

Direction de l'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé (DETMIS)

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

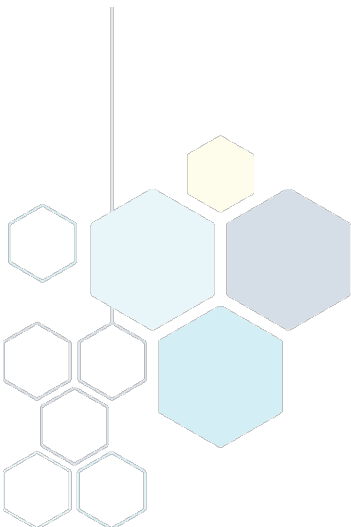
LES SERVICES DE CONSULTATION PERMETTANT À DES MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE D'OBTENIR UNE DEUXIÈME OPINION DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

Préparé par

Simon Deblois

Luigi Lepanto

Décembre 2013



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par la Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web du CHUM.

Auteurs : Simon Deblois, MA, MSc
Luigi Lepanto, MD, MSc, FRCP (C)

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité de la DETMIS, s'adresser à :

Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
190, boul. René-Lévesque Est, porte 210
Montréal (Québec) H2X 3A7
Téléphone : (514) 890-8000, poste 36132
Télécopieur : (514) 412-7460
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

« Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS). Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Les services de consultation permettant à des médecins de première ligne d'obtenir une deuxième opinion de médecins spécialistes*. Préparé par Simon Deblois et Luigi Lepanto. Décembre 2013 »

ISBN 978-2-89528-091-0

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
MISSION.....	5
REMERCIEMENTS	6
SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	7
EXECUTIVE SUMMARY	8
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	9
AVANT-PROPOS.....	10
1 INTRODUCTION.....	11
1.1 Questions de recherche.....	11
2 MÉTHODOLOGIE	12
2.1 Recherche documentaire.....	12
2.2 Critères d'inclusion	12
2.2.1 Participants.....	12
2.2.2 Interventions	13
2.2.3 Comparateurs	13
2.2.4 Résultats attendus	13
2.2.5 Types d'études recherchés.....	14
2.3 Critères d'exclusion.....	15
2.3.1 Participants.....	15
2.3.2 Interventions	15
2.3.3 Résultats.....	15
2.3.4 Type d'étude	15
2.4 Évaluation de la qualité méthodologique des études recensées.....	15
2.5 Approche de synthèse des résultats	16
3 RÉSULTATS.....	16
3.1 Sélection des études.....	16
3.2 Qualité de la preuve documentaire.....	16
3.3 Caractéristiques des études	17
3.3.1 Contexte.....	17
3.3.2 Participants.....	17
3.3.3 Caractéristiques des interventions	18
3.3.4 Comparateurs	19
3.4 Synthèse des données.....	19
3.4.1 Efficacité (théorique et clinique).....	20
3.4.2 Enjeux organisationnels et professionnels	22
3.4.3 Enjeux économiques.....	24
4 DISCUSSION.....	24
4.1 Impact de l'intervention sur les résultats de santé.....	24
4.2 Impact de l'intervention sur la prise en charge des patients par les médecins de première ligne.....	25
4.3 Impact sur la qualité des soins	25
4.4 Rentabilité du service.....	25
4.5 Perceptions des parties prenantes à l'égard de l'intervention	25
4.6 Avantages et désavantages du téléphone par rapport à d'autres modes de communication.....	26
4.7 Facteurs de succès et barrières à l'implantation de l'intervention	26

4.7.1	Facteurs de succès	27
4.7.2	Barrières à l'implantation	27
5	CONCLUSION	28
6	LACUNES À COMBLER DANS L'ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	29
7	RECOMMANDATIONS.....	29
8	RÉFÉRENCES.....	30
9	ANNEXES.....	33
9.1	Annexe 1.....	33
9.2	Annexe 2.....	46
9.2.1	Processus de sélection des études à inclure dans la synthèse des connaissances.....	46
9.3	Annexe 3.....	47
9.3.1	Liste des études incluses et évaluation de leur qualité méthodologique.....	47
9.4	Annexe 4.....	49
9.4.1	Liste des études exclues par motif d'exclusion.....	49
9.5	Annexe 5.....	51
9.5.1	Types de devis, méthodes utilisées et caractéristiques du milieu, de la population et des interventions étudiées.....	51
9.6	Annexe 6.....	57
9.6.1	Résumé des articles inclus	57

TABLEAU 1 – Modes de communication employés dans le cadre des interventions appréciées	19
---	-----------

MISSION

La Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS) a vu le jour au CHUM en 2005 dans une unité conjointe avec celle du CUSM et fonctionne de façon autonome depuis 2008. La DETMIS a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologie et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles.

