

SANTÉ QUÉBEC



Téléconsultation en hébergement de soins et de services de longue durée

Guide pratique pour une mise en œuvre
réussie

2026-02-16



Remerciements

La mise en œuvre de services de télésanté en soins de longue durée s'inscrit dans une volonté collective d'adapter notre réseau de la santé aux réalités démographiques actuelles et à venir. Ce guide témoigne d'une démarche rigoureuse et collaborative, orientée vers l'amélioration continue de la qualité des soins offerts aux personnes hébergées.

Nous tenons à souligner la précieuse collaboration des établissements qui ont contribué à la réalisation de cette initiative :

- le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal - Unité d'hébergement de l'Hôpital LaSalle;
- le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
- le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en particulier le CHSLD Donald Berman Maimonides.

Un remerciement particulier est adressé à l'équipe du CHSLD Donald Berman Maimonides pour sa participation au premier projet pilote coordonné par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Leur engagement et leur leadership ont été essentiels pour démontrer la faisabilité et la valeur ajoutée des soins virtuels dans un contexte de soins et de services de longue durée.

Les apprentissages issus de ces projets pilotes serviront de fondement au déploiement de modèles de télésanté durables, sécuritaires et centrés sur les besoins des personnes hébergées, tout en soutenant les équipes cliniques dans leurs pratiques quotidiennes. Ensemble, nous contribuons à bâtir un réseau plus agile, équitable et humain.

Collaborateurs

La réalisation de ce guide a été rendue possible grâce à l’engagement et à la collaboration de nombreux partenaires issus du réseau de la santé et des services sociaux, des établissements et des organismes externes. Nous tenons à souligner leur contribution essentielle à la conception et à la mise en œuvre de cette offre de service en télésanté destinée aux milieux d’hébergement de soins et de services de longue durée. Nous remercions chaleureusement l’ensemble des participantes et participants — qu’il s’agisse des médecins, du personnel de la santé, des responsables de projet ou des personnes répondantes en télésanté — pour leur expertise et leur collaboration soutenue.

Nous souhaitons également reconnaître la contribution particulière de plusieurs collaboratrices et collaborateurs ayant apporté un appui déterminant à la réalisation de ce guide :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Stéphane Bouffard, Conseiller clinique Dyane Benoît, expert émérite Dre Suzanne Lebel, médecin-conseil
Santé Québec
Patricia Bonin, APPR Marie-Claude Bray, Coordinatrice télésanté Isabelle Yelle, Directrice des soins infirmiers par intérim
Centre de coordination de la télésanté
Anne Proteau-Gervais, APPR, CIUSSS de l’Estrie - CHUS Rudolph De-Patureaux Conseiller cadre télésanté, CHUM

Rédaction

Marie-Andrée Cloutier, Conseillère clinique - Centre de coordination en télésanté du CHU de Québec-Université Laval

Marie Maroun, Conseillère clinique - Centre de coordination de la télésanté du CUSM

Rosalie Ménard, Conseillère clinique et coordination de la rédaction - Santé Québec

Révision

Christine Petel, Agente d’information - Centre de coordination en télésanté du CHU de Québec-Université Laval

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte	2
Objectifs de ce guide	3
Portée	3
Parties prenantes	4
Consentement aux soins virtuels	4
Offre de service	5
Téléconsultation.....	5
Modèle 1 - Téléconsultation dans le cadre d’une visite médicale	7
1. Description du modèle	7
2. Planification et préparation de la téléconsultation	7
3. Réalisation de la téléconsultation.....	8
Actions du personnel infirmier :	8
Actions du médecin :	8
4. Tenue de dossier et transmission des documents.....	9
5. Suivi avec les proches lorsque requis.....	9
6. Informations complémentaires sur le modèle	9
Modèle 2 : Téléconsultation dans le cadre d’appel de garde entre le personnel infirmier et le médecin	12
1. Description du modèle	12
2. Préparation de la téléconsultation	12
3. Réalisation de la téléconsultation.....	13
Actions du personnel infirmier :	13
Actions du médecin :	13
4. Tenue de dossier et transmission des documents.....	14
5. Suivi avec les proches	14
6. Informations complémentaires sur le modèle	14
Soutien technologique aux usagers, aux médecins et aux professionnels.....	16
Formation.....	16
Objectifs de la formation	16

Plan de communication dans le cadre de la gestion du changement	17
Évaluation de la performance et des indicateurs	18
Pérennisation.....	19
Évaluation de la pérennité	20
Révision du guide	20
Conclusion.....	21
Bibliographie	22

Définitions

Terme	Définition
Asynchrone	La communication asynchrone désigne toute interaction qui ne se déroule pas en temps réel : les échanges entre interlocuteurs se font à des moments différents. Les termes <i>asynchrone</i> et <i>différé</i> peuvent être utilisés de manière interchangeable. Réseau québécois de la télésanté
Contact télésanté	Contact Télésanté est un outil de collaboration sécuritaire et interactif qui permet une communication entre les professionnels impliqués dans le suivi clinique conjoint à distance des usagers. Cet outil a été conçu pour s'adapter à différents types de clientèles et spécialités, donc plusieurs unités ou équipes de soins d'un même établissement peuvent l'utiliser. Réseau québécois de la télésanté
Infirmière praticienne spécialisée	L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) combine à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et neuf activités professionnelles à haut risque de préjudice. Elle peut : • diagnostiquer des maladies; • prescrire des examens diagnostiques; • utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; • déterminer des traitements médicaux; • prescrire des médicaments et d'autres substances; • prescrire des traitements médicaux; • utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice; • effectuer le suivi de grossesses; • administrer le médicament ou la substance permettant à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Milieus d'hébergement de soins de longue durée	Les milieux d'hébergement de soins de longue durée incluent : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés (EPC), les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF), les maisons alternatives (MA), les maisons des aînés (MDA). Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées

