



**Cadre de
lignes directrices**
de l'Initiative nationale
de télésanté
septembre **2003**





Cadre de lignes directrices

de l'Initiative nationale

de télésanté

septembre **2003**

Note au lecteur

Titre	Cadre de lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (NIFTE)
Titre abrégé	Cadre de lignes directrices de la NIFTE
Auteur	Initiative nationale de télésanté (NIFTE)
Date de publication	Automne 2003
Référence recommandée	Lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (2003). Cadre de lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (NIFTE). Ottawa : NIFTE.
Public-cible	Les organismes de réglementation professionnelle, les fournisseurs de services de télésanté et leurs organisations (des secteurs privé et public), le Conseil canadien d'agrément des services de santé, les professionnels de la santé, les organismes de normalisation, les gouvernements, les chercheurs dans le domaine de la télésanté ainsi que les promoteurs et les vendeurs de la technologie de la télésanté.
Diffusion	Disponible sur le site Web de la Société canadienne de télésanté : www.cst-sct.org . Également disponible jusqu'en avril 2004 sur le site Web de la NIFTE : www.nifte.ca .
Description	<p>Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE est le résultat d'une collaboration nationale, multipartite et interdisciplinaire. Il comprend une série structurée d'énoncés, destinés à aider les personnes et les organisations à élaborer des politiques, des procédés, des lignes directrices ou des normes relatives à la télésanté.</p> <p>Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE met l'accent sur les activités de télésanté liées à la prestation de services cliniques (c.-à-d., le télétriage, les télésoins et la téléconsultation). Le document examine cinq grands domaines liés à la télésanté : les normes et les résultats cliniques, les ressources humaines, la préparation organisationnelle, le leadership organisationnel, ainsi que la technologie et l'équipement. Dans chacun de ces domaines, un certain nombre de sujets sont abordés en utilisant une série de titres généraux : Ce que nous avons appris, Ce dont nous devons tenir compte, Principes directeurs, Lignes directrices suggérées et Recommandations.</p>
Source de financement	La Richard Ivey Foundation
Reproduction du document	L'information contenue dans cette publication peut être reproduite en entier ou en partie pourvu qu'elle ne soit pas utilisée à des fins commerciales et que la reconnaissance quant à la provenance de l'information soit attribuée aux Lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté.
Language of Publication	This publication is also available in English under the title of National Initiative for Telehealth Framework of Guidelines September 2003.

Cadre de lignes directrices de la NIFTE

Table des matières

Hommage	3
Résumé	5
1. Lignes directrices suggérées de la NIFTE	7
2. Contexte	19
2.1 Situation actuelle de la télésanté au Canada	20
2.2 Aperçu des lignes directrices de la NIFTE	21
2.3 Raison d'être du Cadre de lignes directrices de la NIFTE	22
2.4 Comment se servir du présent document	23
2.5 Envergure du projet	23
2.6 Processus d'élaboration	25
2.6.1 L'analyse de la conjoncture de la NIFTE	25
2.6.2 Élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE	27
2.7 Présentation du Cadre de lignes directrices de la NIFTE	28
2.8 Considérations et postulats associés au Cadre de lignes directrices de la NIFTE	29
2.9 Limites du Cadre de lignes directrices de la NIFTE	30
3. Normes et résultats cliniques	31
3.1 Le devoir de diligence	32
3.2 La communication avec les patients ou les clients	32
3.3 Les normes de pratique et la qualité des soins cliniques	35
3.4 Les résultats cliniques	37
3.5 La confidentialité	39
3.6 Le consentement éclairé	40
4. Ressources humaines	43
4.1 Les plans et les politiques en matière de ressources humaines	44
4.2 Les rôles et les responsabilités	45
4.3 L'autorisation d'exercer et les questions connexes	46
4.4 Les compétences et les qualifications	49
4.5 L'éducation, l'orientation et la formation	51
4.6 Le remboursement	53
5. Préparation organisationnelle	55
5.1 La préparation de la planification	56
5.2 La préparation du milieu de travail	58
5.3 La préparation technique	60
5.4 La préparation du système de santé	60

6. Leadership organisationnel63

6.1	Les questions obligatoires liées au leadership organisationnel	.64
6.2	La responsabilisation organisationnelle	.66
6.2.1	Cadre de gestion	.66
6.2.2	Protection des renseignements personnels, confidentialité, sécurité, déontologie et consentement éclairé	.67
6.2.3	Consignation et stockage des dossiers de télésanté des patients ou les clients	.70
6.2.4	Responsabilité et gestion du risque	.71
6.2.5	Services intercompétences au Canada	.72
6.2.6	Télésanté internationale	.73
6.3	Assurer des services de télésanté de qualité	.74
6.4	La continuité	.76

7. Technologie et équipement79

7.1	Les pratiques en matière d'approvisionnement	.80
7.2	La sécurité	.81
7.3	La sûreté	.82
7.4	La qualité des diagnostics	.83
7.5	La fiabilité	.84
7.6	L'acceptabilité	.86
7.7	L'interopérabilité	.87
7.8	La variété dimensionnelle	.88
7.9	L'entretien	.89
7.10	Les normes et les lignes directrices courantes s'appliquant à la technologie	.90

Annexes

A.	Glossaire	.A1
B.	Liste d'acronymes	.B1
C.	Membres du Comité directeur et du Comité consultatif, et Consortium de recherche	.C1
D.	Références	.D1
E.	Résumé des recommandations	.E1

Hommage

Les auteurs du Cadre de lignes directrices de la NIFTE désirent rendre hommage aux nombreuses personnes et aux nombreux groupes ayant contribué à l'élaboration du Cadre de lignes directrices et les remercier de leur collaboration, soit :

- la Richard Ivey Foundation pour sa généreuse aide financière, sans laquelle ce travail n'aurait pu être possible;
- Les coprésidents du projet : Sandra MacDonald-Rencz et Trevor Craddock qui ont fait preuve d'un leadership inestimable;
- Les membres des comités directeur et consultatif de la NIFTE et leurs organisations qui ont donné de leur temps et des précisions et qui ont apporté leur expertise (voir l'Annexe C);
- Les membres du Consortium de recherche de la NIFTE qui ont procédé à l'examen de la conjoncture sur laquelle repose le présent document (voir l'Annexe C);
- Les nombreux spécialistes qui ont pris le temps d'examiner avec soin les diverses ébauches du document et de formuler des commentaires à ce propos;
- Tous les intervenants qui ont répondu au sondage, qui ont pris part aux entrevues avec des répondants clés et qui ont formulé des commentaires à propos des différentes ébauches du document.

Les coprésidents du projet NIFTE, Sandra MacDonald-Rencz et Trevor Craddock, aimeraient aussi remercier la directrice exécutive, Dianne Parker-Taillon, et la directrice du projet, Rita Sherman. Ces deux personnes ont été essentielles à la réussite du projet. C'est aussi grâce à elles que le document a pu être publié à temps, tout en respectant le budget.

Remarque : Il existe actuellement des formules mixtes de financement et de prestation des services de télésanté au Canada. Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE propose une approche de « pratiques exemplaires » qui s'applique à tous les services de télésanté au Canada.

Résumé

Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE constitue une étape importante dans le développement du domaine de la télésanté au Canada. Ce document est le fruit d'une collaboration nationale, multipartite et interdisciplinaire financée par la Richard Ivey Foundation. Il comprend une série structurée d'énoncés destinés à aider les personnes et les organisations à élaborer des politiques, des procédés, des lignes directrices ou des normes relatives à la télésanté.

On prévoit que le Cadre de lignes directrices de la NIFTE destiné aux personnes et aux groupes œuvrant dans le domaine de la télésanté aura diverses utilités. Les utilisateurs visés par ce document incluent, mais sans en exclure d'autres :

- les professionnels de la santé réglementés et leurs associations qui s'appuieront sur ce document pour élaborer des normes ou des lignes directrices précises;
- les organisations offrant des services de télésanté qui s'en serviront comme référence pour la prestation de services;
- le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) et autres organismes qui s'appuieront sur ce document pour élaborer les normes d'agrément.

Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE met l'accent sur les activités de télésanté liées à la prestation de services cliniques (p. ex., le télétriage, les télésoins et la téléconsultation). Le document examine cinq grands domaines liés à la télésanté : les normes et les résultats cliniques, les ressources humaines, la préparation organisationnelle, le leadership organisationnel, et la technologie et l'équipement. Dans chacun de ces domaines, un certain nombre de sujets sont abordés en utilisant une série de titres généraux : Ce que nous avons appris, Ce dont nous devons tenir compte, Principes directeurs, Lignes directrices suggérées et Recommandations. Pour une consultation facile, les Lignes directrices suggérées pour les sujets figurent au chapitre 1 et les Recommandations sont résumées à l'Annexe E.

L'élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE s'est échelonnée sur une période de 20 mois et a comporté un certain nombre d'étapes et d'activités. L'une des activités principales du projet a porté sur l'analyse de la conjoncture en vue d'examiner l'état actuel de la politique et des normes liées à la pratique de la télésanté au Canada et de déterminer les orientations que doivent prendre les lignes directrices et les normes afférentes. L'analyse de la conjoncture a été réalisée par les membres du Consortium de recherche de la NIFTE, composé de chercheurs du Alberta Research Council, du Centre for Rural and Northern Health Research (CRaNHR) de l'Université Laurentienne, de l'Université Dalhousie et de la Health Telematics Unit (HTU) de l'Université de Calgary. La méthodologie employée aux fins de l'analyse de la conjoncture a reposé sur trois activités : un examen de la documentation, un sondage postal et des entrevues avec des répondants clés dans le domaine de la télésanté.

L'information recueillie au cours de l'analyse de la conjoncture a servi de point de départ à l'élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE. Une fois élaborée, la première version du Cadre a fait l'objet d'une vaste consultation qui a inclut les spécialistes clés, les groupes d'intervenants, les organisations offrant des services de télésanté, les gouvernements, les fournisseurs de services de télésanté et les consommateurs. Le document que vous êtes en train de parcourir est le produit final de ce vaste processus. Toutes les personnes ayant participé à ce projet espèrent que le Cadre de lignes directrices de la NIFTE sera une source de référence utile et qu'il contribuera au développement global du domaine de la télésanté au Canada.



Chapitre 1

Lignes directrices suggérées de la NIFTE

Le présent chapitre comporte une liste de toutes les lignes directrices suggérées que l'on retrouve dans le Cadre de lignes directrices de la NIFTE et se veut une référence rapide pour le lecteur. Chacune des lignes directrices en question se trouve aussi dans la section pertinente, classée par sujet, et accompagnée d'autres sections du Cadre telles que **Ce que nous avons appris**, **Ce dont nous devons tenir compte**, **Principes directeurs**, et **Recommandations**.

Normes et résultats cliniques (NRC)

Le devoir de diligence

- NRC-1 Dans toute rencontre de télésanté entre un professionnel de la santé et un patient ou un client, un « devoir de diligence » doit être établi. Au moment de la rencontre de télésanté, le professionnel de la santé doit indiquer clairement et explicitement au patient ou au client à qui incombe la responsabilité de tout suivi et des soins de santé subséquents.

La communication avec les patients ou les clients

- NRC-2 Les professionnels de la santé qui offrent des services de télésanté doivent être au fait des comportements appropriés aux consultations vidéo ou téléphoniques, doivent bien connaître la technologie et posséder la polyvalence requise (c'est-à-dire qu'ils sont en mesure d'utiliser l'équipement et de demeurer concentrés sur le patient ou le client). Ils doivent également être pleinement conscients d'autres enjeux, tels que la nécessité de demeurer au fait et de tenir compte des limites des consultations vidéo ou téléphoniques et de la prestation de services à distance.
- NRC-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent offrir aux professionnels de la santé une séance d'orientation ou de sensibilisation axée sur les aptitudes à communiquer dans le contexte de la télésanté avant leur première rencontre avec un patient ou un client.
- NRC-4 Les professionnels de la santé doivent faire de leur mieux pour déterminer, pour chacun de leurs patients ou clients, dans quelle mesure la consultation de télésanté convient à leur situation et dans quelle mesure ils sont à l'aise avec cette approche.
- NRC-5 Les organisations et les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté doivent offrir aux patients ou aux clients une séance d'orientation ou d'éducation sur le processus de la télésanté et les questions liées à la communication avant leur première rencontre de télésanté.

Les normes de pratique et la qualité des soins cliniques

- NRC-6 Avant d'entreprendre une consultation avec un patient ou un client, le professionnel de la télésanté doit être convaincu que la norme de soins appliquée à la télésanté est « raisonnable » et au moins équivalente à celle de tout autre type de soins pouvant être offerts au patient ou au client compte tenu du contexte, de l'emplacement et des contraintes de temps, ainsi que de la disponibilité de soins traditionnels. Si la norme « raisonnable » ne peut être atteinte au moyen de la télésanté, le professionnel de la santé devrait en aviser le patient ou le client et suggérer un autre type de service de soins de santé (p. ex., une rencontre en face à face, une visite à la salle d'urgence, etc.).
- NRC-7 Les professionnels de la santé doivent avoir recours, si possible, aux lignes directrices existantes en matière de pratique clinique pour guider la prestation de services dans le contexte de la télésanté en gardant à l'esprit que certaines modifications pourraient s'avérer nécessaires afin de satisfaire des conditions précises (p. ex., du fait qu'il est impossible de palper ou d'examiner directement le patient ou le client).
- NRC-8 Étant donné que les lignes directrices de la pratique clinique sont propres à chaque discipline, toute modification liée au contexte de la télésanté doit être approuvée par l'organisme ou l'association régissant la pratique clinique pour cette discipline.
- NRC-9 Les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté doivent mettre en application des protocoles et des procédures visant le consentement éclairé (verbal, écrit ou enregistré), la protection des renseignements personnels et de la confidentialité, la documentation, la propriété du dossier du patient ou du client et les comportements appropriés dans le cadre d'une consultation vidéo ou téléphonique.

- NRC-10 Les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté doivent posséder les aptitudes requises dans leur domaine de pratique, de bonnes aptitudes sur le plan de la communication et une compréhension de l'envergure du service offert au moyen de la télésanté. Ils doivent de plus avoir suivi une initiation au système et à l'environnement technologique et savoir naviguer dans cet environnement, comprendre les protocoles et les procédures opérationnels de la télésanté, et comprendre les limites de la technologie utilisée.

Les résultats cliniques

- NRC-11 Les organisations qui offrent des programmes de télésanté doivent disposer d'une méthode systématique pour la collecte, l'évaluation et le signalement de données utiles sur les résultats des soins de santé, incluant des indicateurs visant l'efficacité des services (p. ex., le coût par cas, la prestation en temps opportun, l'accessibilité, l'élimination de transferts ou de déplacements pour le patient ou le client, et les délais d'attente) et l'efficacité clinique (p. ex., la précision diagnostique, la validation des diagnostics, la pertinence des services fournis, de l'information offerte et des renvois effectués, la sécurité du patient ou du client, sa satisfaction, l'acceptabilité, ainsi que l'examen des complications, de la morbidité et des résultats insatisfaisants). Il faudrait consulter les organisations qui reçoivent des services de télésanté pour faire le relevé des indicateurs de résultats pertinents.

La confidentialité

- NRC-12 Les organisations et les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent être au fait et veiller à l'observation des mesures législatives et réglementaires visant à protéger la confidentialité des renseignements se rapportant au patient ou au client. On encourage les organisations et les professionnels de la santé à consulter un conseiller juridique et les organismes de réglementation professionnelle pertinents au moment de l'élaboration de la politique sur la confidentialité.
- NRC-13 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des lignes directrices en matière de confidentialité pouvant s'appliquer entre autres à :
- la sécurité du site;
 - la mise à jour des dossiers à stocker et à retransmettre, y compris des photographies et des vidéocassettes;
 - les ententes sur la confidentialité que doit signer le personnel de soutien ou d'enseignement qui participe à la rencontre de télésanté;
 - la sécurité technique de la technologie utilisée (voir TE-5);
 - l'insonorisation des salles et des casques d'écoute;
 - l'établissement de la sécurité et l'attribution de la responsabilité à l'égard du dossier du patient ou du client;
 - la communication au patient ou au client du nom du professionnel de la santé qui s'adresse à lui, de son domaine de pratique et du nom de son organisation ou de son emplacement, et de même pour toute autre personne qui participe à la rencontre;
 - l'obtention du consentement du patient ou du client pour demander, utiliser, divulguer ou transmettre de l'information (p. ex., la permission de télécopier ou d'envoyer de l'information à l'hôpital ou au médecin de famille).

Le consentement éclairé

- NRC-14 Les organisations et les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent être au fait des mesures législatives et réglementaires pertinentes se rapportant au consentement et à la prise de décision par le client, et veiller à leur mise en application. On encourage les organisations et les professionnels de la santé à consulter un conseiller juridique et les organismes de réglementation professionnelle pertinents au moment de l'élaboration de la politique sur le consentement.

- NRC-15 Au début de toute rencontre de télésanté, il faut communiquer l'information suivante au patient ou au client :
- le nom, la profession et l'organisation ou l'emplacement du professionnel de la santé;
 - le nom des participants à la rencontre;
 - la façon dont se déroulera la rencontre;
 - la façon dont fonctionne la technologie et ce que comporte toute application particulière (le cas échéant);
 - les risques et les avantages potentiels;
 - la possibilité de refuser et les solutions de rechange envisageables;
 - le plan de rechange si jamais la technologie s'avère incapable de fournir un diagnostic clinique ou d'assurer la gestion clinique (le cas échéant);
 - la façon dont on prévoit documenter les soins prodigués;
 - la sécurité, la confidentialité et la protection des renseignements personnels;
 - le nom de la personne responsable d'assurer le suivi des soins prodigués;
 - le droit de retirer son consentement en tout temps.
- NRC-16 Le consentement éclairé écrit doit être obtenu avant les rencontres de télésanté, tel que l'exigent les mesures législatives et réglementaires applicables, par exemple pour un traitement effractif ou robotique, l'enregistrement sur bande-vidéo ou bande audio, l'utilisation des données à des fins promotionnelles ou médiatiques, la prise de photos d'un patient ou d'un client et autres actes médicaux exigeant normalement le consentement dans un contexte traditionnel de soins de santé.
- NRC-17 Le mode d'obtention du consentement doit être intégré aux processus et à la documentation déjà en place en matière de consentement.

Ressources humaines (RH)

Les plans et les politiques en matière de ressources humaines

- RH-1 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prévoir l'élaboration d'un plan de ressources humaines afin d'assurer l'offre et la combinaison adéquates de ressources humaines qualifiées compte tenu des besoins du programme.
- RH-2 Des politiques propres à la télésanté doivent être intégrées aux politiques existantes en matière de ressources humaines, et de nouvelles politiques relatives à la télésanté doivent être adoptées uniquement lorsque c'est absolument nécessaire.

Les rôles et les responsabilités

- RH-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des descriptions de poste qui définissent clairement les rôles et les responsabilités du personnel œuvrant dans le domaine de la télésanté.
- RH-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir une description de poste qui reconnaît le rôle varié et central que jouent les responsables de la coordination des services de télésanté.
- RH-5 Les descriptions de poste pour le personnel œuvrant dans le domaine de la télésanté doivent être passées en revue régulièrement en raison des changements qui surviennent dans ce domaine.
- RH-6 Les organisations offrant des services de télésanté doivent évaluer le rendement des employés œuvrant dans le domaine de la télésanté et les résultats obtenus doivent se refléter dans les évaluations de rendement officielles. Les organisations qui demandent à leurs employés d'assurer des services de télésanté en plus des autres services doivent inclure, dans les évaluations de rendement officielles, les composantes propres à la télésanté.

L'autorisation d'exercer et les questions connexes

- RH-7 Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent détenir un permis délivré par l'organisme de réglementation professionnelle concerné et être inscrits auprès de cet organisme. Il faut noter qu'à l'heure actuelle, le lieu de

responsabilité pour les professionnels de la santé offrant des services de télésanté peut être la province ou le territoire du patient ou du client, ou la province ou le territoire du professionnel. Pour de plus amples renseignements, il faut communiquer avec l'organisme de réglementation professionnelle concerné.

- RH-8 Les professionnels de la santé doivent connaître leur lieu de responsabilité et toutes les exigences (y compris celles relatives à l'assurance-responsabilité civile) qui s'appliquent lorsqu'ils offrent des services de télésanté dans une autre province ou un autre territoire. Il faut prendre note que pour certaines professions, le cadre de pratique peut varier d'une province à l'autre. Pour de plus amples renseignements, il faut communiquer avec l'organisme de réglementation professionnelle concerné.

Les compétences et les qualifications

- RH-9 Les organisations offrant des services de télésanté doivent disposer des politiques et des procédures appropriées pour s'assurer que le personnel possède les qualifications et les compétences nécessaires.
- RH-10 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prévoir des séances d'orientation et une formation en cours d'emploi pour que leurs employés acquièrent les compétences nécessaires (voir RH-12).
- RH-11 Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent s'assurer qu'ils ont les compétences nécessaires pour exécuter leur travail, y compris la connaissance des limites de la technologie qu'ils utilisent et la capacité d'accomplir plusieurs tâches à la fois.

L'éducation, l'orientation et la formation

- RH-12 Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent suivre une formation et assister à des séances d'orientation; ils doivent aussi s'inscrire à des programmes de perfectionnement et de formation continue pour s'assurer qu'ils possèdent les compétences nécessaires à une prestation fiable de services de santé de qualité.
- RH-13 Les organisations offrant des services de santé font un lien entre la formation et l'évaluation du rendement au travail et invitent le personnel à émettre leurs commentaires sur la formation portant sur les séances de télésanté (p. ex., sur l'ambiance de la séance et le degré d'aisance par rapport à l'équipement).

Le remboursement

- RH-14 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des politiques et des procédures qui reflètent les politiques provinciale, territoriale et fédérale concernant le remboursement des professionnels de la santé.
- RH-15 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prévoir des stratégies permettant de maintenir en poste les employés, lesquelles doivent inclure l'examen de la rémunération pour s'assurer qu'elle est juste et équitable.

Préparation organisationnelle

La préparation de la planification

- PO-1 Les organisations offrant des services de télésanté doivent adopter un plan stratégique de télésanté :
- auquel participent tous les intervenants concernés, à l'interne et en dehors de l'organisation;
 - qui soutient la direction de l'organisation et tient compte de ses priorités;
 - qui permet de surveiller l'évolution du plan.

- PO-2 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place les éléments suivants :
- une évaluation et une analyse des besoins (incluant les besoins cliniques, pédagogiques et administratifs);
 - un plan d'activités;
 - un plan de marketing (interne et externe);
 - un plan de communication (pour que les intervenants soient informés durant les phases d'élaboration et de mise en œuvre);
 - un plan de formation;
 - un plan de mise en œuvre;
 - un plan d'évaluation.
- PO-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures fondées sur le plan stratégique de télésanté.
- PO-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent établir des partenariats en vertu d'ententes écrites, reposant sur la portée et l'application des services de télésanté.

La préparation du milieu de travail

- PO-5 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que le milieu de travail est « prêt » à intégrer le système de télésanté et que des stratégies sont en place pour appliquer et soutenir les composantes liées à la préparation du milieu de travail, c'est-à-dire :
- connaître les lois et la réglementation visant les activités professionnelles qui peuvent influencer sur la prestation des services de télésanté;
 - être prêt sur le plan structurel (p. ex., l'environnement physique doit faciliter l'utilisation de l'équipement de télésanté et tenir compte de l'ergonomie);
 - mettre en place des politiques et des procédures de soutien administratif;
 - mettre en place des méthodes de communication efficaces, notamment pour accroître la sensibilisation en matière de télésanté et tenir tous les intervenants au courant durant les étapes de planification et de mise en œuvre;
 - mettre en place un plan de gestion du changement pour contrer l'incidence de la mise en œuvre des services de télésanté;
 - disposer d'un plan de préparation des ressources humaines (p. ex., personnel qualifié, expérience en matière de télésanté, programmes de formation et de perfectionnement professionnel adéquats [voir RH-9, RH-10, RH-11, RH-12 et RH-13]).

La préparation technique

- PO-6 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que le milieu de travail est « prêt » à intégrer le système de télésanté avant de mettre en œuvre des stratégies pour appliquer et soutenir les composantes liées à la préparation technique, c'est-à-dire :
- la préparation technique et l'interopérabilité du réseau et des établissements locaux;
 - la faisabilité technique;
 - la bande passante;
 - la vérification de la fidélité de la transmission des données;
 - les procédures de vérification régulière de la technologie et de l'équipement;
 - l'accessibilité du soutien technique.

Leadership organisationnel (LO)

Les questions obligatoires liées au leadership organisationnel

- LO-1 Les organisations offrant des services de télésanté doivent posséder des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices organisationnelles étayées. Dans les organisations offrant une gamme de services de santé, ces politiques, procédures, normes et lignes directrices sont intégrées aux documents existants, si possible, et les nouvelles politiques et autres mesures relatives à la télésanté sont élaborées seulement au besoin.
- LO-2 Les organisations offrant des services de télésanté doivent considérer les applications et les programmes (p. ex., projets pilotes, recherches, services en cours) lorsqu'elles élaborent des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices organisationnelles.
- LO-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent examiner les politiques, les procédures, les normes, les lignes directrices et les ententes plus souvent que dans les autres secteurs de services de santé en raison des nouveautés et des changements dans le domaine.
- LO-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent être au fait des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices propres aux services « en réseau » qui dépassent les exigences des établissements tels que les services centraux partagés (p. ex., l'établissement du calendrier) ou les infrastructures (p. ex., les liaisons).

La responsabilisation organisationnelle

- LO-5 Les organisations offrant des services de télésanté ont des responsabilités consignées clairement en ce qui concerne les services de télésanté.
- LO-6 Dans les organisations offrant des services de télésanté en plus d'autres services, la personne responsable de la coordination des services de télésanté doit relever d'une personne occupant un poste stratégique.
- LO-7 Les organisations offrant des services de santé doivent mettre en place des politiques sur la protection des renseignements personnels visant :
- l'utilisation de plusieurs organisations et installations, et le partage de renseignements très personnels;
 - les personnes présentes durant la séance de télésanté et l'information du client.
- LO-8 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures qui protègent la confidentialité de l'information (voir NRC-12 et NRC-13) et qui tiennent compte des facteurs suivants :
- la sécurité technique (mots de passe et cryptage);
 - la sécurité des lieux;
 - la mise à jour des dossiers à stocker et à retransmettre, y compris des photographies et des vidéocassettes;
 - l'entente de confidentialité avec tous les employés et les bénévoles associés à la séance de télésanté;
 - la sécurité et la propriété des dossiers des patients ou des clients.
- LO-9 Les politiques et les procédures en matière de sécurité visant la télésanté doivent être intégrées à celles visant les dossiers médicaux électroniques, si possible.
- LO-10 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures pour assurer la sécurité physique de l'équipement de télésanté et la sécurité électronique des données (voir TE-5).
- LO-11 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que toutes les personnes prodiguant des services connaissent et appliquent les politiques et les procédures visant la confidentialité et la sécurité.
- LO-12 Les principes de déontologie qui s'appliquent à toute rencontre individuelle avec le patient ou le client doivent s'appliquer aux rencontres de télésanté.

- LO-13 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures pour obtenir un consentement éclairé. Ces politiques et procédures doivent être conformes aux lois et aux règlements provinciaux et territoriaux visant les décisions et le consentement du client ou du patient. Les organisations sont encouragées à consulter un conseiller juridique et les organismes professionnels concernés lorsqu'elles élaborent une politique sur le consentement (voir NRC-14, NRC-15, NRC-16 et NRC-17).
- LO-14 Les organisations offrant des programmes de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures régissant la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients qui protègent la confidentialité des renseignements.
- LO-15 Les organisations fournissant des services de télésanté doivent gérer les risques dans le cadre du programme de télésanté :
- en s'assurant qu'elles ont un plan de gestion du risque;
 - en s'assurant que l'acquisition, l'entretien et l'assurance de la qualité du matériel sont intégrés aux politiques et à la pratique (voir TE-1 et TE-16);
 - en adoptant des lignes directrices spéciales pour le recrutement, l'évaluation et la formation du personnel (voir RH-6, RH-9, RH-10, RH-12, RH-13);
 - en mettant en place un énoncé de principes concernant la réglementation professionnelle, la délivrance de titres et de certificats et l'octroi de privilèges aux employés (voir RH-7 et RH-8);
 - en définissant clairement les rôles, les responsabilités et la responsabilisation des différents intervenants ou groupes de l'organisation offrant des services de télésanté (voir RH-3, RH-4 et RH-5).
- LO-16 Les organisations offrant des services de télésanté à l'échelle internationale doivent mettre en place des politiques visant des points comme la responsabilité, l'autorisation d'exercer et le remboursement.

Assurer des services de télésanté de qualité

- LO-17 Les organisations offrant des services de télésanté doivent maintenir un environnement de travail de qualité pour promouvoir la qualité des résultats, ainsi que le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. Les activités comme le partage et l'application des pratiques exemplaires, et l'examen régulier de la documentation de recherche doivent être encouragées au sein des organisations offrant des services de santé.
- LO-18 Les organisations offrant des programmes de télésanté doivent élaborer des activités clairement définies et coordonnées afin de surveiller les services de télésanté et d'en améliorer la qualité de façon continue.
- LO-19 Les organisations offrant des services de télésanté doivent augmenter la fréquence des évaluations et des examens des services, particulièrement après la mise en œuvre initiale.

La continuité

- LO-20 Les organisations offrant plusieurs services de télésanté doivent mettre en place des mécanismes pour faciliter la coordination des services de télésanté, notamment :
- la gestion du matériel et des lieux physiques;
 - l'élaboration des politiques, des procédures et des lignes directrices aux fins d'utilisation des services;
 - l'établissement de priorités.
- LO-21 Lorsque deux organisations ou plus participent à la prestation de services de télésanté, elles doivent être liées par un accord ou un contrat écrit. Cet accord doit comprendre des énoncés visant toutes les questions stratégiques pertinentes, notamment :
- le remboursement;
 - les responsabilités (renvoi aux fournisseurs et aux organisations, et consultation de ceux-ci);
 - les lois visant la sécurité et la protection des renseignements médicaux;
 - le consentement éclairé;

- la consignation et l'entreposage des dossiers des patients ou des clients;
 - la protection des droits des patients ou des clients quant aux renseignements personnels, à la confidentialité et à des soins de qualité;
 - les protocoles détaillés visant la préparation, la transmission, la réception, les responsabilités mutuelles et les responsabilités légales (Nerlich et coll., 2002).
- LO-22 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures aux fins de la responsabilisation et de la durabilité des services de santé.

Technologie et équipement (TE)

Les pratiques en matière d'approvisionnement

- TE-1 Au moment de l'achat de l'équipement, il faut solliciter les suggestions des utilisateurs pour s'assurer que le choix de la technologie repose sur les capacités fonctionnelles requises pour répondre à leurs besoins.
- TE-2 Voici les critères proposés pour l'achat d'équipement de télésanté :
- la facilité d'utilisation;
 - le prix;
 - la conformité aux normes et aux besoins;
 - le rendement de l'équipement pendant la démonstration;
 - la capacité d'interface avec les unités périphériques;
 - le service et le soutien;
 - la vitesse;
 - les moyens de communication (p. ex., protocole Internet, RNIS, service téléphonique traditionnel);
 - l'acceptabilité pour les patients ou les clients;
 - la stabilité financière du vendeur;
 - la certification de conformité de la CSA;
 - l'interopérabilité;
 - l'examen des étapes d'amélioration de l'équipement;
 - la portabilité;
 - la variabilité dimensionnelle;
 - les exigences du Bureau des matériels médicaux de Santé Canada;
 - les lignes directrices cliniques.

La sécurité

- TE-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent se conformer à tous les règlements, codes et lois pertinents en matière de sécurité, dont :
- le Code canadien de l'électricité de la CSA (CSA 22.1);
 - la norme sur le brouillage électromagnétique d'Industrie Canada (NMB 003);
 - la politique sur les instruments médicaux adoptée par Santé Canada.
- TE-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que les politiques et les procédures de prévention contre les infections sont respectées au moment de la prestation de ces services.

La sûreté

- TE-5 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures visant à assurer la sécurité physique de l'équipement de télésanté et la sécurité électronique des données. Ces politiques et procédures recommandent :
- le verrouillage de l'équipement de télésanté dans la mesure du possible;
 - le rangement des unités périphériques ou de l'équipement portatif en lieu sûr;
 - la restriction de l'accès à l'équipement de télésanté par des clés et des mots de passe;
 - la protection des réseaux RNIS et PI par l'authentification de l'utilisateur;
 - la protection des réseaux PI par un garde-barrière muni d'un code de chiffrement;
 - l'utilisation de programmes de protection.

La qualité des diagnostics

- TE-6 Les organisations offrant des services de télésanté doivent appliquer, dans la mesure du possible, des normes et des lignes directrices relatives à la qualité diagnostique spécifiques au domaine.
- TE-7 En l'absence de celles-ci, il faut consulter les publications traitant de l'efficacité et des effets positifs.

La fiabilité

- TE-8 Les organisations offrant des services de télésanté doivent respecter les normes et les lignes directrices relatives à la fiabilité, si de telles normes et lignes directrices existent.
- TE-9 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures visant à assurer la fiabilité de l'équipement, lesquelles peuvent inclure ce qui suit :
- les efforts nécessaires doivent être fournis en vue d'acheter initialement l'équipement approprié (voir TE-2);
 - une liste de contrôle doit être établie afin de procéder à la vérification de l'équipement préalablement à son installation;
 - un entretien préventif doit être effectué (ce qui inclut l'étalonnage pré-séance et les listes de contrôle);
 - l'étalonnage pré-séance de l'équipement doit être effectué à l'aide des listes de contrôle;
 - les utilisateurs doivent être initiés à une utilisation appropriée de l'équipement;
 - les normes et les lignes directrices relatives à la fiabilité doivent être appliquées, si elles existent;
 - des plans de secours doivent être mis en place.
- TE-10 Les organisations offrant des services de télésanté doivent faire le suivi de la fiabilité de l'équipement au moyen de journaux de bord qui enregistrent :
- l'heure à laquelle commence la séance;
 - l'heure à laquelle prend fin la séance;
 - les problèmes techniques;
 - les problèmes rencontrés par les utilisateurs;
 - le mode de résolution des problèmes.
- TE-11 Les organisations offrant des services de télésanté doivent assurer la fiabilité du réseau de télécommunication :
- en concluant des ententes sur la qualité des services avec les fournisseurs de services de télécommunication;
 - en utilisant des lignes supplémentaires lorsque les services critiques de mission l'exigent.

L'acceptabilité

- TE-12 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures en vue de maximiser l'acceptabilité de l'équipement, lesquelles incluent :
- l'achat d'un équipement convivial (voir TE-2);
 - la formation appropriée des utilisateurs et des patients ou des clients;
 - l'acceptabilité de l'équipement faisant l'objet d'une évaluation continue de la part du fournisseur et des patients ou des clients;
 - les normes ou les lignes directrices existantes.

L'interopérabilité

- TE-13 Les mesures proposées pour assurer l'interopérabilité entre les fournisseurs de service à l'intérieur d'une région incluent :
- la vérification de l'équipement avant l'achat (voir TE-2);
 - l'achat d'équipement auprès d'un ou de deux fournisseurs;
 - l'achat d'équipement fondé sur des normes;
 - la vérification de la conformité et de l'interopérabilité par l'entremise de tests effectués avant le déploiement à grande échelle.