En outre, en conformité avec la mission du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), la DETMIS travaille activement à former des professionnels en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, ainsi qu'à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.

Le premier mandat de la DETMIS est de produire une évaluation objective des données probantes concernant l'efficacité, la sécurité et les coûts d'une technologie ou d'un mode d'intervention afin de permettre aux gestionnaires de décider de leur adoption ou de leur utilisation au CHUM, en tenant compte des priorités et des ressources disponibles.

REMERCIEMENTS

La DETMIS souhaite remercier M. Jonathan Laporte et M^{me} Daniela Ziegler, bibliothécaires au centre de documentation du CHUM, pour leur soutien dans le travail de recherche documentaire, M^{me} Marion Gerbier, agente de recherche, pour sa participation au résumé des études (annexe 6), D^{re} Aline Boulanger, chef du service d'algologie du CHUM, M^{me} Lucie Beauregard, coordonnatrice du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal, et les membres du comité d'ÉT MIS du RUIS de l'Université de Montréal pour leurs commentaires et leur collaboration à la validation de la version initiale de ce rapport. Enfin, elle désire remercier M^{me} Johanne Piché qui a effectué la révision linguistique.

Divulgarion de conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

La diffusion optimale des connaissances et le transfert de l'expertise des médecins spécialistes vers la communauté exigent des stratégies adéquates pour faciliter la communication entre médecins de première ligne et médecins spécialistes. À cet égard, cette synthèse des connaissances a pour but d'apporter un éclairage sur les services de consultation permettant à un médecin de première ligne de consulter un médecin spécialiste afin d'obtenir une expertise dans le traitement d'une pathologie ou un avis ciblant un patient en particulier. Plus spécifiquement, elle vise à déterminer si ces interventions peuvent contribuer à améliorer les résultats de santé des patients, favoriser une meilleure prise en charge des patients par les services de santé de première ligne, et contribuer à améliorer la qualité des soins offerts.

Les études recensées font état des effets de services de consultation par téléphone, de même que quelques autres modes de communication synchrone (vidéoconférence, face-à-face, échanges au chevet du patient) et asynchrone (échanges de lettres, courriel, « *Store and Forward* », télécopieur, *Listserv*).

Cette synthèse a été réalisée à la demande du service d'algologie du CHUM et du CEGDC du RUIS de l'Université de Montréal. Par ailleurs, elle ne porte pas spécifiquement sur des interventions mises sur pied à l'intention de patients atteints de douleur chronique. Ainsi, elle peut contribuer à étayer une réflexion quant à la pertinence du développement d'interventions de même nature dans d'autres contextes de soins.

Les études recensées sont diversifiées et leur qualité méthodologique est variable. Le peu d'études ayant pour objectif l'évaluation des effets sur l'état de santé des patients reflète probablement la difficulté de mettre sur pied des études comparatives de bonne qualité et d'assez grande envergure pour apprécier ces effets. Cette synthèse ne démontre pas d'amélioration claire de l'état de santé des patients suite à ces interventions.

Toutefois, plusieurs études s'accordent pour dire que de tels services de consultation peuvent contribuer à renforcer la prise en charge du patient par une rapidité et une précision accrue du diagnostic, une réduction de l'utilisation de services spécialisés, et une amélioration de la formation des médecins de première ligne. Par ailleurs, il convient de noter que la qualité de la preuve à cet égard n'est pas des plus élevées. L'analyse des effets perçus par les parties prenantes tend également à valider l'hypothèse selon laquelle l'intervention peut contribuer à renforcer cette prise en charge.

Cette synthèse permet d'identifier les lacunes à combler dans l'état des connaissances concernant ce type d'intervention et suggère des pistes de recherche. De nouvelles études comparatives avec groupe contrôle évaluant les effets des interventions sur les résultats de santé, la prise en charge des patients et la qualité des soins, autant au niveau des indicateurs objectifs que de la perception des intervenants seraient pertinentes..

Les évaluations économiques recensées sont de faible qualité. Compte tenu l'importance des enjeux organisationnels et institutionnels liés à l'implantation de l'intervention, il serait pertinent d'effectuer une étude de retour sur l'investissement. Un programme peut être rentable et bénéfique s'il consomme moins de ressources pour un effet de santé non inférieur. Aucune étude avec groupe contrôle comparant l'efficacité relative du téléphone par rapport à d'autres technologies de communication n'a été recensée. Finalement, des études qualitatives, ou des études mixtes reposant sur des devis rigoureux, pourraient contribuer à mieux comprendre les facteurs de succès et les barrières à l'implantation de tels services de consultation.