Personne hébergée	Une personne hébergée est un usager des services de santé et des services sociaux qui réside dans un milieu d'hébergement de longue durée. Les termes <i>personne hébergée</i> et <i>résident</i> sont utilisés de manière interchangeable dans le texte. Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées
Proches	Les proches sont tous ceux et celles qui font partie de l'entourage d'une personne et avec qui elle entretient un lien, qu'il soit de parenté, de filiation ou non. Il peut s'agir d'une relation amicale, de voisinage, de travail, de couple avec ou sans statut juridique, familiale, etc. Ainsi, le lien qui les unit, la nature de la relation et la fréquence des contacts sont diversifiés. Parmi ces proches, certains assumeront un rôle et des responsabilités particulières, par exemple à titre de représentant légal d'une personne déclarée inapte. Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées
Répondant clinique	Professionnel chargé de la supervision et de la coordination des aspects cliniques des activités de télésanté. Il s'assure que les trajectoires de soins respectent les normes cliniques, les protocoles et les meilleures pratiques en vigueur. Réseau québécois de la télésanté
Répondant technologique	Professionnel ou technicien veillant à l'utilisation optimale des solutions technologiques en télésanté, en toute cohérence avec l'infrastructure et les processus de l'établissement. Réseau québécois de la télésanté
Synchrone	La communication synchrone désigne toute interaction qui se déroule en temps réel : les interlocuteurs simultanément. Les termes <i>synchrone</i> et <i>réel</i> peuvent être utilisés de manière interchangeable. Réseau québécois de la télésanté
Télésanté	Une activité en santé et en services sociaux réalisée à distance, au moyen d'outils technologiques. Cette activité implique la communication ou le partage d'information en temps réel ou en temps différé. Réseau québécois de la télésanté

Liste des acronymes

Terme	Définition
APPR	Agent de planification de programmation et de recherche
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée : regroupe les CHSLD publics, privés conventionnés et privés non-conventionnés
CSSNS	Centre de soutien des services numériques en santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MDA MA	Maison des aînés et maisons alternatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RQT	Réseau québécois de la télésanté
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Introduction

Avec le vieillissement accéléré de la population, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus atteindra 27 % de la population du Québec d'ici 2066 (1). Face à cette réalité, le système de santé doit mettre en place des solutions adaptées pour répondre à cette croissance démographique.

Ce guide explore les opportunités offertes par les soins virtuels afin de répondre efficacement aux besoins des professionnels et des personnes hébergées. L'intégration de la télésanté aux services existants permet non seulement d'améliorer l'accès aux soins et services, mais aussi de favoriser une communication plus fluide entre les professionnels de la santé. Par cette initiative, nous souhaitons contribuer à la mise en place d'approches novatrices, mieux adaptées aux besoins des personnes hébergées et à la réalité des milieux de soins. Ces services de télésanté visent à respecter la dignité et les préférences des personnes hébergées, tout en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

Contexte

Selon l'INESSS (2021), la téléconsultation doit être intégrée de façon complémentaire et fluide, au mode de prestation des soins et services en personne habituel et à la pratique des équipes interprofessionnelles en place dans les CHSLD. (2)

La télésanté permet aux personnes hébergées de recevoir des soins dans leur environnement, sans avoir à se déplacer vers un établissement de santé.

Ce guide s'inscrit dans la continuité du Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées (3), notamment la mesure visant à consolider les soins médicaux en CHSLD :

La concomitance de problématiques de santé physique et mentale requiert une organisation agile des soins médicaux gériatriques (incluant la télésanté), afin d'offrir une réponse rapide, permettant ainsi d'éviter plusieurs transferts évitables et souvent nuisibles pour l'autonomie de la personne âgée. (3)

Ce guide est également aligné avec les axes de spécialité et les finalités des grandes orientations télésanté 2024-2028 .

En 2023, le Comité provincial sur l'optimisation des soins virtuels en soins de longue durée, sous la responsabilité de la Direction générale des aînés et des proches aidants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a mandaté la Direction générale adjointe des affaires professionnelles et de la santé numérique pour amorcer la mise en place de projets tels que la téléconsultation en CHSLD, en CHSLD privés conventionnés et en MDA MA. Le MSSS a entrepris des démarches en ce sens, mais l'opérationnalisation de ces actions relève désormais de Santé Québec, sous la gouvernance de la Direction générale de la Transformation numérique des pratiques cliniques - Projets TI et stratégie.

Quelques objectifs en lien avec ce projet :

- améliorer l'accès aux soins et services pour les personnes hébergées en soins de longue durée;
- éviter des transferts aux urgences;
- pallier la pénurie de la main-d'œuvre et la découverte médicale;
- prévenir le déconditionnement lié aux séjours hospitaliers;
- favoriser la participation des personnes hébergées et de leurs proches aux visites médicales;
- réduire le temps et les coûts associés aux déplacements;
- diminuer les coûts des soins de santé;

- augmenter le transfert de connaissances entre professionnels en soins de longue durée.