- TE-14 Les mesures proposées en vue d'assurer l'interopérabilité à l'extérieur d'une région incluent :
- les appels d'essai entre les systèmes;
 - l'acquisition d'équipement satisfaisant aux normes;
 - la conformité aux normes ISO, aux lignes directrices de l'Alberta Research Council ou autres lignes directrices, le cas échéant.

La variabilité dimensionnelle

- TE15 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures pour tenir compte de la variabilité dimensionnelle au moment de l'achat de l'équipement et de la technologie, lesquelles peuvent inclure :
- l'élaboration d'un plan global qui prévoit notamment une évaluation des besoins, compte tenu des commentaires des utilisateurs, et qui tient compte de la croissance à venir et des changements;
 - le recours à la variabilité dimensionnelle dans les critères d'achat (voir TE-2);
 - le recours, ultérieurement à l'achat, à une planification du cycle de vie (une « stratégie de recyclage ») qui tient compte des nouveaux besoins et de la mise à niveau du matériel ainsi que de la nécessité de remplacer l'équipement et d'en planifier le remplacement.

L'entretien

- TE-16 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des processus pour veiller à la sécurité et à l'efficacité de l'équipement, dont :
- l'entretien préventif, qui peut inclure :
 - la vérification des réseaux;
 - la vérification de l'équipement;
 - la mise à jour des logiciels;
 - la conservation de pièces de rechange sur place;
 - la vérification de l'interopérabilité;
 - l'analyse du journal de bord;
 - les essais pré-séance (y compris l'étalonnage);
 - l'accès à distance à l'équipement;
 - la conclusion d'ententes sur l'entretien de l'équipement;
 - des services d'entretien disponibles localement;
 - l'assurance que les personnes procédant à l'entretien possèdent une formation technique appropriée;
 - la mise en place d'une planification du cycle de vie (une « stratégie de recyclage ») pour les mises à jour et le remplacement appropriés de l'équipement;
 - la mise en place de mesures d'assurance de la qualité (c.-à-d., essais pré-séance);
 - une nette obligation de rendre des comptes à l'égard de l'ensemble de l'équipement;
 - la sensibilisation du personnel quant aux exigences relatives à l'entretien.

Les normes et les lignes directrices courantes s'appliquant à la technologie

- TE-17 Les organisations offrant des services de télésanté doivent respecter, dans la mesure du possible, les lignes directrices et les normes applicables.



Chapitre 2

Contexte

Le présent chapitre renferme de l'information générale (qui a fait quoi, où, pourquoi, quand et comment) sur les lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (NIFTE). Il aborde aussi les considérations, les postulats et les limites associées au Cadre de lignes directrices.

2.1 Situation actuelle de la télésanté au Canada

Le système canadien de soins de santé fait face à de nombreux défis et changements; des pressions de plus en plus fortes s'exercent pour qu'on améliore l'accès aux services tout en limitant les coûts. En même temps, on remarque un développement et une évolution sans précédent de la technologie de l'information et des systèmes de communications, et le Canada s'affirme comme chef de file dans ce secteur. Ainsi, l'exploration des applications possibles de tels systèmes dans le domaine de la santé suscite de l'intérêt dans ce pays qui a mis sur pied de nombreuses initiatives regroupées sous le terme générique de « télésanté ». Par télésanté, on entend « le recours à la technologie de l'information et des communications pour fournir de l'information et des services de santé et de soins de santé sur de grandes et de courtes distances » (adapté de Picot, 1998). La télésanté n'est pas une nouveauté au sein du système canadien de soins de santé. Depuis des décennies, les professionnels de la santé, les centres antipoison et les lignes d'écoute téléphonique se servent du téléphone pour assurer leurs services. Selon Picot et Craddock (2000), les premières activités de télémédecine au Canada ont eu lieu à Terre-Neuve, où un réseau d'audioconférence desservait neuf communautés en leur fournissant des services de santé et d'éducation.

La télésanté est perçue comme une des facettes les plus prometteuses du système canadien de soins de santé. Le Rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow, 2002) a mis l'accent sur la télésanté à titre de mécanisme pouvant améliorer l'accès aux services de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées.

Avec l'augmentation constante du nombre de projets, de programmes et de services de télésanté depuis quelques années, la prestation de services de télésanté attire une plus grande attention, notamment sur le plan des politiques, de la qualité des soins et des résultats. Des professionnels de la santé et des chercheurs qui s'intéressent au domaine de la télésanté ou qui en sont des spécialistes (Société canadienne de télésanté, 2001; Pong et Hogenbirk, 2000; Santé Canada, 2000) ont fait valoir quelques questions importantes se rapportant à la télésanté¹:

Organisation

L'état de préparation, les processus, le leadership et les ressources sur le plan organisationnel; les ressources et la prise de décision sur le plan de la gestion; le financement; les mesures d'assurance de la qualité et l'amélioration continue de la qualité; la reddition de comptes et l'agrément; l'établissement de liens et la coordination avec l'ensemble des services; les aspects juridiques, les règlements, les politiques, les secteurs de compétence, les responsabilités et les partenariats; les fusions locales, la privatisation, la régionalisation et la globalisation; la nécessité d'une démarche pour la planification et la rentabilisation; la gestion du changement continu; etc.

Ressources humaines

Les politiques, les règlements, les autorisations et les qualités propres à la télésanté, ayant trait aux critères d'embauche ou de rendement professionnel; les rôles et les responsabilités propres à la télémédecine; les questions liées aux responsabilités et à la négligence professionnelle; la rémunération; la dotation; l'orientation; la formation en cours d'emploi ou l'éducation continue, y compris la formation officielle ou non officielle en télésanté; les questions professionnelles et la modification des normes de pratique; les questions ayant trait aux ressources humaines lorsque les services offerts englobent plus d'une province ou d'un territoire; etc.

Technologie et équipement

Les normes visant l'équipement; l'environnement et la sécurité; la fiabilité, la sûreté et l'entretien; les politiques d'approvisionnement; les coûts et le financement; l'interopérabilité; les systèmes interactifs, intégrés et de soutien; une interface technologique et humaine réaliste; la continuité; etc.

La télésanté est perçue comme une des facettes les plus prometteuses du système canadien de soins de santé. Le Rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow, 2002) a mis l'accent sur la télésanté à titre de mécanisme pouvant améliorer l'accès aux services de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées.

¹ Remarque : Certaines de ces questions, mais pas toutes, sont abordées dans les Lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté.

Normes et résultats cliniques

Les normes, l'éthique, les pratiques exemplaires et la qualité des soins cliniques; les résultats cliniques; la communication avec les clients ou les patients et les partenariats entre le client et le fournisseur; le consentement éclairé; la confidentialité et la sécurité de l'information; la sécurité; l'équité; l'accessibilité; l'accès en temps opportun; l'efficacité et l'efficacités; la mise en application des plus récentes connaissances; etc.

Cette liste de questions met en lumière la nécessité de revoir et de réévaluer les structures officielles servant de cadre aux soins de santé, c'est-à-dire les lois, les règlements, les politiques, les normes et les méthodes de mesure de la qualité, de manière à déterminer les retombées de la télésanté. Dans certains cas, il se peut qu'il faille modifier ou adapter les structures pour s'assurer que le secteur de la santé intègre la télésanté d'une manière appropriée, en menant à bien son mandat d'offrir des services de qualité à ses patients ou à ses clients. La communauté de la télésanté désire vivement élaborer une politique exhaustive en matière de télésanté au Canada. Toutefois, on a reconnu qu'il est peut-être trop tôt pour mettre au point une politique exhaustive. On a donc suggéré qu'il fallait d'abord adopter des mesures intermédiaires, dont les deux suivantes : l'élaboration, par les diverses organisations de soins de santé, de lignes directrices et de normes en matière de télésanté, et l'évaluation de la télésanté à titre de composante de l'agrément.

Plusieurs initiatives sont actuellement consacrées à des normes pour la télésanté, chacune dans son contexte précis. Toutefois, lorsqu'on parcourt la documentation, on constate une lacune : l'absence d'une direction générale qui rassemblerait les intervenants en vue d'élaborer et d'atteindre un consensus sur un cadre exhaustif de lignes directrices que pourraient utiliser les diverses organisations au sein de la communauté de la santé, telles que les fournisseurs de soins de santé et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Une telle démarche pourrait mener à d'importantes économies en réduisant le temps et l'effort investis dans l'élaboration des normes, ainsi que les doublons.

2.2 Aperçu des lignes directrices de la NIFTE

En 2001, plusieurs organisations ont reconnu la nécessité d'une direction nationale pour l'examen des questions clés se rapportant à la télésanté et aux normes de télésanté. Ce constat a mené aux lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (NIFTE), un projet de 20 mois rassemblant de nombreux intervenants, financé par la Richard Ivey Foundation. On a lancé le projet en janvier 2002; son objectif principal était l'élaboration d'un Cadre de lignes directrices pour la télésanté, à l'intention :

- des associations de professionnels de la santé réglementées, pour les aider à élaborer des normes adaptées à leur domaine;
- des organisations offrant des services de télésanté², à titre de point de repère pour la prestation de ces services;
- du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), pour faciliter l'élaboration de normes d'agrément.

Les buts généraux du projet sont les suivants :

- favoriser le développement des services de télésanté au Canada, en rassemblant un groupe interdisciplinaire national, comportant notamment des chercheurs chevronnés et crédibles;
- élaborer un cadre exhaustif de lignes directrices nationales en vue de faciliter l'élaboration de normes de télésanté par les diverses organisations de services de santé, de façon à contribuer à la prestation de services de télésanté de qualité;
- créer un réseau durable d'intervenants en télésanté qui facilitera une collaboration intersectorielle et intégrée.

² Tout au long du présent document, le terme générique « organisations offrant des services de télésanté » renvoie à divers types d'organisations qui participent à la prestation de services de télésanté cliniques, tels que les réseaux de télésanté, les établissements de soins de santé, les centres téléphoniques et les professionnels de la santé ayant leur propre bureau.

La NIFTE est un projet interdisciplinaire regroupant de multiples intervenants, un consortium de particuliers et d'organisations ayant divers antécédents et diverses expériences, notamment des associations professionnelles, des organisations de fournisseurs de services, des décideurs, des organismes publics et des chercheurs. Le projet est mené par un Comité directeur qui relève directement du bailleur de fonds pour le projet. Le projet est coprésidé par Sandra MacDonald-Rencz et Trevor Craddock. L'Annexe C renferme la liste des membres du Comité directeur.

Un Comité consultatif, représentant les intervenants clés, compte 30 membres provenant de groupes nationaux; le Comité consultatif a pour rôle de conseiller le Comité directeur et le Secrétariat. Le rôle du Comité consultatif consiste également à promouvoir les travaux effectués dans le cadre du projet et à faciliter l'adoption du Cadre de lignes directrices. L'Annexe C renferme également la liste des membres du Comité consultatif.

Un Secrétariat composé de la directrice exécutive, Dianne Parker-Taillon, et de la coordonnatrice du projet, Rita Sherman, s'est occupé de la gestion du projet. Le rôle du Secrétariat consistait à :

- assurer l'administration quotidienne du projet, y compris l'élaboration et l'observation d'un plan de travail et d'un budget détaillés;
- compiler une base de données exhaustive des intervenants, incluant les programmes, les projets, les fournisseurs et les entreprises de télésanté au Canada;
- établir et maintenir un réseau des communications entre toutes les parties intéressées, notamment les intervenants;
- élaborer le Cadre de lignes directrices en se fondant sur les résultats de l'analyse de la conjoncture, diriger le processus consultatif et gérer la production de la version définitive du document.

On a amorcé le projet en janvier 2002 et on l'a achevé en septembre 2003. Pour atteindre les buts de l'Initiative exposés ci-dessus, on a entrepris six activités clés :

- élaborer une base de données des principaux intervenants, programmes, fournisseurs et concepteurs du domaine de la télésanté;
- créer un réseau interdisciplinaire national des intervenants, incluant des chercheurs, afin de contribuer au développement de la télésanté au Canada;
- réaliser une analyse de la conjoncture de la télésanté au Canada;
- élaborer un cadre de lignes directrices nationales pour la télésanté que pourront utiliser les organisations offrant des services de santé pour élaborer des normes adaptées à leur discipline;
- fournir de l'information sur la télésanté au CCASS en vue de faciliter l'élaboration de normes pour les services de télésanté;
- communiquer et diffuser de l'information au sujet de l'Initiative.

2.3 Raison d'être du Cadre de lignes directrices de la NIFTE

Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE a pour but de mettre en place un ensemble structuré d'énoncés qui facilitera l'élaboration de politiques, de procédures, de lignes directrices ou de normes en matière de télésanté.

Étant donné que le résultat du projet NIFTE est l'élaboration d'un Cadre de lignes directrices, il est important de comprendre ce qu'on entend par les termes *lignes directrices et normes*.

Une norme est un énoncé établi par consensus ou en vertu d'une autorité, fixant un point de repère pour mesurer la qualité et visant l'atteinte de résultats optimaux (Consortium de recherche de la NIFTE, communication personnelle, 2003). Une ligne directrice est un énoncé de principes ou de procédures au moyen duquel on veut déterminer une ligne de conduite ou orienter l'établissement de normes (définition adaptée de Loane et Wootton, 2002). Selon Loane et Wootton (2002), les normes supposent l'observation de critères stricts et bien définis, tandis

que les lignes directrices supposent le respect de pratiques recommandées et, dans une certaine mesure, flexibles. Le but général des lignes directrices est de promouvoir les pratiques exemplaires et d'améliorer la constance et l'efficacité des soins de santé en se fondant sur la recherche scientifique et clinique et sur les avis des spécialistes. Cette définition des lignes directrices cadre bien avec le but du Cadre de lignes directrices de la NIFTE.

2.4 Comment se servir du présent document

Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE est destiné à une variété d'utilisateurs. Le document se prête à de nombreuses mises en application, notamment :

- orienter et aider les organisations de la santé qui désirent élaborer de nouveaux programmes de télésanté;
- aider les organisations de la santé à surveiller et à évaluer les programmes de télésanté déjà en place;
- aider les organisations des professionnels de la santé et les organismes de réglementation à élaborer des normes et des lignes directrices en matière de télésanté;
- orienter les organisations et les professionnels de la santé cherchant à établir des points de repère pour la prestation de services;
- aider les chercheurs à déterminer des sujets et des domaines de recherche;
- aider les enseignants à élaborer des programmes d'éducation ou de formation liés à la télésanté;
- aider les gouvernements et d'autres décideurs à élaborer des politiques liées à la télésanté.

Nous conseillons aux lecteurs qui désirent consulter rapidement le présent document de lire le résumé et le Chapitre 1. Chacun des chapitres peut se lire de façon autonome et nous avons indexé les sujets de façon à ce que le lecteur puisse trouver l'information connexe à l'intérieur des autres chapitres. Les recommandations formulées tout au long du document ont été versées à l'Annexe E.

2.5 Envergure du projet

L'envergure du projet dans le domaine de la télésanté est illustrée au moyen de la Figure 1. Le diagramme présente trois continuums se rapportant à la prestation de services de télésanté, rayonnant d'un point d'origine central. Ces trois continuums sont :

- la prestation de services, c'est-à-dire le télétriage, la télépharmacie, les télésoins (télésoins à domicile, télésurveillance), la consultation en direct et la téléconsultation;
- le soutien professionnel, c'est-à-dire les outils de soutien clinique, la télésurveillance et l'éducation;
- l'éducation du public, c'est-à-dire les maladies spécifiques, la prévention et la promotion, et l'éducation et le soutien à la santé par l'entremise du Web.

La zone à la droite de la ligne pointillée indique les domaines de la prestation de services de télésanté visés par le projet. On a mis l'accent sur les activités ayant trait à *la prestation de services cliniques*. Le tableau ci-dessous résume ce qui relevait du projet et ce qui n'en relevait pas.



Relève du projet	Ne relève pas du projet
<ul style="list-style-type: none"> • téléconsultation • télétriage • télésoins (télésoins à domicile, télésurveillance) • consultation clinique à l'aide du Web • télépharmacie • outils de soutien clinique (outils décisionnels fondés sur un protocole) • télémentorat et télésurveillance d'un professionnel de la santé (chirurgie) • besoins des utilisateurs en matière de technologie et d'équipement, pour la prestation de services cliniques • lutte antipoison • acheminement des ambulances • santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • éducation des professionnels de la santé (téléenseignement, apprentissage électronique) • sites Web consacrés à l'éducation du public • télémédecine en espace

Pour ce qui est de l'envergure des résultats, le projet a permis de créer une banque de connaissances utiles pour l'élaboration de normes en matière de télésanté au Canada. Nous la communiquerons aux intervenants appropriés afin qu'ils s'en servent pour élaborer des normes précises, adaptées à leurs professions et à leurs applications. Le projet n'a pas mené à l'élaboration ni à l'approbation de normes précises destinées à des associations de professionnels de la santé réglementés ou au CCASS. Toutefois, tous les groupes ont reconnu l'importance de travailler ensemble à l'élaboration d'un cadre commun à l'intérieur duquel on pourrait mettre au point des normes d'agrément adaptées aux applications de télésanté et aux professions. De plus, le projet n'a pas donné lieu à l'élaboration de normes et d'indicateurs de rendement aux fins de l'agrément. Toutefois, il a permis de relever les normes et indicateurs de rendement qui existent déjà. L'élaboration de normes et d'indicateurs de rendement est un processus complexe qui absorbe de vastes ressources, et on s'attend à ce que le CCASS et les organisations des intervenants entreprennent cette activité ultérieurement au moyen de leurs propres mécanismes.

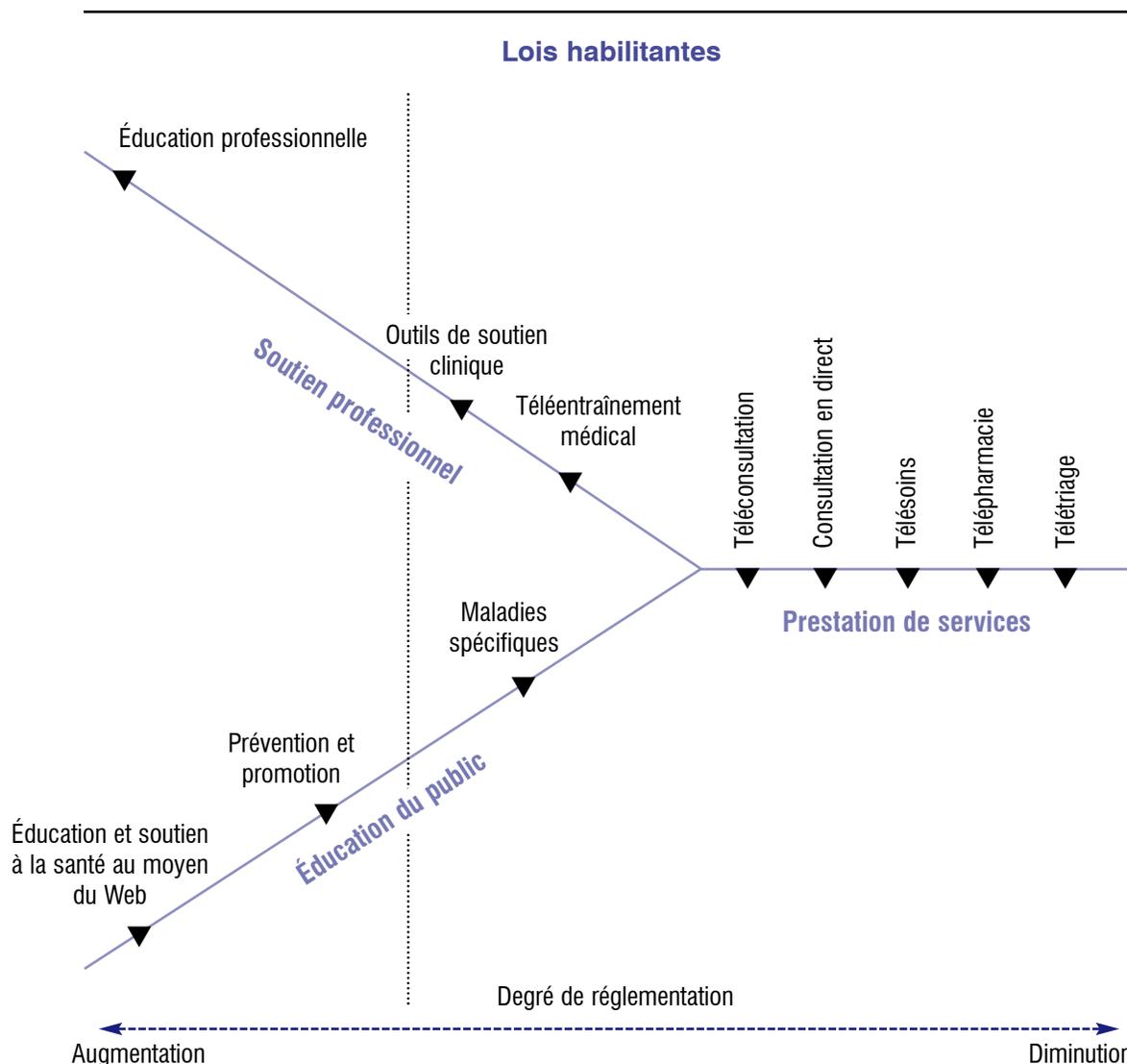


Figure 1 : Envergure des lignes directrices de la NIFTE

2.6 Processus d'élaboration

L'élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE comportait plusieurs étapes et activités. Ces dernières sont exposées brièvement ci-dessous sous deux rubriques principales : L'analyse de la conjoncture et L'élaboration du Cadre.

2.6.1 L'analyse de la conjoncture de la NIFTE

On a chargé le Consortium de recherche de la NIFTE de réaliser une analyse de la conjoncture. Ce consortium est composé de chercheurs de l'Alberta Research Council, du Centre for Rural and Northern Health Research (CRaNHR) à l'Université Laurentienne, de l'Université Dalhousie et de la Health Telematics Unit (HTU) de l'Université de Calgary. Le but de cette analyse était de recueillir des données sur la situation actuelle des services et des activités de télésanté au Canada, notamment en ce qui concerne les normes cliniques, les ressources humaines, le contexte organisationnel et la technologie. Les résultats de l'analyse de la conjoncture ont servi de point de départ à l'élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE.

L'analyse de la conjoncture a été réalisée de mars à décembre 2002; il s'agissait de recueillir des données et de l'information au moyen de diverses approches, notamment : un examen et une synthèse de la documentation, un sondage postal des intervenants clés, y compris des personnes et des organismes qui offrent des services de télésanté, et des entrevues en profondeur avec des répondants clés; un échantillon de personnes bien renseignées. Chaque équipe de chercheurs était responsable d'une question : l'Alberta Research Council, de la technologie et de l'équipement; le CRaNR de l'Université Laurentienne, des ressources humaines; l'Université Dalhousie, des normes et des résultats cliniques; la HTU de l'Université de Calgary, du leadership organisationnel. La HTU était également responsable du sondage postal au nom des quatre équipes de recherche. Le CRaNR était chargé de la coordination générale de la recherche et de la mise au point de la méthodologie utilisée pour les entrevues avec les répondants clés. Le Consortium de recherche a travaillé étroitement avec le Secrétariat de la NIFTE sur des questions telles que la base de données sur les intervenants, l'envoi postal du sondage auprès des intervenants et le site Web de la NIFTE.

Examen de la documentation

Les équipes de recherche ont réalisé un examen approfondi de la documentation dans chacun des quatre sujets à l'étude. De manière générale, les recherches documentaires comportaient les étapes suivantes :

- l'élaboration de mots-clés et de stratégies de recherche;
- l'interrogation de bases de données en ligne pour repérer des articles pertinents;
- la consultation des résumés en vue de relever les études à examiner en profondeur;
- la consultation de la section « Références » des articles, livres et rapports sélectionnés en vue de relever d'autres études utiles;
- des recherches dans Internet en vue de repérer de l'information sur la télésanté ayant trait aux normes, aux lignes directrices ou à l'agrément.

On a puisé de l'information dans les sources les plus valables. La méthodologie et les résultats de cet examen de la documentation sont exposés dans le rapport sur l'analyse de la conjoncture de la NIFTE (Consortium de recherche de la NIFTE, 2003).

Sondage auprès des intervenants

Le but du sondage auprès des intervenants était, en prenant appui sur les questions et les lacunes centrales relevées par les équipes de recherche durant l'examen de la documentation, de se renseigner sur la situation actuelle des politiques, des normes et des lignes directrices se rapportant à la pratique de la télésanté au Canada. Le sondage postal, réalisé par la HTU au nom du Consortium de recherche, a eu lieu à l'été de 2002. On a posté, aux intervenants consignés dans la base de données sur les intervenants de la NIFTE, un total de 230 sondages. Un taux de réponse de 68 % a été atteint, soit 156 sondages retournés. La HTU a effectué l'analyse initiale des données. Chacune des équipes de recherche a procédé à une analyse plus approfondie des données selon les besoins. La méthodologie et les résultats du sondage auprès des intervenants sont exposés dans le rapport sur l'analyse de la conjoncture de la NIFTE (Consortium de recherche de la NIFTE, 2003).

Entrevues avec les répondants clés

Le but des entrevues avec les répondants clés était, en prenant appui sur les questions et les lacunes centrales relevées par les équipes de recherche durant l'examen de la documentation et le sondage auprès des intervenants, de se renseigner sur la situation actuelle des politiques, des normes et des lignes directrices se rapportant à la pratique de la télésanté au Canada de façon à déterminer, d'une part, l'orientation à donner à ces politiques, ces normes et ces lignes directrices et, d'autre part, comment elles devraient évoluer pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé. Les entrevues avec les répondants clés ont été réalisées au téléphone ou en personne. Chaque équipe a interviewé de 11 à 13 personnes bien renseignées qui pratiquent la télésanté. La méthodologie et les résultats des entrevues avec les répondants clés sont exposés dans le rapport sur l'analyse de la conjoncture de la NIFTE (Consortium de recherche de la NIFTE, 2003).

Préparation du rapport final

Les quatre équipes de recherche et le Secrétariat ont tenu de longues discussions sur la présentation du rapport final et de ses résultats. Chaque équipe de recherche a préparé son propre rapport et, bien que le contenu de chacun de ces rapports reflétait la question à l'étude, on a tâché d'uniformiser la présentation dans la mesure du possible. Les versions préliminaires des rapports individuels ont été achevées en février 2003, puis distribuées aux autres équipes de recherche ainsi qu'au Secrétariat de la NIFTE. Le CRaNHRR a par la suite préparé le rapport final sur l'analyse de la conjoncture, qui comportait une introduction et une synthèse en plus des quatre rapports indépendants. (Consortium de recherche de la NIFTE, 2003).

2.6.2 Élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE

L'élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE s'est déroulée de janvier à septembre 2003 et comportait cinq étapes majeures :

Élaboration de l'ébauche préliminaire du Cadre de lignes directrices

Le Secrétariat du projet a élaboré une version préliminaire du Cadre, une section à la fois, à la lumière du plan du projet, des résultats de l'analyse de la conjoncture, des discussions avec les membres du Comité consultatif et des normes du CCASS. Une fois la version préliminaire du Cadre achevée, on a acheminé les sections au CCASS au Consortium de recherche et à quelques spécialistes clés désignés par les chercheurs afin qu'ils en examinent le contenu. On a reçu un total de 27 commentaires des diverses sections de la version préliminaire. On a revu la version préliminaire à la lumière de ces commentaires et produit la version 1. Le Comité directeur a alors passé en revue la version 1 du Cadre avec la documentation d'accompagnement et l'a approuvée en vue de la consultation préliminaire.

Consultation préliminaire

À cette étape, les membres du Comité consultatif et certains spécialistes et intervenants clés ont reçu la version 1 et soumis leurs commentaires au Secrétariat à la lumière de leur expérience et de leur point de vue. Les commentateurs n'avaient alors pas accès au rapport sur l'analyse de la conjoncture de la NIFTE. Au total, on a reçu 13 réponses des membres du Comité consultatif sur une possibilité de 23, un taux de réponse de 57 %. On a rassemblé les commentaires et rédigé la version 2. Le Comité directeur a alors examiné le sommaire des commentaires et la version 2 du Cadre, puis a approuvé la version 2 en vue de la consultation générale.

Consultation générale

La version 2 du Cadre pouvait être consultée en accédant au site Web de la NIFTE. On a invité le Comité consultatif, les contacts gouvernementaux, les spécialistes clés, les intervenants inscrits dans la base de données et la communauté internationale à soumettre leurs commentaires au moyen d'un formulaire électronique. Il était également possible de consulter le rapport sur l'analyse de la conjoncture sur le site Web de la NIFTE. Le Comité consultatif a discuté de la version 2 à sa réunion des 13 et 14 mai 2003; on l'a également présentée lors d'un débat de spécialistes à l'événement *E-Health 2003*, à Toronto. Au total, on a reçu 51 réponses dans le cadre de la consultation générale, dont la plupart étaient positives. Encore une fois, on a revu la version préliminaire de concert avec des spécialistes clés.

Approbation

L'étape de l'approbation incluait l'examen de la version 3 et la rédaction de commentaires définitifs par le Comité consultatif et le Comité directeur. Le Comité directeur a examiné le sommaire des commentaires de la version 3 et a approuvé le Cadre en vue de sa publication.

Publication et distribution

À cette étape finale du processus, le Cadre a été traduit, publié et distribué. Il a été versé dans les sites Web de la NIFTE et de la Société canadienne de la télésanté (SCT) pour que les membres des comités, les intervenants, la communauté internationale ainsi que les autres parties intéressées puissent le consulter.

2.7 Présentation du Cadre de lignes directrices de la NIFTE

Le Cadre de lignes directrices de la NIFTE est un ensemble structuré d'énoncés visant à aider les personnes et les organisations chargées d'élaborer des politiques, procédures, lignes directrices ou normes en matière de télésanté. L'Annexe A renferme un glossaire des termes clés ayant trait à chacun des sujets abordés.

Le Cadre de la NIFTE comporte cinq catégories principales : les normes et les résultats cliniques, les ressources humaines, la préparation organisationnelle, le leadership organisationnel, et la technologie et l'équipement. Dans chacune des catégories principales, on aborde plusieurs sujets. Le Cadre adopte une approche structurée : le même ensemble de rubriques est utilisé pour chaque sujet. Voici la liste de ces rubriques, reprises dans l'exposé de chaque sujet et accompagnées d'une brève description de leur contenu.

Cadre de lignes directrices de la NIFTE

Description des rubriques utilisées pour chacun des sujets

Ce que nous avons appris : Un bref sommaire des résultats de l'analyse de la conjoncture réalisée par le Consortium de recherche, incluant une compilation des faits et l'avis de spécialistes. (Consortium de recherche de la NIFTE, 2003).

Ce dont nous devons tenir compte : Un bref sommaire exposant dans quelle mesure ce sujet prend appui sur des pratiques dans d'autres secteurs de prestation de services ou dans quelle mesure il diffère de telles pratiques, et indiquant les lacunes qu'il faudrait combler sur le plan des connaissances, des résultats ou de l'expérience au moyen de travaux plus poussés.

Principes directeurs : Des énoncés décrivant les principes de bases ou les postulats fondamentaux associés au sujet qui pourraient guider l'élaboration des politiques, des procédures, des normes, des lignes directrices ou des mesures.

Lignes directrices suggérées : Les processus, procédures ou politiques que la NIFTE est prête à suggérer lorsque cela s'avère possible. Ces énoncés contiennent un verbe au présent de l'indicatif, pour signaler que l'on s'attend à ce qu'ils soient respectés. On a numéroté les lignes directrices à l'intérieur de chaque section; de plus, elles sont regroupées dans le chapitre 1 pour une consultation rapide.

Recommandations : Des suggestions touchant des mesures à adopter pour combler les lacunes sur le plan des connaissances, de l'expérience ou des résultats. Les recommandations figurent toutes à l'Annexe E afin d'en faciliter la consultation.

Étant donné que la télésanté est un domaine en pleine évolution, la situation actuelle pour ce qui est de l'élaboration de politiques, de normes et de lignes directrices varie d'un sujet à l'autre. Les lecteurs constateront, en examinant le Cadre, que chacun des sujets comprend toutes les rubriques ci-dessus, mais que dans certains cas une rubrique donnée ne contient aucun énoncé. Cette approche vise à démontrer les divers degrés de développement des domaines de la télésanté et à mettre en lumière ses lacunes.

2.8 Considérations et postulats associés au Cadre de lignes directrices de la NIFTE

Voici quelques considérations et postulats explicitement reconnus durant l'élaboration du Cadre de lignes directrices de la NIFTE :

- L'utilisation de la télésanté n'est pas un secteur de la santé en soi, mais plutôt un processus englobant une grande variété d'applications dont le but est de faciliter et d'accroître les services existants;
- Toute une gamme d'organisations fournissent des services de télésanté, tels que les réseaux de télésanté, les établissements de soins de santé, les centres téléphoniques qui prodiguent des conseils médicaux et les professionnels de la santé ayant leur propre pratique. De plus, la télésanté a toute une gamme d'applications telles que le télétriage, la surveillance à distance, l'imagerie diagnostique et la téléconsultation. Il est difficile d'établir à l'avance une politique ou une ligne directrice en matière de télésanté lorsque les contextes et les activités sont si variés. Toutefois, on estime que l'élaboration d'un Cadre de lignes directrices fondé sur les éléments communs de la prestation des services de télésanté facilitera l'échange de connaissances sur les pratiques exemplaires entre les divers contextes et les différentes applications;
- Au sein du système de soins de santé, on reconnaît la nécessité d'élaborer des outils spéciaux, tels que des « pratiques exemplaires » et des lignes directrices fondées sur les résultats, pour l'ensemble des services de santé. Il ne s'agit pas d'une lacune propre aux applications de la télésanté, mais d'une réaction découlant d'un sens de la responsabilité plus général;
- Il existe des mécanismes de financement mixtes (c'est-à-dire publics et privés) pour la rémunération des services de télésanté. On estime que le Cadre de lignes directrices de la NIFTE favorise une approche axée sur les « pratiques exemplaires » qui s'appliquerait quel que soit le mécanisme de financement;
- De même, il existe des mécanismes de prestation mixtes (privés, publics, sans but lucratif ou une combinaison de ces mécanismes) pour la télésanté. On estime que le Cadre de lignes directrices de la NIFTE favorise une approche axée sur les « pratiques exemplaires » qui s'appliquerait quel que soit le mécanisme de prestation;
- La santé relève de la compétence provinciale ou territoriale, et bien qu'il existe des lignes directrices, des normes et des codes d'éthique communs, la réglementation des professionnels de la santé se fait au moyen des textes législatifs provinciaux ou territoriaux; cette réglementation incombe aux organismes de réglementation professionnelle de la province ou du territoire;
- Les prescriptions juridiques touchant les organisations et les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Il est important de tenir compte des prescriptions juridiques en vigueur à l'endroit où se trouve l'organisation ou le professionnel de la santé fournissant des services de télésanté, ainsi que des lois en vigueur dans la province ou le territoire où les services sont fournis. Il faut que les organisations et les professionnels de la santé soient au fait des questions intergouvernementales associées à la prestation de leurs services;
- Le but du Cadre de lignes directrices de la NIFTE est de faciliter l'élaboration de politiques, de procédures, de lignes directrices et de normes en matière de télésanté. La mise en place de politiques et de normes pour les professionnels de la santé incombe aux organisations professionnelles respectives;
- Il faut évaluer la rentabilité des activités de télésanté non seulement d'un point de vue organisationnel, mais aussi d'un point de vue sociétal. Cette rentabilité peut se refléter dans une capacité à desservir plus de gens ou dans des économies réalisées par les patients et diverses organisations, en plus de celles réalisées par les services primaires. L'organisation qui fournit les services ne percevra pas nécessairement cette rentabilité comme un évitement de coûts, particulièrement lorsque l'application de télésanté exige un investissement important pour sa mise en marche. Il faut également tenir compte des résultats positifs de la télésanté.

