtuelles, d'autres déplorent que l'exercice soit peu formateur.

Les externes en médecine sont avides d'exposition clinique. Les contacts avec la télémédecine que les étudiants ont eus lors de leurs stages ne permettent pas de combler ce besoin dans leur formation. Bien que ce soit une bonne activité de remplacement et qu'il permet le développement de meilleures techniques d'entrevues, l'exercice est souvent moins formateur en raison de l'absence de l'examen physique. Environ 75 % des externes sondés affirment que leurs différents milieux de stages étaient peu ou partiellement équipés pour pratiquer et enseigner la télémédecine¹³⁰. Les externes n'ont parfois aucun autre choix que d'observer leurs superviseurs faire des suivis téléphoniques. Quelques étudiants mentionnent avoir pu faire les consultations virtuelles eux-mêmes, mais que trop souvent le processus ne faisait que dédoubler le travail, car le médecin superviseur devait reprendre l'histoire. D'autres disent avoir pu voir des patients via différentes plateformes de visioconférence. Le résultat était le même, soit peu d'interactions avec le patient et de l'observation avec le superviseur.

Bien sûr, l'expérience de la télémédecine n'est pas que négative. Cette pratique s'est révélée particulièrement appréciée dans les stages de médecine familiale et de dermatologie. Les commentaires reçus en ce sens font état d'une expérience positive de la télémédecine tant pour les patients que pour les externes. Tous

¹²⁷ Walker, Clayton, Harriet Echternacht, and Patrick D. Brophy. "Model for Medical Student Introductory Telemedicine Education." *Telemedicine and e-Health* 25, no. 8 (August 1, 2019): 717–23. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0140>.

¹²⁸ Warshaw, Robin. "From Bedside to Website: Future Doctors Learn How to Practice Remotely." AAMC, April 24, 2018. <https://www.aamc.org/news-insights/bedside-website-future-doctors-learn-how-practice-remotely>.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*

s'entendent pour dire que l'initiative est adéquate et pertinente pour les rendez-vous ponctuels, pour les suivis ou encore pour les renouvellements d'ordonnances qui se font très bien à distance.

L'appréciation de l'apprentissage de la télémédecine semble grandement corrélée avec l'aisance du superviseur de stage avec cette nouvelle technologie. Certains patrons préfèrent pratiquer la télémédecine eux-mêmes et semblent embêtés par la tâche additionnelle d'enseigner cette nouvelle technologie. Certains superviseurs de stages sont peu à l'aise avec la réglementation professionnelle entourant la télémédecine, surtout lorsqu'elle est appliquée aux externes en stages. Par ailleurs, seulement le tiers des externes sondés affirment que leurs superviseurs de stages sont ouverts à accompagner les étudiants dans l'apprentissage de la télémédecine.

En somme, l'usage de la télémédecine dans les milieux cliniques pendant la pandémie était nécessaire pour des raisons de santé publique, mais cela a réduit l'exposition clinique des externes, chose qui était déjà difficile avant l'arrivée de la COVID-19.

6.3 Formation virtuelle des étudiants en médecine : avantages et inconvénients

6.3.1 La pandémie du COVID-19, un véritable catalyseur de la formation à distance

La COVID-19 a également forcé la main des étudiants en médecine ayant une formation complètement en présentiel à s'adapter à une formation virtuelle. Cette dernière est ponctuée du maximum d'activités pédagogiques en présentiel que les facultés réussissent à offrir sur leurs campus respectifs. Cela reste malheureusement qu'une circonstance atténuante devant le bouleversement intrinsèque à la pandémie du système éducatif comme l'a si bien souligné la directrice générale de l'UNESCO Audrey Azoulay : « (...) la dimension mondiale et la vitesse de la perturbation actuelle de l'éducation sont sans précédent. »¹³¹

D'une part, la formation à distance semblait déjà s'inscrire dans la stratégie des chefs de file en enseignement supérieur à la hauteur de 69,1 % en 2014¹³². D'autre part, entre 2015 et 2016, le taux du nombre d'étudiants de premier cycle inscrit à au moins un cours dispensé en ligne a progressé de 5,6 %¹³³. Ces statistiques rappellent la primordialité de ces enjeux surtout lorsque l'on considère que la maîtrise des nouvelles technologies en santé, tels que la tenue de dossiers électroniques ou les outils d'aide au diagnostic, posent un défi de taille pour les étudiants en médecine même pour ceux baignant dans l'ère numérique depuis l'enfance¹³⁴.

