ACCÉSSS
Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux

LES TÉLÉCONSULTATIONS EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE:

PERSPECTIVES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

RAPPORT DE STAGE - MAI 2022

JULIE TRUDEL
STAGIAIRE, CANDIDATE À LA MAÎTRISE EN SANTÉ PUBLIQUE
ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

TABLE DES MATIÈRES

Résumé i
Contexte du stage chez ACCÉSSS 1
Principaux objectifs du stage 1

Introduction 2

Démarche et étapes réalisées 3
-Synthèse des écrits 3
-Choix d'un cadre conceptuel 5
Figure 1: Facteurs influençant la communication entre les professionnels de la santé et les patients lors des téléconsultations
-Recrutement des participants 6
-Collecte de données 7
-Analyse des données 8
-Élaboration des pistes d'action 8

Résultats
-Des défis variés 9
-Les barrières linguistiques 9
-Les compétences numériques et les enjeux technologiques 10
-Manque de soutien administratif et technique 12
-Adaptation des stratégies de communication 14
-Avantages perçus 16
Tableau 1: Avantages perçus à l'utilisation de la téléconsultation selon les participants 18

Discussion des résultats 21
-Principales forces et limites du projet 22

Formulation des pistes d'action 24
-Pratiques à privilégier 24
-Un contexte en évolution 25
Pistes d'action proposées 26
-Figure 2: Orientations pour le développement de services de téléconsultations plus équitables et adaptés à la réalité des communautés ethnoculturelles

Conclusion 28

Références 29

Photo de la première page d'Ivan Samkov sur Pexels

RÉSUMÉ

La téléconsultation, soit la rencontre à distance entre un patient et un professionnel de la santé par téléphone ou vidéoconférence, a connu un essor important depuis le début de la pandémie en mars 2020. Bien qu'il y ait des avantages certains à l'utilisation de cette modalité de services, des voix s'élèvent pour souligner qu'elle pourrait aussi augmenter les inégalités sociales de santé chez certaines populations plus à risque, telles les communautés ethnoculturelles.

C'est pour mieux comprendre ces enjeux émergents que ce projet de stage a pris forme à l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS). Les objectifs du stage étaient d'analyser les défis vécus par divers professionnels de la santé lorsqu'ils pratiquent la téléconsultation en contexte de diversité culturelle, et de formuler des pistes d'action à adresser au Ministère de la Santé et des Services sociaux pour promouvoir des téléconsultations plus équitables. Deux livrables – ce rapport et une note de politique interventionniste - serviront à appuyer le plaidoyer d'ACCÉSSS en ce sens.

Une synthèse des écrits a été réalisée pour faire le point sur les connaissances actuelles, et un cadre conceptuel a été sélectionné pour illustrer les concepts en jeu. Ce cadre a servi de guide tout au long du stage, par exemple en orientant l'élaboration du guide d'entretien ou en balisant l'analyse des données. Le choix de procéder à des entrevues semi-dirigées a été appuyé par le fait que de nombreux auteurs avaient utilisé cette méthode pour recueillir les perspectives des professionnels de la santé, mais aussi pour des raisons logistiques (ex: accommoder l'horaire chargé des professionnels, respect des restrictions sanitaires).

Dix entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de dix professionnels de la santé travaillant en première ligne. Elles ont été analysées selon une approche qualitative. L'analyse thématique a été facilitée par la création d'un dictionnaire de codification et l'utilisation du logiciel Taguette. Quatre principaux thèmes reliés aux défis vécus ont été identifiés dans le discours des participants : les barrières linguistiques, les compétences numériques et enjeux technologiques, le manque de soutien technique et administratif ainsi que l'adaptation des stratégies de communication.

Ce stage avait pour but premier de mieux comprendre les enjeux reliés à la l'utilisation actuelle des téléconsultations, telle que vécue par les professionnels de la santé. Dans un contexte de modernisation du système de santé et de volonté du gouvernement provincial de créer une *première ligne du futur*, souhaitons que les résultats obtenus puissent aussi contribuer à la réflexion pour le développement à long terme de services de téléconsultations plus équitables, et qui tiendra compte de la diversité culturelle grandissante de la société québécoise.

CONTEXTE DU STAGE CHEZ ACCÉSSS

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) a été l'organisme d'accueil du stage. Fondée en 1987, ACCÉSSS regroupe 136 organismes membres provenant de partout au Québec et ayant comme mission d'œuvrer « en vue de favoriser le développement et le partage de connaissances en matière d'accessibilité aux services publics, par exemple, dans le domaine des services de santé et sociaux » (1).

Les premiers mois de bouleversements sanitaires et sociaux causés par la pandémie ont mis en lumière et exacerbé des inégalités sociales de santé touchant diverses populations, dont plusieurs membres des communautés ethnoculturelles (2-3). En parallèle, l'engouement pour les téléconsultations dans le domaine de la santé a été tel qu'un besoin de documenter la situation est rapidement apparu. Un premier rapport sur la question, paru en juillet 2020 et intitulé *La télémédecine en contexte de la diversité*, a été réalisé par l'équipe d'ACCÉSSS et acheminé au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le stage vient en appui au souhait d'ACCÉSSS de mieux comprendre l'expérience vécue par les professionnels de la santé lorsqu'ils utilisent la téléconsultation auprès de leur clientèle issue des communautés ethnoculturelles.

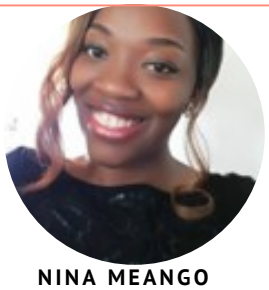
Une communauté ethnoculturelle « se définit par des caractéristiques communes propres au groupe ou reconnues par lui, notamment les traditions culturelles, l'origine ancestrale, la langue, l'identité nationale, le pays d'origine et les traits physiques.» (4)

PRINCIPAUX OBJECTIFS DU STAGE

- Analyser les défis vécus par les professionnels de la santé utilisant la téléconsultation en contexte de diversité culturelle.

- Formuler des pistes d'actions pour soutenir le plaidoyer d'ACCÉSSS pour promouvoir des services de téléconsultations plus équitables.

JULIE TRUDEL
Stagiaire
École de santé publique de l'Université de Montréal



NINA MEANGO
Coordonnatrice des programmes santé ACCÉSSS
Superviseure de stage terrain

PAULE-INÈS BOMO KADJO
Conseillère en santé ACCÉSSS
Superviseure de stage terrain

Stage réalisé sous la supervision académique de M. Patrick Cloos, professeur agrégé École de Santé publique de l'Université de Montréal

Quelques mots sur la télésanté

La télésanté «permet d'offrir des services de santé et des services sociaux à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication» (5). Dans le cadre de ce projet de stage, nous avons été intéressées par les **téléconsultations réalisées par téléphone ou vidéoconférence entre un patient/usager et un professionnel de la santé (incluant les médecins).**

INTRODUCTION

L'offre de services de téléconsultations a connu un essor important au cours des deux dernières années, pandémie oblige. Certains professionnels de la santé ont ainsi eu l'opportunité de proposer des rencontres à distance à leurs patients, dans le but de réduire les contacts sociaux. Un décret gouvernemental a aussi été émis le 13 mars 2020, permettant aux médecins de facturer ces services à distance, ce qui n'était pas autorisé auparavant (6). L'engouement a été immédiat: du 16 mars au 8 juin 2020, ce sont 11 000 médecins (de famille et spécialistes) et 1 525 182 patients différents qui ont bénéficié de ces consultations (7).

Si l'utilisation accrue de la téléconsultation offre des avantages potentiels (par exemple un gain de temps et une réduction des déplacements), elle soulève aussi des questionnements. Plusieurs instances s'inquiètent du risque d'augmenter les inégalités sociales de santé chez certaines clientèles, telles les personnes plus âgées ou les membres des communautés ethnoculturelles (8-10). En effet, ces derniers présentent souvent des caractéristiques (par exemple des barrières linguistiques) qui peuvent influencer l'accès, la qualité et la sécurité des soins de santé qu'ils reçoivent (11-12). Latulippe et coll., dans une revue de littérature portant sur les inégalités sociales de santé et la santé numérique (*eHealth*), mentionnent d'ailleurs que la «conception d'un outil de télésanté pour un groupe peut amener des conséquences négatives et inattendues pour un autre groupe ayant des caractéristiques différentes (...) les plus communes étant l'ethnicité et le faible revenu » (traduction libre de (13)).

Or, la société québécoise est de plus en plus diversifiée, particulièrement dans le Grand Montréal. En trente ans (1986-2016), le pourcentage de la population immigrée y est passé de 15,7% à 24,6%, pour atteindre 34% dans l'agglomération de Montréal en 2016 (14). Parmi ces personnes, 75 000 vivent avec une barrière linguistique complète (ne parlent ni le français, ni l'anglais) (15). Plusieurs immigrants établis ont aussi un plus faible niveau de littératie numérique que l'ensemble des Québécois, ce qui peut compromettre leur utilisation des téléconsultations (16).

Les caractéristiques socio-démographiques des patients québécois bénéficiant des téléconsultations n'étaient pas disponibles au moment d'écrire ces lignes. Ce manque de données est un frein pour décrire l'ampleur de la problématique, mais il justifie le besoin de mieux comprendre la situation actuelle. En explorant les expériences vécues par les professionnels de la santé lorsqu'ils utilisent cette modalité de services en contexte de diversité culturelle, nous espérons que ce stage contribuera à une meilleure compréhension des enjeux en présence.

DÉMARCHE ET ÉTAPES RÉALISÉES

Les principales étapes réalisées pour atteindre les objectifs sont présentées dans les encadrés gris, suivies du récapitulatif de l'étape.

SYNTHÈSE DES ÉCRITS

☞ Faire une recherche documentaire (sur Medline et CINAHL) pour faire le point sur les connaissances actuelles. Identifier les méthodes utilisées par les chercheurs pour analyser la problématique.

Une première observation s'impose suite à la recherche documentaire: l'interface entre les perspectives des professionnels de la santé utilisant la téléconsultation *et* la diversité culturelle est relativement peu étudiée, ce qui justifie la pertinence de nos objectifs de stage en vue de mieux les comprendre. En effet, de nombreux articles discutaient des enjeux généraux vécus par les professionnels en lien avec les services de santé offerts à distance, mais n'abordaient pas tous spécifiquement la question de la diversité culturelle.

Saliba-Gustafsson et coll. ont utilisé des méthodes mixtes (sondage et entrevues semi-dirigées) auprès de médecins afin d'évaluer l'adoption, l'acceptabilité, la pertinence et leurs perceptions en regard de la pérennité des rendez-vous par vidéo dans un service de neurologie aux États-Unis (17). Selon le sondage, les trois premières préoccupations des médecins portaient sur 1) les limitations technologiques; 2) le fait de ne pas être en mesure d'accompagner et d'éduquer les étudiants en médecine et 3) le manque ou la perte de contact/relation en personne avec les patients. À noter que 35% des médecins ont noté qu'inclure des interprètes dans les rencontres vidéo faisait partie de leurs préoccupations principales. L'analyse thématique des entrevues a quant à elle permis d'identifier les principales barrières, parmi lesquelles figuraient l'accès à la technologie, la capacité technologique du patient et la langue parlée.