EXECUTIVE SUMMARY

Optimal knowledge transfer from medical specialists to primary care physicians requires appropriate strategies that facilitate communication between these two groups. This knowledge synthesis identifies the different services available to primary care physicians who wish to obtain an expert opinion concerning the management of a given patient. This report will summarize the impact of the communication strategies deployed on patient health indicators, on the management of patients by primary care physicians, and on the quality of the healthcare provided.

The retrieved literature describes a variety of communication strategies: telephone consultations, as well as other synchronous (video-conference, face-to-face, exchanges at the bedside) and asynchronous (letters, email, store and forward, fax, listserv) modes of communication.

This report was commissioned by the algology service of the CHUM and the CEGDC, RUIS de l'Université de Montréal, whose interest is the management of chronic pain. This report does not confine itself to communication strategies addressing the management of chronic pain and can be helpful in assessing the interaction between primary care physicians and specialists in a variety of settings.

The studies found are varied and the methodological quality is inconsistent. The relative paucity of studies evaluating patient health indicators likely reflects the difficulty of designing good comparative studies with adequate recruitment to measure these effects. Overall, this report does not suggest that patient health indicators are improved as a result of the implementation of enhanced communication between primary care physicians and medical specialists.

Several studies suggest that the overall management of cases is improved by an increase in the accuracy and timeliness of diagnosis, a reduction in the utilization of specialized resources, and an improvement in the continuing education of primary care physicians. The level of evidence, however, is not high. Studies assessing primary care physicians' and specialists' perceptions conclude that there is an overall sense of improved care.

In order to address the existing knowledge gaps, it would be useful to conduct comparative studies, with a control group, to evaluate the effects on patient health indicators, patient management, and the quality of healthcare. The economic evaluations published to date are not of good quality. In view of the organizational challenges of establishing explicit communication strategies, a study assessing return on investment would be pertinent. An intervention can be useful if it consumes fewer resources, with a health benefit that is not inferior to the existing standard. There are no comparative studies assessing the relative efficacy of the use of the telephone and other modes of communication. Finally, qualitative or mixed studies assessing implementation issues could help in identifying factors that influence the success of these strategies.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACP :	<i>American College of Physicians</i>
CASP :	<i>Critical Appraisal Skills Program</i>
CEGDC :	Centre d'expertise et de gestion de la douleur chronique
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CINAHL :	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CMHCN :	<i>Collaborative mental Health Network</i>
CMPS :	Consultant en médecine psychosomatique
DETMIS :	Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
EBM :	<i>Evidence-Based Medicine</i>
EPHPP :	<i>Effective Public Health Practice Project</i>
ETMIS :	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
HbA1(c) :	Hémoglobine glycosylée
HVMHS :	<i>Hunter Valley Mental Health Service</i>
ISDN :	<i>Integrated Services Digital Network</i>
kbit/s :	kilobit par seconde
km :	kilomètre
MF :	Médecin de famille
MI :	Médecin interniste
NHS :	<i>National Health Service</i>
RACGP :	<i>Royal Australian College of General Practitioners</i>
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
UK :	<i>United Kingdom</i>

AVANT-PROPOS

La DETMIS a été mandatée afin de produire une synthèse des connaissances sur les interventions permettant à un médecin de première ligne de consulter un médecin spécialiste afin d'obtenir une expertise dans le traitement d'une pathologie ou d'obtenir un avis ciblant un patient en particulier.

Cette synthèse des connaissances vise à offrir aux décideurs concernés du service d'algologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) une information leur permettant de planifier le développement, le cas échéant, d'un service d'avis d'experts permettant à un médecin généraliste de consulter par téléphone un médecin spécialiste œuvrant en douleur chronique, en collaboration avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal.

1 INTRODUCTION

Il existe une littérature assez importante portant sur les applications de la télémédecine. Une revue systématique récente a recensé pas moins de 80 revues systématiques publiées entre 2005 et 2010 portant sur l'impact et les coûts d'interventions effectuées par télémédecine [1]¹. Cette étude conclut qu'en dépit du grand nombre d'études et de revues systématiques sur les effets de la télémédecine, une preuve de grande qualité permettant d'informer la prise de décision quant à la façon d'employer la télémédecine au meilleur de son potentiel est toujours à développer [1].

Par ailleurs, les études portant sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans un contexte de communication entre professionnels de la santé sont moins nombreuses. La recherche bibliographique menée dans le cadre de la présente synthèse des connaissances n'a pas permis de trouver de synthèse des connaissances portant sur les interventions permettant à des médecins de première ligne d'obtenir des recommandations thérapeutiques de médecin spécialistes pertinentes au suivi de patients spécifiques, ou d'ordre général.