2.9 Limites du Cadre de lignes directrices de la NIFTE

Comme dans tout autre projet de cette nature, il faut tenir compte des limites ayant trait au processus et aux résultats :

- La télésanté est un domaine de la santé en évolution qui dispose, pour bon nombre de ses applications, de peu de recherches scientifiques et cliniques et de peu d'études liées aux services de santé. Ainsi, l'approche utilisée pour élaborer le Cadre de lignes directrices misait particulièrement sur les sondages auprès des intervenants, les avis des spécialistes et le consensus, en plus d'un examen de la documentation existante;
- Le projet devait être mené à bien dans une période de 20 mois, ce qui a limité la durée des périodes d'enquête et de consultation;
- Le Cadre de lignes directrices n'aborde pas spécifiquement les innovations et applications futures de la télésanté, telles que la robotique et la chirurgie, la coloscopie et l'endoscopie électroniques, qui en sont actuellement aux étapes de la recherche et du développement et de l'essai pilote; il faudra un jour aborder ces applications;
- Le Cadre de lignes directrices n'aborde pas spécifiquement les diverses catégories de travailleurs chargés de la prestation de services de télésanté. L'accent est plutôt mis sur les professions de la santé réglementées;
- Bien que le Cadre de lignes directrices vise à décrire les éléments communs de la prestation de services de télésanté, il se peut que certaines facettes ne s'appliquent pas à tous les contextes et à toutes les applications de la télésanté.



Chapitre 3

Normes et résultats cliniques

Le présent chapitre porte sur des sujets liés aux normes et aux résultats cliniques; il intéressera particulièrement les professionnels de la santé, les administrateurs de la santé, les organismes de réglementation professionnelle, les organismes de normalisation et les chercheurs. Les sujets suivants seront abordés, d'un point de vue clinique : le devoir de diligence, la communication avec le patient ou le client, les normes de pratique et la qualité des soins, les résultats cliniques, la confidentialité des renseignements liés au patient ou au client et le consentement éclairé. Les sections **Ce que nous avons appris** du présent chapitre s'appuient principalement sur les travaux de Finley, Reid, Szpilfogel et Heath (2003).

3.1 Le devoir de diligence

Ce que nous avons appris

La pratique de la télésanté ne correspond pas à la perception traditionnelle de la relation entre le professionnel des soins de santé et le patient ou le client. D'après l'analyse de la conjoncture, la distance géographique entre un professionnel de la télésanté et le patient ou le client n'est pas un facteur important pour ce qui est de déterminer s'il existe une relation établie entre cette personne et le professionnel. Ainsi, seule une minorité (20 %) des organisations sondées s'étaient dotées de critères spécifiques pour déterminer si un professionnel de la santé a un « devoir de diligence » à l'égard d'un patient ou d'un client dans le cadre de la télésanté. De même, dans les entrevues avec des répondants clés, ces derniers ont indiqué qu'aucun critère spécifique n'était nécessaire pour déterminer s'il existe un « devoir de diligence » dans le contexte de la télésanté; de manière générale, ils ont affirmé qu'ils n'étaient pas au courant de « normes ou de critères précis » ayant trait à l'établissement d'un « devoir de diligence » dans une rencontre traditionnelle en personne.

Selon l'analyse de la conjoncture, la « nature » de la rencontre (les limites de la technologie, les soins prodigués au patient ou au client nécessitant souvent l'apport de toute une équipe de professionnels de soins de santé, l'impossibilité de voir le patient ou le client dans une situation de télétriage, etc.) est légèrement modifiée comparativement au modèle traditionnel de prestation de soins. Par conséquent, dans le contexte de la télésanté, il faudrait indiquer au patient ou au client et aux professionnels de soins de santé à qui incombent la responsabilité et les obligations cliniques.

Ce dont nous devons tenir compte

- Le « devoir de diligence » doit être légèrement modifié, en raison de la « nature » de la rencontre dans le contexte de la télésanté.

Principes directeurs

- Il faudrait établir le « devoir de diligence » dans toutes les rencontres de télésanté, de façon à clarifier la responsabilité continue à l'égard du patient ou du client, ainsi que les rôles et responsabilités des autres fournisseurs de soins de santé présents.

Ligne directrice suggérée

NRC-1 Dans toute rencontre de télésanté entre un professionnel de la santé et un patient ou un client, un « devoir de diligence » doit être établi. Au moment de la rencontre de télésanté, le professionnel de la santé doit indiquer clairement et explicitement au patient ou au client à qui incombe la responsabilité de tout suivi et des soins de santé subséquents.

Recommandations

Rien à signaler dans la présente section.

3.2 La communication avec les patients ou les clients

Ce que nous avons appris

L'information recueillie sur la communication est abordée en trois points : l'évaluation de la communication dans le contexte de la télésanté, la qualité de la communication dans le contexte de la télésanté et les programmes de formation liée à la communication.

L'évaluation de la communication dans le contexte de la télésanté

Selon la documentation sur la télésanté, la plupart des recherches dans ce domaine ont mis l'accent sur l'aspect technologique, avec quelques efforts visant à déterminer le degré d'acceptation ou de satisfaction chez les utilisateurs et les fournisseurs. En somme, la recherche

D'après les commentaires recueillis dans le sondage, les entrevues avec les répondants clés et les quelques documents consacrés à la télésanté, la qualité de la communication dans le contexte de la télésanté peut être accrue, comparativement à la rencontre traditionnelle en personne, si on initie correctement le professionnel de la santé à l'environnement technique et si l'application clinique correspond bien au contexte de la télésanté.

sur les effets du contexte de la télésanté sur la communication entre le professionnel de la télésanté et le patient ou le client demeure un domaine inexploré. Par contraste, les résultats du sondage indiquent que les organisations qui offrent des services de télésanté procèdent habituellement à une évaluation de la communication dans le contexte de la télésanté. Les répondants ont signalé que l'on recueille couramment de la rétroaction sur la communication, oralement et par écrit, auprès du patient ou du client et du fournisseur de soins de santé traitant ou consulté.

Qualité de la communication dans le contexte de la télésanté

Selon l'analyse de la conjoncture, la qualité de la communication dans le contexte de la télésanté dépend dans une large mesure des facteurs suivants : l'aisance du professionnel de la santé dans l'environnement technique, ses aptitudes générales en matière de communication et la pertinence de l'application clinique au contexte de la télésanté. Il convient de signaler que les aptitudes en matière de communication varient naturellement d'un professionnel de la santé à l'autre, que l'interaction se déroule en personne ou par l'entremise d'un moyen de télécommunication.

D'après les commentaires recueillis dans le sondage, les entrevues avec les répondants clés et les quelques documents consacrés à la télésanté, la qualité de la communication dans le contexte de la télésanté peut être accrue, comparativement à la rencontre traditionnelle en personne, si on initie correctement le professionnel de la santé à l'environnement technique et si l'application clinique correspond bien au contexte de la télésanté. Voici quelques-unes des raisons proposées : il y a moins de distractions dans le contexte de la télésanté; le professionnel s'efforce davantage de communiquer le mieux et le plus complètement possible en raison de la « nature » de la consultation; et il y a un échange d'information plus important en raison de la présence d'autres fournisseurs de soins de santé.

L'analyse de la conjoncture a mis en lumière les aptitudes et les compétences que le professionnel de la télésanté doit avoir pour favoriser une communication efficace, soit :

- capacité d'écoute supérieure;
- empathie;
- compréhension des comportements appropriés dans le contexte des communications vidéo ou téléphoniques, dont :
 - les vidéoconférences : tenir compte des délais de transmission pour éviter d'interrompre le patient ou le client pendant qu'il parle, et comprendre l'importance du contact visuel, de l'éclairage, des angles de caméra et de la variation de la focale (fonction de zoom) de façon à encadrer les participants;
 - les consultations téléphoniques : laisser à l'interlocuteur le temps de répondre, vérifier si on a bien compris, poser d'autres questions si l'information semble incompatible et aviser le patient ou le client lorsqu'on consulte des lignes directrices;
- aisance avec la technologie et l'environnement technique;
- compréhension du processus « opérationnel » qui se déroule durant une rencontre de télésanté, y compris des procédures liées au consentement éclairé, à la confidentialité et à la documentation;
- compréhension des limites cliniques de la technologie et des solutions de rechange pour offrir les soins, le cas échéant.

Programmes de formation liée à la communication

On a noté des divergences d'opinions au sujet de l'utilité d'un programme de formation axée sur les comportements de communication dans le contexte de la télésanté. Les recommandations formulées allaient de la nécessité d'un tel programme à l'inutilité de toute formation sur ce plan, en passant par une formation de base. Toutefois, on convenait que le contexte de la télésanté et la rencontre traditionnelle en personne diffèrent du point de vue de la communication entre le professionnel de la santé et le patient ou le client. Les avis concernant l'utilité d'un programme de formation liée à la communication semblaient varier selon le domaine de la télésanté dans lequel travaille la personne interrogée.

D'après l'analyse de la conjoncture, on a indiqué de manière constante que des recherches et des études plus poussées sur la nature et le contenu du processus de communication s'imposent pour mieux comprendre la dynamique interpersonnelle associée à la télésanté et ses effets sur les résultats des soins de santé.

Ce dont nous devons tenir compte

- Dans une rencontre de télésanté, la communication entre le professionnel de la santé et le patient ou le client n'est pas tout à fait la même que dans une rencontre en personne, qui nous sert de point de comparaison;
- L'importance de posséder des aptitudes « spécialisées » en matière de communication dépend de l'application clinique de la télésanté; l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de formation connexes devraient se faire à la lumière des besoins de chaque discipline;
- Il faut procéder à des recherches plus poussées sur la nature et le contenu du processus de communication.

Principes directeurs

- Des mesures seront prises pour assurer que la qualité de la communication durant une rencontre de télésanté sera maximisée.

Lignes directrices suggérées

- NRC-2 Les professionnels de la santé qui offrent des services de télésanté doivent être au fait des comportements appropriés aux consultations vidéo ou téléphoniques, doivent bien connaître la technologie et posséder la polyvalence requise (c'est-à-dire qu'ils sont en mesure d'utiliser l'équipement et de demeurer concentrés sur le patient ou le client). Ils doivent également être pleinement conscients d'autres enjeux, tels que la nécessité de demeurer au fait et de tenir compte des limites des consultations vidéo ou téléphoniques et de la prestation de services à distance.
- NRC-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent offrir aux professionnels de la santé une séance d'orientation ou de sensibilisation axée sur les aptitudes à communiquer dans le contexte de la télésanté et ce, avant leur première rencontre avec un patient ou un client.
- NRC-4 Les professionnels de la santé doivent déterminer de leur mieux dans quelle mesure la consultation de télésanté convient à la situation de chacun de leurs patients ou de leurs clients et dans quelle mesure ceux-ci sont à l'aise avec cette approche.
- NRC-5 Les organisations et les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté doivent offrir aux patients ou aux clients une séance d'orientation ou d'éducation sur le processus de la télésanté et les questions liées à la communication et ce, avant leur première rencontre de télésanté.

Recommandations

Nous recommandons :

- que l'on fasse le relevé des compétences « fondamentales » requises pour une communication efficace dans le contexte de la télésanté;
- que l'on entreprenne des recherches et une évaluation de la nature et du contenu du processus de communication dans le contexte de la télésanté pour mieux comprendre la dynamique interpersonnelle associée à la télésanté et ses effets sur les résultats des soins de santé;
- que les organisations qui fournissent des services de télésanté ajoutent l'évaluation de l'efficacité des communications à leurs activités d'amélioration de la qualité.

3.3 Les normes de pratique et la qualité des soins cliniques

Ce que nous avons appris

L'information recueillie sur la communication est abordée en quatre points : la norme de soins, les lignes directrices de la pratique clinique, les lignes directrices générales pour la télésanté et les aptitudes et les compétences liées à la télésanté.

La norme de soins « appropriés » ou « raisonnables » donnés au moyen de la technologie de la télésanté devrait être au moins équivalente à celle qu'on attend de l'approche traditionnelle (en tenant compte du contexte, de l'emplacement et des contraintes de temps), lorsqu'un tel point de comparaison existe. Si la norme de soins « raisonnable » ne peut être atteinte, le professionnel de la télésanté doit déterminer.

Norme de soins

L'absence de contact personnel soulève une question importante : le recours à la technologie de la télésanté permet-il aux fournisseurs de soins de santé de respecter la norme de soins qui s'applique au mode traditionnel de prestation de soins de santé? À l'heure actuelle, il y a peu de renvois dans la documentation sur la télésanté à une norme de soins « appropriée » dans le contexte de la télésanté. On parle de la « norme raisonnable du praticien », ce qui implique que la norme de soins ne devrait pas être différente dans la prestation de services de télésanté que dans la prestation traditionnelle des services de santé. Nous avons aussi abordé cette question lors des entrevues avec les répondants clés. Nous avons constaté que la norme de soins « appropriés » ou « raisonnables » donnés au moyen de la technologie de la télésanté devrait être au moins équivalente à celle qu'on attend de l'approche traditionnelle (en tenant compte du contexte, de l'emplacement et des contraintes de temps), lorsqu'un tel point de comparaison existe. Si la norme de

soins « raisonnable » ne peut être atteinte, le professionnel de la télésanté doit déterminer les solutions de rechange en matière de soins et décider s'il est acceptable d'aller de l'avant.

Lignes directrices de la pratique clinique

Les lignes directrices en matière de pratique clinique visent à promouvoir des « pratiques exemplaires » et à améliorer la cohérence et l'efficacité de la prestation de services de santé, entraînant une amélioration des résultats chez le patient ou le client. D'après la documentation sur la télésanté et les résultats du sondage auprès des intervenants, il y a une variété d'avis au sujet de l'utilité d'établir des lignes directrices de la pratique clinique qui seraient spécifiques à la télésanté. Cette divergence se reflète dans le fait que, chez les organisations sondées, celles qui avaient des lignes directrices spécifiques à la télésanté et celles qui n'en avaient pas étaient à peu près du même nombre.

Nous avons exploré davantage la question de lignes directrices en matière de pratique clinique dans les entrevues avec les répondants clés. Manifestement, l'importance des modifications requises par les lignes directrices existantes dépendait dans une large mesure de la spécialité et de l'application clinique. Appliquer les lignes directrices de la pratique clinique à une application de la télésanté mettrait en lumière les lacunes de ces lignes directrices et pourrait indiquer les changements qui s'imposent pour l'adaptation au contexte de la télésanté.

En ce qui concerne le télétriage par le personnel infirmier, l'analyse de la conjoncture signale de manière régulière la nécessité de lignes directrices de la pratique clinique spécifiques à ce secteur. En raison des limites évidentes du médium avec lequel travaille le personnel infirmier affecté au télétriage, des lignes directrices favoriseraient la normalisation de la pratique. Il convient de noter que la majorité des organisations sondées où le personnel infirmier effectue du télétriage disposent de protocoles qui guident la prestation des soins.

Lignes directrices générales pour la télésanté

D'après l'analyse de la conjoncture, on a indiqué de manière constante que malgré les avis divers au sujet de la nécessité de lignes directrices de la pratique clinique spécifiques à la télésanté (à l'exception du télétriage par le personnel infirmier, la lutte antipoisson et l'acheminement des ambulances), il y a un consensus en ce qui concerne des lignes directrices générales pour la télésanté. Celles-ci viseraient des protocoles et des procédures qui aborderaient les questions suivantes : le consentement éclairé, la protection des

renseignements personnels et de la confidentialité, la documentation, la propriété du dossier du patient ou du client et les comportements appropriés dans le cadre d'une consultation vidéo ou téléphonique. On a également signalé que les lignes directrices générales pour la télésanté devraient être élaborées et mises en œuvre au moyen d'une « approche systématique » favorisant une coordination nationale et une responsabilité locale.

Aptitudes et compétences liées à la télésanté

D'après l'analyse de la conjoncture, les aptitudes et les compétences fondamentales requises pour travailler dans l'environnement clinique de la télésanté sont les suivantes : les aptitudes requises dans le domaine de pratique du professionnel de la santé; une compréhension de l'envergure du service offert; une compréhension générale du système et de l'environnement technologique; et une compréhension des protocoles et des procédures opérationnels.

L'ampleur de la formation varie en partie selon l'application clinique. Par exemple, pour que le personnel infirmier puisse faire du télétriage, il faut en général qu'il ait suivi un programme de formation officiel englobant une initiation exhaustive au système et à la technologie, l'utilisation de protocoles normalisés et de lignes directrices cliniques, les méthodes de communication efficace, etc. Dans d'autres secteurs, il se peut qu'une initiation fournie par le responsable de la coordination des services de télésanté soit suffisante, tandis que d'autres applications de la télésanté peuvent devoir miser sur une approche collective, avec une période minimale de pratique clinique dans la spécialité en question.

Ce dont nous devons tenir compte

- La norme de soins « raisonnables » donnés au moyen de la technologie de la télésanté, compte tenu du contexte, de l'emplacement et des contraintes de temps (y compris la disponibilité de soins traditionnels), devrait être au moins équivalente à la norme appliquée aux soins traditionnels (c'est-à-dire permettre d'obtenir des résultats similaires lorsqu'un tel point de comparaison existe);
- Il semble que l'importance des modifications requises par les lignes directrices existantes dépend dans une large mesure de la spécialité et de l'application clinique;
- Des lignes directrices générales pour la télésanté s'imposent pour aborder plusieurs questions précises.

Principes directeurs

- La norme de soins « raisonnables » donnés au moyen de la technologie de la télésanté, compte tenu du contexte, de l'emplacement et des contraintes de temps (y compris la disponibilité de soins traditionnels), devrait être au moins équivalente à la norme appliquée aux soins traditionnels (c'est-à-dire permettre d'obtenir des résultats similaires lorsqu'un tel point de comparaison existe). Si la norme de soins « raisonnable » ne peut être atteinte, le professionnel de la télésanté doit déterminer les solutions de rechange en matière de soins et décider s'il est acceptable d'aller de l'avant;
- Les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté auront les aptitudes et les compétences fondamentales requises pour la prestation des soins cliniques (adaptées à l'environnement de la télésanté);
- Si possible, les professionnels de la santé auront recours aux lignes directrices existantes en matière de pratique clinique pour guider la prestation de services dans le contexte de la télésanté, en gardant à l'esprit que certaines modifications pourraient s'avérer nécessaires (p. ex., du fait qu'il est impossible de palper ou d'examiner directement le patient ou le client).

Lignes directrices suggérées

NRC-6 Avant d'entreprendre une consultation avec un patient ou un client, le professionnel de la télésanté doit être convaincu que la norme de soins atteinte au moyen de la télésanté est « raisonnable » et au moins équivalente à tout autre type de soins qui pourraient être offerts au patient ou au client, compte tenu du contexte, de l'emplacement et des contraintes de temps, ainsi que de la disponibilité de soins traditionnels. Si la norme « raisonnable » ne peut être atteinte au moyen de la télésanté, le professionnel de la santé devrait en aviser le patient ou le client et

- suggérer un autre type de service de soins de santé (p. ex., une rencontre en personne, une visite à la salle d'urgence, etc.).
- NRC-7** Les professionnels de la santé doivent avoir recours, si possible, aux lignes directrices existantes en matière de pratique clinique pour guider la prestation de services dans le contexte de la télésanté, en gardant à l'esprit que certaines modifications pourraient s'avérer nécessaires afin de satisfaire aux conditions précises (p. ex., du fait qu'il est impossible de palper ou d'examiner directement le patient ou le client).
- NRC-8** Étant donné que les lignes directrices de la pratique clinique sont propres à chaque discipline, toute modification liée au contexte de la télésanté doit être approuvée par l'organisme ou l'association régissant la pratique clinique pour cette discipline.
- NRC-9** Les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté doivent mettre en application des protocoles et des procédures visant : le consentement éclairé (verbal, écrit, enregistré), la protection des renseignements personnels et de la confidentialité, la documentation, la propriété du dossier du patient ou du client et les comportements appropriés à une consultation vidéo ou téléphonique.
- NRC-10** Les professionnels de la santé qui fournissent des services de télésanté doivent posséder les aptitudes requises dans leur domaine de pratique, de bonnes aptitudes sur le plan de la communication, une compréhension de l'envergure du service offert au moyen de la télésanté, une compréhension générale du système, de l'environnement technologique et de la façon de naviguer dans cet environnement, une compréhension des protocoles et des procédures opérationnels de la télésanté, et une compréhension des limites de la technologie utilisée.

Recommandations

Nous recommandons :

- que chaque profession de la santé examine l'incidence de la télésanté sur la nature, l'envergure et le modèle de la prestation de services, et les modifications devant être apportées aux lignes directrices existantes en matière de pratique;
- que les organismes nationaux distribuent une version préliminaire des lignes directrices générales nationales, comportant des protocoles et des procédures visant le consentement éclairé, la protection des renseignements personnels et de la confidentialité, la documentation, la propriété du dossier du patient ou du client et les comportements appropriés à une consultation vidéo ou téléphonique. Ces lignes directrices générales pour la télésanté devraient être élaborées et mises en œuvre au moyen d'une « approche systématique », favorisant une coordination nationale et une responsabilité locale.

3.4 Les résultats cliniques

Ce que nous avons appris

L'information recueillie sur les résultats cliniques est abordée en deux points : l'évaluation des résultats cliniques de la télésanté et les indicateurs du résultat clinique de la télésanté.

Évaluation des résultats cliniques de la télésanté

À une époque où prédomine la médecine fondée sur les résultats, on s'intéresse de plus en plus à l'évaluation complète des résultats de la pratique clinique et des soins de santé. Selon la documentation sur la télésanté, il se fait peu d'évaluation complète des applications de la télésanté, particulièrement dans le secteur des résultats cliniques et de la rentabilité. Les résultats du sondage mené auprès des intervenants allaient dans le même sens. En effet, moins du quart des organisations recueillaient des données cliniques et des données destinées à l'analyse des coûts. Les raisons avancées pour expliquer cette absence d'évaluation incluaient le manque de ressources financières et humaines, la difficulté de cerner ce qu'il faut évaluer, et les problèmes associés à la cueillette de données utiles et à la définition de ce en quoi elles consistent.

Indicateurs du résultat clinique de la télésanté

Il est généralement reconnu que les systèmes de télésanté nécessitent une évaluation ainsi qu'une collecte et une analyse continues de données pour favoriser et soutenir la durabilité des programmes de télésanté. D'après l'analyse de la conjoncture, l'identification et l'évaluation d'indicateurs utiles dépendra en partie du service de télésanté évalué. L'évaluation de l'efficacité clinique et l'efficience des services de télésanté feraient partie des catégories générales. Voici des exemples d'indicateurs visant à mesurer l'efficacité clinique : la précision diagnostique, la validation des diagnostics, la pertinence de l'intervention, la sécurité et les risques pour le patient ou le client et l'acceptabilité du point de vue du patient ou du client. Les indicateurs visant à mesurer l'efficience des services de télésanté comprennent l'intervention en temps opportun, l'élimination de transferts ou de déplacements pour le patient ou le client, un accès accru aux soins, la réduction des consultations externes et la rentabilité. Scott, McCarthy et al. (2003) ont récemment publié un document qui rend compte de la documentation sur les résultats de la télésanté.

D'après l'analyse de la conjoncture, l'identification et l'évaluation d'indicateurs utiles dépendra en partie du service de télésanté évalué. L'évaluation de l'efficacité clinique et l'efficience des services de télésanté feraient partie des catégories générales.

D'après l'analyse de la conjoncture, on a indiqué de manière constante qu'il fallait des ressources financières et humaines additionnelles pour faciliter une évaluation complète des résultats de la pratique clinique et des soins de santé dans le contexte de la télésanté.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme pour tout autre service de santé, les organisations qui fournissent des services de télésanté doivent recueillir et analyser, sur une base continue, des données pertinentes sur les résultats;
- Pour être utiles, les indicateurs devraient être choisis en fonction de la question en cause et du service de télésanté évalué;
- Il faut des ressources financières et humaines additionnelles pour faciliter une évaluation complète des résultats de la pratique clinique et des soins de santé dans le contexte de la télésanté.

Principes directeurs

- Les organisations qui offrent des programmes de télésanté surveilleront et amélioreront la qualité des services de manière à obtenir les meilleurs résultats possibles.

Lignes directrices suggérées

NRC-11 Les organisations qui offrent des programmes de télésanté doivent disposer d'une méthode systématique pour la collecte, l'évaluation et le signalement de données utiles sur les résultats des soins de santé, incluant des indicateurs visant l'efficience des services (p. ex., le coût par cas, la prestation en temps opportun, l'accessibilité, l'élimination de transferts ou de déplacements pour le patient ou le client et les délais d'attente) et l'efficacité clinique (p. ex., la précision diagnostique, la validation des diagnostics, la pertinence des services fournis, de l'information offerte et des renvois effectués, la sécurité du patient ou du client, sa satisfaction, l'acceptabilité, ainsi que l'examen des complications, de la morbidité et des résultats insatisfaisants). Il faudrait consulter les organisations qui reçoivent des services de télésanté pour relever des indicateurs de résultats pertinents.

Recommandations

Nous recommandons :

- l'attribution de fonds qui faciliteront une évaluation complète des résultats de la pratique clinique et des soins de santé dans le contexte de la télésanté;
- le soutien des professionnels de la santé œuvrant seuls ou en petits groupes par des organismes de recherche, des chercheurs et des organisations professionnelles afin de permettre la collecte, l'évaluation et le signalement de données sur les résultats des soins de santé dans le contexte de la télésanté.

3.5 La confidentialité

Ce que nous avons appris

Dans le domaine de la télésanté, comme dans les services de santé traditionnels, il faut protéger la confidentialité des renseignements se rapportant au patient ou au client. Toutefois, d'après l'analyse de la conjoncture, la protection de la confidentialité est plus problématique dans le contexte de la télésanté que dans l'environnement traditionnel des soins de santé.

D'après l'analyse de la conjoncture, la protection de la confidentialité est plus problématique dans le contexte de la télésanté que dans l'environnement traditionnel des soins de santé.

Certaines facettes de la télésanté comportent des risques qui n'existent pas normalement dans la prestation de services de santé. Les préoccupations liées à la protection des renseignements personnels peuvent être plus grandes dans la sphère de la télésanté en raison de la combinaison unique des données sur le patient ou le client, de l'imagerie vidéo, de l'enregistrement et de l'information clinique électronique générée entre au moins deux sites durant une rencontre de télésanté. À cette complexité s'ajoute un nombre accru d'intervenants dans les soins prodigués au patient ou au client.

D'après l'analyse de la conjoncture, les responsables des programmes de télésanté doivent élaborer et mettre en œuvre des politiques et des procédures protégeant la confidentialité de l'échange entre le professionnel de la santé et son patient ou son client. Cette mesure inclurait des lignes directrices sur la confidentialité adaptées au contexte de la télésanté, et visant la sécurité de la technologie (voir la section 7.3) et les préoccupations opérationnelles liées au « site », tels que :

- l'installation de la salle et la sécurité;
- le protocole de la séance de télésanté;
- l'accès à la salle et aux dossiers médicaux des patients ou des clients;
- la procédure d'enregistrement des séances;
- les ententes que doit signer le personnel sur la confidentialité.

Les risques d'une violation de la confidentialité peuvent varier en fonction du type d'application de télésanté.

La nécessité d'officialiser le processus permettant de relever et d'examiner les questions ayant trait à la protection des renseignements personnels propres à la pratique de la télésanté a également été signalée dans l'analyse de la conjoncture. Remarque : les responsabilités des organisations en ce qui concerne la protection de la confidentialité sont abordées à la section 6.2.2.

Ce dont nous devons tenir compte

- Dans les organisations qui fournissent des services de télésanté, comme pour tout autre programme de service de santé, il faut protéger la confidentialité des renseignements se rapportant au patient ou au client;
- La protection de la confidentialité est plus problématique dans le contexte de la télésanté que dans l'environnement traditionnel des soins de santé;
- On pourrait devoir modifier les lignes directrices en matière de protection de la confidentialité à la lumière des risques de violation propres aux applications de la télésanté.

Principes directeurs

- La confidentialité des renseignements se rapportant au patient ou au client sera protégée.

Lignes directrices suggérées

NRC-12 Les organisations et les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent être au fait des mesures législatives et réglementaires visant à protéger la confidentialité des renseignements se rapportant au patient ou au client et veiller à ce qu'elles soient observées. On encourage les organisations et les professionnels de la santé à consulter un conseiller juridique et les organismes de réglementation professionnelle pertinents au moment de l'élaboration de la politique sur la confidentialité.

NRC-13 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des lignes directrices en matière de confidentialité pouvant inclure les considérations suivantes :

- la sécurité du site;
- la mise à jour des dossiers à stocker et à retransmettre, y compris des photographies et des vidéocassettes;
- les ententes sur la confidentialité que doit signer le personnel de soutien ou d'enseignement qui participe à la rencontre de télésanté;
- la sécurité technique de la technologie utilisée (voir TE-5);
- l'insonorisation des salles et des casques d'écoute;
- l'établissement de la sécurité et l'attribution de la responsabilité à l'égard du dossier du patient ou du client;
- la transmission, au patient ou au client, du nom du professionnel de la santé à qui il s'adresse, du nom de son organisation ou son emplacement, ainsi que de son domaine de pratique, et de même pour toute autre personne participant à la rencontre;
- l'obtention du consentement du patient ou du client pour demander, utiliser, divulguer ou transmettre de l'information (p. ex., la permission de télécopier ou d'envoyer de l'information à l'hôpital ou au médecin de famille).

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

3.6 Le consentement éclairé

Ce que nous avons appris

Personne ne contesterait que le consentement éclairé est une des pierres d'assise de la prestation éthique des soins de santé aujourd'hui. Toutefois, la question du consentement et de son application à la télésanté prête beaucoup à la controverse, comme le reflètent les résultats de l'analyse de la conjoncture. Les avis au sujet de la nécessité d'obtenir le consentement explicite dans le contexte de la télésanté dépendent de la perception qu'on a de la télésanté : pour certains, il s'agit simplement d'un « outil » servant à la prestation de soins de santé et pour d'autres, il s'agit d'un « mode distinct » de prestation des soins de santé.

En ce qui concerne tout particulièrement les consultations par le truchement de la vidéo, il n'y avait pas consensus sur l'existence d'un consentement implicite, similaire à celui d'une consultation dans un cabinet, ou sur la nécessité d'obtenir un consentement explicite. Chez les répondants ayant indiqué que le consentement devrait être implicite, on estimait qu'une vidéoconsultation est pareille à une consultation en personne. De ce point de vue, la télésanté est un « outil » de la prestation de services de santé et, étant donné que les sources juridiques et réglementaires indiquent que l'obtention du consentement dépend du type de traitement, le consentement explicite n'est pas obligatoire. Chez ceux qui estimaient qu'il faut obtenir un consentement explicite, on a dit qu'en attendant que la télésanté soit perçue comme un « service régulier », il fallait obtenir le consentement explicite pour toutes les rencontres de télésanté, un avis que partage la communauté juridique.

Les résultats du sondage reflètent clairement la diversité des avis au sujet de l'obligation d'obtenir un consentement explicite. Environ la moitié des répondants ont indiqué que le consentement était obligatoire dans toutes les situations, tandis que près de 25 % ont affirmé que l'obtention du consentement était soit obligatoire dans « certaines situations », soit implicite. Parmi ceux qui estimaient que le consentement explicite était obligatoire, on jugeait que la formule écrite était préférable à l'approche verbale.

On a approfondi la question du consentement dans les entrevues avec les répondants clés. D'après les résultats, le débat au sujet de l'obligation d'obtenir le consentement explicite visait principalement les vidéoconsultations « de routine ». Il y avait un consensus général au sujet de l'obligation d'obtenir le consentement explicite dans des situations précises, notamment : l'enregistrement d'une séance sur une bande-vidéo ou une bande audio, la prise de photos

d'un patient ou d'un client, l'utilisation des données à des fins de recherche ou d'évaluation, l'échange d'information avec des sources externes, etc. (des situations qui, normalement, exigeraient l'obtention du consentement dans le contexte traditionnel des soins de santé). Dans de telles situations, on estimait que le consentement écrit, obtenu par la personne responsable de la coordination des services de télésanté, était la formule la plus appropriée.

En ce qui concerne tout particulièrement le télétriage par le personnel infirmier ou les organismes qui donnent des conseils par le truchement de lignes téléphoniques, on estime que le consentement est implicite; toutefois, il devrait être fondé sur un choix éclairé, le patient ou le client ayant l'information suivante :

- le nom, la profession et l'organisation ou l'emplacement du professionnel de la santé consulté;
- la façon dont l'information sera consignée et conservée;
- qui a accès à l'information;
- qui est présent durant la consultation;
- les autres modes de prestation de soins, le cas échéant.

Bien que les questions liées au consentement demeurent litigieuses, notamment les situations où il est obligatoire de l'obtenir dans un contexte de télésanté, il y avait consensus sur la nécessité de fournir au patient ou au client de l'information au sujet du processus de télésanté afin qu'il soit plus à l'aise dans le contexte de la télésanté (voir NRC-15). (Les responsabilités des organisations en ce qui concerne le consentement sont abordées à la section 6.2.2.)

Ce dont nous devons tenir compte

- Pendant la prestation de services de télésanté, comme avec tout autre programme de service de santé, il faut observer les mesures législatives et réglementaires provinciales ou territoriales en vigueur ayant trait au consentement et à la prise de décisions par le client;
- Il faut un consensus national sur le processus du consentement en télésanté qui servirait de fondement et qui assurerait la cohérence, particulièrement pour les activités de télésanté qui englobent plus d'une province ou d'un territoire.

Principes directeurs

- Les mesures législatives et réglementaires pertinentes se rapportant au consentement et à la prise de décision par le client seront mises en application;
- Si possible, le professionnel de la santé obtiendra le consentement éclairé avant d'amorcer la prestation d'un service ou une intervention. Les exceptions pourraient inclure la prestation de soins d'urgence et le signalement obligatoire de certaines situations précises (les cas de violence à l'égard des enfants, par exemple);
- L'obtention du consentement dans le contexte de la télésanté devrait être assujettie à des principes et à des processus similaires à ceux mis en place pour les autres services de soins de santé.