Le groupe de discussion - incluant 7 travailleurs de la santé dont 2 médecins- a été choisi pour explorer les facteurs culturels en jeu dans un programme de soins de santé virtuels en Arabie Saoudite (18). Des difficultés de communication ont été soulevées quand le soignant à domicile ne parlait pas anglais (le système informatique utilisé étant en anglais): les participants ont exprimé que cela pouvait influencer le niveau de soins offert au patient. Les croyances culturelles en lien avec l'utilisation des caméras se sont également avérées délicates. Les Saoudiennes étant majoritairement musulmanes, les professionnels notaient que certaines de leurs patientes étaient très réticentes ou n'acceptaient pas l'utilisation de la caméra, souvent pour des questions d'ordre religieux.

Finkelstein et coll. ont aussi mené des groupes de discussion avec des pédiatres pour comprendre leur expérience des rendez-vous médicaux virtuels (19). Les préoccupations en lien avec le respect de l'intimité et de la vie privée se sont retrouvées en toile de fond des discussions. L'importance de développer des bonnes pratiques, les difficultés d'adaptation à cette modalité et le défi d'apprendre de nouvelles façons d'établir une relation avec les patients ont été les trois principaux thèmes découlant de l'analyse.

Breton et coll. ont quant à eux fait une étude transversale via un sondage électronique administré entre mai et août 2020 auprès de 603 professionnels de la santé de première ligne au Québec (20). Le questionnaire incluait 20 questions portant sur la télésanté et une l'analyse mixte a été employée (analyse statistique et analyse qualitative avec le logiciel NVivo). Les principaux inconvénients à l'utilisation de la télésanté concernaient l'absence de contact physique (ex: diminue la quantité d'informations disponibles pour prendre des décisions cliniques, pas d'examen physique) et les difficultés d'établir une relation de confiance avec certains patients, surtout lors des consultations téléphoniques. Selon l'analyse descriptive, 135 répondants ont mentionné que les téléconsultations étaient plus compliquées avec certains patients (avec barrières techniques, plus âgés, allophones, nouveaux patients, patients avec incapacités visuelles, auditives ou cognitives, patients vulnérables). Les préoccupations des participants quant à l'accès à ces soins pour les populations vulnérables ont mené les auteurs à recommander ceci: « Post-pandemic, barriers to equitable access will need to be considered to preserve the universality of the healthcare system » (20).

Finalement, plusieurs auteurs ont utilisé les entrevues semi-dirigées pour explorer la perception de divers professionnels de la santé quant à l'utilisation de la télésanté (21-25). Par exemple, Laub et coll. ont interviewé individuellement vingt cliniciens (infirmières, médecins et assistants médicaux) pratiquant aux États-Unis afin d'analyser les barrières et facteurs facilitants des téléconsultations (21). Le défi d'adapter les techniques d'évaluation et de communication a été identifié comme l'un des principaux thèmes des discussions. Les participants ont souligné que le fait d'avoir une expérience clinique antérieure (avoir pratiqué en présentiel), facilitait ces nouveaux apprentissages. Une autre barrière nommée était le décalage entre les attentes des patients et des professionnels, qui a causé des malaises et des tensions pendant les rencontres virtuelles. Certains patients s'attendaient par exemple à recevoir automatiquement une prescription ou une solution rapide à leur problème, alors que le médecin aurait souhaité procéder autrement ou aurait eu besoin de plus d'informations pour répondre à ces demandes.

En faisant le bilan des lectures, nous avons constaté que plusieurs facteurs avaient une influence sur la communication (verbale et non verbale) entre les professionnels et leurs patients pendant le déroulement des rencontres à distance.

Ce constat fait écho à la littérature grise portant sur l'adaptation culturelle des services de santé, et qui place au centre des préoccupations la qualité de la communication (11-12-26-27) . Les défis technologiques sont également apparus comme un concept incontournable à explorer.

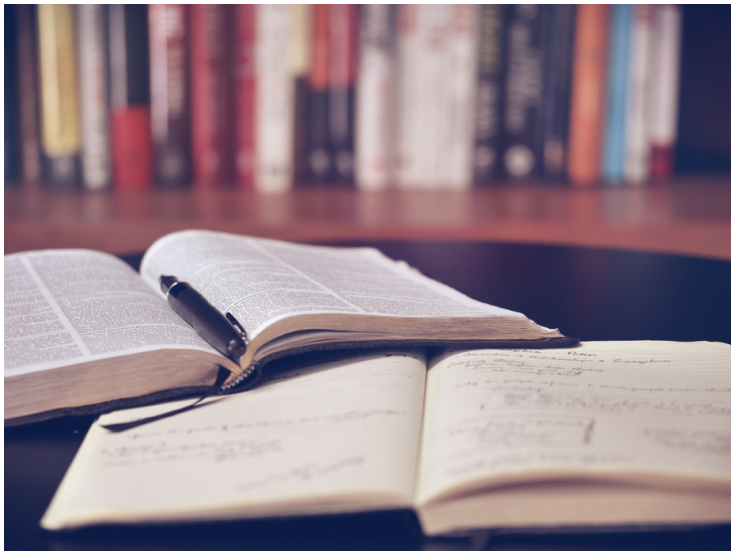


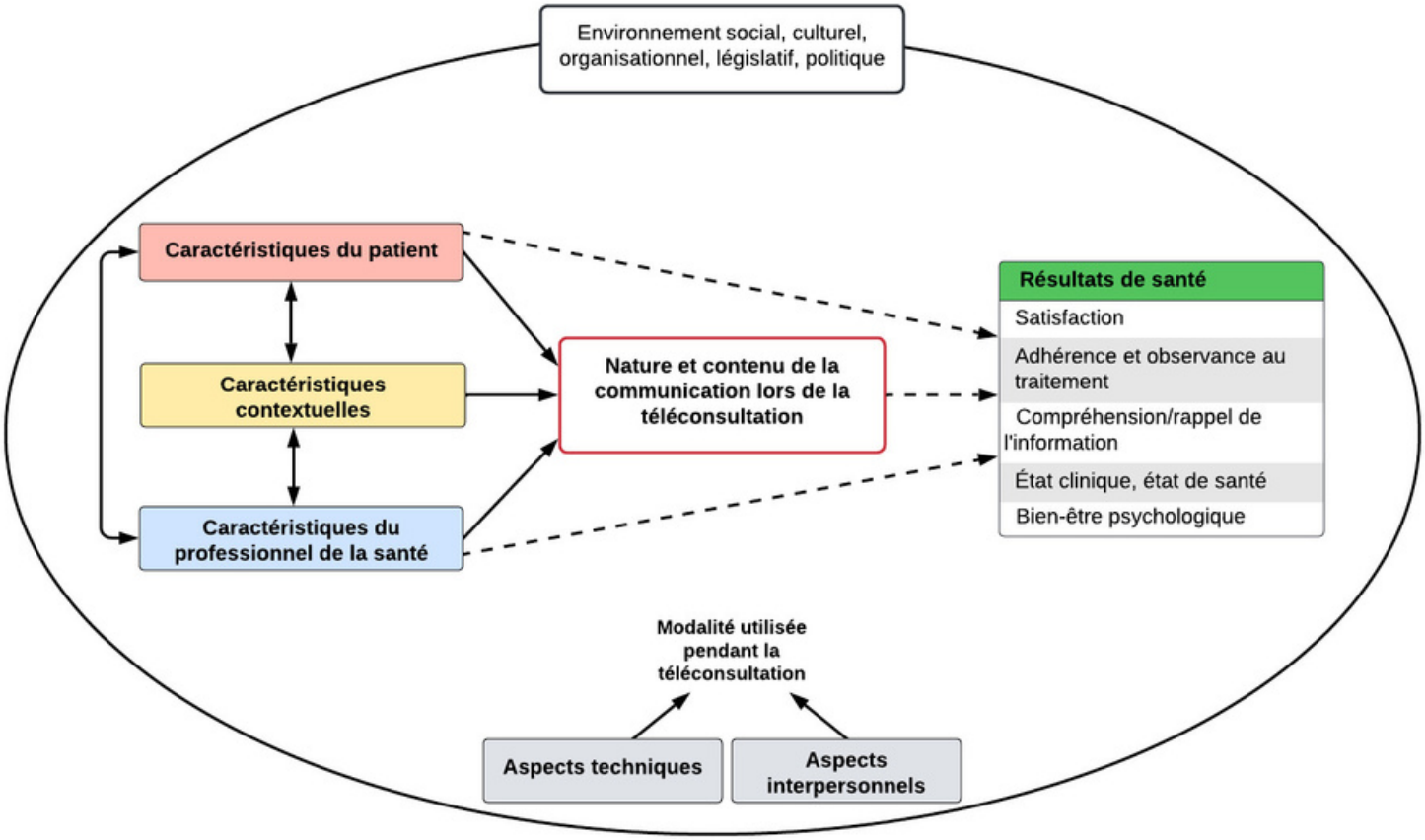
Photo de Aaron Burden sur Unsplash

CHOIX D'UN CADRE CONCEPTUEL

Illustrer les principaux concepts en lien avec la problématique. Guider l'élaboration du guide d'entretien et servir de cadre à l'analyse des données.

Après avoir exploré les différents cadres conceptuels repérés pendant la recherche documentaire, notre choix s'est arrêté sur celui proposé par Miller, que nous avons adapté (28). Le cadre conceptuel original vient en appui à l'hypothèse de Miller qui stipule que, bien que la télémédecine puisse influencer les résultats de santé par différentes voies, elle les influencerait principalement via des changements dans la nature et le contenu de la communication médecin-patient. Nous nous sommes inspirées et l'avons adapté afin d'y inclure tous les professionnels de la santé, car la synthèse des écrits a révélé que plusieurs enjeux en lien avec l'utilisation des téléconsultations étaient communs à l'ensemble des professionnels, sauf quelques exceptions (ex : besoin de l'examen physique pour valider un diagnostic médical).

Figure 1: Facteurs influençant la communication entre les professionnels de la santé et les patients lors des téléconsultations



Cadre conceptuel adapté de Miller (2002): *Telemedecine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation*

À l'extrémité gauche, les caractéristiques reliées au patient, au contexte dans lequel la rencontre se déroule et au professionnel de la santé sont reliées par des flèches bidirectionnelles, montrant l'interrelation entre ces concepts. Ces trois catégories pointent ensuite vers l'encadré central, qui concerne la nature et le contenu de la communication lors de la téléconsultation. Le fait que la communication occupe une place centrale dans le modèle nous a interpellé, car elle est apparue dans la littérature -scientifique et grise- comme étant incontournable dans la compréhension des enjeux entourant les téléconsultations.

Dans la version originale, l'extrémité droite du cadre se résumait à un encadré *Health outcomes*, mais le texte accompagnant le modèle détaillait cinq domaines de résultats de santé pouvant être influencés par la communication pendant une rencontre de télémédecine. Nous avons procédé à l'ajout de ces cinq domaines pour illustrer une vision plus complète de la problématique. Nous avons pris soin d'utiliser des traits pointillés pour cette dernière composante, car l'objectif du stage n'est pas de démontrer des liens de causalité entre les déterminants de la communication et des résultats de santé, mais bien de souligner qu'ils peuvent les influencer. Les aspects techniques et interpersonnels reliés à la modalité choisie (téléphone vs vidéoconférence) sont aussi à considérer lorsque vient le temps de décrire, de comprendre et d'analyser les enjeux.

Finalement, la rencontre en téléconsultation se déroule plus globalement dans un environnement organisationnel, social, politique, culturel, législatif. Ces déterminants plus distaux sont représentés par le grand ovale délimitant le cadre.

RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Trouver des professionnels de la santé volontaires et disponibles pour des entretiens individuels.