Étant dans l'obligation de s'adapter à ces nouvelles réalités, c'est de manière pragmatique que les quatre associations membres de la FMEQ ont été sondées sur les avantages et les inconvénients d'une formation en formule hybride et de ses impacts sur leur parcours. En effet, il est pertinent de comparer les impressions de l'AGÉMUS¹³⁵, l'AAÉEMUM¹³⁶, le RÉMUL¹³⁷ et la MSS¹³⁸ avec la littérature scientifique concernant lesdits enjeux¹³⁹.

¹³¹ Joyce Lee, « Mental health effects of school closures during COVID-19 », *The Lancet* 4, no 6 (2020) : 421, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)

¹³² Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Leisi Pei et Hongbin Wu. « Does online learning work better than offline learning in undergraduate medical education? A systematic review and meta-analysis », *Medical Education Online* 24, n° 1(2019) : 1666538, DOI: 10.1080/10872981.2019.1666538.

¹³⁵ Association générale étudiante de médecine de l'université de Sherbrooke

¹³⁶ Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

¹³⁷ Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval

¹³⁸ McGill Medical Student Society

¹³⁹ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay. « Sondage sur l'exposition académique des étudiants à la télémédecine/impact de la formation virtuelle et l'impact de la pandémie sur l'exposition clinique et l'initiation à la télémédecine », *Google Forms*, 18 décembre 2020, https://docs.google.com/forms/d/11NI-YQy2PeM06ZGZH0xBYQ_HNkH_dk9YIDdXhceskoXK8/edit

6.3.2 Les avantages de la formation virtuelle

Ainsi, plusieurs avantages majeurs ont été identifiés par les associations en commençant par la flexibilité des horaires. En effet, l'éducation en ligne permet une autonomie accrue aux étudiants dans leur gestion du temps et un gain de temps considérable en évitant les multiples déplacements des cours en présentiel. Il est intéressant de noter que ce sont les étudiants ayant une bonne maîtrise de soi qui jouissent au mieux de cette nouvelle flexibilité, car ils sont moins susceptibles d'abandonner ou d'échouer à un cours en ligne¹⁴⁰. En outre, cette dernière permet également l'écoute des cours enregistrés en différé au sein de certaines facultés¹⁴¹. Les répondants au sondage ont également souligné avec raison une plus grande richesse du contenu et une bonification du parcours par des ressources médicales électroniques (p. ex. : applications mobiles)¹⁴². Cela s'inscrit dans la lignée d'une pédagogie virtuelle de plus en plus interactive comme le souligne le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail qui a noté que les étudiants inscrits à un cours à distance peuvent interagir jusqu'à 120 fois par heure comparativement à leur collègue posant 0,1 question par heure en présentiel^{143,144}. En effet, l'interactivité est un facteur essentiel à la réussite académique, peu importe la méthode de dispensation de l'activité pédagogique¹⁴⁵. En revanche, certaines études suggèrent que les formes de communication formelles et structurées tel le courrier électronique dans la formation virtuelle sont dépourvues de l'interactivité nécessaire à la réussite d'un cours¹⁴⁶. Cela explique pourquoi certains auteurs réitèrent l'importance que les interactions avec les professeurs soient dynamiques, que les différents acteurs soient engagés dans un dialogue continu et qu'il y ait des rétroactions immédiates¹⁴⁷. Dans le même ordre d'idée, il est logique que la formation virtuelle synchrone augmente davantage le taux de réussite chez les étudiants comparativement à la formation asynchrone¹⁴⁸. Certains chercheurs vont encore plus loin en affirmant que l'interaction doit non seulement se faire avec le corps professoral, mais également avec les pairs, les facultés et les communautés. Ces derniers constituent les meilleurs facteurs de réussite dans les carrières futures des étudiants¹⁴⁹. Au-delà de l'interactivité, la formation à distance permet une collégialité soutenue avec le corps professoral et accroît l'accessibilité des études supérieures auprès des étudiants travaillant à temps partiel ou étant chefs de famille^{150,151}. Finalement, les cours en ligne favorisent le développement d'habiletés communicationnelles inhérentes à la pratique de la télémédecine¹⁵².