Ce guide s'adresse aux établissements qui envisagent de mettre en place un service de télésanté en soins de longue durée. Il présente deux modèles organisationnels de services expérimentés au Québec, basés sur la téléconsultation synchrone entre un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) à distance et la personne hébergée, accompagnée par un.e infirmier.ère ou un.e infirmier.ère auxiliaire, dans les situations suivantes :

- visites médicales planifiées;
- appels de garde non planifiés, en cas d'urgence ou d'aggravation soudaine de la condition clinique.

Ce document de référence permet aussi au lecteur d'en apprendre davantage sur plusieurs thématiques, notamment :

- les parties prenantes;
- le soutien technologique pour les résidents, les médecins et les professionnels de la santé;
- l'offre de formation disponible;
- le plan de communication;
- l'évaluation de la performance et les indicateurs associés;
- la pérennisation du service;
- la satisfaction des professionnels et des personnes hébergées.

Objectifs de ce guide

L'objectif principal de ce guide est de soutenir et d'encadrer le déploiement de la télésanté auprès du personnel de la santé œuvrant en milieux d'hébergement et de soins et de services de longue durée. Il poursuit également les objectifs suivants :

- garantir des soins fondés sur les bonnes pratiques;
- proposer une méthodologie standardisée;
- veiller au respect des règlements et des normes en vigueur, notamment en matière de sécurité des données.

Portée

Ce guide s'adresse à l'ensemble des milieux d'hébergement de longue durée, incluant :

- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les CHSLD privés conventionnés ainsi que les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA);
- les centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés;
- les hébergements en ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF).

Parties prenantes

Une partie prenante se définit comme « un individu ou groupe d'individus qui peut affecter ou être affecté par la réalisation des objectifs organisationnels » (4).

L'implantation d'une offre de service en télésanté requiert la mobilisation d'expertises variées et complémentaires, impliquant plusieurs acteurs organisationnels. Il est donc essentiel d'identifier et d'impliquer ces parties prenantes dès le démarrage du projet. Cette implication favorise leur adhésion, facilite la gestion du changement et contribue à assurer la pérennité de l'initiative.

Ci-après, une liste indicative de parties prenantes à considérer pour la mise en œuvre d'un service virtuel :

Direction des aînés et des proches aidants	Direction des ressources informationnelles	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	Gestionnaire clinique
Chargé de projet	Centre de coordination de la télésanté (CCT)	Répondant clinique et technologique	Personnel du soutien administratif
Personnel infirmier et autre professionnel	Médecin	Patient partenaire	Gestionnaire d'installation

Consentement aux soins virtuels

Le [consentement aux soins virtuels](#) n'est pas inclus dans le consentement général aux soins. Ainsi, lorsqu'un service de télésanté est instauré, il est nécessaire d'obtenir un consentement spécifique auprès de la personne hébergée, de son proche, ou de son représentant légal.

Il est important de souligner que la télésanté ne modifie en rien les responsabilités éthiques, professionnelles et juridiques des professionnels du réseau.

Le professionnel de la santé demeure tenu de recueillir le consentement libre et éclairé de la

personne hébergée ou de son représentant légal pour les soins virtuels offerts.

Ce consentement vise à confirmer la compréhension et l'acceptation de l'utilisation des technologies de la télésanté ainsi que des mesures de protection des renseignements personnels.

La personne hébergée ou son proche doit être informé qu'elle peut révoquer son consentement aux soins virtuels à tout moment, sans conséquence négative ou préjudice, ni justification requise.

Dans le cadre des projets réalisés, il a été recommandé que le consentement aux soins virtuels soit obtenu lors de l'admission de la personne hébergée et validé annuellement lors de la mise à jour du plan de traitement. Un modèle de [formulaire de consentement aux soins virtuels](#) est disponible sur le site du Réseau québécois de la télésanté (RQT).

Offre de service

Selon l'INESSS, l'implantation de la téléconsultation médicale en CHSLD entraîne des changements dans les processus organisationnels, notamment dans la répartition des tâches et des activités. Ces changements nécessitent l'élaboration d'une procédure claire et structurée pour encadrer les différentes phases d'une téléconsultation (5).

Avant de déployer un service de télésanté, il est essentiel de consulter [le répondant en télésanté](#) de votre établissement. Cette démarche permet de vérifier si des procédures de téléconsultation sont déjà en place et d'assurer une intégration harmonieuse de la nouvelle activité. Le répondant en télésanté, de son côté, doit se référer à son [Centre de coordination de la télésanté](#), qui peut offrir un accompagnement dans le déploiement, au besoin.

Enfin, il est essentiel que la direction clinique responsable de l'hébergement de votre établissement s'assure d'un arrimage avec le MSSS concernant la rémunération des médecins.