L'objectif initial était de recruter uniquement des médecins et d'explorer les défis de la télémédecine en contexte de diversité culturelle. Devant les défis pour en recruter un nombre suffisant (et étant donné la durée limitée du stage) en accord avec ACCÉSSS et l'École de santé publique de l'Université de Montréal, nous avons rapidement élargi le recrutement pour y inclure divers professionnels de la santé. Les critères pour pouvoir participer étaient d'être un professionnel de la santé, d'utiliser la téléconsultation (soit par téléphone et/ou vidéoconférence) et d'avoir dans sa clientèle des patients issus des communautés ethnoculturelles. Il fallait également être disponible pour un entretien virtuel d'une durée prévue de 30 à 60 minutes.

Nous avons procédé à un échantillonnage empirique, s'adaptant à la réalité du terrain et à la disponibilité des professionnels approchés. Ces derniers ont été contactés par courriel et les intéressés ont tous signé un formulaire de consentement avant la tenue des entretiens. Nous avons validé à nouveau leur accord tout juste avant de débuter les enregistrements.

COLLECTE DE DONNÉES

À l'aide d'entrevues semi-dirigées, **r**ecueillir les perspectives des participants, explorer les réalités multiples (positives, neutres, négatives) vécues lors de la pratique des téléconsultations auprès d'une clientèle de diverses cultures.

L'entrevue semi-dirigée a été choisie comme méthode de collecte de données. Cette forme d'entretien permet d'aborder en profondeur des thèmes précis (issus de la littérature par exemple), tout en laissant l'espace nécessaire au participant pour parler de son expérience et de son vécu de façon plus personnelle (29). La synthèse des écrits nous a permis de constater que cette méthode était privilégiée par plusieurs auteurs. De plus, en contexte pandémique, la tenue d'un groupe de discussion en présentiel ne nous apparaissait pas sécuritaire. D'un point de vue logistique, les horaires très chargés des professionnels de la santé convenaient plutôt à un arrangement individuel pour fixer la date des entretiens.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de la synthèse des écrits et du cadre conceptuel choisi, en plus d'inclure certaines questions d'intérêt pour être en mesure d'adapter les pistes de solutions au contexte local. Les entrevues se sont déroulées en deux temps. Une première stagiaire avait mené deux entrevues en septembre 2021 mais n'avait pas complété son stage. Les objectifs des deux stages étant les mêmes, après vérification avec l'équipe d'ACCÉSSS et notre superviseur académique, nous avons utilisé le contenu de ces entrevues comme données existantes. De notre côté, nous avons mené les autres entrevues entre le 14 février et le 23 mars 2022.

Les entretiens, d'une durée de 40 à 65 minutes, se sont déroulés sur les plateformes Zoom ou Teams et ont été enregistrées sur la plateforme ainsi que sur un dictaphone pour nous assurer de la disponibilité des données et permettre une transcription adéquate. Toutes les entrevues se sont déroulées sous la supervision d'une ou deux employées d'ACCÉSSS (Mme Nina Meando et Mme Paule-Inès Bomo Kadjo). Les entrevues ont été transcrites manuellement et les verbatims ont été anonymisés (ex: Participant 1= P1).

ANALYSE DES DONNÉES

Analyser les données selon une approche qualitative, en utilisant un mode de raisonnement hybride (permet de jumeler un mode déductif (à partir du cadre conceptuel choisi et de la littérature recensée) et inductif en laissant l'espace aux thèmes émergents des entrevues).

Un dictionnaire de codification a été créé, incluant une liste de codes préliminaires issus de la littérature et du cadre conceptuel. Le logiciel Taguette* a été utilisé pour procéder au codage de tous les entretiens (30). La première codification a été faite par la stagiaire puis discutée et validée avec les superviseures de stage terrain, après quoi la stagiaire a complété les autres codifications.

Le dictionnaire est demeuré flexible. En effet, au fil de l'analyse, de nouveaux codes ont été créés pour bien distinguer certains extraits du discours des participants et laisser place aux thèmes émergents. L'analyse s'est déroulée de façon itérative tout au long de la collecte de données. Tout de suite après l'entretien, nous donnions nos premiers commentaires à chaud à nos superviseures qui y avaient assisté, puis en transcrivant les entrevues un deuxième contact avec données se produisait. Finalement le codage des verbatims a permis de compléter et peaufiner l'analyse.

*Nous n'avions pas accès à un autre logiciel d'analyse qualitative (ex: NVivo ou QDA Miner) dans le milieu de stage, c'est pourquoi nous avons demandé à une bibliothécaire de l'Université de Montréal de nous proposer une autre solution: Taguette est gratuit et accessible en ligne, permettant le travail collaboratif.

ÉLABORATION DES PISTES D'ACTION

Formuler les pistes d'actions pour soutenir le plaidoyer d'ACCÉSSS pour promouvoir le développement de téléconsultations mieux adaptées culturellement et plus équitables.

Un tableau récapitulatif des pistes de solutions proposées par les participants a été créé. L'objectif du stage étant de formuler des pistes de solutions adressées au Ministère de la santé et des services sociaux, nous nous sommes penchées sur celles ciblant ce pallier décisionnel. Certaines ont été regroupées si elles concernaient un même thème (ex: plusieurs suggestions concernant les compétences numériques des usagers). Certaines ont été adaptées/ajustées pour quelles s'alignent aux recommandations provenant de la littérature.

Une liste préliminaire de recommandations a alors été établie; elle a été présentée et discutée avec 4 membres d'ACCÉSSS : M. Jérôme Di Giovanni (directeur général), Adina Ungureanu (coordonnatrice de l'Observatoire famille immigration), Nina Meango (Coordonnatrice des programmes santé) et Paule-Inès Bomo Kadjo (Conseillère en santé). Nous avons validé certains éléments avec une responsable de la Maison Bleue de Parc-Extension et deux chargées de projet en télésanté d'un CIUSSS montréalais. Nous avons ensuite envoyé un courriel aux dix participants et leur avons soumis la liste des grandes orientations et pistes d'action suggérées: ils ont été invités à valider, commenter ou nous donner leur impression générale sur celles-ci.

RÉSULTATS

Au total, 10 entrevues ont été complétées, auprès de 5 médecins, 2 nutritionnistes, 2 ergothérapeutes et une travailleuse sociale (6 femmes, 4 hommes), travaillant tous en première ligne dans le réseau de la santé québécois. Certains participants exerçaient également en deuxième ligne ou dans le secteur privé. Dans leur pratique via téléconsultation, 2 des médecins utilisaient régulièrement les vidéoconférences, alors que 3 n'utilisaient que les consultations téléphoniques. Parmi les autres professionnels, 4 (2 ergothérapeutes, 1 nutritionniste et 1 travailleuse sociale) utilisaient fréquemment les deux modalités, alors qu'une autre nutritionniste utilisait principalement les consultations téléphoniques (donc rarement les vidéoconférences).

DES DÉFIS VARIÉS

Soulignons d'emblée que plusieurs défis ont été expérimentés par les participants avec toutes leurs clientèles, quelles soient issues des communautés ethnoculturelles ou pas. Par exemple, le manque d'informations provenant de la communication non verbale quand la consultation se fait au téléphone (ex: la personne *a-t-elle l'air* souffrante?), le manque de données objectives (ex: prendre la pression artérielle ou la température du patient) ou encore la difficulté d'établir une relation patient-professionnel ont été identifiés par les professionnels comme étant des enjeux rencontrés avec la plupart des patients.

Les médecins ont identifié des limites spécifiques à leur profession. Selon leur témoignage, certaines conditions médicales sont inappropriées pour l'évaluation via téléconsultation car elles nécessitent un examen physique (ex: nouvelle douleur abdominale), impliquent des parties intimes du corps (ex: lésions gynécologiques ou internes ne pouvant être montrées à la caméra ou prises en photo) ou parce qu'elles comportent un risque immédiat pour la santé du patient (ex: douleur à la poitrine). Un médecin a résumé le tout en déclarant: « tout peut commencer avec la télémédecine, mais pas tout peut rester avec la télémédecine » (Participant 1).

Un médecin a aussi souligné un enjeu relié à la sécurité des soins: « C'est plate ce que je vais dire, mais indépendamment de la croyance, de la conception de la santé des gens puis tout ça, on a aussi au niveau déontologique tu sais...nous on a un travail x à faire, c'est sûr qu'il faut tenir compte du contexte des patients puis tout ça, mais tu sais il faut que les gens aussi mettons comprennent que faut les voir éventuellement, parce que sinon ça peut engendrer des erreurs médicales puis nous on n'a pas le choix de suivre notre code de déontologie » (Participant 5).

Les ergothérapeutes ont également soulevé des défis reliés au manque d'informations provenant de l'observation visuelle des patients (ex: visage exprimant la douleur), essentielle dans leur profession, d'autant plus qu'elles-mêmes utilisent ce visuel lors de la démonstration de mouvements et l'enseignement. Ceci n'est certainement pas étranger au fait que les deux ergothérapeutes rencontrées utilisent fréquemment la vidéoconférence, les suivis téléphoniques se révélant complexes et incomplets selon elles.

Les nutritionnistes aussi ont relevé que les rencontres à distance laissaient un certain flou dans certaines parties de l'évaluation ou du suivi nutritionnel (ex: peser et mesurer un enfant, évaluer la grosseur des portions consommées) et elles devaient en conséquence parfois compléter leur intervention par une courte rencontre en personne.

La travailleuse sociale rencontrée travaillant habituellement à domicile auprès de familles en situation de crise, l'utilisation de la vidéoconférence lui permet d'avoir un contact visuel. Elle a cependant remarqué une difficulté « au niveau de l'authenticité des informations que le client fournit, parce que il peut filtrer. Vu qu'il y a un écran mais...il peut filtrer des informations » (Participant 7).

Des défis particuliers ont toutefois été rencontrés par les professionnels avec leurs patients issus de la diversité culturelle: voici les quatre thèmes principaux découlant de l'analyse du discours des participants.

LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Les dix participants ont nommé la barrière linguistique comme étant un défi lors de l'utilisation des téléconsultations. Plusieurs ont mentionné que bien que la difficulté existe aussi quand les rendez-vous se déroulent en présence, la modalité choisie (téléphone ou vidéoconférence) ajoute une difficulté supplémentaire quand vient le temps d'obtenir ou de transmettre des informations. En effet, la communication non verbale est habituellement fort utile au professionnel et au patient lorsqu'il y a présence d'une barrière linguistique. Deux médecins ont comparé un rendez-vous en présence à un rendez-vous téléphonique :

> « Parce que si moi je vois un patient unilingue Punjabi devant moi, je suis déjà en train d'observer. Je regarde les signes, je regarde la façon dont la personne est en douleur, je peux prendre des signes vitaux, je peux mesurer sa température...il n'a pas besoin de rien me dire que je peux déjà avoir une idée est-ce que cette personne est en détresse ou est-ce que ça semble...est-ce que la personne semble être stable tandis que par télémédecine je peux rien faire de ça ». Participant 1, médecin.
>
> «..des fois quand il y a une barrière linguistique, il y a quand même de l'information qui peut finir par se transmettre si on est face à face. On peut...on peut dessiner, on peut gesticuler, on peut illustrer certaines de nos questions, on peut pointer des parties du corps s'il y a de la douleur des choses comme ça...euh c'est des choses qu'on peut pas faire...(...) tu sais des fois, il y a un côté un peu laborieux à faire des suivis téléphoniques». Participant 5, médecin.

Des professionnels ont également manifesté une certaine insatisfaction face à la qualité de leur intervention ou des services offerts, surtout quand ils n'avaient pas pu, pour diverses raisons, faire appel aux services d'interprétariat.