Bien que certains avantages n'aient pas été ciblés par les associations membres, il est possible de faire ressortir d'autres atouts de la formation à distance. Par exemple, la formation à distance permet de s'adapter à plusieurs méthodes d'apprentissage et favorise le développement d'une pensée globale et nuancée¹⁵³. De plus, une activité pédagogique en ligne requiert 30 à 60 % moins de temps de la part des étudiants, bien qu'il soit possible de constater que certaines études sont arrivées à des conclusions contradictoires sur cet enjeu¹⁵⁴.

¹⁴⁰ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁴¹ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay. « Sondage sur l'exposition académique des étudiants à la télémédecine/impact de la formation virtuelle et l'impact de la pandémie sur l'exposition clinique et l'initiation à la télémédecine », *Google Forms*, 18 décembre 2020, https://docs.google.com/forms/d/11NI-YQy2PeM06ZGZH0xBYQ_HNkH_dk9YIDdXhceskoXK8/edit

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. « Cours en ligne – Avantages ». 28 décembre 2020, <https://www.cchst.ca/products/courses/e-benefits.html>

¹⁴⁵ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ Melissa A. Parenti. « Student perceptions of the relationship between web-based instructional tools and perceived attainment of intended learning outcomes » (Thèse de D. Ed., University of Southern California, 2012), <http://digitalibrary.usc.edu/cdm/ref/collection/p15799coll3/id/8268>.

¹⁴⁸ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁵¹ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁵² Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁵³ Université Laval. « Pourquoi faire de la formation à distance ? », 27 février 2019. https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/pourquoi_faire_de_la_fad.pdf

¹⁵⁴ Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. « Cours en ligne – Avantages ». 28 décembre 2020, <https://www.cchst.ca/products/courses/e-benefits.html>

Selon l'Université Laval, la formation virtuelle atténuerait également « les différences raciales, ethniques, sexuelles, religieuses et d'apparence physique¹⁵⁵. » Cependant, une partie de la documentation soutient que la formation à distance, indifféremment de la formation en présentiel, perpétue les mêmes inégalités quant aux facteurs sociodémographiques contribuant aux succès des étudiants en classe. En effet, les apprenants de sexe féminin, de race caucasienne, de hauts statuts socioéconomiques et ayant de bonnes performances antérieures à l'école réussissent mieux leurs cours en ligne que les étudiants masculins, racisés, pauvres et ayant de mauvaises performances académiques antérieures¹⁵⁶. Il semble que les notes passées soient directement proportionnelles aux taux de réussite observés dans les cours universitaires à distance. L'âge semble également un facteur de réussite important considérant que les étudiants provenant directement des « colleges » américains réussissent moins bien en ligne¹⁵⁷. Autrement, le gouvernement du Canada souligne que le taux d'assimilation des connaissances pourrait être deux fois plus élevé chez les étudiants inscrits à une formation virtuelle¹⁵⁸. Toutefois, certaines études sont arrivées à des résultats en contradiction avec cette statistique¹⁵⁹.