La littérature portant sur ce type de consultation est relativement diversifiée. Celle-ci traite notamment du processus de référence de patients par les médecins généralistes à des médecins spécialistes [voir notamment 2, 3] et de l'appréciation des perceptions des médecins généralistes et spécialistes à l'égard de leur communication en général [4]. Quelques publications sont essentiellement descriptives en ce qu'elles décrivent des modèles de consultation sans toutefois en apprécier les effets de façon approfondie [5-8]. Quelques autres ont apprécié l'impact de modèles de formation continue par les pairs [9, 10]. Une publication propose un guide de pratique permettant de structurer une consultation pour deuxième opinion entre un médecin spécialiste et un médecin de première ligne, concernant les céphalées; par ailleurs, les effets du modèle d'intervention qu'elle propose n'ont pas été appréciés [11].

Enfin, un certain nombre d'études ont apprécié les effets d'interventions permettant à des médecins de première ligne d'obtenir de médecins spécialistes des recommandations thérapeutiques d'ordre général ou visant des cas spécifiques de patients. Ces dernières font l'objet de cette synthèse et seront présentées et analysées plus loin.

1.1 Questions de recherche

Cette synthèse documentaire vise à répondre aux questions suivantes :

- Un service téléphonique permettant à des médecins spécialistes d'offrir à des médecins de première ligne une deuxième opinion concernant le suivi de leurs patients atteints d'une pathologie donnée :
 - Peut-il contribuer à améliorer les résultats de santé des patients ?
 - Peut-il favoriser une meilleure prise en charge de ces patients par les services de santé de première ligne que les échanges informels entre les médecins spécialistes et les médecins de première ligne ?
 - Peut-il contribuer à améliorer la qualité des soins offerts ?
 - Est-il rentable ?
- Quels sont les avantages ou les désavantages du téléphone par rapport à d'autres modes de communication dans un tel type d'intervention (communication en face à face, courrier, courriel, portail internet dédié, vidéoconférence) ?

¹ Cette revue a considéré toute revue portant sur des interventions effectuées à l'aide de technologies de l'information et de la communication dans un contexte de soins de santé. Les interventions assistées par Internet et portant sur les services sociaux ont été considérées dans la mesure où elles étaient effectuées dans un contexte de soins de santé pour des patients atteints de maladies chroniques.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Recherche documentaire

Une recherche documentaire a été effectuée afin d'identifier des publications pertinentes au sujet de recherche. Quatre bases de données spécialisées ont d'abord été consultées, soit MEDLINE, Embase, CINAHL, et *EBM Reviews* (Cochrane, *ACP Journal Club*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Methodology Register*, *Cochrane Health Technology Assessment*, et *NHS Economic Evaluation Database*).

MEDLINE et Embase ont été sélectionnées en raison de leur pertinence eu égard à l'objet de recherche, leurs tailles et leurs systèmes d'indexation. CINAHL a été retenue en raison de sa spécialisation en sciences infirmières et en disciplines paramédicales. Cette dernière a été consultée afin d'identifier des références pertinentes à l'objet de recherche dans ces disciplines.

Quant aux bases de données *EBM Reviews*, elles ont été sélectionnées afin de déterminer s'il existe des revues systématiques Cochrane, des évaluations d'effets, des essais randomisés, des rapports d'évaluation de technologie et des évaluations économiques sur la problématique à l'étude. Ces documents constituent des références de première main dans le cadre d'une évaluation d'ETMIS.

Une recherche complémentaire a été effectuée à l'aide du moteur de recherche Google et dans les sites Internet de la Société canadienne de la douleur, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec et du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) afin d'identifier des études pertinentes à aux questions de recherche.

Deux stratégies de recherche documentaire ont été appliquées afin d'identifier des références pertinentes. On les trouvera à l'annexe 1.

2.2 Critères d'inclusion

Une recherche documentaire a été effectuée afin d'identifier des études pertinentes aux questions étudiées. On trouvera ci-après les critères d'inclusion et d'exclusion des études recensées, selon les catégories suivantes :

- Participants
- Interventions
- Comparateurs
- Résultats attendus
- Types d'études

2.2.1 *Participants*

On distingue deux principaux types de participants, soit des médecins spécialistes qui agissent comme consultants-experts eu égard à une problématique de santé donnée, et des médecins de première ligne.

Les médecins spécialistes proviennent d'une spécialité médicale accréditée par une autorité compétente (par exemple, l'anesthésiologie, la psychiatrie, la cardiologie, etc.).