> « Ça affecte la qualité de mon intervention dans le sens où, je vais pas nécessairement dire tout ce que j'aurais pu dire. Je vais pas partager tout ce que j'aurais pu partager, je vais me tenir au strict minimum, pour m'assurer de la compréhension de mon interlocuteur. Donc c'est ça, il n'a pas tout ce que j'aurais pu donner. (...) Ça vient peut-être euh...sentiment d'incompétence parfois...dire ça affecte un peu...où est-ce que j'aurais pu aller les chercher, comment j'aurais pu faire...faque ça vient un peu jouer sur l'intervenante que je suis». Participante 7, travailleuse sociale.

Pour pallier aux barrières linguistiques, plusieurs participant font appel à des interprètes formels, ce qui est facilitant mais comporte aussi son lot de défis. Ces derniers variaient selon les perspectives : le choix et la disponibilité d'un interprète, la variabilité des compétences, le manque de connaissances des ressources disponibles, ou encore le fait que certains patients ne souhaitent pas la présence d'un interprète pour des raisons de confidentialité. Au téléphone, le respect des tours de parole s'est avéré particulièrement ardu lors de la présence d'interprète.

> « L'enjeu majeur c'était de respecter je pense les silences...euh d'être...de laisser le temps à la personne, puis de comprendre vraiment l'interaction entre les trois personnes. C'était vraiment plus complexe». -Participante 6, ergothérapeute.

Une autre participante a abondé dans le même sens en disant que l'apprentissage *du jeu avec l'interprète* est tout un défi en téléconsultation. De plus, la nouveauté d'offrir des services via téléphone ou vidéo mettait à l'épreuve non seulement les professionnels de la santé, mais également les interprètes, ce qui a contribué à rendre les rencontres parfois laborieuses.

> « Quand on a un interprète, si l'interprète est pas habitué au vidéo ou le vidéo marche pas toujours ou le téléphone et... c'est juste extra complexité d'avoir ça au téléphone ou en vidéo en fait ». Participant 9, médecin.

Tous les participants ont aussi eu recours à des interprètes informels (collègues du milieu de travail, interprètes bénévoles de la communauté ou entourage du patient) pour obtenir ou valider une information ou encore pour aider le patient à se connecter à la plateforme informatique. Des enjeux en termes de confidentialité de la communication, mais aussi du respect de l'intimité ont toutefois été identifiés.

«Pour la question des femmes qui parlaient pas français ou anglais c'était assez compliqué, souvent j'étais accompagné d'une autre personne comme leur fille ou leur fils ou leur mari. Surtout quand tu as à discuter de problèmes gynécologiques et que c'est ton garçon qui fait la traduction... on savait que les gens étaient très mal à l'aise... d'avoir la mère parler des menstruations à son garçon , c'était pas très confortable pour elle». Participant 2, médecin.

Selon cette autre participante, l'utilisation de ces interprètes non professionnels a aussi un impact sur sa propre appréciation de la qualité de son travail:

«Tu sais les fois où ça l'a bien fonctionné (...) c'est parce que j'ai utilisé genre sa fille pour traduire, ce qui n'est pas totalement approprié mettons (...) mais je veux dire c'est pas à une petite fille de 8 ans de traduire le rendez-vous médical de sa mère tu sais? (...) Ça a fonctionné, mais j'étais pas bien fière». Participante 3, médecin.

LES COMPÉTENCES NUMÉRIQUES ET LES ENJEUX TECHNOLOGIQUES

L'accès et l'usage des technologies a également été un thème abondamment évoqué par les professionnels lors des entrevues. Au niveau du patient, l'accès à la technologie a été mentionné par les professionnels comme un frein majeur à l'utilisation de la téléconsultation (surtout par vidéoconférence), plusieurs patients n'ayant pas d'ordinateur ou encore d'adresse courriel où envoyer un lien de connexion Teams par exemple. Ils ont aussi évoqué des impacts sur la qualité de la communication lorsque, pour des raisons financières, leurs patients peinaient à avoir accès à une technologie de qualité.

« Oui puis souvent bon il y a la question des minutes au téléphone hein, souvent il y en a qui sont limités dans leurs minutes, donc j'ai l'impression qu'il faut que je me dépêche [...] je me sens des fois un peu pressée dans le temps pour faire ça le plus vite possible pour pas euh...j'ai l'impression de les importuner au téléphone. » Participant 8, nutritionniste.

« Ça faisait que la qualité de l'image était pas optimale, même dans des régions à Montréal, quand les personnes ont pas nécessairement assez de ressources financières pour se payer une bonne couverture du wi-fi» -Participant 4, ergothérapeute.

À l'opposé, une nutritionniste a soulevé le point que la plupart de ses patients issus des communautés ethnoculturelles étaient habitués d'utiliser la vidéo et étaient bien connectés « parce que c'est leur seul lien qu'ils sont capables d'avoir avec la...avec la famille », illustrant l'inégalité d'accès entre les citoyens issus d'une même communauté.

D'autres caractéristiques culturelles de l'usager, telles ses croyances en lien avec l'utilisation des technologies, pouvaient également complexifier la téléconsultation :

> « Il y a des personnes issues de l'ethnoculturalité qui justement étaient pas à l'aise avec internet, parce qu'elles avaient l'impression qu'on allait les écouter ou qu'on allait prendre les données ou…ouais il y avait plein de choses que ça allait pas pour elles.» Participant 6, ergothérapeute.
>
> « On a eu 2-3 personnes qui se sont désistées parce qu'elles étaient pas à l'aise non plus d'être devant une caméra, donc d'avoir leur visage devant la caméra, donc ça aussi c'est quelque chose qu'on peut confronter. Je pense que c'était plus par rapport à des croyances religieuses (…) ça nous pose un certain problème parce qu'on a besoin justement de ce contact visuel-là.» Participant 4, ergothérapeute.

Plusieurs participants ont nommé que les compétences numériques limitées de leurs patients ont été un facteur déterminant dans le choix même de la modalité de consultation choisie dans leur milieu de travail. Ici une médecin pratiquant auprès de demandeurs d'asile décrit :

> « Nos types de patients qui viennent nous voir c'est souvent difficile de […] tu sais comprendre comment prendre un rendez-vous faque après ça de leur expliquer comment se logger sur…peu importe Reacts ou la plateforme…Pis on anticipait des limites pis qu'on allait pas être capable de l'utiliser avec beaucoup beaucoup de monde, faque on trouvait que l'effort à investir dans ça était comme…possiblement pas payante si on veut. » -Participant 3, médecin.

Photo de Ketut Subiyanto sur Pexels

Selon les données recueillies, les difficultés d'usage des technologies peuvent aussi réduire le temps disponible pour la téléconsultation, ce qui peut affecter la qualité de la consultation (ex: moins de temps pour recueillir l'information ou pour l'enseignement).

> « Si le clinicien n'est pas très habile comme moi à expliquer au patient comment faire, ça ajoute 5-10 minutes à une entrevue qui généralement ne devrait pas durer plus de 30 minutes » Participant 1, médecin.
>
> « Un gros désavantage aussi c'est que pour certaines personnes, elles ont plus de difficultés à se connecter, un peu plus de difficulté à être à l'aise avec la…l'internet, l'informatique etc. donc il y a une grosse phase d'adaptation, il faut prendre vraiment beaucoup de temps pour expliquer, pour que la personne se sente confiante. ». Participant 6, ergothérapeute.

Ces compétences numériques limitées n'affectent cependant pas uniquement les patients. Une travailleuse sociale s'est qualifiée en riant de « petit dinosaure » et un médecin a confié ne pas être très habile avec les technologies et qu'il n'utilise pas les vidéoconférences car il trouverait complexe de les intégrer à sa clinique. L'accès à la technologie a aussi été problématique dans certains milieux (ex: absence de caméra sur les postes de travail, wi-fi d'un CLSC montréalais pas performant dans toutes les locaux). Des considérations reliées au contexte plus global ont aussi été soulevées, comme les prix élevés pour les données cellulaires au Canada ou encore les disparités géographiques (ex: milieu rural vs urbain) dans la qualité et l'étendue de la couverture à internet haute vitesse.

MANQUE DE SOUTIEN ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

Un thème émergent de l'analyse des données a été que plusieurs professionnels ont partagé leur insatisfaction et les défis rencontrés en lien avec le manque de soutien administratif et/ou technique dans l'utilisation de la téléconsultation. Le fardeau de gérer les rencontres (ex: patient qui ne répond pas à l'appel et que l'on doit rappeler plus tard), d'organiser la présence d'un interprète ou d'expliquer le fonctionnement de la plateforme aux patients a pesé lourd sur les épaules de plusieurs professionnels interviewés.

> «On doit s'assurer qu'il y a des traducteurs de disponibles qui soient à la même heure, qu'ils aient accès (...) à Zoom, que même les patients s'ils vont comprendre comment naviguer dans Teams (...) Je trouve que ça nous a vraiment rajouté cette...toute cette logistique, cette coordination...avant c'était plus simple tu sais c'était plus: je te donne une carte, tu viens au rendez-vous puis tu te présentes puis c'est tout». Participante 4, ergothérapeute.

Le soutien administratif s'est révélé très variable d'un milieu à un autre: parfois c'est le professionnel qui gère lui-même la réservation d'un rendez-vous avec l'interprète, parfois c'est une agente administrative qui s'en occupe. Un médecin nous a confié ne pas connaître les ressources disponibles pour l'interprétariat dans sa clinique, ni connaître le protocole pour y avoir recours. Ainsi il dit se débrouiller pour parler avec les proches du patients ou avec un collègue parlant la langue requise.

Les deux extraits suivants illustrent différentes facettes de cet enjeu. Dans un groupe de médecine familiale universitaire de Montréal, l'équipe a choisi d'offrir ses suivis uniquement par téléphone, en considérant entre autres les possibles limites administratives. Un autre médecin a décrit son impuissance face à l'accompagnement de certains usagers:

> « On voulait pas se lancer pis si on se lançait on voulait se lancer en groupe [...] parce que tu sais ça l'implique beaucoup au niveau aussi des agentes administratives, qui essaient de coacher les patients à se logger ». -Participant 3, médecin.
>
> « Mais vous pouvez vous imaginer que d'expliquer à quelqu'un pour la première fois comment se brancher par vidéoconférence avec quelqu'un qui est unilingue et qui ne maîtrise pas encore très bien son téléphone c'est comme une mission impossible ». Participant 1, médecin.

Même quand les professionnels avaient accès à un soutien administratif pour certaines étapes (par exemple pour réserver la présence de l'interprète), ils ont été nombreux à utiliser de précieuses minutes pour offrir eux-mêmes un soutien à leur patient en direct pendant la rencontre. Un médecin, qui utilise la vidéoconférence depuis 5-6 ans via le dossier médical électronique de son CLSC, explique:

> « Il faut installer, il faut aller sur le site, il faut faire un download, il faut faire un account, il faut connaître comment ouvrir (...) parfois je le fais moi-même avec eux au téléphone (...) C'est comme laborieux et je trouve c'est pas mon travail, il devrait avoir plus de soutien pour eux. » Participant 9, médecin.

Des tâches qui devraient être gérées par du personnel administratif incombent donc souvent aux intervenants, et ce malgré leur horaire chargé. En conséquence, ils laissent parfois tomber des stratégies qui auraient pu être facilitantes pour eux et pour le patient, comme envoyer un document par courriel ou par la poste, faute de soutien.