6.3.3 Les inconvénients de la formation virtuelle

D'autre part, la formation en formule hybride a engendré son lot d'inconvénients depuis le début de la crise sanitaire selon les associations étudiantes. Effectivement, elles ont noté des défis organisationnels importants pour les groupes d'intérêt et d'entraide fonctionnant habituellement en présentiel, ce qui diminue les échanges constructifs de connaissances que les étudiants peuvent avoir¹⁶⁰. Elles ont également remarqué une relation thérapeutique moins bonne avec les patients considérant que cette dernière s'établit principalement par le langage non verbal et une évacuation de la dimension humaine intrinsèque à l'apprentissage de la médecine^{161,162}. En effet, dans certains contextes d'apprentissage, la formation virtuelle est mal adaptée à la réalité, notamment l'apprentissage par problème qui est difficile à mettre en place¹⁶³. Indubitablement, cela entraîne un appauvrissement de la participation active des étudiants en plus d'affaiblir la rétention des concepts chez ces derniers¹⁶⁴. Plus spécifiquement, certains chercheurs ont trouvé que la rétention est moindre chez les étudiants inscrits à des cours en ligne alors que d'autres chercheurs ont découvert que la formation virtuelle favorise de manière statistiquement significative la rétention dans l'éducation médicale prédoctorale^{165,166}.

Bien que certains désavantages n'aient pas été identifiés par les associations membres, il est possible de souligner d'autres inconvénients de la formation à distance. Par exemple, cette dernière exige de la part des étudiants d'être capable de s'autogérer et d'être autodidacte^{167,168}. Ceci s'explique sûrement par le manque d'encadrement¹⁶⁹. En effet, le manque de soutien facultaire pourrait provenir simplement de la recherche

¹⁵⁵ Université Laval. « Pourquoi faire de la formation à distance ? », 27 février 2019. https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/pourquoi_faire_de_la_fad.pdf

¹⁵⁶ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019),

<https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. « Cours en ligne – Avantages », 28 décembre 2020, <https://www.cchst.ca/products/courses/e-benefits.html>

¹⁵⁹ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019),

<https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁶⁰ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019),

<https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁶⁵ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019),

<https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁶⁶ Leisi Pei et Hongbin Wu. « Does online learning work better than offline learning in undergraduate medical education? A systematic review and meta-analysis », *Medical Education Online* 24, n° 1(2019) : 1666538, DOI: 10.1080/10872981.2019.1666538.

¹⁶⁷ Université Laval. « Pourquoi faire de la formation à distance ? », 27 février 2019. https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/pourquoi_faire_de_la_fad.pdf

¹⁶⁸ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019),

<https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁶⁹ Mercille, Charlotte. « Les pour et les contre de la formation en ligne » *Journal Métro*, 20 janvier, 2020.

<https://journalmetro.com/carrieres/2413420/les-pour-et-les-contre-de-la-formation-en-ligne/>.

insuffisante sur la formation à distance et par le manque de guidance afin d'amorcer une transition numérique¹⁷⁰. Il va sans dire que l'encadrement par les universités et l'encouragement familial sont des facteurs de réussite importants. En outre, la formation virtuelle peut créer des attentes irréalistes chez les étudiants¹⁷¹. Alors que les étudiants estiment que la compréhension claire des objectifs du cours et de la technologie utilisée pour le dispenser sont les éléments contribuant le plus à leur succès, il est prouvé que les attentes irréalistes exacerbent dramatiquement les taux d'abandon des cours en ligne¹⁷².

6.3.4 La perspective étudiante en quelques chiffres

Tout bien pesé, les associations membres estiment une diminution de la qualité de leur formation de l'ordre de 1,5 point sur une échelle de 10 depuis le début de la pandémie¹⁷³. Cette baisse de la qualité de la formation entraînera inéluctablement des impacts sur le parcours des futurs professionnels de la santé. Par exemple, les résultats du sondage mettent en lumière un certain manque de confiance des étudiants envers leur formation en plus d'une diminution importante de l'engagement dans leur parcours académique¹⁷⁴. Jusqu'à 52 % des étudiants se sentent moins engagés envers leur professeur lorsqu'ils s'inscrivent à un cours en ligne¹⁷⁵. Cela peut être préoccupant lorsqu'on considère que l'engagement est un facteur prédictif de la satisfaction des étudiants et une garantie d'une compréhension plus approfondie de la matière¹⁷⁶. En outre, les associations étudiantes ont été unanimes sur le fait que l'exposition clinique est considérablement diminuée avec une formation hybride (ex. : habiletés cliniques, patients réels, patients standardisés, collaboration interprofessionnelle, laboratoire d'échographie, laboratoire d'anatomie, évaluation de type ÉCOS¹⁷⁷, etc.). Plus particulièrement, elles soulignent le manque de rétroaction immédiate des professeurs, la diminution de l'offre de stages dans les milieux de formation et la fermeture du portail de l'AFMC^{178,179}.