Téléconsultation

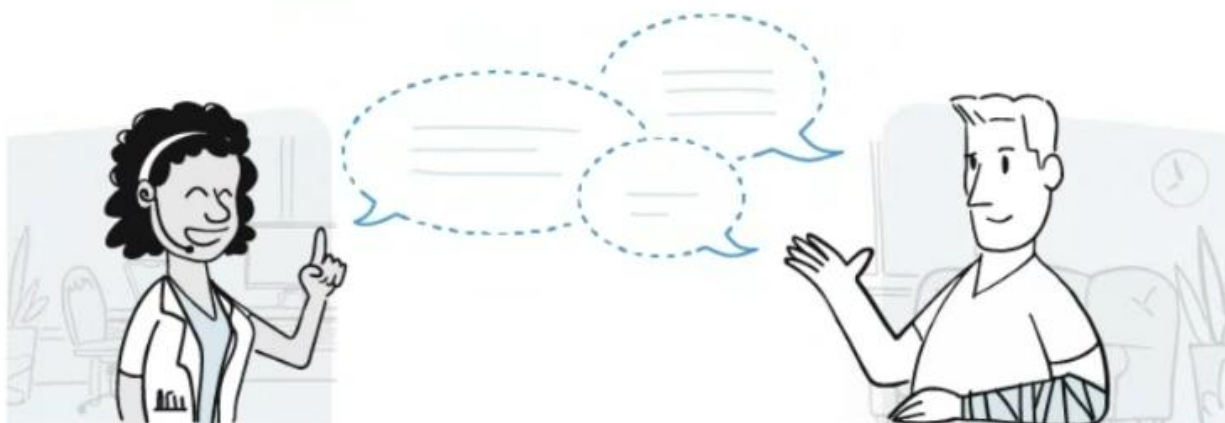
La [téléconsultation](#) est une activité exercée à distance par un professionnel afin d'offrir ses services auprès d'un usager ou de plusieurs usagers en mode synchrone ou asynchrone. La téléconsultation a pour but de poser ou de confirmer un diagnostic, de réaliser un suivi de l'évolution de la condition ou de réajuster un plan de traitement.

La communication synchrone : interaction en temps réel entre deux interlocuteurs ou plus, avec des échanges directs et instantanés. Exemple : une consultation vidéo entre un professionnel et un patient.

Cette section présente **deux modèles de téléconsultation en mode synchrone**, testés et expérimentés avec succès dans trois CIUSSS de la région de Montréal¹, impliquant trois centres d'hébergement de soins de longue durée.

Modèles expérimentés :

1. Téléconsultation dans le cadre d'une visite médicale (médecin ou IPS);
2. Appel entre le personnel infirmier et le médecin ou l'IPS de garde.



¹ CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'hébergement de l'Hôpital LaSalle, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CHSLD Donald Berman Maimonides, et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Modèle 1 - Téléconsultation dans le cadre d'une visite médicale

1. Description du modèle

Dans les milieux de soins et de services de longue durée, des visites médicales sont réalisées pour chaque personne hébergée, selon une fréquence déterminée par l'équipe clinique. Ce modèle propose la réalisation de ces visites par téléconsultation synchrone entre le médecin (ou l'IPS), à distance, et le personnel infirmier présent auprès de la personne hébergée.

Bien que les modèles actuels n'incluent pas d'IPS, leur intégration ne modifie pas le fonctionnement.

Des objets connectés peuvent également être utilisés pour optimiser la qualité des visites, selon les besoins cliniques des équipes.

Note : Les activités décrites sous le libellé « **personnel infirmier** » peuvent, selon l'évaluation de l'infirmier.ère, l'organisation du travail et la réglementation en vigueur, être réalisées par un.e infirmier.ère auxiliaire.

2. Planification et préparation de la téléconsultation

La mise en œuvre de ce modèle requiert une collaboration étroite entre la personne hébergée, l'équipe soignante, l'équipe administrative, les proches de l'utilisateur (notamment la famille), ainsi que le médecin ou l'IPS. Un moyen de communication sécurisé est indispensable pour garantir la confidentialité des échanges.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), Microsoft Teams est l'outil de communication sécurisé recommandé par le MSSS.

Afin de préparer adéquatement la personne hébergée à la téléconsultation, le personnel doit l'informer et répondre à ses questions ou préoccupations.

Étapes préalables :

- **Personnel infirmier** : prépare la liste des personnes hébergées selon les critères cliniques préétablis par l'établissement et les critères d'éligibilité à une téléconsultation, puis la transmet au médecin.
- **Soutien administratif** : vérifie le consentement signé dans le dossier, planifie la

téléconsultation, envoie le lien aux proches aidants souhaitant participer à la téléconsultation, et s'assure de la disponibilité du matériel nécessaire (chariot, objets connectés, etc.). Met à jour la liste des personnes hébergées dans Contact télésanté, notamment lors d'une nouvelle admission ou d'un décès.

- **Médecin et personnel infirmier** : consultent l'outil Contact Télésanté ou un outil similaire² pour identifier les résidents prioritaires lors de la prochaine visite.
- **Proches** : se connectent à la rencontre s'ils le souhaitent et si la personne hébergée y consent.
- **Personnel infirmier** : prépare le plan de contingence en cas de problème technique et / ou d'urgence (ex. : utilisation d'un téléphone cellulaire pour appeler le médecin).

3. Réalisation de la téléconsultation

Pour parvenir à réaliser une téléconsultation dans le cadre de visites médicales, le personnel infirmier et le médecin ou l'IPS ont, de part et d'autre, des actions à réaliser.

Actions du personnel infirmier :

- Vérifier la disponibilité du matériel technologique;
- Accéder à la rencontre planifiée via Microsoft Teams en utilisant l'un des moyens suivants :
 - sélectionner le lien de la rencontre Teams dans l'agenda;
 - cliquer sur le lien déposé sur la tablette;
 - contacter directement le médecin via une conversation dans Teams.

Selon la condition clinique de la personne hébergée, le personnel infirmier peut appuyer son évaluation à l'aide d'objets connectés. Divers dispositifs approuvés et sécuritaires sont disponibles. La section *Informations complémentaires sur le modèle* fournit des précisions sur le matériel technologique et les objets connectés.

Actions du médecin :

- planifier et préparer la visite en consultant les informations pertinentes à l'aide de l'outil Contact Télésanté ou d'un outil similaire;
- se connecter à la rencontre à l'heure prévue selon le même procédé que le personnel infirmier, via le périphérique identifié par l'établissement.