> « Des fois le défi c'est de prendre le courriel, surtout quand il y a une barrière linguistique (...) quand il y a beaucoup de lettres là, puis des p puis les b puis les t, les c tu sais des fois avec les accents c'est plus difficile donc j'ai tout le temps peur de ne pas avoir la bonne adresse.» Participant 8, nutritionniste.
>
> « Dans le système de santé là, on a beaucoup l'impression qu'il y a du support administratif là tu sais, je ne veux pas dire qu'il n'y a pas de support administratif, mais que il y a des choses qui pourraient être faites de façon...plus optimale si on avait plus de support. (...) tu sais après, moi j'ai un autre patient, puis je suis déjà en retard, c'est sûr que je vais pas prendre ce 10 minutes-là que ça va me prendre de noter l'adresse, puis là aller au fax, là mettre...là écrire l'adresse dans le truc de fax pour lui envoyer (...) tu sais je pense pas que c'est réaliste dans le...la pression qu'il y a sur les médecins, l'accès aux médecins de famille actuellement de faire ça». Participant 3, médecin.

ADAPTATION DES STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Un autre thème principal a été le défi, pour les professionnels, d'adapter leurs stratégies de communication avec leurs patients issus de la diversité culturelle, dans le contexte d'un déploiement urgent des téléconsultations en raison de la pandémie. En effet, certaines stratégies gagnantes, habituellement utilisées en personne, ont dû être modifiées avec le passage en téléconsultation. Un médecin, ne pouvant plus donner de documents écrits directement à ses patients, décrit:

> « On envoyait souvent des documents, des requêtes pour des prises de sang, pour de l'imagerie au pharmacien, pour qu'il remette ça au patient quand il les voyait en personne, parce qu'ils ne venaient pas nous voir en personne faque les pharmaciens nous ont...moi personnellement m'ont aidé à faire de l'enseignement au patient quand il y avait une barrière linguistique puis que je prescrivais mettons un nouveau traitement». Participant 5, médecin.

Un autre médecin s'est rapidement débrouillé avec les moyens du bord pour communiquer virtuellement avec ses patients présentant des barrières linguistiques, à tout le moins avec ceux qui avaient accès aux technologies requises.

> « Je pense qu'on aura découvert entre autres l'utilisation des logiciels, moi j'utilise beaucoup des pages d'internet pour parler des fois de problèmes gynécologiques spécifiques, donc on leur donne les pages puis avec Google Translate j'ai été surpris beaucoup de gens ont été très contents, ça marche, moi je considère que ça marche très bien. (...) Au moins c'est intéressant de pouvoir envoyer les documents que les gens, surtout pour les informations, les éduquer sur leurs problèmes de santé, donc ça c'est une grosse amélioration». Participant 2, médecin.

Une médecin a soulevé le fait qu'historiquement, une des seules fois où le médecin appelait son patient était par exemple pour donner des résultats de laboratoire. Le professionnel avait alors quelque chose de précis à communiquer au patient, alors qu'il faut maintenant qu'elle s'adapte à la situation inverse:

> « Maintenant je t'appelle parce que toi tu veux me dire quelque chose...parce que le patient a quelque chose à me confier ou à discuter mais c'est sûr que notre approche est différente. Quand le patient entre dans notre bureau vs quand on l'appelle je pense pas qu'on est...qu'on pose pas autant de questions ouvertes (...) puis justement ça fait partie de ce qu'on devrait plus faire là pour assurer la qualité.» Participant 3, médecin

Photo de Negative Space sur Pexels

Poser plus de questions ouvertes, vérifier plus souvent la compréhension, répéter, demander au patient de reformuler, être attentif aux silences et au ton de la voix -et de la toux!-, ont été des adaptations identifiées par les participants pour une meilleure communication lors des téléconsultations. Des participants ont nommé le fait que d'avoir pratiqué antérieurement en personne avec cette clientèle leur avait permis de développer ces stratégies et qu'après une phase d'ajustements ils avaient réussi à les adapter aux rencontres virtuelles.

Une nutritionniste, de même qu'une travailleuse sociale, ont aussi mentionné qu'elles utilisaient normalement l'humour comme façon de tisser des liens avec les usagers, mais que plusieurs facteurs, tels le filtre et la distance imposés par l'écran et/ou la barrière linguistique rendaient cette stratégie parfois plus difficile à utiliser en téléconsultation. Ce défi d'établir des liens malgré la distance a poussé les participants à accorder une importance toute particulière à certains détails.

> «Ça a été une des choses très euh...que j'ai trouvé triste de la pandémie c'est que les gens qui étaient déjà isolés l'ont été encore plus. Puis on a peu brisé leur isolement, oui un coup de fil de temps en temps, les suivis téléphoniques les gens étaient contents qu'on les appelle, moi j'essayais d'être très très chaleureuse au téléphone parce que je sentais qu'ils en avaient besoin mais c'est jamais aussi chaleureux en téléphone qu'en personne». Participant 10, nutritionniste.
>
> « En fait en téléconsultation, on peut plus comprendre juste par le non verbal euh quand il y a quand même une relation de confiance qui se crée aussi. Par exemple quand l'interprète est en train de dire quelque chose ou quand ma patiente dit certaines choses aussi, ben même si j'attends, ben je fais quand même du non verbal pour...pour signaler ma présence, pour vraiment offrir de l'espace à mes clients». Participant 6, ergothérapeute. (vidéoconférence).

Enfin, plusieurs participants ont dû simplifier leur intervention (souvent en lien avec les barrières linguistiques), ce qui a selon eux des répercussions sur la qualité des services offerts, par exemple sur l'enseignement dispensé.

> « C'est sûr que des fois ça oblige à rester vraiment dans le très très simple, à simplifier beaucoup mes interventions. Des fois je peux pas aller autant en profondeur donc je suis obligée de scinder mes interventions en très très petites étapes, simples simples simples, puis je vais donner des recommandations hyper simples, puis je vais me dire: ben la prochaine fois je vais les voir en personne parce que sinon on pourra pas aller plus loin». Participante 10, nutritionniste.
>
> « C'est ça avec un interprète, c'était au téléphone puis euh je me demandais où on s'en allait (...) tu sais il faut faire des phrases simples. Tu sais je me suis adaptée dans ce sens, des phrases simples, puis l'interprète aussi y allait simplement. (...) Mais cette rencontre-là, elle a pu bien se terminer parce qu'on s'est tous les deux... papa s'est adapté, il a compris...ça nous prend...ça prend du temps pour que moi je m'exprime calmement, simplement, puis euh je pense que c'est la compréhension de part et d'autre». Participant 7, travailleuse sociale.

AVANTAGES PERÇUS

Les participants ont aussi nommé plusieurs avantages en lien avec l'utilisation des téléconsultations (voir tableau 1 ci-bas). Il convient de mentionner que ces avantages peuvent concerner toutes les clientèles (la question posée aux participants étant de nommer de façon générale les avantages de l'utilisation des téléconsultations).

Tableau 1: Avantages perçus à l'utilisation de la téléconsultation selon les participants

Pour le professionnel	• Plus grande productivité, efficacité. Pratique, rapide. • Accès à une certaine clientèle plus vulnérable (ex: peur d'attraper la COVID) • Fluidité et flexibilité dans la prise des rendez-vous • Possibilité de combiner plusieurs engagements professionnels (ou diverses pratiques/clientèles sans devoir se déplacer) • Permet de respecter l'horaire du rendez-vous (si client veut annuler car il est en retard, bascule le rendez-vous en téléconsultation) • Accès à des informations complémentaires non disponibles en présentiel (ex: partage d'écran ou montrer à l'écran un aliment disponible à la maison). • Permet de travailler de la maison
Pour l'usager	• Moins de déplacements, pas besoin de conduire à Montréal et de se trouver un stationnement. Moins de coûts directs et indirects. • Facilité d'organisation, disponibilité. Très facile pour les familles avec jeunes enfants • Se retrouve dans son milieu de vie. • Pas besoin de faire le ménage (ex: en vue d'une visite à domicile). • Usager avec agoraphobie n'a pas à sortir de chez lui, offre une possibilité de briser leur isolement. • Plus facile pour familles avec jeunes enfants et personnes à mobilité réduite.
Avantages communs	• Gain de temps (Prof: moins de déplacements dans la clinique, pas besoin de désinfecter les chaises, possibilité de placer plusieurs rendez-vous de suite) • Continuité des services, continuité dans la relation thérapeutique • Moins d'absentéisme au travail • Diminution des risques d'infections (Covid-19 et autres maladies infectieuses) • Certains suivis accélérés (ex: donner résultats d'examen de laboratoire) • Certains patients sont plus à l'aise de parler de leur situation au téléphone qu'en personne, professionnel a donc plus d'informations. • Participation accrue des pères (ex: pour rencontres concernant l'alimentation des femmes enceintes ou des jeunes enfants) • Voir le sourire (ce qui n'était pas possible avec les masques en présentiel)

La disponibilité des usagers ainsi que la réduction de l'absentéisme au travail ont été mentionnés par plusieurs professionnels, qui observent que certains patients ont des situations d'emplois précaires et ne sont pas toujours en mesure de prendre congé pour un rendez-vous en personne.

«C'est surtout au niveau de la disponibilité des gens, puis tu sais dans le fond c'est très facile de planifier un rendez-vous puis ça réduit l'absentéisme des gens, faque au lieu de prendre une demie-journée, une journée off au travail pour aller à leur rendez-vous médical qui prend, au final entrée/sortie de la clinique on parle d'une demie-heure, 45 minutes... ben là au moins ben c'est une petite pause dans la journée». Participant 5, médecin.

La simplicité reliée au fait que les déplacements soient réduits a aussi été nommée à plusieurs reprises, de même que la facilité d'organisation entourant un rendez-vous en téléconsultation (vs en personne), particulièrement chez les patients avec de jeunes enfants, ceux présentant des conditions médicales particulières (ex: agoraphobie) ou à mobilité réduite.

«Des fois des patientes devaient trouver des gardiennes, elles devaient trouver un moyen de venir à Montréal, stationner, se déplacer à Montréal, même avec Google Maps c'est pas toujours évident...avec les cônes orange partout. Donc il y a des coûts aussi souvent que les patientes engendrent pour le déplacement qui sont significatifs, qu'ils n'ont pas à payer à ce moment-là». Participant 2, médecin

Photo de Kathyryn Tripp sur Unsplash

« Il y en a qui travaillent ou qui sont pas mobiles et c'est beaucoup plus facile pour eux, j'arrive sur leur écran ou leur téléphone et c'est tellement moins compliqué! En général ils apprécient ça». Participant 9, médecin.

Photo de Cottonbro sur Pixels

«Puis vraiment c'est pas dit, mais la question du ménage là...(...) Je l'ai perçue souvent, puis il y en a une qui me l'a dit carrément: "ça m'évite de faire mon ménage quand tu viens pas chez nous", là donc. C'est...il y a souvent une gêne de liée à ça ou une pression liée à ce que tout soit propre. Donc ça... ça les avantage beaucoup qu'on se présente pas à domicile». Participant 8, nutritionniste.

Tel que mentionné plus tôt, le manque de communication non verbale (surtout lors des consultations téléphoniques) a posé plus d'un défi, mais un avantage insoupçonné des vidéoconférences a tout de même été identifié par cette ergothérapeute:

> «J'ai aussi réfléchi que oui, on pouvait moins voir notre dynamique gestuelle ou notre présence concrète, au final on pouvait voir nos sourires grâce aux téléréadaptations. Donc ça c'est un avantage de pas avoir de masques. Malheureusement avec le covid c'est encore obligé, donc au final de pouvoir voir que je souris etc, ça c'est...et inversement, c'est super important dans notre processus». Participant 6, ergothérapeute.