Les médecins de première ligne détiennent un permis de pratique en médecine familiale, omnipratique, médecine générale ou l'équivalent.

Comme on le verra plus loin, dans certains modèles d'intervention, le patient est présent lors de la consultation entre le médecin spécialiste et le médecin de première ligne. Ainsi, les patients suivis par les médecins de première ligne représentent une troisième catégorie de participants à l'étude. Ces patients peuvent être soit adultes (âgés de 18 ans et plus), enfants ou adolescents (âgés de moins de 18 ans).

Les équipes interdisciplinaires comptant des médecins de première ligne ou des généralistes parmi leurs membres seront également considérées à titre de participants.

2.2.2 Interventions

L'intervention consiste en un service permettant à des médecins spécialistes d'offrir à des médecins de première ligne situés à distance des avis concernant le suivi de leurs patients ou des informations générales, en lien avec une pathologie déterminée.

Il a été convenu d'inclure à la fois des études faisant état de l'impact de consultations menées par téléphone, et des études portant sur des interventions menées à l'aide d'autres modes de communication, afin d'élargir la recherche, et permettre de comparer les résultats obtenus à l'aide de ces modes. Ainsi, les interventions menées à l'aide de ces modes de communication ont également été prises en considération :

- Modes de communication synchrone : vidéoconférence, face-à-face, échanges au chevet du patient ;
- Modes de communication asynchrone : échanges de lettres, courriel, « *Store and Forward* », télécopieur, *Listserv*².

2.2.3 Compareurs

Trois types de compareurs ont été envisagés, soit :

- L'absence d'intervention favorisant une communication accrue entre médecins spécialistes et médecins de première ligne.
- Communication en face à face (mécanisme formel et structuré ou informel).
- Intervention réalisée à l'aide d'une technologie autre que le téléphone (vidéoconférence, internet ou autre).

Les études sans groupe contrôle ont également été considérées.

2.2.4 Résultats attendus

Les principaux résultats attendus sont les suivants :

- Amélioration des résultats de santé pour les patients.
- Variables et indicateurs relatifs à la santé physique et psychologique des patients.
- Intégration à la pratique des médecins de première ligne des recommandations thérapeutiques transmises par les médecins spécialistes.
- Qualité des soins accrue.
- Efficacité accrue de la gestion des soins.
- Réduction de l'utilisation des services d'urgence et des services spécialisés, meilleure continuité des soins, délai de traitement des patients plus court, etc.
- Amélioration de la formation continue des médecins de première ligne.
- Sentiment d'efficacité personnelle accrue des médecins de première ligne dans le traitement de la pathologie ciblée.

² Le terme « *Store and Forward* » désigne un processus où une information est transmise à une station intermédiaire avant d'être acheminée à destination finale. Une telle approche peut être employée notamment pour protéger l'intégrité des données. *Listserv* renvoie à une application informatique développée dans les années 1980 qui permettait à un individu de transmettre des courriels aux abonnés d'une liste d'envoi.

- Satisfaction des parties prenantes à l'égard de l'intervention.
- Collaboration interprofessionnelle améliorée.
- Efficacité économique de l'intervention.

2.2.5 Types d'études recherchés

Compte tenu de la problématique de recherche, plusieurs types d'études différents étaient susceptibles d'être incluses dans le recensement. En effet certains des résultats attendus seront appréciés à l'aide d'essais cliniques et d'études observationnelles, comme ceux qui concernent l'impact de l'intervention sur les résultats de santé, la qualité ou la gestion des soins. Par ailleurs, d'autres le seront à l'aide d'études de perceptions, comme les sondages d'opinion. D'autres types d'études quantitatives menées dans le cadre d'évaluations d'implantation de service permettront également d'apprécier certains résultats, portant notamment sur l'impact de l'intervention sur l'organisation des soins.

Enfin, des études qualitatives peuvent contribuer à mieux apprécier le contexte de l'intervention, ou l'impact de l'intervention sur la collaboration interprofessionnelle, par exemple.