² Dossier médical électronique, cahier de bord, journal de bord, cahier de communication

4. Tenue de dossier et transmission des documents

Après une téléconsultation, le médecin et le personnel infirmier rédigent leurs notes d'évolution dans les sections prévues par leur établissement.

Si l'établissement ne dispose pas de dossier médical électronique, un processus sécurisé doit être mis en place pour permettre la rédaction des notes médicales à distance :

- le médecin transmet ses notes via son courriel sécurisé «[.med](#)» à l'équipe soignante;
- une copie électronique est imprimée et ajoutée au dossier médical de la personne hébergée;
- l'original des notes est conservé par le médecin, puis intégré au dossier lors d'une visite sur site ou acheminé par un service de courrier. Dans tous les cas, il doit être versé au dossier dans un délai maximal de 24 heures;
- les prescriptions médicales et autres ordonnances sont transmises en priorité au personnel infirmier, qui en assure la gestion conformément aux procédures de l'établissement.

5. Suivi avec les proches lorsque requis

Comme en présentiel, le personnel infirmier ou le médecin doit réaliser un suivi auprès du représentant de la personne hébergée, en respectant le niveau de divulgation autorisé par ce dernier.

6. Informations complémentaires sur le modèle

Le personnel infirmier doit jouer un rôle essentiel dans la sélection, la conception, le déploiement et l'évaluation des solutions utilisant les technologies de l'information. Pour en savoir plus sur les technologies et outils utilisés, veuillez consulter le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Technologies et outils utilisés

Technologies et outils pour le personnel infirmier et le médecin
• Microsoft Teams • Chariot léger avec bras articulé • Tablettes • <u>Télécopie infonuagique</u> • Outil de suivi et de communication : <u>Contact Télésanté</u> ou tout autre outil similaire • Dossier médical électronique (DMÉ)
Objets connectés
<u>Stéthoscope électronique</u>
Casque de réalité mixte
Couverture Wi-Fi
Évaluation de la couverture Wi-Fi et de la vitesse de connexion : il est recommandé de réaliser une cartographie des zones de couverture et de tester la vitesse du réseau. Cette analyse permet d'identifier les zones à améliorer pour garantir la fiabilité du réseau sans fil. Cette initiative doit être menée en collaboration avec la direction des technologies de l'information de l'établissement. Solution de remplacement en cas d'absence d'accès Internet : • Utilisation d'une carte SIM En l'absence de connexion Internet classique, une alternative consiste à utiliser une carte SIM pour accéder aux données mobiles via un forfait cellulaire. Cette solution peut être appliquée aux téléphones mobiles et aux tablettes. Pour obtenir plus de renseignements sur les modalités et options disponibles, veuillez contacter le répondant technologique en télésanté. Exemple de solution temporaire : modem LTE (voir annexe 1)

Tableau 2 : Bénéfices et limites de la téléconsultation synchrone

Dans la mise en place de cette offre de service, il est essentiel de prendre en compte non seulement les bénéfices attendus, mais aussi les contraintes ou obstacles potentiels. Pour plus de détails, consultez la fiche [téléconsultation : avantages et points de vigilance](#). Le tableau ci-dessous présente une synthèse des principaux avantages et limites liés à ce type de téléconsultation.

Bénéfices de la téléconsultation	Limites de la téléconsultation
Pour le résident et ses proches • Amélioration de l'accès aux soins pour les résidents des hébergements en régions éloignées (médecins, spécialistes et autres professionnels). • Facilitation de la participation des proches aux consultations médicales. • Réduction des déplacements non nécessaire pour les patients. Pour les professionnels de la santé • Optimisation du temps des médecins, permettant d'augmenter le nombre de consultations lors des tournées et d'améliorer la coordination avec les équipes soignantes. • Diminution des déplacements des médecins. • Renforcement de la collaboration entre les médecins et les autres professionnels. Pour l'installation • Meilleure organisation des soins médicaux gériatriques, favorisant : ○ une réponse rapide aux besoins; ○ la réduction des transferts évitables, souvent préjudiciables à l'autonomie des personnes âgées; (3) ○ la prévention de la propagation des infections. Pour l'environnement • Réduction des émissions de gaz à effet de serre grâce à la diminution des déplacements.	Problèmes de connectivité • L'accès à Internet peut être limité dans certaines installations de longue durée. Une évaluation approfondie par les membres de l'équipe informatique est alors nécessaire pour identifier les problèmes et mettre en place des solutions adaptées. Examen physique limité • La téléconsultation doit être réservée aux situations où elle est appropriée.

Modèle 2 : Téléconsultation dans le cadre d'appel de garde entre le personnel infirmier et le médecin

1. Description du modèle

La téléconsultation avec le médecin ou l'IPS de garde constitue une solution efficace pour obtenir un avis médical rapidement, particulièrement dans des situations nécessitant une intervention urgente.

En soins de longue durée, l'état clinique des résidentes et résidents peut se détériorer à tout moment. Les périodes de soir, de nuit et de fin de semaine sont généralement couvertes par des médecins de garde qui ne connaissent pas toujours la condition clinique de base des personnes hébergées. La téléconsultation, permettant au médecin de voir la personne hébergée à distance, optimise le temps de réponse à la situation clinique de la personne hébergée. Les professionnels de la santé doivent se conformer aux règles de soins établies par leur installation dans le cadre du projet.