Les consultations téléphoniques auraient aussi l'avantage, selon ce médecin, de favoriser un meilleur partage d'informations chez certaines personnes.

> «Je pense que certains patients...moi ce que j'ai observé il y a des gens qui sont à l'aise au téléphone, qui vont peut-être s'ouvrir un petit peu plus, parler de peut-être plus de problèmes. C'est sûr que médicalement des fois ça devient un peu...faut remettre un certain cadre parce que évidemment c'est pas tout qui se fait, qui s'évalue en télémédecine.» Participant 5, médecin

Photo de NEOSiAM sur Pixels

En lien avec le contexte pandémique, la continuité des services est apparue comme un côté positif de l'utilisation de cette modalité de services, d'autant plus que la situation sanitaire était changeante. Une participante a mentionné qu'elle avait pu continuer de donner des services à des patients qui avaient très peur de la COVID-19 ou peur de se déplacer et qui ne seraient jamais venus à un rendez-vous en personne.

Finalement, la possibilité de voir les clients dans leur milieu de vie grâce à la vidéoconférence a aussi permis d'accéder à des informations qui n'auraient pas été disponibles lors d'une rencontre au bureau.

Photo de Pineapple Supply Co. sur Unsplash

> «L'avantage était tout le temps que...surtout avec les communautés ethnoculturelles, les aliments ils les connaissent dans leur langue...dans leur langue maternelle. (...) Quand on est à la maison souvent quand ils savaient pas le nom d'un aliment, ben je leur disais: "l'as-tu dans ton armoire? L'as-tu dans ton frigo?" (...) ils se levaient puis ils me le montraient. Donc je peux reproduire ça avec Teams». Participant 8, nutritionniste.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Selon les données analysées, les défis vécus par les professionnels quand ils sont confrontés aux barrières linguistiques sont reliés à plusieurs catégories de facteurs illustrées dans le cadre conceptuel. Les caractéristiques individuelles du patient (ex: acceptation ou non de la présence d'un interprète) et du professionnel (ex: connaissance des ressources en interprétariat disponibles, habileté à l'intervention avec interprète) en sont des exemples. Les entrevues ont aussi révélé que des facteurs organisationnels entrent en jeu et affectent indirectement la communication lors des téléconsultations. En effet, la disponibilité des services est très variable d'un établissement de santé à l'autre, certains milieux utilisant la banque interrégionale d'interprètes (31), le R.I.O. (*Remote Interpretation Ontario*) (32), d'autres ayant recours à des interprètes bénévoles ou à une liste d'interprètes connus au sein de l'établissement.

Ces résultats font écho au rapport *Les barrières linguistiques au sein du système de santé montréalais*, qui déplore le fait que malgré l'existence de ces services « tous les travailleurs de la santé ne sont pas forcément au fait des services auxquels ils ont accès. Par conséquent, les patients qui sont confrontés à des barrières linguistiques ne se voient pas offrir les ressources adéquates pour surmonter les obstacles qui entravent leur accès aux services de santé» (33).

Le manque de soutien administratif souligné par plusieurs participants semble également nuire à l'utilisation appropriée de ces services. Cet enjeu, couplé à «...des stresseurs liés à la mauvaise coordination des services d'interprétariat, par exemple le retard ou l'absence d'un interprète au moment de l'intervention, contribuent à l'utilisation d'interprètes informels non qualifiés » (34). Nous avons vu que les participants avaient souvent recours au réseau social du patient pour traduire les échanges. Or, « attendre des patients qu'ils viennent avec leurs propres interprètes, que ce soit un membre de la famille, un ami ou un interprète sans formation, fait peser les responsabilité de la qualité des soins sur le patient plutôt que sur le système de soins de santé » (33), ce qui est inacceptable à plusieurs niveaux et pose des enjeux éthiques, notamment en termes de confidentialité.

De façon plus globale, ce manque de soutien technique et administratif met aussi une pression supplémentaire sur les professionnels de la santé, déjà très sollicités. Selon les participants, diverses activités connexes (ex: temps passé à organiser la présence d'interprète, à aider les patients pour l'utilisation de la technologie, à envoyer des documents ou à régler eux-mêmes des problèmes techniques) diminuent le temps direct accordé aux patients, mais aussi leur satisfaction au travail. Alami et coll. résument très bien l'impact potentiel de ces enjeux: l'abandon pur et simple de la technologie par les cliniciens (10). Le MSSS ayant récemment annoncé sa volonté d'accélérer le virage numérique en santé, il sera essentiel de soutenir autant les professionnels que les usagers pour atteindre cet objectif (35). Un premier pas a été fait en ce sens avec l'annonce en janvier 2022 d'un nouveau Centre de soutien des services numériques en santé (CSSNS), mais selon des informateurs clés, le déploiement, qui doit débuter avec le soutien aux médecins, c'est pas encore très avancé (36).

Dans l'interprétariat des résultats, il faut aussi prendre en compte le contexte d'urgence sanitaire, qui a mis à rude épreuve la capacité d'adaptation de tous, autant au niveau personnel que professionnel. Ceci est reflété par l'expérience vécue par les participants, qui ont dû adapter rapidement leurs stratégies de communication avec toutes leurs clientèles, mais particulièrement avec leurs patients présentant des barrières linguistiques. Les professionnels rencontrés se sont ajustés de façon constante, et sont encore à ce jour en train de développer de nouvelles façons de faire. Ils ont été nombreux à dire qu'avec le temps, la patience et la pratique, ils devenaient plus habiles à communiquer via les téléconsultations. Cependant, ils ont aussi nommé le besoin d'être formés davantage en lien avec divers aspects entourant les téléconsultations, entre autres sur la communication interculturelle.

Finalement, les résultats suggèrent que les inquiétudes énoncées dans la littérature en ce qui a trait à l'importance des compétences numériques sont aussi présentes à l'échelle locale, et touchent particulièrement les communautés ethnoculturelles (qui ne sont cependant pas les seules à subir les contrecoups de ce virage numérique). Si la littératie en santé est un déterminant de la santé bien connu des experts en santé publique, le concept de littératie en e-santé (qui regroupe des compétences issues de six types de littératie: littératie traditionnelle, en santé, informative, scientifique, médiatique et numérique) gagnerait à être rapidement intégré dans la planification et le développement de l'offre en télésanté (37). L'un des avantages potentiels de la télésanté, qui est de rendre plus accessibles les services et soins de santé, ne s'actualisera pas tant que les enjeux d'accès et d'usage des technologies persisteront. Nous nous permettons d'ailleurs d'insérer ici un dernier extrait provenant de l'entrevue avec une nutritionniste, qui illustre clairement cet enjeu sociétal.

> « Alors c'est sûr que d'avoir euh, de briser la barrière numérique avec cette clientèle-là, ça serait un de mes rêves parce que j'ai l'impression que plus ça va, plus les services de santé, comme le programme Agir tôt ou différents nouveaux programmes qu'on met en place, ben c'est des plateformes numériques. On essaie d'amener de plus en plus les gens vers le numérique mais c'est comme si ça augmentait l'écart entre les plus vulnérables et les gens qui ont accès à tout ça. Puis nos plus vulnérables ben ils sont de plus en plus loin de leur compte pour avoir accès à tout ce qu'on donne comme services parce que eux ont pas accès à ça ou ils savent pas comment l'utiliser. Donc euh moi ce serait mon rêve de soutenir davantage les gens qui sont pas connectés». Participant 10, nutritionniste.

PRINCIPALES FORCES ET LIMITES DU PROJET

L'une des forces du projet est reliée au fait que les participants aux entrevues exerçaient différentes professions, ce qui a diversifié les perspectives. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, plusieurs enjeux étaient communs aux professions, mais des facteurs spécifiques ont aussi été évoqués. Les patients ayant à côtoyer une panoplie de professionnels dans leur parcours de soins, à posteriori nous sommes convaincues que la décision d'élargir le recrutement à tous les professionnels a été bénéfique.

Une autre force est que nous avons eu la chance d'interviewer des professionnels ayant accumulé différentes expériences en termes d'année de pratique de leur profession, mais aussi se situant à divers niveaux de conforter d'adaptabilité à utiliser la téléconsultation. Nouspostulons que si nous avions concentré le recrutement sur des experts en télésanté, plusieurs enjeux technologiques effectant les professionnels n'auraient peut-être pas été soulevés.

Il convient d'insister sur le fait que les résultats ne sont pas généralisables et ne sauraient être interprétés en dehors du contexte du présente stage; ce n'est d'ailleurs pas l'objectif visé par l'analyse qualitative des données. Tous les professionnels de la santé pratiquant au Québec n'ont pas les mêmes expériences de la téléconsultation. Non seulement ces dernières varient selondivers facteurs illustrés dans le cadre conceptuel, mais elles diffèrent également entre pays (ex: selon la technologie disponible ou les politiques en vigueur).

Le contexte bien particulier relié à la pandémie revêt aussi une importance dans la compréhension et la portée des résultats. L'urgence d'offrir des services de téléconsultations en mars 2020 a, en quelque sorte, pris le système de la santé au dépourvu. Bien qu'existant théoriquement depuis plus de trois décennies, la plupart des services de téléconsultations offerts depuis deux ans au Québec ont été déployés de façon urgente, sans planification préalable et souvent sans le soutien technique ou administratif approprié. Il serait intéressant de mener à nouveau ce projet dans quelques années, ou encore de connaître l'expérience de professionnels de la santé ayant acquis une plus longue expérience en téléconsultation auprès des communautés ethnoculturelles.

Les limites du projet incluent aussi le fait que les participants aux entrevues pratiquaient tous dans la région de Montréal. La grande diversité culturelle à Montréal fait en sorte que les professionnels interrogés sont exposés régulièrement aux enjeux s'y rapportant. Cependant, l'expérience de professionnels de la santé oeuvrant dans d'autres régions aurait certainement apporté des perspectives différentes.

Le nombre limité d'entrevues réalisées – en lien avec un recrutement difficile en temps de pandémie et avec le temps limité dont nous disposions pour la collecte de données- n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. Les difficultés logistiques en lien avec les restrictions sanitaires et la disponibilité limitée des professionnels de la santé n'ont pas permis non plus de mener un groupe de discussion, ce qui aurait contribué à la triangulation des données. De plus, la tenue d'un atelier de restitution aurait permis de valider les pistes d'action proposées avec les participants.

Finalement, bien que les objectifs du présent stage n'incluaient pas l'exploration des perspectives des patients issus des communautés ethnoculturelles, nous reconnaissons que de comprendre leurs besoins, capacités et préférences serait essentiel pour s'assurer que les soins virtuels développés dans le futur soient acceptables pour eux et adaptés à leur réalité.

FORMULATION DES PISTES D'ACTION

PRATIQUES À PRIVILÉGIER

Dans le but d'appuyer notre deuxième objectif (formulation de pistes d'action), nous avons aussi exploré les avenues à privilégier pour contribuer à rendre les téléconsultations plus équitables. Il y a vingt ans déjà, dans un rapport phare, Sarah Bowen soulignait la nécessité d'élaborer au Canada des normes nationales, une « politique spécifiant les situations qui requièrent l'emploi d'interprètes professionnels », de même qu'un « effort conjugué en vue de développer des modèles de services d'interprétation appropriés compte tenu de la répartition de la population canadienne » (11). Depuis, plusieurs guides ont été publiés, entre autres au Québec, pour mettre de l'avant les bonnes pratiques en matière d'adaptation culturelle des services de santé, certains se limitant toutefois à l'aspect linguistique de la problématique (26,38,39).Ces stratégies auraient tout avantage à être intégrées aux modalités de services émergentes, comme les téléconsultations.