Ainsi, les associations étudiantes estiment que le niveau moyen de motivation des étudiants a réduit de 2,8 points sur 10 depuis le début de la formation à distance¹⁸⁰. Ceci est tout aussi nuisible que les facteurs de distraction dans la réussite d'un cours en ligne¹⁸¹. Quant au niveau moyen de solitude, il aurait augmenté d'environ 3 points sur 10¹⁸². Le niveau de solitude a déjà des répercussions néfastes chez les étudiants depuis le début de la pandémie ce qui peut diminuer le taux de persévérance à l'école.^{183,184} Alors que près d'un tiers des étudiants de premier cycle souffrirait d'une forme d'insécurité, de peur et de changements d'humeur et que l'anxiété est exacerbée par l'incertitude et l'intensification du flux d'information depuis le début de la pandémie, le niveau moyen d'anxiété chez les étudiants en médecine reste inchangé^{185,186}. Pour pallier tout de même cette détresse psychologique, certaines études suggèrent que la promotion de comportements sains

¹⁷⁰ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁷¹ Université Laval. « Pourquoi faire de la formation à distance ? », 27 février 2019. https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/pourquoi_faire_de_la_fad.pdf

¹⁷² Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁷³ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Examen clinique aux objectifs structurés

¹⁷⁸ Association des facultés de médecine du Canada

¹⁷⁹ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁸² Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁸³ Francisco J. O. Araujo et al. « Impact Of Sars-Cov-2 And Its Reverberation In Global Higher Education And Mental Health », *Psychiatry Research* 288, (2020) : 112977, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112977>.

¹⁸⁴ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁸⁵ Maxime Bell, Maxence Brouillette et Katherine Tanguay, *Op. cit.*

¹⁸⁶ Francisco J. O. Araujo et al. « Impact Of Sars-Cov-2 And Its Reverberation In Global Higher Education And Mental Health », *Psychiatry Research* 288, (2020) : 112977, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112977>.

chez les étudiants permettrait d'augmenter la résilience de ces derniers¹⁸⁷. Finalement, le niveau moyen de la satisfaction des étudiants a diminué de 2,2 points sur 10, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une perception moindre des interactions en classe virtuelle diminue le taux de satisfaction¹⁸⁸.

Bref, il est possible de résumer les principaux défis qu'impose la formation virtuelle par les barrières suivantes : la structure administrative, la lenteur des changements organisationnels, l'expertise technique et les infrastructures, l'interaction sociale et la qualité du programme, la compensation facultaire, la menace du remplacement des professeurs par la technologie, les enjeux légaux et juridiques, l'efficacité, l'accessibilité et les services d'aide aux étudiants¹⁸⁹. Ces dernières pourraient expliquer pourquoi les étudiants inscrits à des cours en ligne ont moins de chance de graduer que les étudiants inscrits à des cours en présentiel¹⁹⁰. Malgré les taux de succès similaires entre une formation en présentiel ou virtuelle, la persévérance moindre des cours à distance explique les taux de diplomation inférieurs. De plus, il semble qu'une formule hybride est toujours supérieure à une formation complètement virtuelle¹⁹¹. Dans une méta-analyse et revue systématique comparant le succès des étudiants aux études médicales prédoctorales inscrits à des cours en présentiel et en ligne, les auteurs ont déterminé qu'il n'y avait pas de différence significative dans les résultats scolaires des deux groupes à l'étude¹⁹². À la lumière de ces résultats mitigés, il est possible de conclure en affirmant que « les technologies peuvent faciliter ou entraver la coopération¹⁹³. »

¹⁸⁷ Lisa Beccaria. « Role of health-promoting behaviours for on-campus and distance education students », *Distance Education* 37, n° 1(2016) : 22-40, <https://doi.org/10.1080/01587919.2016.1158768>.