Ce **modèle 2** décrit le fonctionnement d'une téléconsultation en temps réel, réalisée dans un contexte de garde médicale entre le médecin (à distance) et le personnel infirmier (auprès du résident).

Des objets connectés peuvent être utilisés pour optimiser les consultations virtuelles, selon les besoins cliniques des équipes.

2. Préparation de la téléconsultation

Lorsque la condition clinique de la personne hébergée se dégrade, le personnel infirmier procède à son évaluation, conformément au protocole de soins de son installation.

Si la téléconsultation est jugée appropriée, il amorce les démarches préalables à une téléconsultation avec le médecin de garde, qui a confirmé l'urgence d'un suivi médical. La première étape consiste à joindre le médecin selon la procédure établie. Après discussion et en respect du protocole, le médecin et l'infirmière décident conjointement de réaliser ou non la téléconsultation.

Étapes préalables :

- **Médecin et personnel infirmier** : consultent les informations pertinentes dans l'outil Contact Télésanté ou tout autre outil similaire.³
- **Personnel infirmier** : prépare le plan de contingence, préalablement identifié, en cas de problème technique et / ou d'urgence (ex. : recours à un téléphone cellulaire pour appeler le médecin).

3. Réalisation de la téléconsultation

Dans le cadre d'une téléconsultation, les deux professionnels ont des responsabilités spécifiques. Il est à noter que lors de rencontres virtuelles, les professionnels de la santé doivent respecter les bonnes pratiques en matière de télésanté.

Actions du personnel infirmier :

- vérifier le matériel :
 - s'assurer que le chariot ou l'équipement dédié à la téléconsultation est disponible et fonctionnel, et que les outils cliniques nécessaires sont accessibles;
- accéder à la rencontre planifiée via Microsoft Teams en utilisant l'un des moyens suivants :
 - sélectionner le lien de la rencontre Teams dans l'agenda;
 - cliquer sur le lien déposé sur la tablette;
 - contacter directement le médecin via une conversation dans Teams.
- soutenir l'évaluation clinique

Selon la condition clinique de l'utilisateur, des objets connectés approuvés par l'établissement peuvent être utilisés au besoin afin de compléter l'évaluation clinique. Les précisions relatives au matériel technologique et aux objets connectés sont présentées dans la section informations complémentaires sur le modèle proposé, plus bas dans le document.

Actions du médecin :

- consulter les informations cliniques pertinentes :
 - avant la rencontre, prendre connaissance des données cliniques disponibles dans l'outil Contact Télésanté ou dans tout autre outil équivalent utilisé par l'établissement.
- se connecter à la téléconsultation selon le même procédé que l'infirmière, via le périphérique identifié par l'établissement.

³Dossier médical électronique, cahier de bord, journal de bord, cahier de communication

4. Tenue de dossier et transmission des documents

Après une téléconsultation, le médecin et le personnel infirmier rédigent chacun leur note d'évolution dans les sections prévues par leur établissement.

Si l'établissement ne dispose pas de dossier médical électronique, un processus sécurisé doit être mis en place pour permettre la rédaction des notes médicales à distance :

- le médecin transmet ses notes via son courriel sécurisé « .med » à l'équipe soignante;
- une copie électronique est imprimée et ajoutée au dossier médical de la personne hébergée;
- l'original des notes est conservé par le médecin, puis intégré au dossier lors d'une visite sur site ou acheminé par un service de courrier. Dans tous les cas, il doit être versé au dossier dans un délai maximal de 24 heures;
- les prescriptions médicales et autres ordonnances sont transmises en priorité au personnel infirmier, qui en assure la gestion conformément aux procédures de l'établissement.

5. Suivi avec les proches

Comme en présentiel, le personnel infirmier ou le médecin doit réaliser un suivi auprès du représentant de la personne hébergée, en respectant le niveau de divulgation autorisé par ce dernier.

6. Informations complémentaires sur le modèle

Tableau 3 : Bénéfices et limites de la téléconsultation dans le cadre d'un appel de garde

Bénéfices de la téléconsultation	Limites de la téléconsultation
Pour la personne hébergée Diminution des transferts vers l'urgence grâce à des consultations virtuelles; Pour les professionnels de la santé Meilleure gestion du temps des médecins, particulièrement lors des périodes critiques; Collaboration renforcée entre les médecins et les autres professionnels de la santé; Optimisation des évaluations cliniques grâce au soutien visuel fourni par la vidéo de la personne hébergée. Pour l'établissement Optimisation de l'organisation des soins médicaux gériatriques permettant notamment : • un accès rapide à un médecin; • une réduction des transferts évitables, souvent préjudiciables à l'autonomie de la personne âgée; (3) • une diminution de la transmission d'infections; • un renforcement de la sécurité du processus d'échange entre le médecin et le personnel infirmier durant les périodes de garde.	Problèmes de connectivité • L'accès à Internet peut être limité dans certaines installations de longue durée. Une évaluation approfondie par les membres de l'équipe informatique est alors nécessaire pour identifier les problèmes et mettre en place des solutions adaptées.

Soutien technologique aux usagers, aux médecins et aux professionnels

Le [centre de soutien des services numériques de santé \(CSSNS\)](#), mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) offre un soutien pour les plateformes provinciales de télésanté ainsi que pour divers services numériques en santé. Il assure également la gestion d'un service de prêt d'équipements. Le CSSNS s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués en télésanté :

- médecins et professionnels de la santé;
- personnes répondantes en télésanté;
- usagères et usagers utilisant les services de télésanté.