D'autres pistes de solutions sont également intéressantes lorsque l'on souhaite adopter une approche inclusive avec une clientèle issue de diverses cultures. Certaines concernent la communication écrite (ex : traduction des documents), la formation des intervenants (ex : sensibilité culturelle), l'empowerment des populations concernées (ex : implication à toutes les étapes des projets), alors que d'autres agissent sur des déterminants de la santé au niveau systémique (26,40). Aux États-Unis, les National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services sont la référence en la matière depuis l'an 2000 et guident les établissements pour offrir des soins culturellement appropriés (40).

Les modalités de téléconsultations -et plus largement les services offerts par télésanté- impliquent également plusieurs aspects technologiques, dont il faut tenir compte. Les stratégies prometteuses pour le développement d'outils de télésanté permettant de réduire les iniquités sociales de santé ont fait l'objet d'une revue de littérature (13). Latulippe et coll. ont identifié quatre orientations intéressantes en ce sens (incluant des actions concrètes pour chacune) : 1) assurer l'accès universel avec une approche centrée sur l'utilisateur 2) respecter le niveau de littératie de l'utilisateur 3) concevoir des outils qui respectent les caractéristiques culturelles des futurs utilisateurs et 4) impliquer les populations à risque d'iniquités sociales dans le développement des technologies associées à la télésanté.

En juin 2021, l'Institut national de santé publique du Québec a également produit une synthèse rapide des connaissances portant sur les inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques. Des mesures visant l'équité d'accès y sont présentées, telles « appliquer des politiques gouvernementales garantissant un accès universel ou équitable aux technologies numériques », d'autres visant l'équité d'usage , telles « inciter les organisations à investir dans la littératie numérique et en e-santé avec un souci pour l'équité » (37).

UN CONTEXTE EN ÉVOLUTION

La création, en 2019, du Réseau québécois de la télésanté, a permis au MSSS de consolider la gouvernance québécoise en la matière, d'encadrer la pratique et de se doter d'un plan d'action, dont l'énoncé de vision se lit ainsi : « Que la télésanté permette à tous les citoyens d'accéder à des soins et services de qualité quel que soit leur lieu de résidence et leurs besoins, et aux professionnels de la santé de dispenser ces soins et services de façon simple et efficace grâce à des technologies de l'information modernes. » (41).

Plus récemment, en mars 2022, M. Christian Dubé, Ministre de la Santé et des Services sociaux, a présenté le *Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé* (35). Dans l'encadré *Petite révolution en télésanté,* il est écrit que « Dans un contexte de pandémie forçant à limiter les contacts physiques, patients et cliniciens ont dû s'approprier rapidement les applications de visioconférence. On peut maintenant, en quelques clics, avoir une rencontre virtuelle avec un professionnel de la santé dans le confort de son foyer. » (35). L'un des changements souhaités pour élargir l'accès à ces nouvelles approches cliniques et se doter d'une *première ligne du futur* est ainsi énoncé: *Services de télésanté permettant d'avoir une consultation médicale sans avoir à se déplacer*.

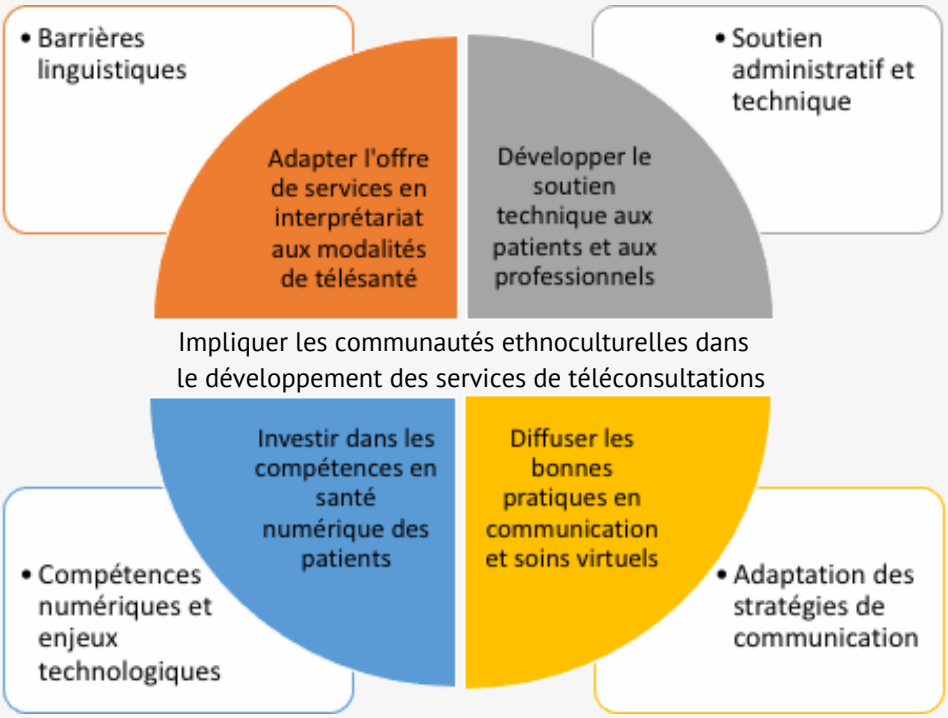
Or, la vérificatrice générale du Québec, dans un rapport aussi paru en mars 2022, a émis plusieurs constats concernant la télésanté, dont celui-ci: le MSSS «n'a pas mis l'encadrement nécessaire en ce qui concerne les téléconsultations: durant la pandémie, les médecins ont réalisé la quasi-totalité de leurs téléconsultations par téléphone, ce qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts à distance.» (42). En effet, grâce à une compilation produite à partir des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), il apparaît que « de mars 2020 à septembre 2021, 99% des téléconsultations effectuées par les médecins omnipraticiens l'ont été par téléphone» (42). Les outils de travail collaboratifs tels que Zoom, Reacts et Microsoft Teams ont été peu adoptés - pour d'une panoplie de raisons-, et ce constat s'oppose à ce qui est décrit dans le plan ministériel présenté au paragraphe précédent. La vérificatrice générale émet ainsi plusieurs recommandations pour rectifier le tir et s'assurer que la télésanté remplisse ses promesses.

C'est dans ce contexte d'évolution rapide des connaissances que nous proposons à la page suivante des pistes d'action -et de réflexion- pour s'assurer que le développement actuel et futur des services offerts par téléconsultations tienne compte de plusieurs réalités, non seulement celle des professionnels de la santé mais aussi celle des patients. Ces derniers ont été longtemps mis de côté lors de la conception des projets innovants reliés à la télésanté, mais il n'est pas trop tard pour remédier à la situation (43).

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

La figure 2 résume les grandes orientations recommandées pour promouvoir le développement d'une offre en téléconsultation plus équitable envers les communautés ethnoculturelles et qui tient compte des quatre grands défis identifiés par les professionnels. Des pistes d'actions concrètes (certaines visant le long terme) et de recherche concernant chacune de ces orientations sont ensuite détaillées plus bas.

Figure 2: Orientations pour le développement de services de téléconsultations plus équitables et adaptés à la réalité des communautés ethnoculturelles



Nous tenons ici à spécifier que de nombreux participants ont recommandé que les forfaits cellulaires, les appareils technologiques (ex: ordinateur ou tablette) et l'internet à haute vitesse soient rendus accessibles et abordables pour tous. Ceci dépasse la responsabilité seule du MSSS, et concerne différents ministères et palliers gouvernementaux. Plusieurs initiatives sont en cours dans ce domaine (ex: Programme *Familles branchées* du gouvernement fédéral (44) et l'*Opération haute vitesse* du gouvernement provincial (45)). Nous ne saurions trop insister pour que les populations les plus défavorisées y aient accès, avec le soutien nécessaire pour un usage efficace de ces technologies.

Impliquer les communautés ethnoculturelles dans le développement des téléconsultations

- Pour le développement et la mise en oeuvre des pistes d'action, développer un partenariat avec ACCÉSSS (en raison de son expertise des questions reliées aux communautés ethnoculturelles et sa présence à travers le Québec).

Adapter l'offre d'interprétariat aux modalités de télésanté et à la réalité des communautés ethnoculturelles

- Diffuser auprès des professionnels de la santé utilisant les services d'interprétariat et auprès des interprètes les bonnes pratiques et des protocoles clairs pour l'utilisation de l'interprétariat en contexte de téléconsultation
- À plus long terme : Développer les réseaux d'interprètes communautaires pouvant intervenir lors des téléconsultations selon les deux options suivantes : 1) un usager + un interprète + professionnel de la santé, tous par vidéoconférence ou 2) un usager + interprète ensemble en présentiel dans le milieu communautaire et le professionnel de la santé rejoint par téléphone ou vidéoconférence.
- Piste de recherche : Évaluer le besoin pour un accès aux services centralisés d'interprétariat téléphonique ou par vidéoconférence en direct - tels que ceux offerts par R.I.O. en Ontario (pour les rendez-vous urgents, non planifiés ou aux cliniques sans rendez-vous ou pour quand l'interprète ne se présente pas).

Développer le soutien technique aux professionnels et aux usagers

- Faire connaître l'offre de services du Centre de soutien des services numériques en santé auprès des professionnels de la santé qui utilisent actuellement les téléconsultations (le volet soutien aux usagers est déjà prévu et en développement, mais pas encore effectif)
- À plus long terme : Évaluer la possibilité de créer des points de services de télésanté dans la communauté pour faciliter l'accès aux téléconsultations par vidéo à un plus grand nombre de patients (ex : local dédié à la téléconsultation par vidéoconférence en pharmacie ou en bibliothèque).
- Piste de recherche : Documenter dans chaque CISSS et CIUSSS, en partenariat avec les Centres de coordination en télésanté (CCT) et les organismes communautaires locaux, les besoins et les disparités d'accès aux technologies chez les usagers du territoire.

Investir dans le développement des compétences en santé numérique des patients issus des communautés ethnoculturelles

- Rendre disponibles des vidéos (avec l'audio disponible en plusieurs langues) et des documents écrits imagés et traduits sur le site web du Réseau québécois de la télésanté. Les professionnels, agentes administratives et organismes communautaires peuvent ensuite les diffuser auprès des patients. (exemples de sujets: Qu'est-ce que la télésanté? Comment se connecter aux plateformes? Comment se préparer aux rendez-vous virtuels? Où trouver du soutien technique?)
- À plus long terme : Participer au financement du programme DATAide en ajoutant un volet sur la formation des compétences en santé numérique (46).
- Piste de recherche : Identifier dans chaque CIUSSS, grâce aux professionnels de la santé utilisant le plus les vidéoconférences, les communautés ethnoculturelles prioritaires pour le développement des compétences numériques.

Diffuser les bonnes pratiques en communication et soins virtuels en y intégrant les aspects culturels et linguistiques

- Impliquer les comités de patients, les ordres professionnels et les facultés d'enseignement pour le développement de ces bonnes pratiques.
- À plus long terme : Collaborer avec les facultés d'enseignements pour inclure cette formation dans le cursus des futurs professionnels de la santé et dans les programmes de formation continue.
- Piste de recherche : Évaluer la satisfaction des usagers concernant la qualité de la communication lors des téléconsultations et les moyens de l'améliorer.