¹⁸⁸ Melissa A. Parenti. « Student perceptions of the relationship between web-based instructional tools and perceived attainment of intended learning outcomes » (Thèse de D. Ed., University of Southern California, 2012), <http://digitallibrary.usc.edu/cdm/ref/collection/p15799coll3/id/8268>.

¹⁸⁹ Lin Y. Mulenberg et Zane L. Berge. « Barriers to distance education: A factor-analytic study » *The American Journal of Distance Education* 15, n° 2 (2001): 7-22, DOI: 10.1080/08923640109527081.

¹⁹⁰ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁹¹ Amy Lavin. « Assessing Student Characteristics for Success in Online Versus Face-To-Face Environments » (Thèse de D. Ed., Temple University, 2019), <https://www.proquest.com/docview/2234241887>.

¹⁹² Leisi Pei et Hongbin Wu. « Does online learning work better than offline learning in undergraduate medical education? A systematic review and meta-analysis », *Medical Education Online* 24, n° 1(2019) : 1666538, DOI: 10.1080/10872981.2019.1666538.

¹⁹³ Melissa A. Parenti. « Student perceptions of the relationship between web-based instructional tools and perceived attainment of intended learning outcomes » (Thèse de D. Ed., University of Southern California, 2012), <http://digitallibrary.usc.edu/cdm/ref/collection/p15799coll3/id/8268>.

7. Conclusion

Le 16 mars 2020, la télémédecine est devenue partie intégrante du quotidien des médecins, étudiants en médecine et patients de notre système de santé. Bien que l'implantation de celle-ci à long terme semble avantageuse sous plusieurs angles, toute médaille a son revers. En effet, celle-ci s'avère particulièrement utile pour les consultations concernant la santé mentale, la dermatologie, les infections urinaires non compliquées, les infections des voies respiratoires supérieures non compliquées, les conseils en santé sexuelle, les conseils pour des voyageurs, la télésurveillance, la téléexpertise, la téléassistance, la téléoncologie, les suivis des maladies chroniques, le triage et toute autre évaluation médicale ne nécessitant pas d'examen physique. Toutefois, elle se prête difficilement aux patients se présentant avec de nouveaux symptômes plus urgents, aux patients ayant des douleurs musculosquelettiques, aux enfants à risque de maltraitance, à la gynécologie et aux chirurgies.

La télémédecine présente également plusieurs avantages en lien avec l'organisation et le continuum de soins. Incontestablement, la télémédecine permet d'augmenter l'accessibilité des soins pour les personnes à mobilité réduite. Les données probantes démontrent également une diminution potentielle des émissions de gaz à effets de serre (seulement si celle-ci devient pratique courante et répandue) et une amélioration de la communication entre les professionnels de la santé. Qui plus est, la télémédecine est associée à une augmentation de l'accès à des médecins spécialistes pour les personnes vivant en régions éloignées ou isolées, dont les communautés autochtones. Cependant, l'Internet (encore moins l'Internet haute vitesse) n'est pas disponible dans toutes les régions du Québec, entraînant une inéquité dans les bénéfices potentiels de la télémédecine. Dans la littérature scientifique, la télémédecine est également associée à une augmentation de la rétention des médecins travaillant en région éloignée par l'optimisation des ressources de téléassistance et téléexpertise. Encore une fois, il ne s'agit pas d'une solution si simple puisque si la télémédecine n'est pas bien balisée, il y a un risque de concentration d'effectifs médicaux dans les centres urbains et d'offre de soins et services exclusivement numériques. En effet, on observe des risques manifestes de dérapage vers une relation strictement numérique et déshumanisée. Parmi les autres aspects potentiellement perniciose de la télémédecine, on compte la diminution d'accès chez les personnes âgées en raison de différences intergénérationnelles de maturité numérique ainsi que les risques pour la confidentialité et la protection des données. Finalement, sur le terrain, les dossiers papier et la duplication de logiciels informatiques de santé dans les différents milieux de soins du Québec limitent la pratique optimale de la télémédecine et nos sondages démontrent que la relève médicale n'est pas bien formée ni outillée à l'utilisation de celle-ci.