De plus, le CSSNS constitue la porte d'entrée unique pour toute demande de soutien liée aux activités provinciales de télésanté. Il prend en charge les requêtes, et les transmet aux entités responsables.

Pour faire une demande de soutien et connaître les heures d'ouverture :

- professionnels de la santé : via la billetterie de soutien du CSSNS
- personnes suivies et leurs proches : <https://telesantequebec.ca/patient/cssns-soutien/>

Formation

La formation constitue un facteur déterminant pour favoriser l'adoption et l'utilisation optimale de la télésanté par les professionnels de la santé ainsi que par les personnes hébergées.

Objectifs de la formation

La formation vise à soutenir les utilisateurs dans :

- la maîtrise des outils et des plateformes de télésanté;
- l'application des meilleures pratiques cliniques en contexte de téléconsultation;
- l'utilisation de stratégies de communication adaptées à l'intervention à distance.

Ces apprentissages permettent de réduire les obstacles à l'appropriation de la télésanté et d'augmenter les chances de réussite lors de leur mise en œuvre.

Ressources offertes par le Portail RQT

Le Portail RQT met à la disposition des médecins, des professionnels de la santé ainsi que des gestionnaires œuvrant en hébergement de longue durée, intéressés par l'utilisation des modalités de télésanté, un ensemble de ressources permettant de :

- soutenir la mise en place des modalités de télésanté;
- encadrer la télésanté en favorisant l'adoption des bonnes pratiques.

Autres ressources de formation

En complément des outils du Portail RQT, différentes plateformes institutionnelles proposent des ressources d'apprentissage, notamment :

- l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) qui regroupe plusieurs modules dédiés à la télésanté;
- [la carte interactive de la téléconsultation](#);
- les fiches d'information publiées par le Collège des médecins qui offrent des repères cliniques et déontologiques;
- les sections consacrées à la télésanté sur les sites Web ou intranets des établissements de santé.

Plan de communication dans le cadre de la gestion du changement

Un plan de communication bien structuré constitue un levier essentiel au sein d'une stratégie globale de gestion du changement. Il permet d'informer, de mobiliser et d'engager les parties prenantes tout au long du projet, tout en favorisant leur adhésion aux transformations proposées. Une communication claire et cohérente permet de contribuer à réduire les résistances, à soutenir l'alignement sur les objectifs et à maintenir une dynamique positive à chaque étape du processus de changement.

Les étapes ci-dessous illustrent une approche intégrée pour structurer un plan de communication :

1. analyse de la situation;
2. identification des parties prenantes et de leurs besoins;
3. définition des objectifs de communication;
4. choix des canaux et des outils de communication;
5. fréquence et calendrier de communication;
6. suivi et ajustement des communications;
7. renforcement et pérennisation.

Évaluation de la performance et des indicateurs

En 2023, le MSSS a publié le [Cadre de référence d'évaluation de la performance des soins virtuels \(gouv.qc.ca\)](https://gouv.qc.ca).

Ce cadre reprend la structure du cadre d'évaluation provincial et s'articule autour de trois dimensions : l'accès aux services, la qualité des services et l'optimisation des ressources.

Pour assurer la réussite d'un projet, il est fortement recommandé de procéder à une évaluation et de définir des indicateurs de performance. Pour ce faire, il suffit de se référer au cadre et d'identifier une liste d'indicateurs couvrant idéalement les trois dimensions proposées.

Tableau 4 : Exemple d'indicateurs de résultats sélectionnés par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal - Modèle 1 - dans le cadre de leur projet pilote (4)

Indicateur du service	Exemple d'outil de mesure
Accès aux soins et aux services	
Pourcentage des personnes résidentes évaluées vs prévues (sur la liste de triage)	Fichier Excel complété après chaque visite virtuelle – Contact Télésanté
Pourcentage des personnes hébergées consultées (vues par le médecin) vs prévues	
Pourcentage des visites pour lesquelles les professionnels ou le médecin ont eu recours à du soutien technique	
Qualité des soins et services	
Pourcentage des consultations pour lesquelles la modalité virtuelle a permis d'adresser les problèmes médicaux actifs identifiés par le personnel infirmier	Fichier Excel complété après chaque visite virtuelle – Contact Télésanté
Taux de consultations qui ont nécessité un suivi en présentiel	
Taux de transfert à l'urgence dans les 7 jours après la téléconsultation	Registre de suivi des transferts à l'urgence
Taux d'hospitalisation dans les 30 jours suivant la téléconsultation	Registre de suivi des rendez-vous hospitaliers des résidents
Pourcentage des résident.es/familles/proches aidants qui ont perçu une amélioration du continuum des soins	Sondage résident.es/familles/proches aidants
Nombre d'incidents à portée clinique reliés aux soins et services virtuels	Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
Nombre d'accidents à portée clinique associés aux soins et services virtuels	
Nombre d'incidents à portée informationnelle	

⁴ Guide de mise en œuvre des soins virtuels en CHSLD, CIUSSS COMTL, juin 2024, p.21

Tableau 4 (suite) : Exemple d'indicateurs de résultats sélectionnés par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal - Modèle 1 - dans le cadre de leur projet pilote

Indicateur du service	Exemple d'outil de mesure
Expérience résidents et personnel clinique	
Appréciation globale de la visite virtuelle par les professionnels et le médecin	Sondage professionnels et médecins via MS Forms
Appréciation globale de la visite virtuelle par les résident.es/familles/proches aidants	Sondage résident.es/familles/proches aidants
Optimisation des ressources	
Moyenne du nombre de personnes résidentes évaluées/vues par tournée virtuelle	Fichier Excel complété après chaque tournée virtuelle

Pérennisation

« La pérennisation concerne le devenir des programmes et des services mis en place. Elle est centrée sur le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux programmes. Quant à la pérennité, c'est le résultat du processus, c'est un « arrêt sur image » de la pérennisation. » (6) La pérennité d'un service se mesure par sa capacité à fonctionner efficacement même en l'absence de la personne qui l'a créé.