CONCLUSION

Le présent stage avait pour premier objectif de mieux comprendre les défis vécus par les professionnels de la santé lorsqu'ils utilisent les téléconsultations auprès de leur clientèle issue des communautés ethnoculturelles. Dix entrevues semi-dirigées ont pu être réalisées. L'analyse thématique du discours des participants a pu mettre en lumières une diversité de défis auxquels ils sont confrontés : les barrières linguistiques, les compétences numériques et enjeux technologiques, le manque de soutien administratif et technique, ainsi que l'adaptation des stratégies de communication.

Ces enjeux touchent à différents concepts illustrés dans le cadre conceptuel sélectionné. Ce dernier proposait d'accorder une place centrale à la communication pendant une téléconsultation et présentait diverses catégories de facteurs pouvant l'influencer. Le choix de ce cadre s'est avéré pertinent et structurant tout au long de la démarche réalisée. Les résultats ont fait ressortir toute la complexité d'offrir via la téléconsultation des soins de santé et de services sociaux de qualité à une clientèle issue de la diversité culturelle.

Bien qu'à interpréter avec prudence, les résultats obtenus appuient le besoin de mieux documenter la situation au Québec. Dans un contexte de modernisation du système de santé et de volonté gouvernementale de se doter d'une première ligne du futur -accordant une place plus importante à la télésanté-, il apparaît en effet essentiel de prendre un pas de recul. Le déploiement rapide de l'utilisation des téléconsultations, relié à l'urgence sanitaire, a rencontré de multiples embûches et défis, et l'on commence tout juste à en explorer la portée et les impacts.

Bien que les perspectives des participants recueillies pendant ce stage ne témoignent que d'une facette de la problématique, elles constituent néanmoins une intéressante source d'information. Nous espérons qu'elles contribueront à une réflexion profonde sur le développement d'une télésanté qui tienne compte non seulement de la réalité des professionnels, mais aussi de la diversité culturelle de la société québécoise.

RÉFÉRENCES

1- Accesss – Alliance des communautés culturelles pour l'égalité de la santé et les services sociaux [Internet]. Disponible sur: https://accesss.net/

2- Observatoire québécois des inégalités. Publications de l'Observatoire [Internet]. Observatoire québécois des inégalités. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/publications

3-Bastien T, Fournier F, Morel A-M. Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes au Québec [Internet]. Association pour la santé publique du Québec; 2022 p. 59. Disponible sur: https://aspq.org/app/uploads/2022/03/2022_immigrants-et-covid.pdf

4- Agence du revenu du Canada. Demandeurs venant en aide à des communautés ethnoculturelles [Internet]. 2005 [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/organismes-bienfaisance-dons/organismes-bienfaisance/politiques-lignes-directrices/enonce-politique-023-demandeurs-venant-aide-a-communautes-ethnoculturelles.html

5- Réseau québécois de la télésanté | Québec [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: https://telesantequebec.ca/

6- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire [Internet]. Québec: Gouvernement du Québec; 2021 p. 29. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-915-01W.pdf

7- Marin S. Plus de 1,5 million de Québécois ont consulté en télémédecine. La Presse [Internet]. 9 juill 2020 [cité 31 janv 2022]; Disponible sur: https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-07-09/plus-de-1-5-million-de-quebecois-ont-consulte-en-telemedecine.php

8- Bakhtiar M, Elbuluk N, Lipoff JB. The digital divide: How COVID-19's telemedicine expansion could exacerbate disparities. J Am Acad Dermatol. 2020;83(5):e345-6.

9- Laberge M, Bourassa Forcier M. Encadrement normatif et contractuel des pratiques de téléconsultation en clinique de première ligne [Internet]. CIRANO; 2021 févr [cité 27 janv 2022] p. 45. Report No.: 2021RP-02. Disponible sur: https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2021RP-02

10- Alami H, Lehoux P, Attieh R, Fortin J-P, Fleet R, Niang M, et al. A "Not So Quiet" Revolution: Systemic Benefits and Challenges of Telehealth in the Context of COVID-19 in Quebec (Canada). Front Digit Health [Internet]. 2021 [cité 8 avr 2022];3. Disponible sur: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fdgth.2021.721898

11- Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [Internet]. Santé Canada; 2001 nov [cité 8 févr 2022] p. 155. Disponible sur: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html

12- Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins [Internet]. Société Santé en français; 2015 août p. 62. Disponible sur: https://francosantesud.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-%C3%89tude-Barri%C3%A8res-linguistiques.pdf

13- Latulippe K, Hamel C, Giroux D. Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies. J Med Internet Res. 2017;19(4):e136.

14- Perspective Grand Montréal No38 [Internet]. Communauté métropolitaine de Montréal - CMM. 2019 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://cmm.qc.ca/documentation/perspective-grand-montreal/perspective-grand-montreal-no38/

15- Lussier M-H, Tu MT, Blaser C, Martinez J, Institut national de santé publique du Québec. À l'intersection des définitions de langues: portrait des communautés linguistiques au Québec et dans les réseaux territoriaux de services en 2016 : la langue, déterminant de l'état de santé et de la qualité des services [Internet]. Québec, Québec: INSPQ, Institut national de santé publique du Québec; 2019 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4010619

16- Maîtrise des compétences chez les immigrantes et immigrants au Canada. Toronto (ON): Conseil des ministres de l'Éducation, Gouvernement du Canada; 2017 p. 102.

17- Saliba-Gustafsson EA, Miller-Kuhlmann R, Kling SMR, Garvert DW, Brown-Johnson CG, Lestoquoy AS, et al. Rapid Implementation of Video Visits in Neurology During COVID-19: Mixed Methods Evaluation. 2020;22(12):e24328.

18- Alodhayani AA, Hassounah MM, Qadri FR, Abouammoh NA, Ahmed Z, Aldahmash AM. Culture-Specific Observations in a Saudi Arabian Digital Home Health Care Program: Focus Group Discussions With Patients and Their Caregivers. J Med Internet Res. 2021;23(12):e26002.

19- Finkelstein JB, Tremblay ES, Van Cain M, Farber-Chen A, Schumann C, Brown C, et al. Pediatric Clinicians' Use of Telemedicine: Qualitative Interview Study. JMIR Hum Factors. 2021;8(4):e29941.

20- Breton M, Deville-Stoetzel N, Gaboury I, Smithman MA, Kaczorowski J, Lussier MT, et al. Telehealth in Primary Healthcare: A Portrait of its Rapid Implementation during the COVID-19 Pandemic. Healthc Policy Polit Sante. 2021;17(1):73-90.

21- Laub N, Agarwal AK, Shi C, Sjamsu A, Chaiyachati K. Delivering Urgent Care Using Telemedicine: Insights from Experienced Clinicians at Academic Medical Centers. J Gen Intern Med. 2021

22- Ladin K, Porteny T, Perugini JM, Gonzales KM, Aufort KE, Levine SK, et al. Perceptions of Telehealth vs In-Person Visits Among Older Adults With Advanced Kidney Disease, Care Partners, and Clinicians. JAMA Netw Open. 6 déc 2021;4(12):e2137193-e2137193.

23- Ly BA, Labonté R, Bourgeault IL, Niang MN. The individual and contextual determinants of the use of telemedicine: A descriptive study of the perceptions of Senegal's physicians and telemedicine projects managers. PloS One. 2017;12(7):e0181070.

24- White J, Byles J, Walley T. The qualitative experience of telehealth access and clinical encounters in Australian healthcare during COVID-19: implications for policy. Health Res Policy Syst. 2022;20(1).

25- Mooi JK, Whop LJ, Valery PC, Sabesan SS. Teleoncology for indigenous patients: the responses of patients and health workers. Aust J Rural Health. oct 2012;20(5):265-9.

26- Ouimet A-M, Trempe N, Vissandjée B, Hemlin I, Institut national de santé publique du Québec. Vice-présidence aux affaires scientifiques. Adaptation linguistique des soins et des services de santé: enjeux et stratégies [Internet]. Montréal: Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique Québec; 2013 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2285441

27- Martin I, Vézina J-P. Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. Québec: Gouvernement du Québec; 2018 [cité 22 févr 2022] p. 19. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180/

28- Miller EA. Telemedicine and doctor-patient communication: a theoretical framework for evaluation. J Telemed Telecare. 2002;8(6):311-8.

29- Bujold M. Introduction aux méthodes de collecte de données qualitatives (notes de cours) SPU-6002 Introduction aux méthodes qualitatives. 2021.

30- Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. J Open Source Softw. 10 déc 2021;6(68):3522.

31- Banque interrégionale d'interprètes [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/propos/qui-sommes-nous/leadership-et-innovations/banque-interregionale-dinterpretes

32- R.I.O. – Remote Interpretation Ontario [Internet]. Access Alliance. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://accessalliance.ca/access-alliance-language-services/our-language-services-solutions-without-borders/remote-interpretation-ontario-network-r-i-o-network/

33- IFMSA-Québec. Prise de position d'IFMSA-Québec Les barrières linguistiques au sein du système de santé montréalais. [Internet]. Montréal: IFMSA_Québec; 2021 juin p. 17. Disponible sur: https://ifmsa.qc.ca/wp-content/uploads/Barriere-linguistique-en-sante-Final.pdf

34- Briand-Lamarche M, Maltais C, Guériton M. RAPPORT D'ETMI L'INTERPRÉTARIAT EN TANT QUE MODE D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX [Internet]. Montréal: Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2017 juin p. 163. Disponible sur: https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Rapport_ETMI-Interpr%c3%a9tariat_1er-juin-2017_2.pdf

35- Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé [Internet]. 2022 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante

36- St-Gelais M. Un nouveau centre de soutien provincial pour les utilisateurs de la télésanté | Réseau québecois de la télésanté [Internet]. Réseau québécois de la télésanté. 2022 [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: https://telesantequebec.ca/actualites/nom-urlnouveau-centre-soutien-telesante/

37- Audy É, Gamache L, Gauthier A, Lemétayer F, Lessard S, Melançon A. Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population? Synthèse rapide des connaissances [Internet]. Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec; 2021 juin p. 29. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques.pdf

38- Kosseim M, Prata G, Martin I. Guide pour l'élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise [Internet]. Québec, Québec: Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux; 2018 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3443512

39-Ministère de la Santé et des Services sociaux. La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux - Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit [Internet]. 2021 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/

40- Williams MV, Martin LT, May LW, Kim A. Evaluation of the National CLAS Standards: Tips and Resources [Internet]. [cité 20 janv 2022] p. 200. Disponible sur: https://www.minorityhealth.hhs.gov/assets/PDF/Evaluation_of_the_Natn_CLAS_Standards_Toolkit_PR3599_final.508Compliant.pdf

41- Gouvernance en télésanté | Réseau québécois de la télésanté [Internet]. Réseau québécois de la télésanté. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://telesantequebec.ca/a-propos-rqt/gouvernance/

42- Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022, mars 2022 [Internet]. Vérificateur général du Québec; 2022 mars [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://www.vgq.qc.ca/fr/publications

43- Alami H. Les conséquences inattendues de l'utilisation de la télésanté et l'implication des citoyens-patients dans le développement des services au Québec [Internet]. 2019 [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/33993

44- Gouvernement du Canada. Familles branchées - Accueil [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: https://ised-isde.canada.ca/site/familles-branchees/fr/familles-branchees

45- Opération haute vitesse : la stratégie gouvernementale [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: https://www.quebec.ca/gouv/ministeres-et-organismes/sihv/operation-haute-vitesse

46-DATAide [Internet]. Dataide. 2021 [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: https://www.dataide.ca