Lignes directrices suggérées

- NRC-14 Les organisations et les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent être au fait des mesures législatives et réglementaires pertinentes se rapportant au consentement et à la prise de décision par le client et veiller à leur mise en application. On encourage les organisations et les professionnels de la santé à consulter un conseiller juridique et les organismes de réglementation professionnelle pertinents au moment de l'élaboration de la politique sur le consentement.
- NRC-15 Au début de toute rencontre de télésanté, il faut communiquer l'information suivante au patient ou au client :
- le nom, la profession et l'organisation ou l'emplacement du professionnel de la santé;
 - le nom des participants à la rencontre;
 - la façon dont se déroulera la rencontre;
 - le mode de fonctionnement de la technologie et ce que comporte toute application particulière (le cas échéant);

- les risques et les avantages potentiels;
- la possibilité de refuser et les solutions de rechange envisageables;
- le plan de rechange si jamais la technologie s'avère incapable de fournir un diagnostic clinique ou d'assurer la gestion clinique (le cas échéant);
- la façon dont on prévoit documenter les soins prodigués;
- la sécurité, la confidentialité et la protection des renseignements personnels;
- le nom de la personne responsable d'assurer le suivi des soins prodigués;
- le droit de retirer son consentement en tout temps.

NRC-16 Le consentement éclairé écrit doit être obtenu avant les rencontres de télésanté, tel que l'exigent les mesures législatives et réglementaires applicables, par exemple pour un traitement effractif ou robotique, l'enregistrement sur bande-vidéo ou bande audio, l'utilisation des données à des fins promotionnelles ou médiatiques, la prise de photos d'un patient ou d'un client et d'autres actes médicaux qui exigeraient normalement l'obtention du consentement dans le contexte traditionnel des soins de santé.

NRC-17 L'obtention du consentement doit être intégrée aux processus et à la documentation déjà en place en matière de consentement.

Recommandations

Nous recommandons :

- la poursuite des efforts déployés par les organisations offrant des services de télésanté afin de susciter la participation des équipes de gestion du risque et des conseillers juridiques en vue d'établir des politiques appropriées en matière de consentement;
- la mise en place d'un processus visant à établir un consensus national sur le processus du consentement en télésanté, processus qui servirait de fondement et qui assurerait la cohérence, particulièrement pour les activités de télésanté englobant plus d'une province ou d'un territoire.



Chapitre 4

Ressources humaines

Le présent chapitre met l'accent sur des sujets liés aux ressources humaines : Les plans et les politiques en matière de ressources humaines, Les rôles et les responsabilités, L'autorisation d'exercer et les questions connexes, Les compétences et les qualifications, L'éducation, l'orientation et la formation, et Le remboursement. Ce chapitre intéressera plus particulièrement les administrateurs de services de santé, les professionnels de la santé, les associations et les organismes de réglementation professionnelle, les gouvernements, les établissements universitaires, les chercheurs et les organismes de normalisation. Les sections du présent chapitre, intitulées **Ce que nous avons appris**, reposent essentiellement sur les travaux de Hogenbirk, Byrne, Pong et Liboiron-Grenier (2003).

4.1 Les plans et les politiques en matière de ressources humaines

Ce que nous avons appris

La majorité des répondants clés croient que les plans et les politiques en matière de ressources humaines doivent être modifiés pour refléter davantage les aspects particuliers de la télésanté.¹ Cette perception est corroborée par les résultats du sondage selon lesquels les organisations de la majorité des personnes interviewées (60 %) n'avaient pas projeté d'inclure dans un plan de ressources humaines les composantes propres à la télésanté (moins de la moitié des 60 % n'avaient pas de plan de ressources humaines). La pleine intégration de la télésanté dans le plan des ressources humaines se traduirait par un investissement coûteux de temps et d'argent.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme pour d'autres programmes de services de santé, les besoins en ressources humaines et l'élaboration d'un plan et de politiques à cet égard devraient être pris en compte dans l'élaboration initiale des programmes de télésanté et dans la gestion continue de ces programmes;
- Un examen ou une révision annuelle des plans et des politiques en matière de ressources humaines liés à la télésanté doit être envisagé étant donné les changements qui surviennent dans le secteur de la télésanté.

Principes directeurs

- Les besoins en ressources humaines et l'élaboration d'un plan et de politiques à cet égard devraient être pris en compte dans l'élaboration initiale des programmes de télésanté et dans la gestion continue de ces programmes.

Lignes directrices suggérées

- RH-1 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prévoir l'élaboration d'un plan de ressources humaines afin d'assurer l'offre et la combinaison adéquates de ressources humaines qualifiées, compte tenu des besoins du programme.
- RH-2 Des politiques propres à la télésanté doivent être intégrées aux politiques existantes en matière de ressources humaines, et de nouvelles politiques relatives à la télésanté doivent être adoptées uniquement lorsqu'elles sont absolument nécessaires.

Recommandations

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté en plus d'autres services :
 - reconnaissent et mettent à jour les politiques actuelles en matière de ressources humaines nécessitant une révision afin de faire face aux besoins de la télésanté quant à la sécurité des patients ou des clients et à la qualité de la prestation des soins de santé;
 - instaurent de nouvelles politiques en matière de ressources humaines qui sont nécessaires à une prestation fiable de services de télésanté de qualité;
 - examinent les services de télésanté pendant la prochaine révision ou mise à jour du plan ou de la politique en matière de ressources humaines au regard de tous les autres aspects préoccupants (moins urgents) des ressources humaines liées à la télésanté;
- que les répercussions de la télésanté sur l'ensemble des travailleurs de la santé soient surveillées.

³ La plupart des composantes propres à la télésanté dans le domaine des RH ou des composantes des RH nécessitant certaines modifications qui permettent d'aborder adéquatement les préoccupations liées à la télésanté sont décrites dans les sections suivantes.

4.2 Les rôles et les responsabilités

Ce que nous avons appris

Nos recherches indiquent que l'introduction de services de télésanté au sein des organismes de soins de santé, tels que les hôpitaux, mène à une redistribution du personnel rattaché à d'autres services. Généralement, les fonctions et la charge de travail liées à la télésanté s'ajoutent aux fonctions existantes. Ce constat revient tant dans la recherche documentaire que dans les réponses obtenues dans le questionnaire et les entrevues. À mesure qu'augmente le nombre des activités liées à la télésanté, le besoin d'un poste à temps plein pour les coordonner se fait sentir davantage. C'est souvent au niveau des fonctions de coordination qu'il est nécessaire d'avoir des descriptions de poste se rapportant précisément à la télésanté. Ce constat se reflète dans le consensus obtenu auprès des personnes interviewées et des répondants clés, à savoir que le besoin de descriptions de poste se rapportant précisément à la télésanté s'est accru parallèlement au laps de temps consacré par une personne aux activités exercées dans ce domaine. En raison de l'indépendance historique de son poste, le professionnel de la santé n'est pas touché par ce changement. Par exemple, les descriptions de poste ont été considérées comme essentielles dans le cas des coordonnateurs des services de télésanté, mais moins essentielles dans le cas des médecins. À tout le moins, les répondants clés estiment que des descriptions de poste devraient être fournies en ce qui concerne les fonctions liées à la télésanté.

La documentation, les répondants au sondage et les répondants clés révélaient que les descriptions de poste liées précisément à la télésanté étaient également nécessaires pour définir les rôles et les responsabilités afin d'empêcher la redondance des services tout en conservant les mesures de protection requises pour en assurer la qualité.

Certaines des demandes de descriptions de rôle ou de poste étaient attribuables au besoin de déterminer et d'affecter des ressources humaines limitées. Cela donnait à penser que, sans une marque de reconnaissance formelle, les besoins réels liés aux programmes de télésanté ne seraient pas bien évalués par les gestionnaires des ressources humaines et d'autres cadres dirigeants. Anderson (2001) est parvenue à des résultats similaires dans son examen de la formation continue par le truchement de la télésanté. L'autre besoin en descriptions de rôle ou de poste reposait sur la volonté de fournir un niveau de soins fiable et de qualité. D'autre part, la documentation, les répondants au sondage et les répondants clés révélaient que les descriptions de poste liées précisément à la télésanté étaient également nécessaires pour définir les rôles et les responsabilités afin d'empêcher la redondance des services tout en conservant les mesures de protection requises pour en assurer la qualité. Par exemple, selon la documentation, les employés affectés aux services de télésanté peuvent perdre beaucoup de temps à vérifier maintes fois l'information sur l'établissement des horaires parce qu'ils ne savent pas exactement quelles tâches ont été accomplies par les autres membres du personnel. Cette situation peut être aggravée lorsque l'on a affaire à des lieux différents et à d'autres organisations.

Ce dont nous devons tenir compte

- Les programmes de télésanté, à l'instar des programmes de prestation des services de santé, nécessitent des descriptions de poste qui définissent clairement les rôles et les responsabilités;
- La diversité des programmes de télésanté et le rôle spécial qu'ils jouent à l'intérieur de chaque organisation requièrent des descriptions de poste exhaustives mais faisant preuve de flexibilité;
- À l'heure actuelle, il n'existe pas de description commune des tâches pouvant être partagée par les différentes organisations du secteur de la télésanté et pouvant servir de description de référence des rôles et des responsabilités propres à la télésanté.

Principes directeurs

- Les rôles et les responsabilités du personnel œuvrant dans le domaine de la télésanté devront être clairement définis.

Lignes directrices suggérées

- RH-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des descriptions de poste qui définissent clairement les rôles et les responsabilités du personnel œuvrant dans le domaine de la télésanté.
- RH-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir une description de poste qui reconnaît le rôle varié et central que jouent les personnes responsables de la coordination des services de télésanté.
- RH-5 Les descriptions de poste pour le personnel œuvrant dans le domaine de la télésanté doivent être passées en revue régulièrement en raison des changements qui surviennent dans ce domaine.
- RH-6 Les organisations offrant des services de télésanté doivent évaluer le rendement des employés œuvrant dans le domaine de la télésanté, et les résultats obtenus doivent se refléter dans les évaluations de rendement officielles. Les organisations qui demandent à leurs employés d'assurer des services de télésanté en plus des autres services doivent inclure dans les évaluations de rendement officielles les composantes propres à la télésanté.

Recommandation

Nous recommandons :

- une description commune, par un organisme national, des tâches en matière de télésanté, pouvant être partagée par les différentes organisations du secteur de la télésanté et pouvant servir de description de référence des rôles et des responsabilités propres à la télésanté.

4.3 L'autorisation d'exercer et les questions connexes

Ce que nous avons appris

L'autorisation d'exercer est l'une des questions non résolues mais d'une grande importance pour l'avenir de la télésanté. Celle-ci fait face à deux problèmes principaux : l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires et le permis d'exercer propre à la télésanté. L'autorisation pose un problème lorsque des professionnels de la santé agréés et assujettis à une réglementation aimeraient travailler dans d'autres provinces ou territoires. Le problème lié au permis d'exercer propre à la télésanté apparaît lorsqu'un professionnel de la santé dûment agréé doit demander un permis spécial pour pratiquer dans le domaine de la télésanté à l'intérieur de sa province ou de son territoire.

Théoriquement, il existe trois options de base liées à l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires : l'entière autorisation d'exercer seulement dans la province ou le territoire du professionnel de la santé, l'entière autorisation d'exercer seulement dans la province ou le territoire du patient ou du client, ou l'entière autorisation d'exercer dans une province ou un territoire (habituellement la province ou le territoire du professionnel) avec une autorisation entière ou partielle d'exercer dans la seconde province ou le second territoire. L'entière autorisation d'exercer seulement dans la province ou le territoire du patient ou du client signifie que le professionnel ne peut pas travailler à l'intérieur de sa province ou de son territoire. Cette situation semble soulever bien des questions de droit et de sécurité ainsi que des questions morales; elle apparaît peu vraisemblable. À tout le moins, il faudrait que le professionnel soit autorisé à exercer dans sa province ou son territoire, et que les questions de droit et de responsabilité fassent l'objet d'une quelconque entente avec la province ou le territoire du patient ou du client. Il existe un certain nombre de variations sur ce sujet, tels l'octroi d'un permis national et d'un permis spécial, la reconnaissance réciproque et l'approbation. Ponk et Hogenbirk (1999) discutent des avantages et des inconvénients de ces différentes approches liées à l'autorisation d'exercer.

Une approche ou un mécanisme pancanadien fondé sur une reconnaissance réciproque ou un permis spécial qui serait accepté et administré par des organismes de réglementation professionnelle dans chaque province ou territoire devrait assurer convenablement la qualité des soins, l'uniformité du service et l'intégration de la télésanté dans le système courant de prestation des soins médicaux.

Plusieurs répondants clés ont avoué leur préférence pour un « système national » qui traiterait de manière similaire les questions de reconnaissance professionnelle, de délivrance de titres et de certificats, et de concession de privilèges. Ces répondants clés ont fait remarquer que dans plusieurs professions du secteur de la santé, on fait déjà passer des examens à l'échelle nationale, et les normes de pratique ne diffèrent pas énormément d'une région à l'autre du Canada. L'analyse issue de la documentation disponible partage ce point de vue, bien que certains avis s'y opposent. Une approche ou un mécanisme pancanadien fondé sur une reconnaissance réciproque ou un permis spécial qui serait accepté et administré par des organismes de réglementation professionnelle dans chaque province ou territoire devrait assurer convenablement la qualité des soins, l'uniformité du service et l'intégration de la télésanté dans le système courant de prestation des soins médicaux.

Une préoccupation commune est formulée par les répondants clés et ressort de la documentation. Elle concerne le fait que les services de télésanté internationaux doivent être abordés avec une circonspection particulière, que ce soit par la conclusion d'ententes officielles avec des nations et des organismes de réglementation professionnelle ou par le recours à des formulaires de consentement et à des exemptions légales. On a insisté sur le fait que les patients et les clients, les professionnels de la santé et les administrateurs devraient connaître les différences fondamentales touchant aux normes et à la qualité des soins parmi les nations. Certains répondants clés ont indiqué que les professionnels de la santé étaient en grande partie responsables de l'adéquation des conseils donnés au patient ou au client avec la situation et les circonstances prévalant dans son pays.

L'attribution d'un permis spécial autorisant la pratique de la télésanté pourrait contribuer à résoudre le problème relatif à l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires. L'argument contraire dit cependant que la délivrance de ce permis serait inutile au niveau clinique et qu'elle pourrait éventuellement restreindre la pratique de la télésanté. Il semble probable que si un permis spécial est requis pour exercer dans d'autres provinces ou territoires, il serait alors obligatoire d'en avoir un pour exercer à l'intérieur de la province d'origine.

Il ressort de la documentation, du questionnaire et des entrevues, que la question relative à la responsabilité est une préoccupation constante. Du consensus général se dégage l'idée que l'affermissement de la politique et la précision des exigences relatives à l'autorisation d'exercer devraient contribuer considérablement à la qualité des services offerts aux patients ou aux clients et auraient comme effet supplémentaire de résoudre ou d'éviter les nombreux problèmes liés à la responsabilité.

La « délivrance de titres et de certificats » ou « la concession de privilèges » par un organisme de santé est l'une des questions liées à l'autorisation d'exercer propre à la télémédecine. La délivrance de titres et de certificats ou la concession de privilèges dans le présent contexte fait référence aux politiques et aux procédures institutionnelles qui déterminent si un professionnel de la santé possède les qualifications nécessaires pour être embauché ou se voir accorder le privilège d'exercer dans un établissement particulier (Pong et Hogenbirk, 1999). Selon Pong et Hogenbirk (1999), il reste à savoir si un fournisseur de services de télésanté est tenu d'obtenir les titres ou les privilèges à la fois de son établissement et de l'établissement à distance ayant fait la demande du service de consultation.

Ce dont nous devons tenir compte

- Dans le cadre des programmes de télésanté, comme dans le cas des programmes de prestation des services de santé, les professionnels de la santé doivent être titulaires d'un permis délivré par l'organisme de réglementation professionnelle concerné et être inscrits auprès de cet organisme. Il faut noter qu'à l'heure actuelle, le lieu de responsabilité pour les professionnels de la santé offrant des services de télésanté peut être la province ou le territoire du patient ou du client, ou la province ou le territoire du professionnel. Chaque professionnel de la santé doit être au courant de toutes les exigences applicables. Pour de plus amples renseignements, il faut communiquer avec l'organisme de réglementation professionnelle concernée;

- La question relative à l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires demande une analyse plus poussée et d'autres discussions. Pour résoudre cette question, il faut la collaboration et le soutien des organismes de réglementation professionnelle, des organisations professionnelles et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Certaines modifications aux lois actuelles et à la politique gouvernementale pourraient être nécessaires;
- Actuellement, les professionnels de la santé offrant des services de télésanté peuvent obtenir des permis dans plusieurs provinces et territoires, mais cette approche est jugée coûteuse et d'autres stratégies doivent être envisagées;
- Une loi qui donne la compétence nécessaire pour réglementer la prestation des services de santé à l'échelle internationale est requise pour satisfaire à l'obligation de rendre compte.

Principes directeurs

- La sécurité du patient ou du client et la qualité du service doivent être les principes directeurs sur lesquels se fonde l'autorisation d'exercer dans une autre province ou un autre territoire.

Lignes directrices suggérées

- RH-7 Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent détenir un permis délivré par l'organisme de réglementation professionnelle concerné et être inscrits auprès de cet organisme. Il faut noter qu'à l'heure actuelle, le lieu de responsabilité pour les professionnels de la santé offrant des services de télésanté peut être la province ou le territoire du patient ou du client, ou la province ou le territoire du professionnel. Pour de plus amples renseignements, il faut communiquer avec l'organisme de réglementation professionnelle concerné.
- RH-8 Les professionnels de la santé doivent connaître leur lieu de responsabilité et toutes les exigences (y compris celles relatives à l'assurance-responsabilité civile) qui s'appliquent lorsqu'ils offrent des services de télésanté dans une autre province ou un autre territoire. Il faut prendre note que pour certaines professions, le cadre de pratique peut varier d'une province à l'autre. Pour de plus amples renseignements, il faut communiquer avec l'organisme de réglementation professionnelle concerné.

Recommandations

Nous recommandons :

- les stratégies suivantes tant que la question relative à l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires ne sera pas résolue :
 - les organismes canadiens de réglementation professionnelle d'une province ou d'un territoire doivent conclure des ententes avec un ou plusieurs de leurs équivalents provinciaux ou territoriaux pour permettre la prestation ou l'obtention de services de télésanté;
 - les organismes de réglementation professionnelle doivent songer à utiliser des mécanismes de délivrance de permis temporaires, s'il y a lieu, à l'intention des professionnels de la santé offrant des services de télésanté;
- la mise sur pied d'une méthode pour explorer la faisabilité d'une approche ou d'un mécanisme de compromis pancanadien facilitant une autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires qui soit acceptable pour l'organisme de réglementation professionnelle concerné dans chaque province ou territoire, et qui soit administré par celui-ci;
- l'examen de toute nouvelle exigence relative à l'autorisation d'exercer dans le domaine de la télésanté en tenant compte des normes ou de la pratique actuelle, et la mise en place de ces exigences après consultation des professionnels de la santé œuvrant tant dans le milieu médical traditionnel que dans celui de la télésanté;

- l'adhésion, en matière de concession de privilèges, aux mêmes principes que ceux appliqués à l'autorisation d'exercer et l'adoption d'un mode de résolution similaire;
- la collaboration des gouvernements fédéral et provinciaux et des ministères de la santé avec les autorités internationales connexes pour négocier des ententes internationales qui soutiennent les modes de réglementation nécessaires à la protection de la population et à la responsabilisation lorsque la prestation des services a une portée internationale (voir la section 6.2.6).

4.4 Les compétences et qualifications

Ce que nous avons appris

La formation de base pour un grand nombre de professionnels de la santé comporte peu ou pas de composante se rapportant directement à la télésanté. La plupart des services de télésanté ne demandent aucune qualification dans le domaine de la télésanté avant que le personnel ne soit embauché ou réaffecté aux tâches relevant de ce domaine. Tous les services de télésanté qui ont été joints offraient des séances d'orientation et une formation en cours d'emploi. Actuellement, tous les services de télésanté exigent que les professionnels de la santé soient titulaires d'un permis délivré par l'organisme de réglementation professionnelle concerné et soient inscrits auprès de cet organisme, et que le personnel technique ait une formation appropriée, dispensée par une université, un collège ou une école technique crédible. Il ressort qu'aucune de ces exigences n'est liée directement à la télésanté.

Outre l'autorisation d'exercer, les services de télésanté recrutent des personnes dont les attributs faciliteront l'engagement personnel et qui aideront à l'avancement du programme de télésanté. Ces caractéristiques personnelles incluent une attitude positive et une ouverture d'esprit à l'égard de la technologie et des qualifications requises. Certaines des caractéristiques requises sont communes à un grand nombre de nouveaux programmes, plus particulièrement s'ils sont associés à une nouvelle technologie. Toutefois, la combinaison et la mise en relief de ces attributs personnels peuvent être particulières à la télésanté. Une liste des connaissances, des qualifications et des attitudes établie lors de l'analyse de la conjoncture à l'intention du personnel de la télésanté figure au tableau 4.1.

L'acquisition des compétences cliniques relève de la responsabilité de chaque professionnel de la santé (voir également la section 3.3). On s'attend à ce que le personnel de la télésanté travaille dans son cadre de pratique normal. Les normes relatives aux compétences cliniques sont habituellement fixées par des organismes de réglementation, dans le cadre de leur mandat, afin de protéger la population. L'organisation offrant des services de télésanté assume une fonction de surveillance et d'obligation de rendre compte pour s'assurer de la compétence de son personnel.

Ce dont nous devons tenir compte

- Dans les services de télésanté, comme pour n'importe quel service de santé, les professionnels de la santé doivent être titulaires d'un permis délivré par l'organisme de réglementation professionnelle concerné et être inscrits auprès de cet organisme (voir la section 4.3);
- Le personnel technique doit avoir une formation appropriée, dispensée par une université, un collège ou une école technique crédible (voir la section 4.3);
- Les professionnels de la santé ne répondent pas actuellement au profil minimal de qualifications et de compétences dans le domaine de la télésanté.

Principes directeurs

- Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent être titulaires d'un permis délivré par l'organisme de réglementation professionnelle concerné et être inscrits auprès de cet organisme (voir la section 4.3);
- Le personnel technique doit avoir une formation appropriée et dispensée par une université, un collège ou une école technique crédible.

Tableau 4.1 Connaissances, qualifications, attitudes requises pour le personnel de la télésanté

Connaissances

- compétences professionnelles manifestes
 - sur le plan clinique ou technique, suivant le cas
- compréhension manifeste des politiques, des procédures et des protocoles qui s'appliquent aux tâches assignées dans le domaine de la télésanté, y compris :
 - des questions morales et de droit
 - consentement, respect de la vie privée, confidentialité, sécurité
 - autorisation d'exercer
 - limites de la technologie
 - de la documentation
 - inscription, admission, établissement d'horaires, suivi
 - obligation de rendre compte et responsabilité
- connaissance éprouvée (selon le cas)
 - en technologie (matériel informatique et logiciel)
 - appareils médicaux
 - technologie des télécommunications
 - technologie sur la santé
 - des dossiers de santé électroniques
 - de la technologie et de la transmission de l'image

Compétences

- cliniques (selon les normes professionnelles)
- techniques (de base)
 - en informatique
 - réglage et fonctionnement de l'équipement
 - dépannage
 - capacité de reconnaître le rôle de la qualité technique sur la qualité des soins
 - capacité de reconnaître la portée du type d'équipement sur les préoccupations d'ordre éthique et légal
 - mesures applicables en cas de panne
 - environnement (éclairage, sons, distractions)
- en communication
 - capacité à traiter avec les cliniciens, les patients, le personnel de soutien et les administrateurs
 - capacité à communiquer sur lien audiovisuel
 - aptitude à communiquer en général
- en gestion
 - du temps
 - du changement
 - du personnel
 - des risques
 - de la qualité
 - de projets
- techniques (avancées), le cas échéant
 - entretien et réparation (correction) de l'équipement
 - solutions et améliorations novatrices manifestes apportées au système et à l'équipement opérationnel

Attitudes

- faire preuve d'aisance et de compétence pendant les séances de télésanté
- chercher activement des occasions pour utiliser les applications de la télésanté
- expliquer l'intégration de la télésanté dans le système de soins de santé
- promouvoir activement la télésanté auprès des cliniciens, des administrateurs, du personnel, des patients et de la population
- reconnaître les changements apportés au système de soins de santé par la télésanté et par l'incidence plus générale de la cybersanté (p. ex., les dossiers de santé des patients, l'information en matière de santé sur Internet)
- être conscient des réalités culturelles

(Adapté de Hogenbirk, Byrne, Pong et Liboiron-Grenier, 2003)

Lignes directrices suggérées

- RH-9 Les organisations offrant des services de télésanté doivent disposer des politiques et des procédures appropriées pour s'assurer que le personnel possède les qualifications et les compétences nécessaires.
- RH-10 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prévoir des séances d'orientation et une formation en cours d'emploi pour que leurs employés acquièrent les compétences nécessaires (voir RH-12).
- RH-11 Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent s'assurer qu'ils ont les compétences nécessaires pour accomplir plusieurs tâches à la fois et pour exécuter leur travail, y compris la compréhension des limites de la technologie qu'ils utilisent.

Recommandations

Nous recommandons :

- l'examen, par chaque profession du domaine de la santé, du besoin d'un profil pancanadien de qualifications et de compétences propres à la télésanté et de la faisabilité de ce profil;
- l'examen, par un organisme national, de la possibilité d'établir un profil minimal de qualifications et de compétences pour les personnes responsables de la coordination des programmes de télésanté (c.-à-d., les coordonnateurs des services de télésanté).

4.5 L'éducation, l'orientation et la formation

Ce que nous avons appris

Il y a peu, si tant est qu'il y en a, de formation scolaire dans le domaine de la télésanté, à l'exception de quelques programmes d'études supérieures offerts par des universités et des collèges canadiens dans les domaines liés à la télésanté tels que l'informatique de la santé. Il semble que des programmes de certificat émergent des universités et des collèges canadiens. Certains exemples incluent le certificat en pratique des télésoins, donné par le Centennial College à Toronto (Ontario), le programme de technicien en télésanté offert par le Royal Ottawa Hospital et Novatech Computer Careers, ainsi que le programme de recherche et de formation en télésanté et en cybersanté offert à l'Université de Calgary. Une bonne partie de la responsabilité des cours de formation incombe au fournisseur de services de télésanté.

La formation interne débute généralement par une séance d'orientation qui donne un aperçu du programme de télésanté et indique comment il s'inscrit dans le programme existant de prestation de soins de santé. Cette séance d'orientation est ensuite suivie d'une formation individualisée, adaptée à la profession de la personne et au rôle qu'elle devrait jouer. La formation est essentiellement pratique et comprend souvent des études de cas, des séances de simulation ou des séances d'encadrement. On constate actuellement une uniformisation au sein du réseau de télésanté des séances d'orientation et de formation, mais celles-ci restent suffisamment flexibles pour tenir compte des caractéristiques de l'endroit, comme la disponibilité du personnel et de l'équipement. Les *NORTH Network's ABC Manual* et *Clinidata's Guidelines and Procedure Manual* à l'intention des infirmières affectées au télétriage sont deux exemples d'une approche uniformisée à l'égard de l'orientation et de la formation. Il est possible de trouver des exemples dans la plupart des provinces, des territoires et des réseaux de télésanté.

Certains manuels d'orientation et de formation sont brevetés et tous représentent un investissement en temps et en argent. Il est encourageant de voir qu'il existe des initiatives pour partager la sagesse acquise, même si les documents et les instruments utilisés dans le processus d'orientation ou de formation n'en font pas nécessairement partie. Par exemple, en octobre 2002, le comité de l'éducation de la Société canadienne de la télésanté (SCT) a parrainé un atelier des coordonnateurs dans le domaine de la télésanté. Il s'agit là d'un excellent exemple de rencontre entre personnes engagées dans des activités de télésanté pour discuter de problèmes communs et échanger des solutions. Les coordonnateurs ont discuté d'un certain nombre de sujets qui pourraient figurer sur une liste des problèmes courants en

matière d'orientation ou de formation. Parmi ces sujets, mentionnons : 1) les questions de consentement et de respect de la vie privée et de la confidentialité, et autres aspects éthiques; 2) l'inscription, la documentation et les dossiers des patients et des clients; 3) les rôles et les responsabilités; 4) la sensibilisation à la télésanté et son évaluation; 5) l'autorisation d'exercer, la délivrance de titres et de certificats, et le remboursement; 6) les méthodes de formation (comité de l'éducation de la SCT, 2002).

Ce dont nous devons tenir compte

- Dans les programmes de télésanté, à l'instar des programmes de prestation des services de santé, le personnel doit suivre une formation appropriée auprès d'une université, d'un collège ou d'une école technique crédible;
- Dans les programmes de télésanté, à l'instar des programmes de prestation des services de santé, le personnel doit, au besoin, assister à des séances d'orientation et suivre une formation en cours d'emploi afin de posséder les compétences nécessaires;
- Il semble raisonnable que la durée requise et le type de formation scolaire dépendent de la profession exercée dans le secteur de la santé et que la durée requise et le type de formation en cours d'emploi varient avec la nature du service de télésanté;
- Compte tenu des changements constants qui interviennent dans le domaine de la télésanté, il faut que le personnel s'inscrive à des programmes de formation continue ou de perfectionnement;
- Les points de vue varient quant à savoir si la profession exercée par les coordonnateurs des services de télésanté doit être considérée comme une nouvelle profession dans le secteur de la santé, définie par des compétences et des qualifications essentielles.

Principes directeurs

- Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent posséder la formation et les compétences nécessaires (comme le prévoit l'organisme de réglementation professionnelle concerné) en vue d'une prestation fiable des services de santé de qualité.

Lignes directrices suggérées

- RH-12 Les professionnels de la santé offrant des services de télésanté doivent suivre une formation et assister à des séances d'orientation; ils doivent aussi s'inscrire à des programmes de formation continue et de perfectionnement pour s'assurer qu'ils possèdent les compétences nécessaires à une prestation fiable de services de santé de qualité.
- RH-13 Les organisations offrant des services de santé font un lien entre la formation et l'évaluation du rendement au travail et invitent le personnel à émettre leurs commentaires sur la formation portant sur les séances de télésanté (p. ex., sur le degré d'aisance atteint pendant la séance et lorsqu'ils utilisent de l'équipement).

Recommandations

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté soient encouragées à échanger des documents liés aux séances d'orientation et à la formation en télésanté;
- qu'un organisme national fasse un résumé, en guise de ressource, des éléments clés du processus d'orientation et de formation en télésanté. Une liste initiale des éléments clés pourrait s'inspirer de ceux qui ont été compilés au cours de l'analyse de la conjoncture de la NIFTE et qui figurent au tableau 4.1. Le rapport sur l'atelier national des coordonnateurs des services de télésanté, qui a eu lieu en 2002, (comité de l'éducation de la SCT, 2002) serait également utile à cette activité;
- qu'il soit envisagé d'insérer des éléments des programmes d'orientation et de formation en cours d'emploi dans un programme national de formation uniformisée menant à l'obtention d'un certificat;

- que les organisations professionnelles examinent le besoin d'élaborer des programmes d'orientation et de formation liés à la télésanté se rattachant directement à leurs professions;
- que les organisations professionnelles examinent le besoin d'inclure certains éléments des programmes d'orientation et de formation dans le curriculum de base des professionnels de la santé, tels que l'exposition accrue aux ordinateurs, la technologie des télécommunications, les dossiers de santé électroniques et les patients ou les clients virtuels. Que chaque organisation professionnelle envisage de collaborer avec d'autres groupes professionnels en vue d'examiner les problèmes de chevauchement liés aux programmes de formation et d'orientation relatifs à la télésanté.

4.6 Le remboursement

Ce que nous avons appris

Les résultats de l'analyse de la conjoncture indiquent que des mécanismes de financement mixtes sont en place au regard de la rémunération des services de télésanté.

Un examen de la documentation et des résultats du sondage révèle que toutes les provinces et tous les territoires du pays, à l'exception de l'Ontario, ont sous une forme ou une autre un plan de remboursement des médecins offrant des services de télésanté. On croit que les restrictions auxquelles est assujéti le remboursement de la rémunération à l'acte des médecins offrant des services de télésanté dans certaines provinces ou certains territoires devraient freiner l'absorption et l'intégration des services de télésanté dans le système de soins de santé. Du point de vue des ressources humaines, ces restrictions se répercutent sur le recrutement et le maintien des médecins dans la pratique de la télésanté.

De façon générale, le remboursement ne pose pas de problème dans le cas des professionnels qui sont rémunérés comme des salariés dans les organisations offrant des services de télésanté. Cependant, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé salariés peuvent être gênés par la nature transitoire du financement accordé à un programme de télésanté qui n'est pas pleinement intégré au système de prestation de soins de santé existant. L'ajout de nouvelles tâches en télésanté, en plus des tâches exercées par les employés salariés, sans une hausse concomitante de la rémunération, peut freiner le maintien en poste.

Il faut noter qu'il existe un certain nombre de professionnels de la santé offrant des services de santé qui ne sont pas subventionnés par l'État et qui sont payés à l'acte (p. ex., les psychologues, les pharmaciens). Même si cette situation n'est pas propre à la télésanté, elle peut empêcher certains groupes professionnels de participer aux services et aux réseaux de télésanté. Les répondants clés estiment que l'élaboration de politiques visant le règlement de la question relative au remboursement des professionnels de la santé payés à l'acte ne relève pas de l'organisation, mais plutôt des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Ce dont nous devons tenir compte

- La nature transitoire du financement accordé à un programme de télésanté qui n'est pas pleinement intégré au système de prestation de soins de santé existant et l'ajout de nouvelles tâches en télésanté, en plus des tâches exercées par les employés salariés, sans une hausse concomitante de la rémunération, peuvent freiner le maintien des professionnels de la santé dans la pratique de la télésanté;
- L'élaboration de politiques visant le règlement de la question relative au remboursement des professionnels de la santé payés à l'acte ne relève pas de l'organisation. Les politiques, les directives et les procédures doivent être définies par les gouvernements provinciaux et territoriaux et doivent se refléter dans la politique de l'organisation.

Principes directeurs

- La rémunération du personnel offrant des services de télésanté doit être équitable; elle doit tenir compte des tâches, des rôles et des responsabilités qu'il assume et de la charge supplémentaire éventuelle de travail.

Lignes directrices suggérées

- RH-14 Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des politiques et des procédures qui reflètent la politique provinciale, territoriale et fédérale concernant le remboursement des professionnels de la santé.
- RH-15 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prévoir des stratégies permettant de maintenir en poste les employés, lesquelles doivent inclure l'examen de la rémunération pour s'assurer qu'elle est juste et équitable.

Recommandations

Nous recommandons :

- que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soient encouragés à résoudre tout point en litige concernant le remboursement qui relève de leur domaine de compétence;
- que le versement d'un montant supplémentaire soit envisagé pour les professionnels de la santé subventionnés par l'État ou le secteur privé et participant à des services et à des réseaux de télésanté.



Chapitre 5

Préparation organisationnelle

Le présent chapitre aborde des sujets liés à la préparation organisationnelle et intéressera particulièrement les organisations qui prévoient mettre en place un service de télésanté ou qui l'ont fait récemment. Les sections **Ce que nous avons appris** du présent chapitre reposent, en grande partie, sur le travail de Jennett et Yeo (2003). Dans l'ensemble, les résultats du sondage et les réponses des répondants clés ont confirmé la documentation qui soutient l'importance de la préparation organisationnelle pour la réussite à long terme des services de télésanté. Les quatre sujets de la préparation organisationnelle sont les suivants : La préparation de la planification, La préparation du milieu de travail, La préparation technique et La préparation du système de santé.