Ainsi, les types d'études à inclure dans la revue sont les suivants :

- Essais cliniques randomisés.
- Essais cliniques sans randomisation.
- Études quasi-expérimentales, où l'allocation entre le groupe de l'étude et le groupe contrôle n'a pas été randomisée.
- Études observationnelles avec groupe contrôle.
- Études par suivi de cohorte.
- Études cas-témoins.
- Études observationnelles sans groupe contrôle.
- Études avant-après où l'impact ou les effets mesurés ne sont pas présents au moment de l'admission dans l'étude.
- Études transversales (avec devis rétrospectif), ou un seul échantillon de la population à l'étude est prélevé, et où on recueille des informations tant sur le facteur causal (i.e. l'intervention) que la mesure de son impact.
- Études quantitatives réalisées dans un contexte d'évaluation d'implantation.
- Études qualitatives appréciant notamment le contexte de l'intervention, le contenu des consultations ou l'impact de l'intervention sur la collaboration interprofessionnelle.
- Rapports d'ETMIS et littérature grise complémentaire.
- Études publiées dans des revues avec comité de lecture. Études publiées en anglais et en français.
- Études publiées entre 1990 et 2012.

2.3 Critères d'exclusion

2.3.1 Participants

Les études dont les participants sont les suivants ont été exclues de la synthèse :

- Professionnels de la santé autres que médecins.
- Équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé ne comptant pas de médecins parmi leurs membres.
- Participants qui ne sont ni médecins, ni patients, ni aidants naturels.

2.3.2 Interventions

Les études appréciant les types d'intervention suivants ont également été exclues :

- Consultations médicales assistées par une technologie de l'information et de la communication (sans composante – consultation d'un médecin spécialiste par un médecin de première ligne pour deuxième opinion).
- Interventions médicales assistées par télémédecine (sans composante – consultation d'un médecin spécialiste par un médecin de première ligne pour deuxième opinion).
- Campagnes de sensibilisation des médecins de première ligne à une problématique donnée.
- Formation continue des médecins de première ligne sur des problématiques ciblées (par exemple, dépistage ou test diagnostic).
- Communications écrites au cours du processus de référence médicale entre médecins généralistes et spécialistes.

2.3.3 Résultats

Les études ayant apprécié des résultats jugés non pertinents à cette synthèse (i.e. n'apparaissant pas dans la liste des résultats attendus, au nombre des critères d'inclusion) ont été exclues.

2.3.4 Type d'étude

Les types d'études suivants ont été exclus :

- Publications à contenu essentiellement descriptif.
- Publications dont l'objet principal n'est pas d'apprécier les effets d'une intervention (guide de pratique, appréciation du contexte général de la communication, par exemple).
- Articles à contenu éditorial.
- Actes de conférence.
- Mémoires et thèses.

2.4 Évaluation de la qualité méthodologique des études recensées

La qualité méthodologique des études recensées a été évaluée. Les outils retenus pour cette évaluation ont été choisis en tenant compte des caractéristiques des devis diversifiés des études.

La qualité méthodologique des études quantitatives a été évaluée à l'aide de la grille du *Effective Public Health Practice Project (EPHPP)* [12]. Celle des études qualitatives a été appréciée à l'aide de la grille du CASP pour les études qualitatives [13].

Comme on le verra plus loin, une des études présentait un devis mixte [14]. La qualité méthodologique de son devis a été évaluée à l'aide de l'approche proposée par Pluye et al [15].

De plus, une étude était de nature économique [16]. Sa qualité méthodologique a été appréciée à l'aide de la grille du CASP pour les évaluations économiques [17].

2.5 Approche de synthèse des résultats

Compte tenu de la qualité méthodologique relativement faible de plusieurs des études recensées et de l'hétérogénéité de leurs devis, des caractéristiques des interventions appréciées et des résultats observés, la possibilité d'effectuer une méta-analyse a été rejetée. Ainsi, une synthèse narrative a été réalisée.

3 RÉSULTATS

3.1 Sélection des études

Une première sélection des études a été effectuée par le premier auteur, en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion décrits ci-haut. Cette sélection d'articles a été transmise au second auteur, qui a confirmé la majorité des choix, et suggéré quelques retraits, qui ont été acceptés par le premier auteur. Aucun différend quant au choix des articles à inclure n'est survenu.

L'application des deux stratégies de recherche documentaire a permis d'identifier 17 études pertinentes. Quatorze de ces études reposent sur des devis quantitatifs, dont un certain nombre ont été réalisées dans un contexte d'implantation. Deux des études sont qualitatives. Elles permettent de mieux comprendre les perceptions des médecins spécialistes et des médecins de famille à l'égard de technologies comme la vidéoconférence et le téléphone comme moyen de communication entre eux. Enfin, une étude a été élaborée à l'aide d'un devis mixte, reposant sur des méthodes quantitatives et qualitatives.