Afin de faire du Québec une province novatrice et pionnière en télémédecine et afin de baliser de manière optimale la pratique de celle-ci, la FMEQ suggère les solutions suivantes au Gouvernement et au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS):

- Assurer l'accès à Internet haute vitesse dans toutes les régions du Québec;
- Fournir rapidement un soutien politique, législatif, financier et matériel pour déployer judicieusement la télémédecine dans le réseau public, en priorisant les communautés autochtones isolées et semi-isolées;
- Faire de la numérisation des dossiers médicaux et de l'accès unique informatique à ceux-ci une priorité;
- Imposer un pourcentage maximum d'actes réalisés en télémédecine aux médecins;
- Utiliser de l'énergie propre pour le stockage de données informatiques des services de télésanté;
- Donner accès à une adresse courriel sécurisée à tous les étudiants en médecine du Québec.

La FMEQ suggère aussi les solutions suivantes aux quatre facultés de médecine du Québec, à l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et au Collège des médecins du Québec (CMQ):

- Collaborer afin de créer un curriculum de formation uniforme quant à la télémédecine, ses meilleures pratiques et ses enjeux;
- Collaborer avec le MSSS afin de donner accès à une adresse courriel sécurisée à tous les étudiants en médecine du Québec;
- Mieux former les médecins à enseigner et impliquer leurs étudiants dans les soins de télémédecine.

Annexe 1. Méthodologie du sondage sur l'exposition académique des étudiants à la télémedecine/impact de la formation virtuelle et sur l'impact de la pandémie sur l'exposition clinique et l'initiation à la télémedecine

Le sondage fut conçu dans l'optique d'obtenir des données brutes en lien avec la perception des étudiants en médecine du Québec de la télémedecine, de leur exposition clinique en lien avec celle-ci ainsi que de l'impact de la pandémie actuelle de la COVID-19 sur leur formation et sur l'adaptation aux modes d'enseignement virtuels.

L'élaboration des questions est tirée d'un consensus entre les trois auteurs du sondage. Les aspects abordés par chaque question ont permis d'obtenir une vision globale de la situation des apprenants, tout en permettant un focus sur des points clés essentiels à la justification de la section 6 de ce mémoire. La formulation des questions et le format des réponses furent décidés selon la précision requise à l'analyse et de manière à uniformiser les réponses reçues.

La portion du sondage portant sur l'exposition académique des étudiants à la télémedecine/impact de la formation virtuelle fut envoyée le 25 novembre 2020 aux 4 membres associatifs représentant les étudiants en médecine du Québec soit l'AEÉMMUM pour l'Université de Montréal, l'AGÉMUS pour l'Université de Sherbrook, la MSS pour l'Université McGill et le RÉMUL pour l'Université Laval. Le sondage fut rempli par la vice-présidence aux affaires externes de chaque association. Toutes les réponses attendues furent reçues.

La portion du sondage concernant l'impact de la pandémie sur l'exposition clinique et l'initiation à la télémedecine fut également partagée le 25 novembre 2020 aux externes des quatre universités québécoises par l'entremise de leur association respective. 76 réponses furent reçues.

Les résultats du sondage furent évalués et discutés par les trois auteurs. Ces derniers ont jugé l'échantillon sondé représentatif de par sa variété et de par la qualité des réponses obtenues. L'échantillon de réponses obtenues est varié, ce qui démontre un certain niveau de représentativité de l'opinion étudiante. Par contre, il nous est impossible de généraliser nos résultats vu la petite taille d'échantillon, ce qui explique l'utilisation qualitative et non quantitative des données recueillies. Un retour sur les résultats a permis d'évaluer les tendances et de faire ressortir les éléments clés présentés dans le mémoire.