5.1 La préparation de la planification

Ce que nous avons appris

La préparation de la planification constitue un volet important de la préparation des services de télésanté. La préparation de la planification comprend les points suivants :

- le plan stratégique des services de télésanté;
- l'évaluation et l'analyse des besoins;
- le plan d'activités;
- la préparation au leadership;
- le plan d'évaluation.

Plan stratégique des services de télésanté

Les organisations doivent élaborer ou avoir déjà mis en place un plan stratégique devant contenir une évaluation et une analyse des besoins, un plan d'activités comprenant un plan de marketing visant les groupes appropriés (interne et externe), un plan de communication, un plan de mise en œuvre et un plan d'évaluation. Les répondants clés ont mentionné qu'il était important d'adopter une approche progressive comportant des jalons précis et une évaluation pour appliquer le plan stratégique.

Évaluation et analyse des besoins

Les répondants au sondage ont mentionné que l'analyse des besoins était un facteur important de la mise en œuvre efficace des services de télésanté et la majorité des répondants (73,4 %) ont indiqué que leur organisation avait exécuté une évaluation des besoins en matière de services de télésanté. Les répondants au sondage et les répondants clés ont mentionné que l'analyse des besoins est une composante cruciale de la préparation des services de télésanté et qu'elle doit comprendre :

- une évaluation de la préparation de la collectivité axée sur ses besoins, son emplacement géographique central, les données épidémiologiques pour la région, les ressources disponibles, les fournisseurs de services dont dispose la collectivité et les objectifs réalistes et réalisables;
- une évaluation de la préparation des fournisseurs de services de santé axée sur leurs besoins comme utilisateurs finaux.

La rapidité avec laquelle la situation des services de télésanté évolue indique la nécessité d'adopter une approche continue d'évaluation des besoins. On doit élaborer des politiques, des lignes directrices organisationnelles, ou les deux, afin de refléter cet aspect particulier de la télésanté.

Plan d'activités

Le plan d'activités constitue une composante importante de la préparation des services de télésanté et la majorité des répondants au sondage (82,7 %) ont mentionné que les services de télésanté faisaient partie de leur plan d'activités ou qu'ils étaient en cours d'élaboration. Ces résultats indiquent que les services de télésanté sont de plus en plus considérés comme une partie des services de santé réguliers. Ainsi, l'élaboration d'une analyse de rentabilisation constituerait une exigence. Le plan d'activités doit tenir compte du caractère nouveau de la recherche et de l'évaluation dans le secteur de la télésanté. Étant donné l'évolution rapide de ce secteur, le plan d'activités doit demeurer ouvert au changement et aux révisions régulières.

Le plan d'activités comporte habituellement un plan de marketing. Les résultats du sondage révèlent que le volet marketing des services de télésanté est en évolution. Les organisations de soins de santé s'occupent principalement du marketing interne auprès des fournisseurs de soins, dans leur établissement ou leur région, plutôt que du marketing auprès des auditoires extérieurs. Toutefois, on compte des exemples de marketing des services de télésanté auprès du grand public (p. ex., Télésanté Ontario).

Préparation au leadership

La préparation au leadership désigne le besoin de désigner des maîtres d'œuvre et de créer des équipes bien informées avant le début de la prestation des services de télésanté. Le besoin de maîtres d'œuvre a été souligné immédiatement après les projets et les activités pilotes en télésanté. Les résultats du sondage révèlent une tendance à remplacer le concept de maître d'œuvre unique par celui de plusieurs défenseurs des projets occupant des postes de cadre au sein des organisations ou des comités de télésanté.

Différents types et échelons de maître d'œuvre ou de défenseurs de projets sont nécessaires selon leur capacité à influencer. Au sein de l'organisation, il faut désigner à la fois un maître d'œuvre clinique et un maître d'œuvre administratif de la haute direction. À l'échelon de la collectivité, une personne doit promouvoir les avantages de la télésanté. Dans les organisations offrant divers services de télésanté, le soutien à la haute direction est essentiel à la réussite et à la durabilité des services.

Les partenariats constituent une composante importante de la préparation au leadership. Ils doivent être en place avant le début de la prestation des services de télésanté et doivent comprendre une collaboration avec différents groupes. Les partenariats montrent qu'une organisation a la capacité de collaborer. Les types de partenariat dépendent de la portée et de l'application des services de télésanté, et il peut être nécessaire de les renouveler au fil du temps.

Plan d'évaluation

Les organisations doivent mettre en place un plan d'évaluation. Les principaux résultats du plan d'évaluation figurent à la section 6.3.

En résumé, on a souligné que la dynamique du processus de planification ou la succession des étapes du processus de planification sont de première importance. Un répondant clé a recommandé l'ordre chronologique suivant : 1) recrutement des maîtres d'œuvre; 2) décisions liées à la stratégie de collaboration; 3) création d'un plan d'activités stratégique débutant par une analyse des besoins.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme dans le cas des autres programmes de services de santé, l'élaboration initiale des services de télésanté doit inclure une planification initiale.

Principes directeurs

- La préparation de la planification est une composante essentielle de la préparation des services de télésanté au chapitre de la mise en œuvre et de la durabilité.

Lignes directrices suggérées

PO-1 Les organisations offrant des services de télésanté doivent adopter un plan stratégique de télésanté :

- auquel participent tous les intervenants concernés, à l'interne et en dehors de l'organisation;
- qui soutient la direction de l'organisation et qui tient compte de ses priorités;
- qui permet de surveiller l'évolution du plan.

PO-2 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place les éléments suivants :

- évaluation et analyse des besoins (incluant les besoins cliniques, pédagogiques et administratifs);
- plan d'activités;
- plan de marketing (interne et externe);
- plan de communication (pour que les intervenants soient informés durant les phases d'élaboration et de mise en œuvre);
- plan de formation;

- plan de mise en œuvre;
 - plan d'évaluation.
- PO-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures fondées sur le plan stratégique de télésanté.
- PO-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent établir des partenariats en vertu d'ententes écrites, reposant sur la portée et l'application des services de télésanté.

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

5.2 La préparation du milieu de travail

Ce que nous avons appris

L'examen de la documentation, les résultats des sondages et les entrevues avec les répondants clés ont permis de conclure que les organisations doivent tenir compte de l'incidence de la mise en œuvre des services de télésanté sur le milieu et les méthodes de travail. Le milieu de travail doit être prêt à mettre en œuvre les services de télésanté.

L'analyse du contexte révèle que les éléments de la préparation du milieu de travail aux services de télésanté comprennent :

- la connaissance des lois et des exigences professionnelles et réglementaires;
- la préparation structurelle;
- le soutien administratif des services de télésanté;
- un plan de communications internes;
- la préparation de la direction au changement;
- la préparation des ressources humaines.

Connaissance des lois et des exigences professionnelles et réglementaires

Une organisation de soins de santé qui est prête à appliquer la technologie de la télésanté connaît : 1) toutes les lois et tous les règlements visant les activités professionnelles qui peuvent avoir des répercussions sur la prestation de services de télésanté; 2) les lois sur la protection des renseignements médicaux qui rendent obligatoires les politiques et les procédures afin de protéger le caractère privé et la confidentialité des renseignements médicaux; 3) les organismes de réglementation professionnelle qui exigent un examen de certaines politiques pour déterminer la portée de la télésanté.

Préparation structurelle

Le milieu de travail doit être prêt à recevoir la technologie de la télésanté et l'équipement connexe. L'organisation doit avoir une structure, une capacité, des moyens et des ressources pour mettre en application la technologie de la télésanté, afin de faciliter toute la coordination nécessaire pour recevoir les demandes de services et y répondre. L'équipement de télésanté doit être installé dans des lieux pratiques pour que les soignants puissent prodiguer facilement les soins aux patients ou aux clients.

Soutien administratif des services de télésanté

Il faut établir des mécanismes de soutien du processus décisionnel, du fonctionnement et de l'utilisation du système de télésanté. Ces mécanismes administratifs comprennent : 1) des protocoles de transfert des patients; 2) un système de recommandation normalisé, bien organisé et convivial; 3) une méthode uniforme de tenue de livre; 4) une politique définissant les personnes ayant accès au système de télésanté.

Plan de communications internes

Il faut que les communications soient ouvertes et que tous les intervenants soient informés durant les étapes de planification et de mise en œuvre. Ces mesures sont essentielles pour

obtenir l'autorisation et le soutien liés aux services planifiés, ainsi que pour faciliter les changements. Étant donné que la télésanté exige souvent que plusieurs organisations communiquent entre elles, les relations de travail doivent être bonnes. D'ailleurs, la communication favorise l'esprit d'équipe.

Préparation de la direction au changement

L'intégration des services de télésanté dans une organisation de soins de santé offrant divers services est souvent dérangeante pour le milieu de travail. La préparation organisationnelle suppose également que la direction de l'organisation comprend l'incidence des services de télésanté et qu'un plan de gestion du changement est mis en place.

Préparation des ressources humaines

La préparation des ressources humaines désigne le fait d'avoir du personnel adéquat, qualifié et spécialisé pour mettre en œuvre le plan stratégique. La clarification des rôles et des responsabilités permet d'établir les politiques et les procédures liées aux caractéristiques des utilisateurs, comme leur domaine précis de formation et de spécialisation. Cette clarification doit être effectuée en fonction des applications de télésanté visées. Les répondants au sondage et les répondants clés ont souligné l'importance d'établir un plan de formation ou de perfectionnement continu en matière de télésanté. Une organisation prête à appliquer la technologie de la télésanté doit posséder un plan de formation destiné aux individus prodiguant des soins au moyen du système de télésanté. Ce plan est particulièrement pertinent dans le cas du personnel infirmier en régions éloignées qui ne dispose d'aucun soutien technique. L'expérience acquise dans le cadre de projets ou de programmes pilotes de télésanté et découlant de l'évaluation de ceux-ci constitue une composante importante de la préparation organisationnelle.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme dans le cas des autres programmes de soins de santé, la planification initiale doit prendre en considération l'incidence des services de télésanté sur le milieu de travail et les méthodes de travail.

Principes directeurs

- La préparation du milieu de travail est une composante essentielle de la préparation organisationnelle en matière de télésanté et un facteur important de la mise en œuvre et de la durabilité des services.

Lignes directrices suggérées

PO-5 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que le milieu de travail est « prêt » à intégrer le système de télésanté et que des stratégies sont en place pour appliquer et soutenir les composantes liées à la préparation du milieu de travail, c'est-à-dire :

- connaître les lois et la réglementation visant les activités professionnelles qui peuvent influencer sur la prestation des services de télésanté;
- être prêt sur le plan structurel (p. ex., l'environnement physique facilite l'utilisation de l'équipement de télésanté et tient compte de l'ergonomie);
- mettre en place des politiques et des procédures de soutien administratif;
- mettre en place des méthodes de communication efficaces, notamment pour accroître la sensibilisation en matière de télésanté et tenir tous les intervenants au courant durant les étapes de planification et de mise en œuvre;
- mettre en place un plan de gestion du changement pour contrer l'incidence de la mise en œuvre des services de télésanté;
- disposer d'un plan de préparation des ressources humaines (p. ex., personnel qualifié, expérience en matière de télésanté, programmes de formation et de perfectionnement professionnel adéquats [voir RH-9, RH-10, RH-11, RH-12, RH-13]).

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

5.3 La préparation technique

Ce que nous avons appris

Les répondants au sondage et les répondants clés ont mentionné que la préparation technique était une composante essentielle à la préparation organisationnelle, notamment en ce qui concerne la préparation technique et l'interopérabilité du réseau et des établissements locaux, la faisabilité technique, la bande passante, la vérification de la fidélité (exactitude) de la transmission des données et les procédures de vérification régulière de la technologie et de l'équipement.

Le soutien technique de l'équipement de télésanté doit également être pris en considération. Il est préférable d'avoir en place de l'équipement de base, simple et fiable plutôt que de l'équipement à haut rendement et nécessitant beaucoup d'entretien. Il faut particulièrement tenir compte de l'entretien de l'équipement dans les collectivités éloignées qui n'ont pas facilement accès à du soutien technique.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme dans le cas des autres programmes de soins de santé, la planification initiale doit prendre en considération les exigences et la faisabilité techniques;
- Le soutien technique de l'équipement de télésanté doit également être pris en considération.

Principes directeurs

- La préparation technique est une composante essentielle de la préparation organisationnelle en matière de télésanté et un facteur important de la mise en œuvre et de la durabilité des services.

Lignes directrices suggérées

PO-6 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que le milieu de travail est « prêt » à intégrer le système de télésanté avant de mettre en œuvre des stratégies pour appliquer et soutenir les composantes liées à la préparation technique, c'est-à-dire :

- la préparation technique et l'interopérabilité du réseau et des établissements locaux;
- la faisabilité technique;
- la bande passante;
- la vérification de la fidélité de la transmission des données;
- les procédures de vérification régulière de la technologie et de l'équipement;
- l'accessibilité du soutien technique.

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

5.4 La préparation du système de santé

Ce que nous avons appris

La préparation du système de santé désigne l'accessibilité des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices aux échelons fédéral, provincial et territorial visant les infrastructures, le financement, la rémunération, le soutien à l'innovation et le processus de diffusion. Le soutien à l'innovation est nécessaire pour gérer le changement au sein des organisations. La préparation du système de santé été explorée durant l'examen de la documentation et les entrevues avec les répondants clés. Les résultats révèlent des lacunes au chapitre de la préparation du système de santé à fournir un soutien stratégique au système de télésanté, comme l'indique la nécessité d'établir des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices aux échelons fédéral, provincial et territorial.

Ce dont nous devons tenir compte

Rien à signaler dans la présente section.

Principes directeurs

- La préparation du système de santé est importante pour la mise en œuvre et la durabilité des services de télésanté;
- La prestation des services de télésanté doit être conforme aux valeurs et aux normes du système de santé et contribuer à la durabilité du système.

Lignes directrices suggérées

Rien à signaler dans la présente section.

Recommandation

Nous recommandons :

- que les politiques, les lignes directrices et les procédures de télésanté visant les infrastructures, le financement, la rémunération, le soutien à l'innovation et le processus de diffusion soient élaborées aux échelons fédéral, provincial et territorial.



Chapitre 6

Leadership organisationnel

Ce chapitre aborde des sujets liés au leadership organisationnel et intéressera particulièrement les administrateurs des services de santé, les gouvernements, les organismes de réglementation professionnelle, les professionnels de la santé, les organismes de normalisation et les chercheurs. Les sujets abordés sont les suivants : Les questions obligatoires liées au leadership organisationnel, La responsabilisation organisationnelle, La qualité des services de télésanté et La continuité. La section **Ce que nous avons appris** du présent chapitre repose principalement sur le travail de Jennett et Yeo (2003).

6.1 Les questions obligatoires liées au leadership organisationnel

Ce que nous avons appris

Les résultats de l'analyse du contexte du leadership organisationnel ont fait ressortir cinq questions ou thèmes communs aux trois méthodologies (examen de la documentation, sondage auprès des intervenants, entrevues auprès des répondants clés) et à tous les sujets liés au leadership organisationnel. Les cinq questions sont les suivantes :

- l'organisation virtuelle;
- l'intégration des politiques de télésanté;
- les questions stratégiques propres à la télésanté;
- la souplesse et la sensibilité liées à l'innovation;
- plusieurs types d'applications et de technologies cliniques en matière de télésanté.

« Organisation virtuelle »

Le système de santé actuel repose principalement sur un modèle de soins individuels prodigués dans un seul établissement. Dans le cas de la télésanté, plus d'un établissement entre en jeu. Ainsi, une organisation offrant des services de télésanté peut être considérée comme une « organisation virtuelle » qui dépasse les limites d'un établissement pour se rendre dans d'autres établissements, notamment des institutions, des domiciles, des écoles et des lieux de travail. Les « organisations virtuelles » peuvent fonctionner dans les différents paliers de gouvernement et d'un palier à l'autre — régional, provincial, territorial et national. Les politiques organisationnelles doivent tenir compte de la sensibilisation au concept d'une « organisation virtuelle » dans des domaines tels que la normalisation des mesures d'utilisation du système, l'établissement du calendrier, les renvois et l'interopérabilité technique et en réseau dans l'ensemble du système de santé. Les organisations doivent mettre en place des politiques et des procédures pour contrôler la qualité, la responsabilité et la continuité des services de télésanté lorsque ces derniers sont offerts entre les paliers de compétence.

Intégration des politiques de télésanté

Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices étayées. Les organisations offrant une gamme de services de santé ont en commun le besoin d'intégrer les services de télésanté aux politiques, aux procédures, aux normes et aux lignes directrices organisationnelles existantes, si possible. Les organisations doivent examiner leurs politiques existantes afin de déterminer si la télésanté y est visée et les réviser au besoin.

Questions stratégiques propres à la télésanté

Les organisations offrant une gamme de services de santé font face à de nouvelles questions stratégiques propres à la télésanté et nécessitent l'élaboration de nouvelles politiques, procédures, normes et lignes directrices. Ces documents propres à la télésanté doivent être élaborés dans les secteurs comme la rémunération et le remboursement des services intercompétences; l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces et territoires et les questions de responsabilité; la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients; les rôles et les responsabilités du personnel non clinique pendant des activités de télésanté confidentielles.

Souplesse et sensibilité liées à l'innovation

La nécessité d'une approche souple et sensible à l'innovation lorsqu'on prodigue des services de télésanté est une autre question obligatoire. L'examen de la documentation a révélé qu'en raison des changements rapides de la technologie de la télésanté et de l'évolution des politiques, des normes et des lignes directrices, il est nécessaire d'examiner les politiques, les normes et les lignes directrices en matière de télésanté plus fréquemment que dans les autres secteurs de services. En outre, il peut être nécessaire de modifier les cadres d'évaluation et les modèles d'assurance de la qualité traditionnels lorsqu'on les applique aux services de télésanté.

Les intervenants qui ont participé aux entrevues sur le leadership organisationnel ont reconnu la nécessité et l'importance de la planification à long terme pour assurer la durabilité des services de télésanté. Toutefois, ils ont soutenu également qu'en raison de l'évolution rapide des technologies et de l'environnement des services de santé électroniques, la souplesse et la sensibilité liées à l'innovation étaient essentielles au moment de réaliser les examens et les évaluations des politiques et des procédures.

Plusieurs types d'applications et de technologies cliniques en matière de télésanté

Un établissement de santé peut offrir plusieurs applications de télésanté différentes (p. ex., la radiologie, la cardiologie, les soins à domicile, le télétriage, le centre antipoison et la gestion des crises en santé mentale). En outre, il existe différents types de programmes de télésanté, par exemple, les programmes de prestation de services de télésanté réguliers et les programmes liés à l'élaboration de nouvelles applications et innovations (la recherche et développement et les projets pilotes). Un organisme peut nécessiter différents types de politiques et de procédures pour les divers programmes et applications.

Ce dont nous devons tenir compte

Rien à signaler dans la présente section.

Principes directeurs

- Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que les méthodes stratégiques et de travail sont compatibles avec les divers organismes et établissements auxquels elles offrent des services;
- Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices administratives étayées;
- En raison de l'évolution actuelle du domaine de la télésanté, les politiques, les procédures, les normes, les lignes directrices et les ententes doivent être examinées plus souvent que dans les autres secteurs de services;
- Dans certains cas, les organisations offrant différents services peuvent nécessiter différents types de politiques et de procédures fondées sur les applications cliniques et les programmes offerts;
- Les besoins des patients ou des clients notamment en ce qui concerne les renseignements personnels et confidentiels doivent être protégés lorsqu'on intègre une innovation à l'établissement de santé.

Lignes directrices suggérées

- LO-1 Les organisations offrant des services de télésanté doivent posséder des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices organisationnelles étayées. Dans les organisations offrant une gamme de services de santé, ces politiques, procédures, normes et lignes directrices sont intégrées aux documents existants, si possible, et les nouvelles politiques et autres mesures relatives à la télésanté ne sont élaborées qu'au besoin.
- LO-2 Les organisations offrant des services de télésanté doivent considérer les applications et les programmes (p. ex., projet pilote, recherche, service en cours) lorsqu'elles élaborent des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices organisationnelles.
- LO-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent examiner les politiques, les procédures, les normes, les lignes directrices et les ententes plus souvent que dans les autres secteurs de services de santé en raison des nouveautés et des changements dans le domaine.
- LO-4 Les organisations offrant des services de télésanté doivent être au fait des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices propres aux services « en réseau » qui dépassent les exigences des établissements tels que les services centraux partagés (p. ex., l'établissement du calendrier) ou les infrastructures (p. ex., liaisons).

Recommandation

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté en plus d'autres services examinent les politiques, les procédures, les normes et les lignes directrices pour déterminer si la télésanté y est visée et les réviser au besoin. Les nouvelles politiques, procédures, normes et lignes directrices doivent être élaborées dans des secteurs propres à la télésanté, non visés dans les documents existants.

6.2 La responsabilisation organisationnelle

La responsabilisation organisationnelle se définit comme la responsabilité ou l'obligation de rendre compte de sa conduite, de ses tâches ou de ses activités. Cette responsabilité ne peut être déléguée (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001). La responsabilisation liée à la prestation des services de télésanté est prise en considération pour un certain nombre de secteurs clés décrits dans la présente section, c'est-à-dire :

- le cadre de gestion;
- la protection des renseignements personnels, la confidentialité, la sécurité et la déontologie;
- la consignation et le stockage des dossiers des patients ou des clients;
- la responsabilité et la gestion du risque;
- les services intercompétences.

6.2.1 Cadre de gestion

Ce que nous avons appris

Les organisations offrant des services de télésanté doivent posséder les mécanismes ou les cadres de responsabilisation appropriés pour exécuter et soutenir ces services. Le cadre de gestion doit mettre l'accent sur les rôles, les responsabilités et la responsabilisation de tous les participants aux services de télésanté.

Deux points importants ont été relevés concernant la gestion : la position du service de télésanté dans l'organigramme, et les structures et les méthodes en place pour traiter la responsabilisation liée à la télésanté.

Place dans l'organisation

Dans les organisations offrant des services de télésanté en plus d'autres services, la place de la télésanté dans la structure organisationnelle et la hiérarchie des responsabilités est importante. La personne dont relève le programme de télésanté doit occuper un poste ayant une incidence stratégique au sein de l'organisation.

Structures et méthodes organisationnelles

Des méthodes administratives doivent être en place afin de soutenir les structures de gestion et la personne responsable de la télésanté. Les services de télésanté doivent être en définitive responsables devant un conseil ou un autre organisme de gestion et ils doivent disposer des leviers administratifs appropriés dans l'organisation pour soutenir cette structure (p. ex., techniques, personnel, supervision, gestion). La responsabilisation doit être définie et consignée clairement.

Ce dont nous devons tenir compte

Rien à signaler dans la présente section.

Principes directeurs

- Les organisations doivent disposer de cadres et de mécanismes appropriés de responsabilisation et de gestion pour exécuter et soutenir les services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

- LO-5 Les organisations offrant des services de télésanté ont des responsabilités consignées clairement en ce qui concerne les services de télésanté.
- LO-6 Dans les organisations offrant des services de télésanté en plus d'autres services, la personne responsable de la coordination des services de télésanté doit relever d'une personne occupant un poste stratégique.

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

6.2.2 Protection des renseignements personnels, confidentialité, sécurité, déontologie et consentement éclairé

Ce que nous avons appris

Protection des renseignements personnels

La protection des renseignements personnels est le droit d'un individu à limiter la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels à son sujet (Institut canadien d'information sur la santé, 2002). La protection des renseignements personnels nécessite la mise en place de politiques au sein de l'organisation afin que les droits des patients et des clients soient respectés à ce chapitre. Toutes les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer de respecter leurs obligations en matière de protection des renseignements personnels. De plus, les organisations dotées de politiques sur la protection des renseignements personnels devront réévaluer ces politiques en fonction des dossiers médicaux électroniques et des nouveautés en matière de télésanté.

Les mécanismes de protection des renseignements personnels liés aux services de télésanté doivent être conformes aux normes en la matière élaborées par les gouvernements pour le secteur de la santé, y compris le dossier médical électronique. En fait, les questions liées à la protection des renseignements personnels dans le secteur de la télésanté seront probablement assujetties à une loi fédérale (c.-à-d., la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, ou LPRPDÉ), à des exigences énoncées dans une loi provinciale visant le traitement de l'information, ou les deux. D'autre part, la politique sur la protection des renseignements personnels devra être adaptée à l'utilisation des services dans plusieurs organisations et installations ainsi qu'au partage de renseignements très personnels. La gestion des renseignements personnels nécessitera donc l'adoption d'une approche coopérative au sein des organisations et des organismes de surveillance, entre ceux-ci ainsi qu'entre les particuliers.

Les organisations comptent divers outils de protection des renseignements personnels qui peuvent être utilisés pour les dossiers médicaux. Ces outils incluent notamment des politiques visant les méthodes de partage et de protection des données, des documents de sensibilisation, des codes régissant la conduite des employés, des vérifications de la conformité aux lois et aux politiques, et des évaluations d'incidence afin d'apporter les améliorations au besoin. Au chapitre de la télésanté, des politiques doivent régir les personnes qui peuvent être présentes durant une séance de télésanté et prévoir que toutes les personnes doivent se déclarer.

En 2001, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a publié des lignes directrices visant à aider les organisations de soins de santé à protéger l'information qui leur a été confiée, *Guidelines for the Protection of Health Information*. Ces lignes directrices contiennent un cadre dont le but est d'orienter les organisations de soins de santé et de les aider à élaborer et à appliquer des programmes complets sur la protection des renseignements personnels et sur la sécurité. Elles tiennent compte des « nouvelles réalités de l'informatique en matière de santé » et de la dépendance croissante des organismes de santé canadiens envers la technologie de l'information.

Confidentialité

La confidentialité désigne l'obligation d'une organisation, de l'autorité responsable et du particulier à protéger l'information qui leur est confiée afin d'en conserver le caractère secret, de ne pas en abuser, ni de la divulguer injustement. Par conséquent, la confidentialité est une

question importante qui nécessite l'application de politiques au niveau de l'organisation sur la protection des renseignements médicaux et le consentement. Les politiques conventionnelles sur la confidentialité doivent être appliquées dans le contexte de la télésanté en tenant compte tout particulièrement des questions techniques liées aux applications de télésanté. Il est à noter que la confidentialité est protégée en vertu de la LPRPDÉ ou d'une loi provinciale ou territoriale similaire, et ses principes doivent être pris en considération dans les politiques organisationnelles. De plus, ces politiques doivent tenir compte de l'incidence des aspects humains, organisationnels et techniques de la télésanté. D'autre part, les mesures visant à assurer la confidentialité doivent être détaillées par écrit. La section 3.5 aborde les mesures spéciales destinées à protéger la confidentialité à l'échelle de la clinique. Enfin, une composante pédagogique doit porter sur les questions liées à la confidentialité. Ce point est particulièrement important lorsque les soignants non professionnels et les bénévoles participent à la prestation des services de télésanté, car on doit s'assurer qu'ils sont assujettis aux mêmes conditions au chapitre de la confidentialité.

Sécurité

La sécurité désigne la protection des renseignements médicaux personnels contre la perte, le vol, l'accès, l'utilisation, la modification ou la divulgation non autorisés ou involontaires (Institut canadien d'information sur la santé, 2002). Les répondants clés ont mentionné que la sécurité était une question importante et un secteur nécessitant l'élaboration de nouvelles politiques et normes visant la télésanté. La télésanté comporte des aspects particuliers qui doivent être mentionnés dans les politiques, les lignes directrices et les procédures de l'organisation en matière de sécurité. Les mesures spéciales visant à protéger la sécurité sont abordées à la section 7.3. Ces politiques et procédures sont similaires à celles qui visent les dossiers médicaux électroniques et, à court terme, on prévoit qu'elles seront intégrées. Encore une fois, on a estimé qu'une composante pédagogique devait porter sur les questions de sécurité liées au comportement humain.

Déontologie

La majorité des répondants au sondage (64,6 %) ont reconnu que leur organisation n'avait pas de code de déontologie propre au personnel responsable de la télésanté. Ces répondants se reportent aux codes existants, aux lignes directrices juridiques de leurs organisations, ou encore à ces deux types de règles à la fois. Les répondants clés croient que les principes de déontologie visant les rencontres individuelles doivent être appliqués aux examens cliniques en télésanté. Toutefois, plusieurs aspects déontologiques de la télésanté liés au consentement éclairé, à la protection de la confidentialité, à la protection des renseignements personnels et à la sécurité, au traitement de l'information électronique confidentielle et autres sont uniques à cette méthode de prestation des services de santé. Bien que la majorité des répondants aient déclaré que leur organisation ne possédait aucun code de déontologie propre à la télésanté, ils ont suggéré de nombreux points méritant d'être inclus dans un tel code. Bon nombre de ces suggestions tiennent compte de la nature spéciale de la télésanté et préconisent l'examen des codes existants afin de déterminer s'ils se penchent sur ces considérations et sur d'autres questions déontologiques propres à la télésanté. L'élaboration des politiques, des normes, des lignes directrices et des procédures liées aux services de télésanté destinés aux collectivités inuites et aux Premières nations des régions éloignées du Canada doit tenir compte de leurs besoins particuliers en matière de déontologie.

Consentement éclairé

Durant la prestation des services de télésanté, comme pour tout autre service de santé, les lois et les règlements provinciaux et territoriaux visant le consentement et les décisions du client dans la province ou le territoire où le service est offert doivent être respectés. Du point de vue de l'organisation, des politiques et des procédures doivent être en place pour que les patients ou les clients donnent un consentement éclairé pour subir un examen en télésanté. En outre, il faut mettre en place des politiques décrivant l'information devant être communiquée au patient ou au client pour qu'il donne un consentement éclairé (voir NRC-15). En ce qui concerne le télétriage en soins infirmiers, le consentement est considéré implicite. Toutefois, il doit reposer sur un choix éclairé découlant de la communication au client de renseignements comme le

nom, la profession et l'organisation ou le lieu de travail du professionnel de la santé, la façon dont l'information sera enregistrée et stockée, la personne ayant accès à l'information, la personne présente durant l'interaction et, au besoin, les traitements parallèles accessibles. Le consentement éclairé est traité du point de vue des normes et des résultats à la section 3.6.

Ce dont nous devons tenir compte

- Les organisations offrant des services de télésanté doivent posséder des politiques et des procédures étayées sur la protection des renseignements personnels pour que les droits des patients ou des clients soient respectés dans ce secteur. Les politiques sur la protection des renseignements personnels doivent tenir compte des aspects particuliers de la télésanté comme leur utilisation par plusieurs organisations et installations et le partage de renseignements très personnels;
- Les politiques conventionnelles sur la confidentialité doivent être appliquées dans le contexte de la télésanté en tenant compte particulièrement des questions techniques liées aux applications de télésanté;
- La sécurité est une question importante et un secteur nécessitant l'élaboration de nouvelles politiques et normes visant la télésanté. Ces politiques et procédures sont similaires à celles qui visent les dossiers médicaux électroniques et, à court terme, on prévoit qu'elles seront intégrées;
- Les principes de déontologie visant les rencontres individuelles doivent être appliqués aux examens cliniques en télésanté. Il est nécessaire de revoir les codes existants afin de déterminer s'ils se penchent sur ces questions et sur d'autres considérations déontologiques propres à la télésanté;
- Durant la prestation des services de télésanté, comme pour tout autre service de santé, les lois et les règlements provinciaux et territoriaux visant le consentement et les décisions du client dans la province ou le territoire où le service est offert doivent être respectés.

Principes directeurs

- Les organisations offrant des services de télésanté doivent avoir des politiques et des procédures étayées pour que la protection des renseignements personnels, la confidentialité et la sécurité de l'information reflètent des aspects particuliers de la télésanté;
- Les lois et les règlements visant la protection des renseignements personnels doivent être appliqués. Toutes les lois sur la protection des renseignements personnels doivent être respectées (c.-à-d., les lois fédérales, provinciales et internationales);
- L'organisation doit offrir des services de télésanté et prendre des décisions conformément à ses valeurs, à son propre code de déontologie ou à d'autres codes de déontologie acceptés;
- Le consentement lié à la télésanté doit respecter des principes et des méthodes similaires à ceux utilisés dans d'autres services de santé. Les lois ou les règlements provinciaux ou territoriaux visant les décisions et le consentement du client doivent être appliqués.

Lignes directrices suggérées

- LO-7 Les organisations offrant des services de santé doivent mettre en place des politiques sur la protection des renseignements personnels visant :
- leur utilisation par plusieurs organisations et installations et le partage de renseignements très personnels;
 - les personnes présentes durant la séance de télésanté et l'information du client.

- LO-8 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures qui protègent la confidentialité de l'information (voir NRC-12 et NRC-13) et qui tiennent compte de :
- la sécurité technique (mots de passe et cryptage);
 - la sécurité des lieux;
 - la mise à jour des dossiers à stocker et à retransmettre, y compris des photographies et des vidéocassettes;
 - l'entente de confidentialité avec tous les employés et les bénévoles associés à la séance de télésanté;
 - la sécurité et la propriété des dossiers des patients ou des clients.
- LO-9 Les politiques et les procédures en matière de sécurité visant la télésanté doivent être intégrées à celles visant les dossiers médicaux électroniques, si possible.
- LO-10 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures pour assurer la sécurité physique de l'équipement de télésanté et la sécurité électronique des données (voir TE-5).
- LO-11 Les organisations offrant des services de télésanté doivent s'assurer que toutes les personnes prodiguant des services connaissent et appliquent les politiques et les procédures visant la confidentialité et la sécurité.
- LO-12 Les principes de déontologie qui s'appliquent à toute rencontre individuelle avec le patient ou le client doivent s'appliquer aux rencontres de télésanté.
- LO-13 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures pour obtenir un consentement éclairé. Ces politiques et ces procédures doivent être conformes aux lois et aux règlements provinciaux ou territoriaux visant les décisions et le consentement du client ou du patient. Les organisations sont encouragées à consulter un conseiller juridique et les organismes professionnels concernés lorsqu'elles élaborent une politique sur le consentement (voir NRC-14, NRC-15, NRC-16 et NRC-17).

Recommandation

Nous recommandons :

- l'examen, par les organisations et les organismes professionnels offrant des services de télésanté, des codes de déontologie existants pour déterminer s'ils contiennent des principes propres à la télésanté.

6.2.3. Consignation et stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients

Ce que nous avons appris

La grande variété des réponses au sondage sur l'emplacement des dossiers de télésanté des patients ou des clients indique qu'il n'existe aucune uniformité de procédure. En fait, la tenue des dossiers et la documentation liée à la télésanté sont considérées comme une question de responsabilisation nécessitant des politiques à l'échelle de l'organisation. Les questions soulevées durant l'analyse du contexte comprennent les suivantes : Qui est responsable de la consignation des données de la rencontre? Où doit être conservé le dossier et par qui? Il faut élaborer des normes visant la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients, qui soient en harmonie avec l'environnement de communication électronique. La création d'un dossier médical électronique contribuera à normaliser la tenue des dossiers et doit tenir compte des exigences particulières de la télésanté.

Ce dont nous devons tenir compte

- L'accessibilité de renseignements pertinents et opportuns pour les professionnels de la santé offrant des services au sein du système constitue un problème dans le secteur des soins conventionnels. La télésanté ajoute un nouvel élément de complexité;
- La tenue des dossiers et la consignation des données associées à la télésanté constituent un problème de responsabilisation qui doit être traité au moyen des politiques de l'organisation;

- Actuellement, il n'existe aucune uniformité dans la conservation des dossiers de télésanté des patients ou des clients;
- Il faut créer des normes visant la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients, qui soient en harmonie avec l'environnement de communication électronique. Il faut aussi créer un dossier médical électronique.