On trouvera à l'annexe 2 un diagramme de flux adapté de Busse et al. représentant le processus de sélection des études à inclure dans la synthèse [18]. La recherche documentaire à l'aide des bases de données précitées a permis d'identifier 890 références. Une première sélection avec lecture du titre et du résumé a été effectuée, et les critères de sélection ont été appliqués. Cette première sélection a permis d'éliminer 844 des références identifiées initialement, ne satisfaisant pas aux critères de sélection (hors sujet, portant sur les consultations avec des patients par télémédecine, type d'étude inadéquat, etc.). Quarante-six études ont été jugées potentiellement pertinentes, et obtenues en version complète. Après lecture du texte complet, 29 ont été exclues. Plusieurs d'entre elles étaient de nature descriptive (description d'un modèle d'intervention sans appréciation des effets, par exemple, étaient d'un type inadéquat, ou avaient un sujet connexe à l'objet de la recherche, sans s'y inscrire directement.

3.2 Qualité de la preuve documentaire

L'évaluation de la qualité méthodologique des études recensées suggère qu'elles sont de qualité faible à élevée.

La qualité méthodologique des études quantitatives est plus faible que celles des études qualitatives. Les biais les plus fréquemment identifiés en ce qui a trait à l'évaluation des études quantitatives concernent l'absence de randomisation dans la sélection des participants et de justification des méthodes employées pour la collecte et l'analyse des données. En outre, les observations d'un certain nombre d'études n'ont pas été validées à l'aide de tests d'inférence statistique.

On trouvera à l'annexe 3 la liste des études incluses dans cette synthèse et les résultats de l'évaluation de leur qualité méthodologique.

La liste des études exclues, par motif d'exclusion, figure à l'annexe 4.

Toutes les études jugées pertinentes ont été incluses dans la synthèse. Toutefois, l'absence de randomisation dans la sélection des participants observée dans la plupart des études et le faible nombre d'études comparatives invite à une certaine prudence dans l'interprétation des conclusions qui s'en dégagent.

3.3 Caractéristiques des études

Les caractéristiques des études recensées seront présentées en tenant compte de leur contexte (milieux, disciplines), des participants, des caractéristiques des interventions et des comparateurs.

On trouvera à l'annexe 5 et à l'annexe 6 des tableaux synthèse faisant état des types de devis et méthodes utilisées, et des caractéristiques propres à chacune des études.

3.3.1 Contexte

Les études recensées ont été effectuées dans des pays industrialisés. Ainsi, 10 d'entre elles proviennent d'Europe, 4 d'Amérique du Nord (Canada 3, États-Unis 1), et 3 d'Australie.

Études par discipline

Deux des études recensées ont été menées dans des contextes de soins multiples [19, 20]. Les autres ont été effectuées dans 7 disciplines spécifiques. Voici la liste de ces disciplines et des études s'y rattachant :

- Cardiologie [21]
- Dermatologie [22]
- Diabète [23]
- Maladies infectieuses [24]
- Psychiatrie [25-29]
- Soins palliatifs [14, 30, 31]
- Spécialités pédiatriques [16, 32, 33]

Il convient de noter que les contextes de soins abordés par ces études sont diversifiés. La psychiatrie est la discipline à laquelle se rattache le plus grand nombre d'études recensées. À l'exception des études abordant la gestion des soins pédiatriques spécialisés, les autres ont été réalisées dans des milieux où on dispense des soins aux adultes.

3.3.2 Participants

Dans la majorité des études, les participants à l'intervention communicationnelle sont des médecins spécialistes et des médecins de première ligne.

Par ailleurs, une étude réalisée en soins palliatifs décrit une intervention dans laquelle les avis sont donnés par les membres d'une équipe interdisciplinaire [30].

Dans la majorité des interventions, le patient est absent lors de la consultation du médecin spécialiste par le médecin de première ligne. Par ailleurs, dans quelques interventions, il est présent [19, 22, 23, 27, 30].

3.3.3 Caractéristiques des interventions

Les interventions dont il est question dans la littérature recensée comportent chacune leurs caractéristiques particulières, qui sont en partie liées au contexte dans lequel elles ont été implantées. Comme le précise le tableau 1 ci-après, dans la plupart d'entre elles, le mode de communication est le téléphone, qui est dans certains cas combiné ou comparé à un autre mode de communication.

Tel qu'indiqué précédemment, dans la majorité des interventions, le patient ne participe pas à la consultation du médecin spécialiste par le médecin de première ligne

Modes de communication employés

Le tableau 1 fait état des modes de communication employés dans le cadre des interventions appréciées par la littérature recensée. Le téléphone est celui qui a été utilisé dans le plus grand nombre d'interventions. Douze des études recensées ont apprécié une intervention s'appuyant sur ce mode. Dans quatre d'entre elles, une consultation téléphonique est combinée à un échange en face-à-face en milieu clinique ou au chevet du patient. Dans deux études, un échange téléphonique est combiné à une communication écrite. Une de ces études a également comparé les effets d'une intervention combinant une consultation téléphonique et une communication écrite à une autre reposant sur la communication écrite uniquement [25]. Dans une des études, l'intervention appréciée combine le téléphone, l'échange en face-à-face et des modes de communication asynchrone (courriel, fax et *Listserv*) [27].