- **Évaluer la pérennité des soins de longue durée**

Les travaux de recherche disponibles portent davantage sur la mise en place des soins et services que sur leur pérennité. Cependant, mettre l'accent sur les aspects liés à l'organisation et au déploiement des soins peut avoir un impact direct sur leur viabilité.

- **Principes dans la mise en place des soins de longue durée**

Pour favoriser la pérennisation des soins de longue durée offerts par la modalité de télésanté, il est important que les soins et les services soient mis en place en respectant plusieurs critères.

Trois principes fondamentaux doivent être appliqués : (7)

1. Les soins et les services doivent être centrés sur la personne;
2. Les soins et les services doivent être équitables et accessibles;
3. Les soins et les services doivent être intégrés et coordonnés entre les systèmes et les personnes. La télésanté doit limiter la fragmentation.

Évaluation de la pérennité

Une condition essentielle pour assurer la pérennisation des soins de longue durée est de définir un score de pérennité des services, tel que proposé par le MSSS.

Le CCT CHU de Québec–UL a développé une [Grille d'évaluation de la pérennité](#) axée sur les services offerts par la modalité de télésanté. Cet outil est pertinent dans le contexte des soins de longue durée, puisqu'il accorde une place importante aux dimensions clés liées à la mise en place et à la durabilité des services.

Révision du guide

La mise à jour du guide d'offre de service de téléconsultation en hébergement de soins et de services de longue durée est prévue dans deux ans. Cette révision permettra d'adapter les pratiques aux avancées technologiques et aux besoins évolutifs des résidents ainsi que de l'équipe clinique. D'ici là, le guide actuel demeure en vigueur, fournissant un cadre clair et des directives précises pour l'utilisation de la téléconsultation en mode synchrone dans les milieux d'hébergement de soins et de services de longue durée. Nous encourageons l'ensemble des utilisateurs à transmettre leurs commentaires et suggestions d'ici la prochaine mise à jour, afin de contribuer à l'enrichissement des futures versions du guide.

Conclusion

L'implantation de la télésanté en hébergement de soins et de services de longue durée constitue une avancée majeure pour l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes hébergées. En intégrant la téléconsultation aux pratiques cliniques actuelles, il devient possible d'optimiser l'accès aux soins médicaux, de réduire les transferts non nécessaires, d'améliorer l'utilisation des ressources et de renforcer le soutien offert aux professionnels de la santé.

Les bénéfices sont nombreux : une amélioration de l'accès aux soins pour les personnes hébergées, une plus grande participation des proches dans le suivi médical, une optimisation du temps des professionnels de la santé et une organisation des soins plus efficiente. De plus, la télésanté contribue à limiter les déplacements, ce qui réduit les risques d'infections et diminue l'empreinte carbone.

Ce guide vise à soutenir le déploiement de ces services dans l'ensemble des établissements concernés. Il repose sur des principes de collaboration interprofessionnelle, d'adaptation aux besoins des personnes hébergées, de respect des normes en vigueur et de participation du patient partenaire.

La mise en place d'un tel service nécessite une coordination efficace entre les parties prenantes, une planification rigoureuse et un suivi continu afin d'en assurer la pérennité et l'amélioration constante. Par cette initiative, nous contribuons à façonner un avenir où la technologie et l'expertise clinique se conjuguent pour offrir des soins plus accessibles, efficaces et centrés sur la dignité des personnes hébergées. L'adoption de la télésanté en milieux d'hébergement de longue durée représente ainsi une réponse innovante aux défis actuels du système de santé, tout en garantissant une prise en charge de qualité et une réponse adéquate aux besoins des résidents.

Bibliographie

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Vers une population de 10 millions de personnes au Québec d'ici 2026, Vers une population de 10 millions de personnes au Québec d'ici 2066. 2024;
2. INESSS. COVID-19 et téléconsultation en médecine générale et spécialisée en centre d'hébergement et de soins de longue durée. janv 2021;4.
3. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour le mieux-être des personnes hébergées plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>
4. L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique: une synthèse de la littérature. In Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique 13-14-15 juin 2001 Faculté des Sciences de l'administ;
5. INESSS. COVID-19 et téléconsultation en médecine générale et spécialisée en centre d'hébergement et de soins de longue durée [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/teleconsultation-en-medecine-generale-et-specialisee-en-centre-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree.html#:~:text=Selon%20la%20litt%C3%A9rature%20et%20les,de%20soins%20de%20longue%20dur%C3%A9e.>
6. Ride V, Pluye P, Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. Ridde, V, Pluye, P, & Queuille, L (2006) Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti Revue D' Epidemiologie Et De Sante Publique. 2006;54:421-31.
7. Wardlow L, Leff B, Biese K, Carly R, Archbald-Pannone L, Ritchie C, et al. Development of telehealth principles and guidelines for older adults: A modified Delphi approach. Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 2023;71(2):371-82. Disponible sur: <https://hsr.himmelfarb.gwu.edu/gwhpubs/2079>