Principes directeurs

- Les organisations offrant des services de télésanté doivent protéger la confidentialité des renseignements sur les patients ou les clients;
- Toutes les rencontres de télésanté doivent être dûment consignées dans le dossier du patient ou du client, et les données connexes doivent être accessibles à tous les professionnels ainsi qu'au patient ou au client, à leur demande.

Lignes directrices suggérées

LO-14 Les organisations offrant des programmes de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures régissant la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients, afin de protéger la confidentialité des renseignements.

Recommandations

Nous recommandons :

- l'élaboration de normes concernant la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients, qui soient en harmonie avec l'environnement de communication électronique. Ces normes doivent définir : la personne responsable de la conservation des dossiers, la personne responsable de mentionner au patient ou au client qui assume ce rôle, les personnes ayant accès à l'information, la conservation des calendriers pour chaque type de renseignement recueilli, la façon dont l'information est supprimée et celle dont les dossiers temporaires ou provisoires doivent être traités;
- la conservation par chacune des organisations concernées, le cas échéant, d'un compte rendu de la rencontre de télésanté jusqu'à ce que ces normes soient mises en application.

6.2.4 Responsabilité et gestion du risque

Ce que nous avons appris

Plusieurs types de responsabilités liées à la télésanté doivent être pris en considération, soit la responsabilité des professionnels concernés, la responsabilité liée à la technologie ou à l'application, la responsabilité de l'organisation ou de l'établissement et la responsabilité liée aux ressources humaines et à la formation. La documentation révèle qu'il existe une incertitude concernant la responsabilité liée à la télésanté en raison de l'absence de jurisprudence. Certaines associations de protection des droits des professionnels de la santé ont élaboré des lignes directrices afin de traiter les questions de responsabilité propres à la télésanté. Par exemple, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) recommande de mettre en place un processus raisonnable afin que la télésanté soit couverte par le plan de gestion du risque de l'organisation. Au chapitre de la technologie et de l'application, les organisations doivent s'assurer que les points liés à l'acquisition de matériel, à l'entretien et à l'assurance de la qualité sont intégrés aux politiques et à la pratique. Pour ce qui est des ressources humaines, les organisations doivent adopter des lignes directrices spéciales pour le recrutement, l'évaluation, la formation et la délivrance de titres et de certificats, ainsi que l'octroi de privilèges aux employés.

Afin de traiter ces différents types de responsabilité, une organisation doit définir clairement les responsabilisations liées aux divers aspects de la prestation des services de télésanté. Il est

recommandé de mettre en place des politiques et un plan de gestion du risque. Les questions liées à la pratique professionnelle entourant la gestion du risque et la responsabilité doivent être réglées dans le cas des professionnels de la santé travaillant en régions éloignées.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme pour les autres programmes de services de santé, les organisations fournissant des services de télésanté doivent posséder un plan de gestion du risque.

Principes directeurs

- Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures afin de prévenir et de gérer les risques touchant l'organisation.

Lignes directrices suggérées

LO-15 Les organisations fournissant des services de télésanté doivent gérer les risques dans le cadre du programme de télésanté :

- en s'assurant qu'elles ont un plan de gestion du risque;
- en s'assurant que les points liés à l'acquisition du matériel, à l'entretien et à l'assurance de la qualité sont intégrés aux politiques et à la pratique (voir TE-1 et TE-16);
- en adoptant des lignes directrices spéciales pour le recrutement, l'évaluation et la formation du personnel (voir RH-6, RH-9, RH-10, RH-12, RH-13);
- en mettant en place un énoncé de principes concernant la réglementation professionnelle, la délivrance de titres et de certificats, et l'octroi de privilèges aux employés (voir RH-7 et RH-8);
- en définissant clairement les rôles, les responsabilités et la responsabilisation des différents individus ou groupes de l'organisation offrant des services de télésanté (voir RH-3, RH-4 et RH-5).

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

6.2.5 Services intercompétences au Canada

Ce que nous avons appris

Un certain nombre de questions stratégiques doivent être réglées au chapitre de la prestation des services de télésanté intercompétences. Une entente commune pancanadienne doit être conclue relativement aux services intercompétences. Cette entente doit comporter des dispositions sur des points comme l'autorisation d'exercer, le remboursement et la responsabilité. Selon les répondants clés, les services intercompétences constituent un secteur où doit être mis en place un cadre stratégique pancanadien de la télésanté parce que les politiques organisationnelles peuvent ne pas s'appliquer d'une province, d'une région ou d'un territoire à l'autre.

Le sondage et les résultats des entrevues des répondants clés ont révélé que les politiques visant l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires doivent être appliquées à l'échelle pancanadienne par les organismes de réglementation professionnelle provinciaux ou territoriaux. Après avoir réglé les questions à cet échelon, les organisations de soins de santé peuvent mettre en place leurs politiques et leurs procédures organisationnelles, conformément aux politiques de réglementation et d'autorisation d'exercer. Jusqu'à ce qu'un cadre stratégique pancanadien soit élaboré, certaines organisations de soins de santé ont mis en place des politiques et des lignes directrices provisoires pour prodiguer les services de santé intercompétences.

Les questions d'intercompétences propres à l'autorisation d'exercer sont abordées à la section 4.3 et le remboursement, à la section 4.6.

Ce dont nous devons tenir compte

- Des politiques visant l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires et d'autres questions liées à la responsabilisation doivent être appliquées à l'échelle pancanadienne par les organismes de réglementation professionnelle provinciaux ou territoriaux.

Principes directeurs

- Des politiques et des procédures doivent être mises en place pour orienter les services interorganisationnels.

Lignes directrices suggérées

Rien à signaler dans la présente section.

Recommandations

Nous recommandons :

- La mise en place de politiques et de lignes directrices provisoires concernant les services de télésanté intercompétences par les organisations de soins de santé, en attendant l'harmonisation des politiques qui facilitera l'adoption d'une approche pancanadienne. Ces politiques et ces lignes directrices provisoires devraient reposer sur des ententes conclues entre des régions, des provinces ou des territoires;
- Le traitement pancanadien des politiques visant l'autorisation d'exercer et des autres questions liées à la responsabilisation par les organismes de réglementation professionnelle (voir la section 4.3).

6.2.6 Télésanté internationale

Ce que nous avons appris

Bon nombre de principes seraient les mêmes, qu'ils soient employés à l'échelle régionale, nationale ou internationale. Le même type de responsabilisation s'applique. Toutefois, la complexité de ces questions augmente exponentiellement dans chacun des secteurs, qu'il s'agisse de responsabilité, de langue, du moment choisi, etc. Les questions liées à la responsabilisation, par exemple la responsabilité, l'autorisation d'exercer et le remboursement, doivent être examinées soigneusement. L'assurance de la qualité des services constituerait également un enjeu pour ce qui est de l'évaluation des résultats des patients et de la continuité des services. Si une organisation exporte ses services de télésanté, ses normes de responsabilisation et de qualité doivent être appliquées. Les questions stratégiques visant la prestation des services internationaux de télésanté comprennent également : 1) la sensibilisation culturelle ou la formation permanente; 2) l'assurance-responsabilité; 3) l'analyse des besoins en matière de services internationaux de télésanté; 4) l'évaluation des différences géographiques en fonction du moment choisi; 5) les ententes d'interopérabilité.

Ce dont nous devons tenir compte

- Dans le cas des services internationaux de télésanté, bon nombre de principes seraient les mêmes, qu'ils soient appliqués à l'échelle régionale, nationale ou internationale. Toutefois, la complexité de ces questions augmente exponentiellement;
- Lorsque les services atteignent une envergure internationale, les ententes simples entre les organisations peuvent être insuffisantes étant donné les différences entre les systèmes fondamentaux (c.-à-d. le système juridique et la réglementation);
- Des lois prévoyant l'application de compétences clairement définies pour régir la télésanté à l'échelle internationale doivent être mises en place aux fins de la responsabilisation.

Lignes directrices suggérées

LO-16 Les organisations offrant des services de télésanté à l'échelle internationale doivent mettre en place des politiques visant des points comme la responsabilité, l'autorisation d'exercer et le remboursement.

Recommandations

Nous recommandons :

- qu'une organisation nationale assure régulièrement la surveillance des activités à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et internationale, et qu'elle rende accessible l'information connexe aux personnes responsables sur place;
- que des précautions minutieuses soient prises avant d'exécuter des activités de télésanté à l'échelle internationale jusqu'à ce que les questions juridiques et réglementaires soient réglées;
- que les ministères de la Santé et les gouvernements fédéral et provinciaux travaillent en collaboration avec les autorités internationales correspondantes afin de négocier des ententes internationales visant à soutenir les processus réglementaires nécessaires à la protection du public et à la responsabilisation.

6.3 Assurer des services de télésanté de qualité

Ce que nous avons appris

La prestation de services de télésanté de qualité englobe un certain nombre d'activités à divers échelons du système de santé. L'assurance et l'amélioration de la qualité et l'évaluation contribuent en grande partie à assurer la qualité des services de télésanté.

L'évaluation désigne le fait de déterminer l'importance ou la valeur d'une chose, habituellement par un examen ou une analyse minutieuse (adaptation de Merriam-Webster, 2003). L'assurance et l'amélioration de la qualité désignent la surveillance et l'évaluation systématiques de divers aspects d'un projet, d'un service ou d'une installation afin que les normes de qualité soient respectées (adaptation de Merriam-Webster, 2003). Nos conclusions liées à ces deux activités visant l'assurance de la qualité des services de télésanté sont abordées ci-dessous.

L'assurance et l'amélioration de la qualité et l'évaluation contribuent en grande partie à assurer la qualité des services de télésanté.

Évaluation

L'examen de la documentation révèle la nécessité de déterminer si la télésanté permet d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, et si tous les aspects des rencontres de télésanté doivent être évalués, notamment : 1) le bien-être physique et psychologique des patients; 2) la qualité technique du service; 3) la qualité de la communication entre les soignants et les patients; 4) la durée de la rencontre; 5) l'opportunité des soins; 6) le degré de confidentialité; 7) les coûts.

Bien que le processus d'évaluation des services de santé enregistre des progrès, on note encore un manque de sophistication dans la collecte des données. L'évaluation des services de télésanté met actuellement l'accent sur la collecte des données concernant l'utilisation et le rendement technique du système, et de celles concernant la satisfaction des soignants et des patients ou des clients. Les éléments plus complexes de la prestation des services de télésanté, comme l'accès aux soins et aux services, aux résultats des patients ou des clients, aux rapports coûts-avantages et coûts-efficacité, et l'incidence sur la marche du travail, l'esprit d'équipe, le rôle et les responsabilités des soignants, doivent être évalués plus souvent. L'évaluation de la qualité et de la rentabilité fondée sur les résultats est peu avancée globalement. Toutefois, on commence à reconnaître que les données de base doivent démontrer que la télésanté vaut au moins les rencontres en personne sur le plan de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Il faut disposer de données qualitatives et quantitatives pour évaluer les services de télésanté.

Les résultats du sondage révèlent qu'une vaste gamme d'indicateurs et de mesures est utilisée pour évaluer les services de télésanté. Ces indicateurs et ces mesures sont plutôt axés sur l'organisation ou le programme. Il faut normaliser les outils de collecte des données, les mesures communes et les principaux indicateurs liés aux applications de télésanté. Il est également nécessaire de définir les principaux indicateurs du rendement afin que la surveillance, les rapports et les évaluations soient effectués de manière uniforme. Le rapport préparé dernièrement par Scott, McCarthy et al. (2003) présente un résumé complet de la documentation sur les résultats de la télésanté et propose un modèle de développement des résultats en télésanté (Telehealth Outcomes Development (TOD) model).

Assurance et amélioration de la qualité

Les répondants au sondage et les répondants clés ont mentionné que l'assurance de la qualité en télésanté était importante, que pratiquement toutes les organisations faisant l'objet du sondage recueillaient des données et que d'autres secteurs sont en développement.

L'organisation doit, dans le cadre de sa responsabilisation, effectuer une surveillance du rendement grâce à un plan continu d'assurance et d'amélioration de la qualité. Les services de télésanté doivent être évalués de manière continue et régulière par des activités d'assurance et d'amélioration de la qualité de l'organisation. La responsabilisation de l'organisation en matière d'assurance de la qualité consiste en partie à mettre en place des mécanismes pour apporter les ajustements nécessaires aux services, selon les résultats du processus de surveillance. Les répondants clés ont suggéré que la surveillance axée sur l'assurance et l'amélioration de la qualité soit effectuée plus d'une fois par année (c.-à-d. trimestriellement durant la première année de mise en œuvre d'un programme de télésanté et semestriellement les années suivantes).

Les répondants clés ont aussi indiqué qu'il est nécessaire de créer des indicateurs de qualité normalisés pour évaluer l'utilisation du système, la satisfaction du patient et du soignant, et le rendement technique. Les indicateurs de qualité doivent être définis pour le programme et l'organisation. Les résultats et les indicateurs sont abordés dans une perspective clinique à la section 3.4.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme dans le cas des autres programmes de services de santé, les services de santé doivent faire l'objet d'une surveillance régulière par des activités d'amélioration et d'assurance de la qualité organisationnelle;
- Il faut évaluer l'incidence de la télésanté sur les coûts, la qualité et l'accessibilité des soins;
- Il faut normaliser les outils de collecte des données, les mesures communes et les principaux indicateurs liés aux applications de télésanté.

Principes directeurs

- Les organisations offrant des programmes de télésanté doivent viser à répondre aux besoins des clients grâce à un processus structuré qui permet d'effectuer une surveillance du rendement et d'améliorer les services.

Lignes directrices suggérées

- LO-17 Les organisations offrant des services de télésanté doivent maintenir un environnement de travail de qualité pour promouvoir le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé et la qualité des résultats des clients. Les activités comme le partage et l'application des pratiques exemplaires, et l'examen régulier de la documentation de recherche doivent être encouragées au sein des organisations offrant des services de santé.
- LO-18 Les organisations offrant des programmes de télésanté doivent élaborer des activités clairement définies et coordonnées afin de surveiller les services de télésanté et d'en améliorer la qualité de façon continue.
- LO-19 Les organisations offrant des services de télésanté doivent exécuter des évaluations et des examens plus fréquents des services, particulièrement après la mise en œuvre initiale.

Recommandations

Nous recommandons :

- que des recherches soient menées pour évaluer et mieux comprendre les incidences des services de télésanté en ce qui concerne la qualité, l'accessibilité, la sécurité et les coûts. La participation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ainsi que l'élaboration d'un programme de recherche commun faciliteraient ce travail;
- que des mesures soient prises pour normaliser les outils de collecte des données, les mesures communes et les principaux indicateurs liés aux applications de télésanté.

6.4 La continuité

Ce que nous avons appris

Dans le passé, de nombreux services de télésanté étaient axés sur les projets et les programmes pilotes. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la télésanté commence à être considérée comme un service valable et à être davantage intégrée au système et aux organisations de soins de santé.

Nos conclusions relatives à la continuité sont abordées sous les cinq rubriques suivantes :

- Modèle intégré de prestation des services de santé;
- Interopérabilité administrative;
- Coordination de plusieurs services au sein de l'organisation;
- Stratégies et politiques visant la durabilité;
- Télésanté internationale.

Modèle intégré de prestation des services de télésanté

Dans la mesure du possible, il faut intégrer les services de télésanté aux services de santé en place. Le processus appliqué pour la télésanté doit se comparer au processus utilisé pour une visite en personne. De plus, on doit élaborer un modèle intégré de prestation de services de télésanté afin de positionner celle-ci comme ressource stratégique permettant l'amélioration continue de la capacité de l'organisation et du système de santé à offrir des services et à communiquer de l'information à distance.

Interopérabilité administrative

Dans les organisations offrant une variété de services de santé, les services de télésanté doivent être intégrés aux politiques administratives, aux lignes directrices et aux procédures dès que possible. Ces organisations doivent également s'assurer que tous les fournisseurs connaissent le mode d'accès aux services de télésanté.

Un système intégré de technologies de l'information et de la communication doit être en place pour assurer la continuité des soins. Comme les applications de télésanté deviennent de plus en plus complexes (p. ex., soins à domicile, traitement chirurgical à distance et régionalisation des établissements de santé), une coordination centrale des communications en télésanté s'impose. Des liens et des normes de coordination doivent être élaborés simultanément aux structures administratives afin de faciliter ces normes.

Coordination de plusieurs services de télésanté au sein de l'organisation

Les organisations de soins de santé offrant plusieurs services de télésanté doivent coordonner la prestation des services et intégrer la télésanté aux soins courants dès que possible. On a d'ailleurs proposé l'organisation des services de consultation externe comme modèle pour coordonner plusieurs services de télésanté. On doit d'une part centraliser la coordination de plus d'un service de télésanté, les coordonnateurs du site ou du réseau étant alors responsables des activités quotidiennes. Les organisations doivent d'autre part mettre en place des macropolitiques qui visent toutes les applications aux fins d'uniformité. Ces politiques comprennent par exemple : 1) les poursuites en cas d'échec; 2) les normes d'entretien du matériel; 3) les réservations et 4) les questions liées à la protection des renseignements personnels, à la déontologie et au consentement éclairé. Finalement, la définition des critères d'établissement des priorités et des lignes directrices visant l'utilisation des services constituerait également une responsabilité administrative.

Stratégies et politiques visant la durabilité

Les plans d'activités, les examens réguliers et les stratégies de financement fiables et à long terme constituent des mécanismes permettant d'élaborer des politiques et des lignes directrices aux fins de la responsabilisation et de la durabilité des services de télésanté.

Les répondants au sondage et à l'entrevue ont mentionné que les plans d'activités ont une grande importance pour la durabilité des services de télésanté. Toutefois, ils ont ajouté qu'une

période de cinq ans était trop longue pour mettre en place un plan de télésanté. La technologie évolue rapidement et il est difficile d'élaborer un plan d'activités dans ce contexte. Il faut mettre en place l'infrastructure liée aux programmes afin d'en assurer la durabilité. Cette infrastructure inclut, par exemple, les liaisons, l'établissement d'un calendrier, des dépôts d'information générale, ainsi que des répertoires et des dépôts d'information sur la télésanté.

Des examens réguliers des services de télésanté doivent s'inscrire dans le processus d'évaluation général d'une organisation. Ces examens doivent avoir lieu plus d'une fois, par exemple trimestriellement durant la première année et semestriellement par la suite.

Le financement à long terme est essentiel à la durabilité des services de télésanté. Il faut mettre en place un financement prévisible.

Ce dont nous devons tenir compte

- Un système intégré de technologies de l'information et de la communication doit être en place pour assurer la continuité des soins;
- Comme les applications de télésanté deviennent plus complexes (p. ex., soins à domicile, traitement chirurgical à distance et régionalisation des établissements de santé), une coordination centrale des communications en télésanté s'impose.

Principes directeurs

- Il faut intégrer les services de télésanté, dans la mesure du possible, aux services de santé en place.

Lignes directrices suggérées

- LO-20 Les organisations offrant plusieurs services de télésanté doivent mettre en place des mécanismes pour faciliter la coordination des services de télésanté, notamment :
- la gestion du matériel et des lieux physiques;
 - l'élaboration des politiques, des procédures et des lignes directrices aux fins d'utilisation des services;
 - l'établissement de priorités.
- LO-21 Lorsqu'au moins deux organisations participent à la prestation de services de télésanté, elles doivent signer un accord ou un contrat prévoyant toutes les questions stratégiques pertinentes, notamment :
- le remboursement;
 - les responsabilités (renvoi aux fournisseurs et aux organisations, et consultation de ceux-ci);
 - les lois visant la sécurité et la protection des renseignements médicaux;
 - le consentement éclairé;
 - la consignation et l'entreposage des dossiers des patients ou des clients;
 - la protection des droits des patients ou des clients en matière de protection des renseignements personnels, de confidentialité et de qualité des soins;
 - les protocoles détaillés visant la préparation, la transmission, la réception, les responsabilités mutuelles et les responsabilités (Nerlich, Balas et al., 2002).
- LO-22 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures aux fins de la responsabilisation et de la durabilité des services de santé.

Recommandation

Nous recommandons :

- l'élaboration d'un modèle intégré de prestation des services de télésanté afin de positionner la télésanté comme ressource stratégique permettant l'amélioration continue de la capacité de l'organisation à offrir des services et à communiquer de l'information à distance.



Chapitre 7

Technologie et équipement

Ce chapitre traite de sujets liés à la technologie et à l'équipement; il intéressera plus particulièrement ceux qui sont responsables de l'achat, de l'entretien et de l'utilisation de l'équipement de télésanté, les organismes de normalisation, les chercheurs ainsi que les vendeurs et les promoteurs de la technologie. Les sujets abordés sont les suivants : Les pratiques en matière d'approvisionnement, La sécurité, La sûreté, La qualité des diagnostics, La fiabilité, L'acceptabilité, L'interopérabilité, La variabilité dimensionnelle, L'entretien ainsi que Les normes et les lignes directrices courantes. Les sections du présent chapitre qui sont intitulées **Ce que nous avons appris** reposent sur les travaux de Brockway (2003).

7.1 Les pratiques en matière d'approvisionnement

Ce que nous avons appris

Les pratiques en matière d'approvisionnement sont abordées dans les sections de l'analyse de l'environnement qui traitent du sondage et des entrevues. L'achat d'équipement de télésanté repose sur trois critères principaux : la facilité d'utilisation, le prix et la conformité aux normes. Les autres critères sont notamment : le rendement de l'équipement pendant la démonstration, la capacité d'interface avec les unités périphériques, le service et le soutien, la vitesse, les moyens de communication (p. ex., protocole Internet, RNIS, service téléphonique traditionnel), la conformité aux exigences, l'acceptabilité pour les patients ou les clients et la stabilité financière du vendeur.

La demande de propositions (DDP) est la méthode privilégiée pour l'acquisition d'équipement, et l'élaboration de la DDP devra faire l'objet d'un travail d'équipe. Il faut à tout prix recueillir les commentaires des utilisateurs afin que leurs besoins soient pris en compte. La DDP est particulièrement avantageuse parce qu'elle permet d'obtenir le meilleur rendement-coût, qu'elle a fait ses preuves et que la plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux l'utilisent, qu'elle permet la formulation d'une décision objective et qu'elle permet d'avoir une idée globale des besoins des utilisateurs. Le temps et les compétences nécessaires à son élaboration sont ses deux inconvénients principaux. On croit qu'un processus de DDP centralisé (au niveau fédéral, provincial et territorial) pourrait parer à ces désavantages en aidant à déterminer les critères sur lesquels se fonde une DDP. Quelques instances ont établi une liste de contrôle et un système de pondération pour évaluer les réponses à une DDP pendant la démonstration de l'équipement.

Ce dont nous devons tenir compte

- À l'instar des autres programmes de services de santé, les programmes de télésanté requièrent des pratiques éprouvées en matière d'approvisionnement.

Principes directeurs

À l'instar des autres programmes de services de santé, les organisations qui fournissent des services de télésanté doivent adopter des pratiques d'approvisionnement qui tiennent compte :

- des suggestions formulées par le personnel;
- du type de services offerts;
- des connaissances et des compétences requises par ces pratiques;
- des risques et des incidences prévus.

Lignes directrices suggérées

- TE-1 Au moment de l'achat de l'équipement, il faut solliciter les suggestions des utilisateurs pour s'assurer que le choix de la technologie repose sur les capacités fonctionnelles requises pour répondre aux besoins des utilisateurs.
- TE-2 Voici les critères proposés pour l'achat de l'équipement de télésanté :
- la facilité d'utilisation;
 - le prix;
 - la conformité aux normes et aux besoins;
 - le rendement de l'équipement pendant la démonstration;
 - la capacité d'interface avec les unités périphériques;
 - le service et le soutien;
 - la vitesse;
 - les moyens de communication (p. ex., protocole Internet (PI), RNIS, service téléphonique traditionnel);
 - l'acceptabilité pour les patients ou les clients;
 - la stabilité financière du vendeur;
 - la certification de conformité de la CSA;
 - l'interopérabilité;
 - l'examen des étapes d'amélioration de l'équipement;
 - la portabilité;
 - la variabilité dimensionnelle;
 - les exigences du Bureau des matériels médicaux de Santé Canada;
 - les lignes directrices cliniques.

Recommandation

Nous recommandons :

- que l'on considère l'élaboration d'un processus normalisé (au niveau fédéral, provincial et territorial) afin d'aider à la détermination des exigences relatives à une DDP.

7.2 La sécurité

Ce que nous avons appris

La sécurité est l'état où l'on ne risque pas de subir ou de causer des blessures, un accident ou une perte (adapté de Merriam-Websters).

On a utilisé trois méthodes d'analyse de l'environnement pour analyser la sécurité. Dans la documentation (Rigby, Forsstrom et al., 2001), le manque de preuve concernant la sécurité de la télésanté suscite des préoccupations.

En ce qui concerne la technologie de la télésanté, la sécurité est réglementée par la norme C22 (sécurité en électricité) de la CSA, par la norme sur le brouillage électromagnétique d'Industrie Canada (NMB 003) et par la politique sur les instruments médicaux adoptée par Santé Canada. Selon le sondage, la majorité des systèmes de télésanté sont conformes à la C22. Cependant, seulement un peu plus de la moitié des répondants sont au courant de la conformité à la NMB 003 et moins de 40 % sont au courant de la conformité à la politique sur les instruments médicaux. Près de 40 % des répondants ignorent que la technologie de la télésanté doit se conformer à la NMB 003 et à la politique sur les instruments médicaux.

Les normes de sécurité comportent des aspects mal définis ayant fait l'objet d'un examen lors des entrevues auprès des répondants clés, entrevues qui ont été axées sur la politique relative aux instruments médicaux. Le non-respect de certaines normes s'explique par le fait que ce ne sont pas toutes les composantes d'un système de télésanté qui requièrent l'évaluation objective de leur capacité à fournir en toute sécurité des renseignements sur les diagnostics (Gregerman, 1996). Par exemple, dans le contexte de la vidéoconférence, on utilise l'équipement pour établir un diagnostic, mais comme il ne touche pas le patient, il n'est pas considéré comme un instrument médical. L'équipement de vidéoconférence est conçu pour le monde des affaires et rien ne garantit la concordance des images envoyées et des images reçues. On propose le développement et l'approbation d'un équipement de qualité clinique (c.-à-d., un équipement utilisé pour le diagnostic clinique doté d'une bande passante supérieure et permettant à l'utilisateur de choisir, selon l'application, la haute résolution ou la régularité du mouvement (Gregerman, 1996). L'exclusion, par la CSA, de certains équipements de télésanté parce qu'on les identifie à un système informatique et la question de savoir si l'ensemble de l'équipement doit être certifié ou seulement certaines de ses composantes représentent deux exemples d'aspects mal définis devant être mieux cernés.

On propose que des normes soient établies pour l'équipement et que la politique relative aux instruments médicaux clarifie les aspects mal définis.

Ce dont nous devons tenir compte

- En ce qui concerne la sécurité et les normes, l'équipement de télésanté doit être traité de la même façon que n'importe quel autre équipement utilisé dans la prestation de services de santé;
- Un certain nombre d'aspects relatifs à la sécurité et aux normes en matière d'équipement sont mal définis.

Principes directeurs

- En ce qui concerne la sécurité et les normes, l'équipement de télésanté doit être traité de la même façon que n'importe quel autre équipement utilisé dans la prestation des services de santé.

Lignes directrices suggérées

- TE-3 Les organisations offrant des services de télésanté doivent se conformer à tous les règlements, codes et lois pertinents en matière de sécurité, dont :
- le Code canadien de l'électricité de la CSA (CSA 22.1);
 - la norme sur le brouillage électromagnétique d'Industrie Canada (NMB 003);
 - la politique sur les instruments médicaux adoptée par Santé Canada.
- TE-4 Les organisations doivent s'assurer qu'elles respectent les politiques et les procédures de prévention contre les infections lorsqu'elles offrent des services de télésanté.

Recommandation

Nous recommandons :

- que le Bureau des matériels médicaux de Santé Canada et que l'Association canadienne de normalisation envisagent l'élaboration et l'adoption de normes nationales en matière de sécurité applicables à l'équipement de télésanté.

7.3 La sûreté

Ce que nous avons appris

La sûreté fait référence à la protection des renseignements personnels en matière de santé contre la perte non autorisée ou involontaire, le vol, l'accès, l'utilisation ou la divulgation (ICIS, 2002). La sûreté comporte la protection du matériel informatique et des logiciels contre l'accès accidentel ou intentionnel, l'utilisation, la modification, la destruction ou la divulgation de renseignements concernant ce matériel ou ces logiciels. La sûreté se rapporte également au personnel, aux données, aux communications et à la protection physique des installations informatiques (adapté du IEEE Standard Dictionary of Electrical and Electronics Terms, 1990).

Toutes les méthodes d'analyse de la conjoncture se sont penchées sur la sûreté de l'équipement et de la technologie de la télésanté. Les mesures de sécurité physiques et électroniques y sont aussi décrites.

On renforce la sécurité physique en verrouillant l'équipement de télésanté, les unités périphériques ou l'équipement portatif et en limitant l'accès à l'équipement de télésanté.

Pour la majorité des répondants au sondage et des répondants clés, la sécurité électronique des données n'est pas en cause puisque les données sur les patients ne sont pas enregistrées dans le système de télésanté. Toutefois, la sécurité électronique du système de télésanté en cours de séance soulève des préoccupations. L'authentification de l'utilisateur devrait être obligatoire pour mettre en marche l'équipement, quel que soit le réseau de télécommunication, RNIS ou protocole Internet (IP). Au nombre des mesures de sécurité supplémentaires pour les réseaux PI, mentionnons l'utilisation d'un réseau protégé par un garde-barrière muni d'un code de chiffrement. La documentation et les répondants clés indiquent que l'avenir pour la sécurité des réseaux PI est à l'infrastructure à clés publiques (ICP).

La sûreté des systèmes de télésanté ne doit pas différer de celle qui est réservée aux autres équipements et services de soins de santé.

Ce dont nous devons tenir compte

- Les mesures visant à assurer la sûreté des systèmes de télésanté ne doivent pas différer de celles qui sont prévues pour les autres équipements et services de soins de santé. Des mesures de sécurité physiques et électroniques doivent être envisagées.

Principes directeurs

- Les organisations et les personnes fournissant des services de télésanté doivent assurer la sécurité physique de l'équipement utilisé dans la prestation des services de télésanté et la sécurité électronique des données.

Lignes directrices suggérées

- TE-5 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des politiques et des procédures visant à assurer la sécurité physique de l'équipement de télésanté et la sécurité électronique des données recommandant :
- le verrouillage de l'équipement de télésanté dans la mesure du possible;
 - le rangement en lieu sûr des unités périphériques et de l'équipement portable;
 - un accès restreint à l'équipement de télésanté, aux clés et aux mots de passe;
 - la protection des réseaux RNIS et PI par l'authentification de l'utilisateur;
 - la protection des réseaux PI par un garde-barrière muni d'un code de chiffrement;
 - l'utilisation de programmes de protection d'écran.

Recommandation

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté passent en revue leurs politiques et leurs procédures existantes afin d'assurer la sécurité physique et électronique aux fins des services de télésanté. De nouvelles politiques et procédures doivent être élaborées, au besoin.

7.4 La qualité des diagnostics

Ce que nous avons appris

La qualité des diagnostics englobe à la fois les notions apparentées d'efficacité et d'effets positifs.

Les trois méthodes de l'analyse de la conjoncture se sont penchées sur la qualité des diagnostics. La documentation traite de la recherche sur l'efficacité ou les effets positifs des applications suivantes en matière de télésanté :

- les périphériques de la médecine rurale (Crump, Levy et al., 1996);
- la téléchirurgie (Demartines, Otto et al., 2000);
- la téléorthopédie (Haukipuro, Ohinmaa et al., 2000);
- la téléophthalmologie (Cuzzani, Bromwich et al., 2000; Dyer et Kirk, 2000);
- la télépsychiatrie (Menon, Kondapavalru et al., 2001);
- la télégestion des traumatismes (Tachakra, Jaye et al., 2000; Tachakra, Lynch et al., 2001);
- la vidéoconférence (consultation) (Lamminen, Ruohen et al., 2001; Grimsgaard, 1999);
- la télédermatologie (Jolliffe, Harris et al., 2001; Loane, Bloomer et al., 2000; Wootton, Bloomer et al., 2000);
- la téléradiologie (Association canadienne des radiologistes, 1999);
- la télépathologie (Foran, Meer et al., 1997; Kayser, Beyer et al., 2000; Papierz, Szymas et al., 2000; Stauch, Schewepe et al., 2000; Weinberg, Allaert et al., 1996).

L'information sur la qualité des diagnostics se trouve à la fois dans les publications médicales et dans les normes et lignes directrices produites par les organisations offrant des services de télésanté. La majorité des répondants au sondage ne consultent pas les publications traitant de la qualité des diagnostics; ils préfèrent recourir à l'évaluation subjective des fournisseurs à l'égard de l'application de la télésanté. Même si on consulte peu les publications, lorsqu'il y a des normes et des lignes directrices, telles que DICOM et les normes et lignes directrices relatives à la téléradiologie (1999) de l'Association canadienne de radiologie, la majorité des répondants les respectent. L'évaluation subjective effectuée par les fournisseurs soulève des

préoccupations quant à la responsabilité légale qui s'y rattache. Quelques répondants clés procèdent à une évaluation plus objective en recourant à une norme idéale qui mesure à la fois l'efficacité et les effets positifs de l'application de la télésanté.

La qualité des diagnostics est beaucoup mieux déterminée si elle résulte d'une évaluation objective du fournisseur. On propose en outre la création d'un organisme de coordination centralisé en vue de faciliter l'élaboration et l'application de normes et de lignes directrices relatives à la qualité des diagnostics et obtenues grâce à la recherche. Un comité a été mis sur pied au Québec afin de commencer à dresser des normes et des lignes directrices relatives à la qualité des diagnostics. On a proposé qu'un organisme national facilite l'élaboration des normes et des lignes directrices relatives à la qualité des diagnostics.

Ce dont nous devons tenir compte

- On a reconnu la nécessité de normes et de lignes directrices en matière de qualité diagnostique spécifiques à un domaine. La téléradiologie est le seul domaine où on a adopté des normes et des lignes directrices formalisées;
- La majorité des répondants au sondage ne consultent pas les publications traitant de la qualité des diagnostics; ils préfèrent recourir à l'évaluation subjective des fournisseurs à l'égard de l'application de la télésanté.

Principes directeurs

- L'établissement de diagnostics de qualité au moyen de l'images et de l'audio est essentiel à une prestation sûre, efficace et efficiente des services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

- TE-6 Les organisations offrant des services de télésanté doivent appliquer, dans la mesure du possible, les normes et les lignes directrices en matière de qualité des diagnostics adaptées à l'application.
- TE-7 En l'absence de celles-ci, il faut consulter les publications traitant de l'efficacité et des effets positifs.

Recommandation

Nous recommandons :

- que des organismes nationaux d'agrément élaborent et mettent en place des lignes directrices et des normes relatives à la qualité des diagnostics formulés à partir de technologies et d'équipement de télésanté.

7.5 La fiabilité

Ce que nous avons appris

La fiabilité est la capacité d'un système ou d'une composante à accomplir les tâches requises dans des conditions données et ce, pendant une période précise (Institute of Electrical and Electronics Engineers, 1990). La fiabilité de l'équipement de télémédecine peut être mesurée par des indicateurs de processus tels que les heures prévues par rapport aux heures utilisées (Perednia, 1996).

Toutes les méthodes d'analyse de la conjoncture ont étudié la fiabilité. Celle-ci n'a pas fait l'objet d'une recherche précise dans la documentation, mais elle est issue de la recherche liée à d'autres questions. L'une des méthodes décrites dans la documentation consiste à vérifier techniquement la fiabilité des échanges de données dans une séance de télémédecine, le point de référence pour la télémédecine (Klutke, Mattioli et al., 1999). Le sondage a fait enquête sur la fiabilité du système de télésanté comme tel et sur la fiabilité du réseau de communication.

La majorité des répondants tiennent un journal de bord pour surveiller la fiabilité de l'équipement. Ils recueillent surtout des renseignements sur l'heure à laquelle commencent et prennent fin les séances, les problèmes techniques, les problèmes rencontrés par les utilisateurs et le mode de résolution de ces problèmes.

La majorité des répondants tiennent un journal de bord pour surveiller la fiabilité de l'équipement. Ils recueillent surtout des renseignements sur l'heure à laquelle commencent et prennent fin les séances, les problèmes techniques, les problèmes rencontrés par les utilisateurs et le mode de résolution de ces problèmes. Pour assurer la fiabilité de l'équipement, les répondants clés proposent les mesures suivantes : l'achat de l'équipement approprié dès le départ, une vérification après-installation, un entretien préventif (inclut l'étalonnage pré-séance et les listes de contrôle), la formation appropriée des utilisateurs et l'adoption de normes et de lignes directrices relatives à la fiabilité.

Pour déterminer les problèmes liés à la fiabilité du réseau de télécommunication, la plupart des répondants se fient au vendeur pour obtenir de l'aide. Afin d'assurer la fiabilité du réseau de télécommunication, les répondants clés proposent la mise au point et l'utilisation de réseaux de télécommunication plus stables (c.-à-d., de réseaux qui n'interrompent pas les connexions).

Ce dont nous devons tenir compte

- En ce qui concerne la fiabilité des services de télésanté, la fiabilité de l'équipement ainsi que celle du réseau de télécommunication doivent être examinées;
- Pour assurer la fiabilité du réseau de télécommunication, les répondants clés proposent la mise au point et l'utilisation de réseaux de télécommunication plus stables.

Principes directeurs

- La fiabilité de la technologie et de l'équipement est essentielle à une prestation sûre, efficace et efficiente de services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

- TE-8 Les organisations offrant des services de télésanté doivent respecter les normes et les lignes directrices relatives à la fiabilité, si elles existent.
- TE-9 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures visant à assurer la fiabilité de l'équipement, lesquelles peuvent inclure :
- l'achat de l'équipement approprié dès le départ (voir TE-2);
 - l'établissement d'une liste de contrôle permettant la vérification de l'équipement avant l'installation;
 - un entretien préventif (incluant l'étalonnage pré-séance et les listes de contrôle);
 - l'étalonnage pré-séance de l'équipement à l'aide des listes de contrôle;
 - l'initiation des utilisateurs à une utilisation appropriée de l'équipement;
 - l'application des normes et des lignes directrices relatives à la fiabilité, si elles existent;
 - la mise en place de plans de secours.
- TE-10 Les organisations offrant des services de télésanté doivent faire le suivi de la fiabilité de l'équipement au moyen de journaux de bord qui enregistrent :
- l'heure où commence la séance;
 - l'heure où prend fin la séance;
 - les problèmes techniques;
 - les problèmes rencontrés par les utilisateurs;
 - le mode de résolution des problèmes.
- TE-11 Les organisations offrant des services de télésanté doivent assurer la fiabilité du réseau de télécommunication :
- en concluant des ententes sur la qualité des services avec les fournisseurs de services de télécommunication;
 - en utilisant des lignes supplémentaires lorsque les services critiques de mission l'exigent.

Recommandation

Nous recommandons :

- l'élaboration et l'application de normes et de lignes directrices nationales relatives à la fiabilité, destinées à la technologie de la télésanté et à l'équipement.

7.6 L'acceptabilité

L'acceptabilité est un état ou une condition permettant de satisfaire à des normes minimales d'utilisation selon qu'elles s'appliquent à des méthodes, à de l'équipement ou à des biens de consommation (adapté de McGraw-Hill, 1989).

Ce que nous avons appris

La documentation et le sondage ont traité de la question de l'acceptabilité. L'acceptabilité de l'équipement technique a été analysée dans la documentation au regard :

- de la téléconsultation (Taylor, Goldsmith et al., 2001);
- de la télé-échocardiographie (Mehta, Wakefield et al., 2001);
- de la médecine familiale en milieu rural (Crump, Levy et al., 1996);
- des vidéoconférences (Pammer, Haney et al., 2001; Klutke, Mattioli et al., 1999);
- de la télépsychiatrie (Mielonen, Ohinmaa et al., 2000; Zarate, Weinstock et al., 1997);
- des télésoins à domicile (Bratton et Cody, 2000; Kinsella et Warner, 1998; Dansky, Bowles et al., 1999).

L'acceptabilité de l'équipement dépend de sa fiabilité, de sa facilité d'utilisation et du moment ainsi que de la qualité de la transmission de données et des communications vocales et vidéo. Pour maintenir l'acceptabilité de l'équipement de télésanté, la majorité des répondants au sondage acquièrent initialement une technologie conviviale, et plus de la moitié assurent une formation à l'utilisateur et au client et procèdent à une évaluation de l'utilisateur et du client.

L'acceptabilité de l'équipement dépend de sa fiabilité, de sa facilité d'utilisation et du moment ainsi que de la qualité de la transmission de données et des communications vocales et vidéo.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme pour d'autres programmes de services de santé, les utilisateurs de programmes de télésanté ont dit avoir besoin d'un équipement adéquat.

Principes directeurs

- L'acceptabilité de la technologie et de l'équipement est essentielle à une prestation sûre, efficace et efficiente des services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

TE-12 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures en vue de maximiser l'acceptabilité de l'équipement, lesquelles incluent :

- l'achat d'un équipement convivial (voir TE-2);
- la formation appropriée des utilisateurs et des patients ou des clients;
- l'acceptabilité de l'équipement faisant l'objet d'une évaluation continue de la part du fournisseur et des patients ou des clients;
- le recours aux normes et aux lignes directrices existantes.

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

7.7 L'interopérabilité

Ce que nous avons appris

Il existe trois types d'interopérabilité : humaine et opérationnelle, clinique, et technique (Société canadienne de télésanté, 2001). La présente section traite de l'interopérabilité technique, qui fait référence à la capacité de deux ou de plusieurs systèmes (ordinateurs, matériel de transmission, réseaux, logiciel et autres composantes de la technologie de l'information) d'interagir les uns avec les autres et d'échanger des données selon une méthode prescrite en vue d'atteindre des résultats prévisibles (comité technique TC 215 d'ISO).

De nombreux articles insistent sur le besoin d'interopérabilité et de normes ouvertes (Homecare and Telerehabilitation Technology Center, 2000; British Columbia Ministry of Health Services, 2001; Applications mondiales en matière de santé du G8, projet 4, 2002, Kopsacheilis, Kamilatos et al., 1997; Tran, Krainak et al., 1999; Ricord, 1995). L'Alberta Research Council s'est associé à l'Alberta Health and Wellness et à l'ICIS pour se pencher sur la question de l'interopérabilité au niveau provincial, territorial, national et international, y compris l'élaboration de documents pour l'ISO (comité technique TC 215 d'ISO sur l'informatique en santé, 2002; Sutherland, Igras et al., 2000).

Aucun consensus n'a pu être dégagé du sondage quant à la meilleure façon d'assurer l'interopérabilité, mais quelques méthodes ont été mentionnées par les répondants au sondage. Ceux-ci assurent le plus souvent l'interopérabilité à l'intérieur de leur région en vérifiant

l'équipement avant d'en faire l'acquisition, en achetant de l'équipement auprès d'un ou deux fournisseurs, en achetant de l'équipement fondé sur des normes ou par des essais de conformité et d'interopérabilité. Pour assurer l'interopérabilité à l'extérieur de leur région, on procède à des appels d'essai entre les systèmes, on achète de l'équipement fondé sur des normes, ou on suit les lignes directrices de l'Alberta Research Council.

Les répondants clés ont relevé de nombreux problèmes associés à l'interopérabilité des réseaux de télésanté dont : l'interprétation multiple des normes, l'interopérabilité des réseaux, l'interopérabilité de l'équipement multiple, la propriété du problème, l'échange de données, la gestion à distance, la transmission de matériel audio et vidéo sur Internet.

Les répondants clés ont relevé de nombreux problèmes associés à l'interopérabilité des réseaux de télésanté dont : l'interprétation multiple des normes, l'interopérabilité des réseaux, l'interopérabilité de l'équipement multiple, la propriété du problème, l'échange de données, la gestion à distance, la transmission de matériel audio et vidéo sur Internet.

On a mentionné que la solution aux problèmes d'interopérabilité consiste à élaborer des normes et à y adhérer. Ces normes devraient être coordonnées à l'échelle nationale et gagner les faveurs des vendeurs. Celles s'appliquant à la télésanté devraient être compatibles avec d'autres systèmes de santé, en particulier en ce qui a trait à l'échange d'information. Pour accélérer l'élaboration de normes, la télésanté pourrait être divisée en deux outils différents, soit un outil de communication et un outil clinique, chacun comportant des normes distinctes.

Pour mieux faire connaître l'équipement interopérable, un dépôt central de sources d'information sur l'équipement devrait être mis sur pied.

Ce dont nous devons tenir compte

- Aucun consensus n'a pu être dégagé du sondage quant à la meilleure façon d'assurer l'interopérabilité, mais quelques méthodes ont été mentionnées par les répondants au sondage;
- On a mentionné que la solution aux problèmes d'interopérabilité consiste à élaborer des normes ouvertes et à y adhérer.

Principes directeurs

- L'interopérabilité des systèmes (ordinateurs, matériel de transmission, réseaux, logiciel et autres composantes de la technologie de l'information) à l'intérieur et à l'extérieur des régions sanitaires ainsi qu'avec d'autres composantes du système de santé est nécessaire à une prestation efficace et efficiente des services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

- TE-13 Les mesures proposées pour assurer l'interopérabilité entre les fournisseurs de service à l'intérieur d'une région incluent :
- la vérification de l'équipement avant l'achat (voir TE-2);
 - l'achat d'équipement auprès d'un ou de deux fournisseurs;
 - l'achat d'équipement satisfaisant aux normes;
 - la conduite d'essais de conformité et d'interopérabilité avant le déploiement à grande échelle.
- TE-14 Les mesures proposées en vue d'assurer l'interopérabilité à l'extérieur d'une région incluent :
- les appels d'essai entre les systèmes;
 - l'acquisition d'équipement satisfaisant aux normes;
 - la conformité aux normes ISO, aux lignes directrices de l'Alberta Research Council ou autres lignes directrices, le cas échéant.

Recommandations

Nous recommandons :

- que l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Inforoute Santé du Canada envisagent de collaborer à l'élaboration et à la mise à jour de normes nationales pour soutenir l'interopérabilité des réseaux de télésanté (c.-à-d., des normes s'appliquant à l'architecture, à l'échange et au dépôt des données);
- que le processus visant l'élaboration de normes pour soutenir l'interopérabilité des réseaux de télésanté fasse appel aux fournisseurs de services de télésanté (y compris les praticiens en solo et ceux qui travaillent dans les entreprises privées comme les pharmacies), aux vendeurs et aux entreprises de télécommunication;
- que les normes relatives à l'échange d'information sur la télésanté soient compatibles avec celles des systèmes d'information sur la santé (c.-à-d., conformité à la norme HL7, le cas échéant);
- qu'un dépôt central des sources d'information fournissant des renseignements sur l'interopérabilité technique de l'équipement soit créé pour le faire connaître et en faciliter le choix.

7.8 La variabilité dimensionnelle

Ce que nous avons appris

La variabilité dimensionnelle est la capacité d'une application (matériel informatique ou logiciel) à continuer de bien fonctionner même si elle (ou son contexte) a changé de dimension ou de volume et ce, afin de répondre aux besoins des utilisateurs (adapté de Search 390.com, 2002). Prenons par exemple, la mise en œuvre d'un programme de télésoins à domicile qui prévoit un poste de soins infirmiers et 10 postes de patients ou de clients. Un an plus tard le programme est élargi de manière à inclure 50 postes de patients ou de clients et un deuxième poste de soins infirmiers, le tout fonctionnant dans le cadre du système initial.

Toutes les méthodes d'analyse de la conjoncture se sont penchées sur la variabilité dimensionnelle. Celle-ci n'a pas fait l'objet d'une recherche documentaire précise, mais elle a été perçue comme posant un problème. Dans le sondage, la question traitant de la variabilité dimensionnelle n'a pas été bien comprise et on y a mal répondu.

La plupart des répondants au sondage ont l'intention de développer leur système de télésanté en augmentant le nombre d'applications, mais peu ont mentionné les améliorations qui s'imposent. La majorité des répondants clés conviennent que la variabilité dimensionnelle est un aspect important à prendre en considération au moment de la mise au point de la technologie de la télésanté. Pour faciliter la variabilité dimensionnelle, on doit élaborer et appliquer des normes, planifier les besoins de façon adéquate avant l'acquisition des technologies, et adopter une stratégie de recyclage après l'achat. Un certain nombre de normes ont été proposées pour faciliter la variabilité dimensionnelle, notamment à l'égard des formats de fichier pour le « stockage et la retransmission », d'un certain nombre et type d'entrées, des interfaces, du logiciel et du pont multipoint.

Ce dont nous devons tenir compte

- La variabilité dimensionnelle est importante pour la durabilité du programme de télésanté;
- Étant donné que l'équipement diagnostique pour les soins aux patients n'est pas utilisé exclusivement aux fins de la télésanté, on favoriserait la variabilité dimensionnelle en tenant compte de cet usage particulier au moment de l'achat.

Principes directeurs

- La variabilité dimensionnelle est un aspect important à prendre en considération au moment de la planification des programmes de télésanté et de l'achat de l'équipement et de la technologie nécessaires.

Lignes directrices suggérées

- TE15 Les organisations offrant des services de télésanté doivent prendre des mesures pour tenir compte de la variabilité dimensionnelle au moment de l'achat de l'équipement et de la technologie, lesquelles peuvent inclure :
- l'élaboration d'un plan global qui prévoit notamment une évaluation des besoins par l'entremise des commentaires des utilisateurs, et qui tient compte de la croissance à venir et des changements;
 - le recours à la variabilité dimensionnelle dans les critères d'achat (voir TE-2);
 - le recours à une planification du cycle de vie (une « stratégie de recyclage »), ultérieurement à l'achat de l'équipement, qui tient compte des nouveaux besoins et de la mise à niveau du matériel ainsi que de la nécessité de remplacer l'équipement et d'en planifier le remplacement.

Recommandation

Nous recommandons :

- l'élaboration de normes nationales facilitant la prise en compte de la variabilité dimensionnelle dans le choix de la technologie de la télésanté et de l'équipement.

7.9 L'entretien

Ce que nous avons appris

Les opérations d'entretien ont été examinées dans le sondage et les entrevues réalisées auprès des répondants clés. Il existe deux types d'entretien : l'entretien proactif (préventif) et l'entretien réactif (réparation de l'équipement en cas de panne). La vaste majorité des répondants au sondage ont conclu des ententes d'entretien réactif de l'équipement de télésanté, qui comportent l'accès au soutien technique, ainsi que de multiples modes de soutien et de garantie. Par contre, le tiers des répondants, dont la majorité possède une formation technique, font de l'entretien préventif. Les répondants clés préfèrent procéder à l'entretien préventif de l'équipement de télésanté. Les mesures d'entretien incluent : la vérification des réseaux et de l'équipement, la mise à jour des logiciels, un approvisionnement de pièces de rechange sur place, la vérification de l'interopérabilité, l'analyse du journal de bord, les essais pré-séance et l'accès à distance à l'équipement. Aux fins des opérations d'entretien, on a également suggéré la planification du cycle de vie (stratégie de recyclage), l'assurance de la qualité et l'obligation de rendre des comptes à l'égard de l'équipement.

Ce dont nous devons tenir compte

- Comme pour les autres programmes de services de santé, les programmes de télésanté requièrent la mise en place de processus assurant un entretien approprié de la technologie et de l'équipement.

Principes directeurs

- L'entretien de la technologie et de l'équipement est essentiel à une prestation sûre, efficace et efficiente des services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

- TE-16 Les organisations offrant des services de télésanté doivent mettre en place des processus pour veiller à la sécurité et à l'efficacité de l'équipement, dont :
- l'entretien préventif, qui peut inclure :
 - la vérification des réseaux;
 - la vérification de l'équipement;
 - la mise à jour des logiciels;
 - la conservation de pièces de rechange sur place;
 - la vérification de l'interopérabilité;
 - l'analyse du journal de bord;
 - les essais pré-séance (y compris l'étalonnage);
 - l'accès à distance à l'équipement;
 - la conclusion d'ententes sur l'entretien de l'équipement;
 - les services d'entretien disponibles localement;
 - la formation technique appropriée des personnes procédant à l'entretien;
 - la mise en place d'une planification du cycle de vie (une « stratégie de recyclage ») pour les mises à jour et le remplacement appropriés de l'équipement;
 - la mise en place de mesures d'assurance de la qualité (c.-à-d., essais pré-séance);
 - la définition de l'obligation de rendre des comptes à l'égard de l'ensemble de l'équipement;
 - la sensibilisation du personnel aux exigences relatives à l'entretien.

Recommandation

Rien à signaler dans la présente section.

7.10 Les normes et lignes directrices courantes s'appliquant à la technologie

Ce que nous avons appris

Les normes et les lignes directrices courantes ont été trouvées dans la documentation. La recherche sur les normes s'appliquant à la technologie est considérable, mais insuffisante. Il faut élaborer un modèle de processus pour chaque domaine de soins de santé et chaque domaine médical, les besoins techniques étant définis sur le plan de la qualité des services, de la sécurité et de l'application de l'interopérabilité. Ces définitions doivent rester intelligibles à l'utilisateur clinique (projet relevant des Applications mondiales en matière de santé du G8, 2002).

Un certain nombre de normes et de lignes directrices spécifiques et non spécifiques ont été rédigées pour l'équipement de télésanté, notamment pour les applications spécifiques suivantes : la téléradiologie, le triage téléphonique, la téléadaptation, le téléapprentissage, la téléophtalmologie, la télé médecine d'urgence, pour les applications non spécifiques suivantes : l'imagerie diagnostique (DICOM), la messagerie relative à la santé (HL7), la vidéoconférence (H.320, H.323, H.324, T.120) et la connectivité des établissements de soins (POCT1-A). Même s'il semble que de nombreuses lignes directrices et normes s'appliquent à la technologie de la télésanté, seules celles s'appliquant à la téléradiologie sont complètes. Toutes les applications de la télésanté nécessitent des normes spécifiques tenant compte des besoins en matière de sûreté, de qualité des diagnostics, de sécurité, d'acceptabilité, d'interopérabilité, de fiabilité et de variabilité dimensionnelle.

L'analyse de la conjoncture révèle que même s'il semble que de nombreuses lignes directrices et normes s'appliquent à la technologie de la télésanté, seules celles s'appliquant à la téléradiologie sont complètes. Toutes les applications de la télésanté nécessitent des normes spécifiques tenant compte des besoins en matière de sûreté, de qualité des diagnostics, de sécurité, d'acceptabilité, d'interopérabilité, de fiabilité et de variabilité dimensionnelle.

Des normes et des lignes directrices sont en cours d'élaboration à la fois au Canada et aux États-Unis, et les organisations suivantes participent activement à ce processus : l'Accreditation Healthcare Commission (URAC), le Telehealth Task Force, l'Association canadienne des

radiologistes, le College of Physicians and Surgeons of Alberta, l'American College of Radiology, la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons, l'American Telemedicine Association, l'Institute of Electrical and Electronic Engineers (IEEE), le NCCLS, la Federal Communications Commission, l'International Telecommunications Union, la Health Level 7, l'American College of Radiology-National Electrical Manufacturer's Association, l'Alberta Research Council, le U.S. Office for the Advancement of Telehealth et l'Organisation internationale de normalisation (ISO).

Ce dont nous devons tenir compte

- Même s'il semble que de nombreuses lignes directrices et normes s'appliquent à la technologie de la télésanté, seules celles s'appliquant à la téléradiologie sont complètes. Toutes les applications de la télésanté nécessitent des normes spécifiques tenant compte des besoins en matière de sûreté, de qualité des diagnostics, de sécurité, d'acceptabilité, d'interopérabilité, de fiabilité et de variabilité dimensionnelle.

Principes directeurs

- Les normes et les lignes directrices relatives à l'équipement de télésanté et à la technologie contribuent à la qualité générale de la prestation des services de télésanté.

Lignes directrices suggérées

TE-17 Les organisations offrant des services de télésanté doivent respecter, dans la mesure du possible, les lignes directrices et les normes applicables.

Recommandations

Nous recommandons :

- l'élaboration de normes et de lignes directrices spécifiques et détaillées s'appliquant à l'équipement de télésanté, qui tiennent compte des commentaires des intervenants en matière de santé et des utilisateurs de services de santé;
- la mise sur pied d'un « centre de renseignements » national sur les normes et les lignes directrices applicables à la technologie de la télésanté et à l'équipement.



Annexe A

Annexe A Glossaire

Acceptabilité : L'acceptabilité est un état ou une condition permettant de satisfaire à des normes minimales d'utilisation selon qu'elles s'appliquent à des méthodes, à l'équipement ou à des biens de consommation (adapté de McGraw-Hill, 1989).

Agrément : Il s'agit d'un processus que les organisations utilisent pour évaluer leurs services et en améliorer la qualité. L'agrément permet également d'attester que les services d'une organisation répondent aux normes nationales en matière de qualité. (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Amélioration de la qualité : Philosophie organisationnelle qui cherche à répondre aux besoins des clients et à dépasser leurs attentes en employant un processus structuré qui définit et améliore de façon sélective tous les aspects d'un service (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Assurance de la qualité : Suivi et évaluation systématiques de divers aspects d'un projet, d'un service ou d'un établissement afin que les normes de qualité soient respectées (adapté de Merriam-Webster, 2003).

Autorisation d'exercer : Processus formel par lequel un organisme officiel accorde à une personne le droit légal d'exercer un emploi (Pong et Hogenbirk, 1999).

Besoins : Les besoins en interopérabilité sont formulés pour définir le niveau d'interopérabilité auquel les différents vendeurs ou fournisseurs d'équipement de télésanté doivent communiquer et échanger de l'information liée à la santé (Société canadienne de télésanté, 2001).

Cadre de lignes directrices de la NIFTE : Ensemble structuré d'énoncés conçu pour aider les personnes et les organisations dans l'élaboration de politiques, de procédures, de lignes directrices et de normes.

Compétence : Les connaissances, les qualifications, le jugement et les attributs personnels qui sont requis pour assumer d'une manière sûre et conforme à l'éthique un rôle désigné dans un cadre déterminé (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 1997).

Concession de privilèges : Politiques et procédures institutionnelles qui déterminent si un professionnel de la santé possède les qualifications nécessaires pour être embauché ou se voir accorder le privilège de pratiquer. Peut s'appeler également la délivrance de titres et de certificats (Pong et Hogenbirk, 1999).

Confidentialité : Les renseignements ne pouvant être divulgués sont protégés en limitant l'utilisation et la communication de l'information obtenue des particuliers (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2002).

Conformité : La conformité aux normes fait référence à la capacité d'un système à exercer une série de fonctions suivant des instructions qui sont bien définies à l'intérieur d'une norme (Société canadienne de la télésanté, 2001).

Consentement : Voir Consentement éclairé.

Consentement éclairé : Permission volontaire donnée par un sujet ou un gardien aux fins d'une participation à une étude ou à une enquête, ou aux fins de soins de santé, après avoir été informé du but, des méthodes et des procédures, et des risques en cause (Dorland, 2000). Il s'agit du principal moyen qui permet de préserver le droit d'un patient à gérer son traitement médical (Dykeman, 2000). En situation non urgente, cinq conditions doivent être présentes pour que le consentement soit valable : le patient ou le client donnant son consentement doit être en possession de ses moyens; le consentement doit être lié au traitement; il doit être éclairé et doit être donné de bon gré; et il ne doit pas résulter d'une fausse déclaration ou d'une fraude (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2001). Voici deux types de consentement :

- consentement explicite : lorsque la personne indique formellement qu'elle accorde son consentement (peut être écrit ou oral);
- consentement tacite : circonstance où le geste posé par une personne indique raisonnablement à un tiers de considérer que son consentement a été accordé.

Continuité : Prestation de services ininterrompus qui est coordonnée au sein et au niveau de l'ensemble des programmes et des organisations, ainsi que pendant la transition entre les différents niveaux de services, et qui s'inscrit dans un continuum au fil du temps (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Cybersanté : Modèle de soins de santé centré sur le consommateur où les intervenants collaborent au moyen des technologies de l'information et de la communication, y compris celles liées à Internet, en vue de gérer la santé et de prévoir, d'offrir et de rendre compte des soins et de gérer le système de santé.

Description de poste : Inventaire des rôles et des responsabilités de chaque emploi qui reflète la pratique courante. Une description de poste inclut un résumé des fonctions, énonce la nature et la portée du travail et précise les qualifications requises et les liens hiérarchiques qui le déterminent (adapté du Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Devoir de diligence : Dans le contexte juridique, le devoir de diligence est défini par un devoir (en droit), une obligation dont doit s'acquitter une partie à l'égard d'une autre (Anderson, 1998). Dans le contexte médical, le devoir de diligence fait référence au moment où un professionnel de la santé doit assumer ses obligations à l'égard du patient/client, ce qui se ramène essentiellement à la question de savoir s'il existait une relation entre le professionnel de la santé et le patient (adapté de Neima et Flood, 1999).

Dossier : Ensemble de renseignements concernant les antécédents personnels et médicaux de la personne, ses besoins, les interventions par les fournisseurs et les résultats. L'information peut être présentée sous forme audio, vidéo, numérique ou photographique. Également appelé dossier de santé, dossier du client ou dossier (adapté du Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Dossier de santé électronique : Un dossier électronique de santé (DSE) procure à chaque Canadien un dossier protégé et personnel qui regroupe les données sur les principaux antécédents médicaux de la personne et les soins de santé qu'elle a reçus à l'intérieur du système de santé. Pour soutenir des soins de santé de qualité, le dossier est accessible, n'importe où n'importe quand, par voie électronique par les fournisseurs de soins et la personne autorisés (Inforoute Santé du Canada, 2002).

Effets positifs : Pertinence ou efficacité thérapeutique de la modalité en question dans les conditions naturelles (Perednia, 1996).

Efficacité : Capacité inhérente de la technologie à transmettre des données importantes sur le plan médical, afin qu'un diagnostic précis soit établi et que les traitements appropriés soient appliqués, et qui est mise à l'épreuve en « laboratoire » au moyen d'un exemple idéal (Perednia, 1996).

Éthique : Normes de conduite qui sont moralement acceptables (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Évaluation : Détermination de l'importance ou de la valeur généralement par une analyse ou une étude minutieuse (adapté de Merriam-Webster, 2003).

Fiabilité : Capacité d'un système ou d'une composante à accomplir les tâches requises dans des conditions données et ce, pendant une période précise (Institute of Electrical and Electronics Engineers, 1990). La fiabilité de l'équipement de télémédecine peut être mesurée par des indicateurs de processus tels que les heures prévues par rapport aux heures réellement utilisées (Perednia, 1996)

Gestion des risques : Système ou processus conçu pour réduire au minimum les possibilités de danger, de pertes ou de blessures (adapté du Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Gouvernance : Fonction qui vise à déterminer l'orientation de l'organisation, à fixer les objectifs et à élaborer une politique en vue d'aider l'organisation à accomplir sa mission (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Indicateur : Outil qui mesure la qualité du service en vue d'apporter des améliorations continues. Un indicateur repose sur un taux ou est défini comme une activité (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2002).

Indicateurs de rendement : Mesures qui sont utilisées pour surveiller les progrès réalisés, faire les ajustements nécessaires et comparer le succès d'un projet aux résultats attendus.

Interopérabilité : Capacité de deux ou de plusieurs systèmes* d'interagir les uns avec les autres et d'échanger des données selon une méthode prescrite en vue d'atteindre des résultats prévisibles (*ne fait pas référence uniquement aux systèmes techniques) (Bergam, Ulmer et Sargious, 2001). Il existe trois types d'interopérabilité : humaine ou opérationnelle, clinique et technique (Société canadienne de télésanté, 2001). L'interopérabilité fait référence à la capacité de deux ou plusieurs systèmes (ordinateurs, matériel de transmission, réseaux, logiciel et autres composantes de la technologie de l'information) d'interagir les uns avec les autres et d'échanger des données selon une méthode prescrite en vue d'atteindre des résultats prévisibles (CT-215 d'ISO).

Ligne directrice : Énoncé de politiques ou procédures qui aident à la détermination d'un plan d'action ou à l'établissement de normes (adapté de Loane et Wootton, 2002).

Lignes directrices en matière de pratique clinique : Il s'agit d'énoncés qui sont élaborés systématiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions au sujet des soins de santé qui sont appropriés à des circonstances cliniques données (Woolf, Grol et al., 1999).

Norme : Énoncé établi par consensus ou par une autorité, qui sert de point de référence pour mesurer la qualité et qui vise l'obtention de résultats optimaux (Consortium de recherche de la NIFTE, communication personnelle, 2003). Ententes documentées comprenant des spécifications techniques ou autres critères précis qui doivent être utilisés de façon uniforme, telles les règles, les directives ou les définitions des caractéristiques afin que les documents, les produits, les processus et les services correspondent au but visé (Organisation internationale de normalisation).

Organisations offrant des services de télésanté : Organisations prenant part à la prestation de services de télésanté, tels que les réseaux de télésanté, les établissements de santé, les centres d'appel et les professionnels de la santé travaillant en solo.

Personnel qualifié : Employés ayant les titres et les compétences nécessaires pour assumer des fonctions précises en ayant la préparation exigée tant sur le plan professionnel que légal, et en y étant légalement autorisés. Ces exigences peuvent inclure l'inscription, la reconnaissance professionnelle, l'autorisation d'exercer et autres formes d'approbation; ainsi que le niveau de formation et d'expériences correspondant aux responsabilités assignées (adapté du Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Plan des ressources humaines : Plan conçu dans le but de prévoir les besoins courants et éventuels en ressources humaines d'une organisation (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Préparation de la planification : Laisse supposer que les organisations sont en mesure de démontrer que le leadership organisationnel a accompli le travail initial en ce qui touche à la planification de la mise en œuvre et de la viabilité de la télésanté.

Préparation du milieu de travail : État de préparation ou capacité d'une organisation à mettre en place de nouveaux services de télésanté.

Préparation technique : Fait référence aux besoins et à la faisabilité techniques relatifs à la prestation de services de télésanté.

Qualité des diagnostics : Englobe les notions apparentées d'efficacité et d'effets positifs.

Rémunération à l'acte : Facturation d'honoraires pour chaque service fourni.

Renseignements personnels en matière de santé : Tout renseignement sous quelque forme que ce soit – en ligne, écrit, oral, etc. – concernant une personne identifiable. Cela inclut l'information qui est reliée directement à la santé d'une personne ainsi que celle qui y est indirectement reliée, telle que son nom, son adresse, son numéro de téléphone ou son numéro d'assurance-maladie. Ces renseignements incluent aussi l'information génétique et les prélèvements de sang et de tissus (Canada's Health Informatics Association (COACH), 2001).

Respect de la vie privée : Droit d'une personne à limiter la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels en matière de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2002).

Responsabilité : Fait d'être astreint à des obligations, d'être juridiquement responsable (adapté de l'American Heritage Dictionary, 2002).

Ressources humaines : Personnel d'une organisation. Les ressources humaines peuvent inclure le personnel rémunérés, les bénévoles et les praticiens indépendants (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Résultats : Changement dans l'état de santé ou la conséquence d'un service (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2001).

Résultats attendus : Description en termes concrets, précis, mesurables et réalistes de l'issue souhaitée du projet.

Sécurité : État où l'on ne risque pas de subir ni de causer des blessures, un accident ou une perte (adapté de Merriam-Websters, 2003).

Sûreté : Protection des renseignements personnels en matière de santé contre la perte non autorisée ou involontaire, le vol, l'accès, l'utilisation ou la divulgation (ICIS, 2002). La sûreté comporte la protection du matériel informatique et des logiciels contre l'accès accidentel ou intentionnel, l'utilisation, la modification, la destruction ou la divulgation de renseignements concernant ce matériel ou ces logiciels. La sûreté se rapporte également au personnel, aux données, aux communications et à la protection physique des installations informatiques (Institute of Electrical and Electronic Engineers Standard Dictionary of Electrical and Electronics Terms, 1984).

Télésanté : L'application des télécommunications et de la technologie de l'information à la prestation des soins de santé et des services et de l'information liés à la santé sur de courtes ou de grandes distances (Picot, 1998). L'utilisation de technologies de télécommunications avancées pour échanger de l'information sur la santé et fournir des soins de santé au-delà des obstacles géographiques, temporels, sociaux et culturels (Société canadienne de télésanté, 2001).

Télétriage : Moyen permettant de fournir de l'information sur la santé et des conseils sur les séries de traitement préférées, habituellement au téléphone, à l'aide de protocoles ou d'algorithmes informatisés élaborés par des experts cliniques.

Variabilité dimensionnelle : Capacité d'une application (matériel informatique ou logiciel) à continuer de bien fonctionner même si elle (ou son contexte) doit changer de dimension ou de volume et ce, afin de répondre aux besoins des utilisateurs (Search 390.techtarget.com, 2002).



Annexe B

Annexe B

Liste d'acronymes

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACISU	Association Canadienne des Institutions de Santé Universitaires
ACORP	Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie
ACOTRO	Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations
ACPM	Association canadienne de protection médicale
ACS	Association canadienne des soins de santé
AFMC	Association canadienne des facultés de médecine du Canada
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AIPVP	Accès à l'information et protection de la vie privée
AMC	Association médicale canadienne
AMM	Association médicale mondiale
ANORP	Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
ARC	Alberta Research Council
BSI	Bureau de la santé et de l'infrastructure (Santé Canada)
CANARIE	Réseau canadien pour l'avancement de la recherche, de l'industrie et de l'enseignement
CCASS	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CCDSS	Collège canadien des directeurs de services de santé
CCIS	Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé
CCRHS	Comité consultatif des ressources humaines en santé
CCSS	Comité consultatif sur les services de santé
CII	Conseil international des infirmières
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CMFC	Le Collège des médecins de famille du Canada
CNR	Conseil national de recherches
COACH	Canada's Health Informatics Association
CPNA	Canadian Practical Nurses Association
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CRTC	Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes
CSA	Association canadienne de normalisation
CSIAC	CHIPP Standards and Interoperability Advisory Committee
DC	Les Diététistes du Canada
DDP	Demande de proposition
DGAAI	Direction générale des applications de l'autoroute de l'information d'Industrie Canada
DICOM	Diagnostic Imaging and Communications in Medicine (NEMA/RSNA)
DRHC	Développement des ressources humaines du Canada
DSE	Dossier de santé électronique
FMRAC	Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada (anciennement FMLAC)
GTDESI	Groupe de travail sur le dossier électronique de santé et la télésanté
HEAL	Groupe d'intervention action santé
IAS	Infostructure atlantique de la santé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICP	Infrastructure à clés publiques
IEEE	Institute of Electrical and Electronic Engineers
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISO	Organisation internationale de normalisation
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LPRPDE	Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques
NEMA	National Electrical Manufacturers Association
NIFTE	Initiative nationale de télésanté
NORA	Network of Regulatory Agencies
OCCETS	Office canadien de conservation de l'évaluation des technologies de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé

PI	Protocole Internet
PPICS	Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé
R&D	Recherche et développement
RISQ	Réseau d'informations scientifiques du Québec
RNIS	Réseau numérique à intégration de services
RSNA	Radiological Society of North America
SCP	Société canadienne de psychologie
SCT	Société canadienne de la télésanté
SMRC	Société de la médecine rurale du Canada
SPIIC	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
STT	Service téléphonique traditionnel
UIT	Union internationale des télécommunications
WHIC	Western Health Information Collaborative



Annexe C

Annexe C

Membres du Comité directeur, du Comité consultatif et du Consortium de recherche

Membres du comité directeur

Organisation	Nom/Poste
Co-présidente Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS)	Sandra MacDonald-Rencz Vice-présidente Collège canadien des directeurs de services de santé
Co-président The Keston Group Consulting Inc	D^r Trevor Craddock Président The Keston Group Consulting Inc
Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)	Cindy Milito Directrice, Planification générale et représentation Conseil canadien d'agrément des services de santé
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Caroline Heick Directrice, Normes Institut canadien d'information sur la santé
Clinidata Corporation	Lois Scott Vice-présidente exécutive et directrice générale Clinidata Corporation
Santé Canada Bureau de la santé et de l'inforoute	Michel Léger Directeur exécutif, Division des politiques Bureau de la santé et de l'inforoute
The Richard Ivey Foundation (RIF)	Maureen Quigley Facilitatrice et conseillère en matière de stratégies liées à la santé Maureen Quigley and Associates Inc. Bruce Lourie Directeur exécutif Richard Ivey Foundation
Université Laurentienne Centre for Rural and Northern Health Research; Coordonnateur du Consortium de recherche de la NIFTE	D^r Raymond Pong Directeur de recherche Centre for Rural and Northern Health Research Université Laurentienne

Membres du comité consultatif

Association professionnelle ou de réglementation, ou organisme offrant des services de télésanté représentés	Nom/Poste
Association Canadienne des Institutions de Santé Universitaires (ACISU)	Glenn Brimacombe Présidente-directrice générale Association Canadienne des Institutions de Santé Universitaires
Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO)	Kathy Corbett Registraire College of Occupational Therapists of British Columbia (COTBC)
Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (ACORP)	Jan Robinson Registraire Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario
Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)	Marcel M. Desrosiers Expert-conseil en télésanté Association canadienne des ergothérapeutes
Association canadienne des soins de santé (ACS)	Valerie Hagerman Coordonnatrice régionale de la santé Région sanitaire de River Valley, Nouveau-Brunswick
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Caroline Heick Directrice, Normes Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Medical Association (CMA)	Bill Pascal Agent en chef, Technologie Association médicale canadienne
Association médicale canadienne (AMC)	Louise Sweatman Directrice, Politique de réglementation Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC)	John Service Directeur exécutif Société canadienne de psychologie
Société canadienne de psychologie (SCP)	Verna Holgate Directrice exécutive College of Licensed Practical Nurses of Manitoba
Canadian Practical Nurses Association (CPNA)	Mr. Wayne Bell Président-directeur général The Digital Group of Telehealth Companies Digital Image FX Inc. - ARTIC Lab - Digital Telehealth Inc.

Association professionnelle ou de réglementation, ou organisme offrant des services de télésanté représentés

Nom/Poste

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) **D^r Richard MacLachlan**
Professeur et chef du Département de médecine familiale,
Université Dalhousie

Les Diététistes du Canada (DC) **Corinne Eisenbraun**
Perfectionnement et soutien professionnels
Les Diététistes du Canada

Marsha Sharp
Présidente-directrice générale
Les Diététistes du Canada

Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada (FMRAC) **D^r John Carlisle**
Registraire adjoint
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Santé Canada
Bureau de la santé et de l'inforoute **Louise Bouchard**
Analyste principale de la politique
Bureau de la santé et de l'inforoute, Santé Canada

Brenda Shestowsky
Analyste principale de la politique
Bureau de la santé et de l'inforoute, Santé Canada

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) **Greg Eberhart**
Registraire
Alberta College of Pharmacists

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) **D^r John Parboosingh**
Expert-conseil, Perfectionnement professionnel
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) **Lee Teperman**
Agent administratif
Société de la médecine rurale du Canada

The Hospital for Sick Children - Université de Toronto **D^r Paul Dick**
Pediatric Outcomes Research Team
The Hospital for Sick Children

Université Laurentienne, Centre for Rural and Northern Health Research **D^r Raymond Pong**
Directeur de recherche
Université Laurentienne,
Centre for Rural and Northern Health Research

Université de Calgary **D^r Penny Jennett**
Professeur, Faculté de médecine
Chef – Programme télématique en santé

Association professionnelle ou de réglementation, ou organisme offrant des services de télésanté représentés

Nom/Poste

Université Dalhousie

D^r John Finley
Professeur, Pédiatrie
Université Dalhousie
Directeur clinique
Dalhousie Telehealth

Alberta Research Council

Pam Brockway
Chef de projet/Chercheuse en santé
Alberta Research Council

Membres du consortium de recherche

Site et centre d'intérêt des travaux de recherche

Nom/adresse

Secteur d'intérêt

Université Laurentienne,
Centre for Rural and Northern
Health Research

D^r Raymond Pong
Directeur de recherche

Ressources humaines

John C. Hogenbirk
Chercheur principal

Kerry Byrne
Chercheuse

Linda Liboiron-Grenier
Assistante à la recherche

Université de Calgary

D^r Penny Jennett
Professeur, Faculté de médecine
Chef – Programme télématique
en santé

Préparation
organisationnelle
et leadership

D^r Maryann Yeo
Adjointe à la recherche
Unité de télématique en santé
Faculté de médecine

Université Dalhousie

D^r John Finley
Professeur, Pédiatrie
Université Dalhousie
Directeur clinique
Dalhousie Telehealth

Résultats et
normes cliniques

D^r Dan Reid
Médecin de premier recours
Dalhousie Telehealth

Site et centre d'intérêt des travaux de recherche	Nom/adresse	Secteur d'intérêt
---	-------------	-------------------

Université Dalhousie	Claudine Szpilfogel Expert-conseil – recherche en santé Research Power Inc.	Résultats et normes cliniques
	Stephanie Heath Expert-conseil – recherche en santé Research Power Inc.	
Alberta Research Council	Pam Brockway Chercheuse et directrice de projet Alberta Research Council	Technologie et équipement



Annexe D

Annexe D

Références bibliographiques

- American Heritage Dictionary of the English Language, 4^e édition. (2002). Boston : Houghton Mifflin Company.
- Anderson, C. (2001). *Continuing Education Via Telehealth - Present Status; Future Growth: A Working Document*. CA Consulting, rapport non publié.
- Association canadienne des radiologistes (1999). *Standards and Guidelines for Teleradiology*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.car.ca/standards/teleradiology.htm>.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) (1997). *National Nursing Competency Project Final Report*. Ottawa : AIIIC.
- Bergman, D., Ulmer, R., et Sargious, P. (2001). « Telehealth Technical Interoperability ». Présenté à l'atelier CST National Telehealth Interoperability. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.telehealthlab.com/pubs/Technical_Interoperability%20\(Actual\).pdf](http://www.telehealthlab.com/pubs/Technical_Interoperability%20(Actual).pdf)
- Bratton, R. L. et Cody, C. (2000). Telemedicine applications in primary care: a geriatric patient pilot project. *Mayo Clin.Proc.*, 75, 365-368.
- British Columbia Ministry of Health Services (2001). *Telehealth Projects: A Practical Guide*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hlth.gov.bc.ca/bctelehealth/pdf/practicalguide.pdf>.
- Brockway, P. (2003). « Section 4: Technology Environmental Scan ». Dans *Final Report of the National Initiative for Telehealth (NIFTE) Guidelines - Environment Scan of Organizational, Technology, Clinical and Human Resource Issues*, Consortium de recherche de la NIFTE (2003). [en ligne]. Disponible aux adresses suivantes : <http://www.nifte.ca> et <http://cst-sct.org>. Aussi disponible : <http://www.telehealthlab.com/>.
- Canada's Health Informatics Association (COACH). (2001). *Guidelines for the protection of health information*. Toronto : COACH.
- Canadian Society for Telehealth Education Committee (2002). *Final Report of National Telehealth Coordinators Workshop 2002*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cst-sct.org/resources/CoordinatorsWorkshopFinalReportFull.pdf>.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (2001). *Achieving Improved Measurement Accreditation Program*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Consortium de recherche de la NIFTE (2003). *Final Report of the National Initiative for Telehealth (NIFTE) Guidelines - Environmental Scan of Organizational, Technology, Clinical and Human Resource Issues*. [en ligne]. Disponible aux adresses suivantes : <http://www.nifte.ca> et <http://www.cst-sct.org>.
- Crump, W. J., Levy, B. J., et Billica, R. D. (1996). A field trial of the NASA Telemedicine Instrument Pack in a family practice. *Aviat. Space Environ. Med.*, 67, 1080-1085.
- Cuzzani, O., Bromwich, M., Penno, E., et Gimbel, H. (2000). The effect of transmission bandwidth on the quality of ophthalmological still and video images. *J. Telemed. Telecare.*, 6 Suppl 2, S11-S13.
- Dansky, K. H., Bowles, K. H., et Palmer, L. (1999). How telehomecare affects patients. *Caring*, 18, 10-14.
- Demartines, N., Otto, U., Mutter, D., Labler, L. et al. (2000). An evaluation of telemedicine in surgery: telediagnosis compared with direct diagnosis. *Arch. Surg.*, 135, 849-853.
- Dorland, W.A.N. (2000). *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, (29^e édition). Philadelphie : W.B. Saunders.
- Dyer, A.M., et Kirk, A.H., (2000). A fully automated remote refraction system. *J. Telemedicine Telecare.*, 6 Suppl 2, S16-S18.

- Dykeman, M.J. (2000). *Consent to treatment. Canadian Health Law Practice Manual*. Markham : Butterworths.
- Finley, J., Reid, D., Szpilfogel, C., et Heath, S. (2003). « Section 5: Clinical Standards and Outcomes Environmental Scan ». Dans *Final Report of the National Initiative for Telehealth (NIFTE) Guidelines - Environment Scan of Organizational, Technology, Clinical and Human Resource Issues*, Consortium de recherche de la NIFTE (2003). [en ligne]. Disponible aux adresses suivantes <http://www.nifte.ca> et <http://cst-sct.org>.
- Foran, D. J., Meer, P. P., Papatomas, T., et Marsic, I. (1997). Compression guidelines for diagnostic telepathology. *IEEE Trans. Inf. Technol. Biomed.*, 1, 55-60.
- Gregerman, M. (1996). *Telemedicine Related Activities. Center for Devices and Radiological Health Food and Drug Administration*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.fda.gov/cdrh/telemed.html>.
- Grimsgaard, B. (1999). ISDN (integrated services digital network) revolutionizes multisite network consultation. *Health Manag. Technol.*, 20, 20-22.
- G-8 Global Healthcare Applications Project-4 (2002). *International Concerted Action on Collaboration in Telemedicine Final Report and Recommendations of the G-8 Global Healthcare Applications Project-4*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://mi.med.u-tokai.ac.jp/g7sp4/final.RTF>.
- Haukipuro, K., Ohinmaa, A., Winblad, I., Linden, T. et al. (2000). The feasibility of telemedicine for orthopaedic outpatient clinics-a randomized controlled trial. *J. Telemed. Telecare.*, 6, 193-198.
- Hogenbirk, J.C., Byrne, K., Pong, R.W., et Liboiron-Grenier, L. (2003). « Section 6: Human Resources Environmental Scan ». Dans *Final Report of the National Initiative for Telehealth (NIFTE) Guidelines - Environment Scan of Organizational, Technology, Clinical and Human Resource Issues*, Consortium de recherche de la NIFTE (2003). [en ligne]. Disponible aux adresses suivantes : <http://www.nifte.ca> et <http://cst-sct.org>. Aussi disponible : <http://cranhr.ca>.
- Homecare and Telerehabilitation Technology Center (2000). *Homecare and Telerehabilitation Technology Center Background and Motivation*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.hctr.be.cua.edu/techcenter/HCTR_stand-backgr.htm.
- Inforoute Santé du Canada inc. (2002). *Présentation du Plan d'affaires*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.canadahealthinfoway.ca/pdf/ISC-Presentation-PlnAffaire.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2002). *Privacy and Confidentiality of Health Information at CIHI*, 3^e édition. Ottawa : ICIS.
- Institute of Electrical and Electronics Engineers (1990). *IEEE Standard Computer Dictionary: A Compilation of IEEE Standard Computer Glossaries*. New York : IEEE.
- ISO/TC 215 Health Informatics (2002). *International Organizations for Standardization*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.iso.ch/iso/en/stdsdevelopment/tc/tclist/TechnicalCommitteeDetail>.
- Jennett, P., Yeo, M. (2003). « Section 3: Organizational Leadership Environmental Scan ». Dans *Final Report of the National Initiative for Telehealth (NIFTE) Guidelines - Environment Scan of Organizational, Technology, Clinical and Human Resource Issues*, Consortium de recherche de la NIFTE (2003). [en ligne]. Disponible aux adresses suivantes: <http://www.nifte.ca> et <http://cst-sct.org>. Aussi disponible : <http://www.ucalgary.ca/telehealth>.
- Jolliffe, V. M., Harris, D. W., et Whittaker, S. J. (2001). Can we safely diagnose pigmented lesions from stored video images? A diagnostic comparison between clinical examination and stored video images of pigmented lesions removed for histology. *Clin. Exp. Dermatol.*, 26, 84-87.
- Kayser, K., Beyer, M., Blum, S., et Kayser, G. (2000). Telecommunication--a new tool for quality assurance and control in diagnostic pathology. *Folia Neuropathol.*, 38, 79-83.
- Kinsella, A. et Warner, I. (1998). Telehealth and managing congestive heart failure. *Caring.*, 17, 14-18.

- Klutke, P. J., Gostomzyk, J. G., Mattioli, P., Baruffaldi, F. et al. (1999). Practical evaluation of standard-based low-cost video conferencing in telemedicine and epidemiological applications. *Med. Inform. Internet. Med.*, 24, 135-145.
- Klutke, P. J., Mattioli, P., Baruffaldi, F., Toni, A. et al. (1999). The Telemedicine benchmark-a general tool to measure and compare the performance of video conferencing equipment in the telemedicine area. *Comput. Methods Programs Biomed.*, 60, 133-141.
- Kopsacheilis, E. V., Kamilatos, I., Strintzis, M. G., et Makris, L. (1997). Design of CSCW applications for medical teleconsultation and remote diagnosis support. *Med. Inform. (Lond)*, 22, 121-132.
- Lamminen, H., Ruuhonen, K., et Uusitalo, H. (2001). Visual tests for measuring the picture quality of teleconsultations for medical purposes. *Comput. Methods Programs Biomed.*, 65, 95-110.
- Loane, M. A., Bloomer, S. E., Corbett, R., Eedy, D. J. et al. (2000). A randomized controlled trial to assess the clinical effectiveness of both real-time and store-and-forward teledermatology compared with conventional care. *J. Telemed. Telecare.*, 6 Suppl 1, S1-S3.
- Loane, M. et Wootton, R. (2002). A review of guidelines and standards for telemedicine. *J. Telemed. Telecare.*, 8, 63-71.
- McGraw-Hill Dictionary of Scientific and Technical Terms* (4^e édition). (1989). New York : McGraw-Hill Book Company.
- Mehta, A. R., Wakefield, D. S., Kienzle, M. G., et Scholz, T. D. (2001). Pediatric tele-echocardiography: evaluation of transmission modalities. *Telemed. J. E. Health*, 7, 17-25.
- Menon, A. S., Kondapavalu, P., Krishna, P., Chrismer, J. B. et al. (2001). Evaluation of a portable low cost videophone system in the assessment of depressive symptoms and cognitive function in elderly medically ill veterans. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 189, 399-401.
- Merriam-Webster (2003). *Merriam Webster Dictionary*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.m-w.com>.
- Mielonen, M. L., Ohinmaa, A., Moring, J., et Isohanni, M. (2000). Psychiatric inpatient care planning via telemedicine. *J. Telemed. Telecare.*, 6, 152-157.
- Neima, T, et Flood, C.M. (1999). The legalities of North America's largest PC-based telehealth network. Manuscrit non publié.
- Nerlich, M, Balas, A, Schall, T, Stieglitz, S. (2002). Teleconsultation practice guidelines: Report from G8 Global Health Applications Subproject 4. *Telemedicine Journal and e-Health*, 8 (4), 411-418.
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2001). *Consent to Medical Treatment, Policy #1-01*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cpso.on.ca/policies/consent.htm>.
- Pammer, W., Haney, M., Wood, B. M., Brooks, R. G., et al. (2001). Use of telehealth technology to extend child protection team services. *Pediatrics*, 108, 584-590.
- Papierz, W., Szymas, J., Danilewicz, M., et Della, M., (2000). Determining the feasibility of diagnosing meningiomas using static teleneuropathy images transmitted electronically. *Folia Neuropathol.*, 38, 39-42.
- Perednia, D. A. (1996). Telemedicine system evaluation, transaction models, and multicentered research. *J. AHIMA.*, 67, 60-63.
- Picot, J. (1998). *La série des cadres de compétitivité sectorielle : L'industrie de la télésanté, Partie I - Vue d'ensemble et perspectives*. Industrie Canada: Secteur de l'industrie, Industries de la santé. [en direct]. Disponible à l'adresse suivante : <http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/hs01322f.html>.
- Picot, J. et Craddock, T. (2000). *The Telehealth Industry in Canada: Industry Profile and Capability Analysis*. Direction générale des sciences de la vie, Industrie Canada, Ottawa. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/inen-ts.nsf/vwGeneratedInterE/h_ts00016e.html.

- Pong, R.W. et Hogenbirk, J. (1999). Licensing physicians for telehealth practice: issues and policy options. *Health Law Review*, 8(1).
- Pong, R.W. et Hogenbirk, J. (2000). Reimbursing physicians for telehealth practice: issues and policy options. *Health Law Review*, 9(1).
- Ricord, L. C. (1995). Meeting the Joint Commission's information management planning standard: a primer and example. *Top. Health Inf. Manage.*, 15, 44-54.
- Rigby, M., Forsstrom, J., Roberts, R., et Wyatt, J. (2001). Verifying quality and safety in health informatics services. *BMJ*, 323, 552-556.
- Romanow, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'Avenir des soins de santé au Canada*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0086.html>.
- Santé Canada (2000). *Bureau de l'autoroute de l'information sur la santé, atelier Vision 2000*.
- Scott, R.E., McCarthy, G.F., Jennett, P.A., Perverseff, T. et al. (2003). *National Telehealth Outcome Indicators Project [NTOIP] - Project Information Document and a Synthesis of Telehealth Outcomes Literature*. Health Telematics Unit, Université de Calgary.
- Search390.techtarget.com (2002). [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : http://search390.techtarget.com/sDefinition/0,,sid10_gci212940,00.html.
- Société canadienne de la télésanté (2001). *National Telehealth Interoperability Workshop Report*. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cst-sct.org/resources/Interoperabilityreport.pdf>.
- Stauch, G., Schweppe, K. W., et Kayser, K. (2000). Diagnostic errors in interactive telepathology. *Anal. Cell Pathol.*, 21, 201-206.
- Sutherland, L., Igras, E., Ulmer, R., et Sargious, P. (2000). A laboratory for testing the interoperability of telehealth systems. *J. Telemed. Telecare.*, 6 Suppl 2, S74-S75.
- Tachakra, S., Jaye, P., Bak, J., Hayes, J. et al. A. (2000). Supervising trauma life support by telemedicine. *J. Telemed. Telecare.*, 6 Suppl 1, S7-11.
- Tachakra, S., Lynch, M., Stinson, A., Dawood, M. et al. (2001). A pilot study of the technical quality of telemedical consultations for remote trauma management. *J. Audiov. Media Med.*, 24, 16-20.
- Taylor, P., Goldsmith, P., Murray, K., Harris, D., et al. A. (2001). Evaluating a telemedicine system to assist in the management of dermatology referrals. *Br. J. Dermatol.*, 144, 328-333.
- Tran, B. Q., Krainak, D. M., et Winters, J. M. (1999). *Performance Evaluation of Commercial POTs-Based Videoconferencing Systems*. Department of Biomedical Engineering, The Catholic University of America Washington, DC Homecare and Telerehabilitation Technology Center. [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hctr.be.edu/techcenter/>.
- Weinberg, D. S., Allaert, F. A., Dusserre, P., Drouot, F. et al. (1996). Telepathology diagnosis by means of digital still images: an international validation study. *Hum. Pathol.*, 27, 111-118.
- Wolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A. and Eccles, M. et al. (1999). Clinical Guidelines: Potential Benefits, Limitations and Harms of Clinical Guidelines. *BMJ*, 318, 527-530.
- Wootton, R., Bloomer, S. E., Corbett, R., Eedy, D. J. et al. (2000). Multicentre randomised control trial comparing real time teledermatology with conventional outpatient dermatological care: societal cost-benefit analysis. *BMJ*, 320, 1252-1256.
- Zarate, C. A., Jr., Weinstock, L., Cukor, P., Morabito, C. et al. (1997). Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: acceptance and reliability. *J. Clin. Psychiatry*, 58, 22-25.



Annexe E

Annexe E

Recommandations

La présente annexe comporte une liste de toutes les recommandations que l'on retrouve dans le Cadre de lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (NIFTE) et se veut une référence rapide pour le lecteur. Chacune des recommandations se trouve aussi dans la section pertinente, classée par sujet, et s'accompagne d'autres sections du Cadre telles que **Ce que nous avons appris**, **Ce dont nous devons tenir compte**, **Principes directeurs**, et **Lignes directrices suggérées**.

Normes et résultats cliniques

La communication avec les patients ou les clients

Nous recommandons :

- que l'on relève les compétences « fondamentales » requises pour une communication efficace dans le contexte de la télésanté;
- que l'on entreprenne des recherches et une évaluation de la nature et du contenu du processus de communication dans le contexte de la télésanté pour mieux comprendre la dynamique interpersonnelle associée à la télésanté et ses effets sur les résultats des soins de santé;
- que les organisations qui fournissent des services de télésanté ajoutent l'évaluation de l'efficacité des communications à leurs activités d'amélioration de la qualité.

Les normes de pratique et qualité des soins cliniques

Nous recommandons :

- que chaque profession de la santé examine l'incidence de la télésanté sur sa nature, son envergure et son modèle de prestation de services et se penche sur la façon dont ce changement peut affecter les lignes directrices existantes en matière de pratique;
- que les organismes nationaux distribuent une version préliminaire de lignes directrices générales nationales, comportant des protocoles et procédures visant : le consentement éclairé; la protection des renseignements personnels et de la confidentialité; la documentation; la propriété du dossier du patient ou du client; et les comportements appropriés dans le cadre d'une consultation vidéo ou téléphonique. Ces lignes directrices générales pour la télésanté devraient être élaborées et mises en œuvre au moyen d'une « approche systématique », favorisant une coordination nationale et une responsabilité locale.

Les résultats cliniques

Nous recommandons :

- qu'un financement soit accordé pour faciliter une évaluation complète des résultats de la pratique clinique et des soins de santé dans le contexte de la télésanté;
- que des organismes de recherche, des chercheurs et des organisations professionnelles aident les professionnels de la santé œuvrant seuls ou en petits groupes pour la collecte, l'évaluation et le signalement de données sur les résultats des soins de santé dans le contexte de la télésanté.

Le consentement éclairé

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté continuent de susciter la participation des équipes de gestion du risque et des conseillers juridiques en vue d'établir des politiques appropriées en matière de consentement;
- que l'on mette en place un processus visant à établir un consensus national sur le processus du consentement en télésanté, qui servirait de fondement et qui assurerait la cohérence, particulièrement pour les activités de télésanté qui englobent plus d'une province ou territoire.

Ressources Humaines

Les plans et politiques en matière de ressources humaines

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté en plus d'autres services :
 - reconnaissent et mettent à jour les politiques actuelles en matière de ressources humaines nécessitant une révision afin de faire face aux besoins de la télésanté quant à la sécurité des patients ou des clients et à la qualité de la prestation des soins de santé;
 - instaurent de nouvelles politiques en matière de ressources humaines qui sont nécessaires à une prestation fiable de services de télésanté de qualité;
 - examinent les services de télésanté pendant la prochaine révision ou mise à jour du plan ou de la politique en matière de ressources humaines au regard de tous les autres aspects préoccupants (moins urgents) des ressources humaines liées à la télésanté;
- que les répercussions de la télésanté sur l'ensemble des travailleurs de la santé soient surveillées.

Les rôles et les responsabilités

Nous recommandons :

- qu'un organisme national établisse une description commune des tâches en matière de télésanté que les différentes organisations du secteur de la télésanté pourraient partager et qui pourrait servir de description de référence des rôles et responsabilités propres à la télésanté.

L'autorisation d'exercer et les questions connexes

Nous recommandons :

- que tant que la question relative à l'autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires n'est pas résolue, les stratégies suivantes sont considérées :
 - les organismes de réglementation professionnelle d'une province ou d'un territoire du Canada doivent conclure des ententes avec une ou plusieurs provinces ou territoires pour permettre la prestation ou l'obtention de services de télésanté;
 - les organismes de réglementation professionnelle doivent songer à utiliser des mécanismes de délivrance de permis temporaires, s'il y a lieu, à l'intention des professionnels de la santé offrant des services de télésanté;
- qu'un mécanisme soit établi pour explorer la faisabilité d'une approche ou d'un mécanisme de compromis pancanadien facilitant une autorisation d'exercer dans d'autres provinces ou territoires qui soit acceptable pour l'organisme de réglementation professionnelle concerné dans chaque province ou territoire et qui soit administré par elle ou par lui;
- que toute nouvelle exigence relative à l'autorisation d'exercer dans le domaine de la télésanté soit examinée en tenant compte des normes ou de la pratique actuelle, et soit mise en place après consultation des professionnels de la santé œuvrant tant dans le milieu médical traditionnel que dans celui de la télésanté;
- que la concession de privilèges soit guidée par les mêmes principes et qu'elle soit résolue de façon similaire à l'autorisation d'exercer;
- que lorsque la prestation des services atteint une portée internationale, les gouvernements fédéral et provinciaux et les ministères de la santé doivent travailler avec les autorités internationales connexes pour négocier les ententes internationales qui soutiennent les modes de réglementation nécessaires à la protection de la population et à la responsabilisation (voir la section 6.2.6).

Les compétences et les qualifications

Nous recommandons :

- que chaque profession de la santé examine la faisabilité et la nécessité d'établir un profil pancanadien de qualifications et de compétences propres à la télésanté;
- qu'un organisme national examine l'établissement d'un profil minimal de qualifications et de compétences pour les personnes responsables de la coordination des programmes de télésanté (c.-à-d., les coordonnateurs des services de télésanté).

L'éducation, l'orientation et la formation

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté soient encouragées à échanger des documents liés aux séances d'orientation et à la formation en télésanté;
- qu'un organisme national fasse un résumé, en guise de ressource, des éléments clés du processus d'orientation et de formation en télésanté. Une liste initiale des éléments clés pourrait s'inspirer de ceux qui ont été compilés au cours de l'analyse de la conjoncture de la NIFTE et qui figurent au tableau 4.1. Le rapport sur l'atelier national des coordonnateurs des services de télésanté qui a eu lieu en 2002 (comité de l'éducation de la SCT, 2002) serait également utile à cette activité;
- qu'il soit envisagé d'insérer des éléments des programmes d'orientation et de formation en cours d'emploi dans un programme national de formation uniformisée menant à l'obtention d'un certificat;
- que les organisations professionnelles examinent le besoin d'élaborer des programmes d'orientation et de formation liés à la télésanté, qui se rattachent directement à leurs professions;
- que les organisations professionnelles examinent le besoin d'inclure certains éléments des programmes d'orientation et de formation dans le curriculum de base des professionnels de la santé, des éléments tels que l'exposition accrue aux ordinateurs, la technologie des télécommunications, les dossiers de santé électroniques et les patients ou les clients virtuels. Que chaque organisation professionnelle envisage de collaborer avec d'autres groupes professionnels en vue d'examiner les problèmes de chevauchement liés aux programmes de formation et d'orientation relatifs à la télésanté.

Le remboursement

Nous recommandons :

- que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soient encouragés à résoudre tout point litigieux concernant le remboursement qui relève de leur compétence;
- que le versement d'un montant supplémentaire soit envisagé pour les professionnels de la santé, subventionnés par l'État ou le secteur privé, qui participent à des services et à des réseaux de télésanté.

Préparation organisationnelle

La préparation du système de santé

Nous recommandons :

- que les politiques, les lignes directrices et les procédures de télésanté visant les infrastructures, le financement, la rémunération, le soutien à l'innovation et le processus de diffusion soient élaborées à l'échelon fédéral, provincial et territorial.

Leadership organisationnel

Les questions obligatoires liées au leadership organisationnel

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté, en plus des autres services, examinent les politiques, les procédures, les normes et les lignes directrices pour déterminer si la télésanté y est visée et les réviser au besoin; et que les nouvelles politiques, procédures, normes et lignes directrices soient élaborées dans des secteurs propres à la télésanté, non visés dans les documents existants.

La responsabilisation organisationnelle

Nous recommandons :

- que les organisations et les organismes professionnels offrant des services de télésanté examinent les codes de déontologie existants pour déterminer s'ils contiennent des principes propres à la télésanté.

Nous recommandons :

- que des normes soient élaborées concernant la consignation et le stockage des dossiers de télésanté des patients ou des clients, qui sont en harmonie avec l'environnement de communication électronique. Ces normes doivent définir la personne responsable de la conservation des dossiers, la personne responsable de mentionner au patient ou au client qui assume ce rôle, les personnes ayant accès à l'information, la conservation des calendriers pour chaque type de renseignement recueilli, comment l'information est supprimée et comment les dossiers temporaires ou provisoires doivent être traités;
- qu'un compte rendu de la rencontre de télésanté soit conservé, jusqu'à ce que ces normes soient mises en application dans chaque lieu lorsque plus d'une organisation est concernée.

Nous recommandons :

- que les organisations de soins de santé mettent en place, jusqu'à ce que les politiques soient harmonisées pour faciliter l'adoption d'une approche pancanadienne, des politiques et des lignes directrices provisoires pour offrir des services de télésanté intercompétences qui reposeraient sur des ententes conclues entre des régions, des provinces et des territoires;
- que les politiques visant l'autorisation d'exercer et les autres questions liées à la responsabilisation soient traitées à l'échelle pancanadienne par les organismes de réglementation professionnelle (voir la section 4.3).

Nous recommandons :

- qu'une organisation nationale assure régulièrement la surveillance des activités à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et internationale et qu'elle rende accessible l'information connexe aux personnes responsables sur place;
- que des précautions minutieuses soient prises avant d'exécuter des activités de télésanté à l'échelle internationale jusqu'à ce que les questions juridiques et réglementaires soient réglées;
- que les gouvernements fédéral et provinciaux, ainsi que les ministères de la Santé travaillent en collaboration avec les autorités internationales correspondantes afin de négocier des ententes internationales visant à soutenir les processus réglementaires nécessaires à la protection du public et à la responsabilisation.

Assurer des services de télésanté de qualité

Nous recommandons :

- que des recherches soient menées pour évaluer et mieux comprendre les incidences des services de télésanté en ce qui concerne la qualité, l'accessibilité, la sécurité et les coûts. La participation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ainsi que l'élaboration d'un programme de recherche commun faciliteraient ce travail;
- que des mesures soient prises pour normaliser les outils de collecte des données, les mesures communes et les principaux indicateurs liés aux applications de télésanté.

La continuité

Nous recommandons :

- qu'un modèle intégré de prestation des services de télésanté soit élaboré afin de pouvoir positionner la télésanté comme ressource stratégique pour améliorer continuellement la capacité de l'organisation à offrir des services et à communiquer de l'information à distance.

Technologie et équipement

Les pratiques en matière d'approvisionnement

Nous recommandons :

- que l'élaboration d'un processus normalisé (au niveau fédéral, provincial et territorial) soit examinée afin d'aider à la détermination des exigences relatives à une DDP.

La sécurité

Nous recommandons :

- que le Bureau des matériels médicaux de Santé Canada et que l'Association canadienne de normalisation envisagent l'élaboration et l'adoption de normes nationales en matière de sécurité qui s'appliquent à l'équipement de télésanté.

La sûreté

Nous recommandons :

- que les organisations offrant des services de télésanté passent en revue leurs politiques et procédures existantes afin d'assurer la sécurité physique et électronique aux fins des services de télésanté. De nouvelles politiques et procédures doivent être élaborées au besoin.

La qualité des diagnostics

Nous recommandons :

- que des organismes nationaux d'agrément élaborent et mettent en place des lignes directrices et des normes appropriées à la qualité des diagnostics utilisant la technologie et l'équipement de la télésanté.

La fiabilité

Nous recommandons :

- que soient élaborées et appliquées des normes et des lignes directrices nationales relatives à la fiabilité, destinées à la technologie de la télésanté et à l'équipement.

L'interopérabilité

Nous recommandons :

- que l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Inforoute Santé du Canada envisagent de collaborer à l'élaboration et à la mise à jour de normes nationales pour soutenir l'interopérabilité des réseaux de télésanté (c.-à-d., des normes s'appliquant à l'architecture, à l'échange et au dépôt des données);

- que le processus visant l'élaboration de normes pour soutenir l'interopérabilité des réseaux de télésanté fasse appel aux fournisseurs de services de télésanté (y compris les praticiens en solo et ceux qui travaillent dans les entreprises privées comme les pharmacies), ainsi qu'aux vendeurs et aux entreprises de télécommunication;
- que les normes relatives à l'échange d'information sur la télésanté soient compatibles avec celles des systèmes d'information sur la santé (c.-à-d., conformité à la norme HL7, le cas échéant);
- qu'un dépôt central des sources d'information fournissant l'information sur l'interopérabilité technique de l'équipement précis soit créé pour mieux faire connaître l'équipement et aider à son choix.

La variabilité dimensionnelle

Nous recommandons :

- que des normes nationales soient élaborées pour faciliter la prise en compte de la variabilité dimensionnelle dans le choix de la technologie de la télésanté et de l'équipement.

Les normes et lignes directrices courantes s'appliquant à la technologie

Nous recommandons :

- que des normes et lignes directrices spécifiques et détaillées s'appliquant à l'équipement de télésanté soient élaborées en tenant compte des commentaires des intervenants en matière de santé et des utilisateurs de services de santé;
- qu'un « centre de renseignements » national soit mis sur pied en ce qui concerne les normes et lignes directrices applicables à la technologie de la télésanté et à l'équipement.