Dans quatre autres études, l'intervention appréciée repose sur la vidéoconférence. Une intervention emploie uniquement un mode de communication asynchrone (store and forward).

ÉTUDE	MODE DE COMMUNICATION								
	Téléphone	Vidéo- conférence	Lettre	Face à face	<i>Store and Forward</i>	Chevet	Courriel	Fax	Listserv
Abrahamian [23]		X							
Bal [24]	X								
De Cruppé [25]	X		X						
Greenberg [32]		X							
Harrison [19]		X							
Kates [26]	X			X					
Lundvoll-Nilsen [20]		X							
Rockman [27]	X			X			X	X	X
Sankaranayanan [28]	X			X					
Scalvini [21]	X								
Schrijnemaekers [30]	X					X			
Thind [22]					X				
Van Heest 2007 [31]	X								

ÉTUDE	MODE DE COMMUNICATION								
	Téléphone	Vidéo- conférence	Lettre	Face à face	<i>Store and Forward</i>	Chevet	Courriel	Fax	Listserv
Van Heest 2009 [14]	X								
Williams [29]	X		X						
Wadhwa [33]	X								
Wegner [16]	X								
Nombre par mode	12	4	2	3	1	1	1	1	1

Tableau 1 – Modes de communication employés dans le cadre des interventions appréciées

Amorce du contact

Dans certaines interventions, le médecin de première ligne initie directement le contact avec le consultant, afin de discuter du suivi d'un patient, ou obtenir des informations générales [14, 21, 22, 24, 26-28, 31, 33]. Dans quelques-unes d'entre elles, un consultant est disponible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 pour répondre aux questions des médecins de première ligne [14, 21, 24, 31, 33].

Dans d'autres, un rendez-vous est organisé par l'intermédiaire d'un administrateur ou d'un coordonnateur afin de discuter du suivi d'un patient, ou obtenir des informations générales [19].

Dans quelques cas, il n'a pas été précisé à savoir si un rendez-vous a été pris avant la consultation, et de quelle façon [20, 23, 25, 29, 30, 32].

3.3.4 *Compareurs*

Une seule des études incluses dans la synthèse comporte un devis avec groupe contrôle, soit celle de De Cruppé et al, réalisée en Allemagne par un service de médecine psychosomatique [25]. Dans le groupe contrôle, la procédure habituelle en Allemagne pour la transmission des résultats à la suite de la consultation par un patient d'un service de médecine psychosomatique a été employée (le médecin de première ligne qui a référé le patient n'a pas été informé directement du résultat).

3.4 Synthèse des données

Dans un premier temps, **l'efficacité** d'une consultation téléphonique est appréciée. Une attention particulière est portée aux dimensions suivantes :

- Impact sur les résultats de santé des patients.
- Impact de l'intervention sur l'organisation des soins.
- Information et soutien offert aux médecins de première ligne.
- Impact sur la qualité des soins.
- Impact sur la pratique des médecins de première ligne.
- Rentabilité.
- Avantages et désavantages du téléphone par rapport à d'autres modes de communication.

En second lieu, les **enjeux organisationnels et institutionnels** liés à l'implantation du mode d'intervention sont analysés. Dans cette section, les dimensions suivantes sont notamment abordées :

- Ressources requises.
- Durée des consultations.
- Motifs de consultation.
- Attentes des professionnels à l'égard de la consultation, et préférences des demandeurs.

3.4.1 Efficacité (théorique et clinique)

La méthodologie de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) suggère comme pratique de choix de référer à des essais randomisés pour l'étude de l'efficacité d'une technologie ou d'un mode d'intervention [18]. Par ailleurs, elle précise que dans un domaine qui n'aurait pas été évalué à l'aide d'essais randomisés, ou qui ne peut pas faire l'objet d'une telle évaluation, il est justifié de faire appel à d'autres types d'études dans une appréciation d'efficacité [18].

Dans cette section, on fera état des effets observés et perçus décrits dans les études. Certaines des études proposent une observation directe de certains des effets de l'intervention, alors que d'autres apprécient des effets perçus (perception et satisfaction à l'égard de l'intervention, notamment). Nous distinguerons les résultats selon qu'ils découlent d'effets observés ou perçus.

Effets observés

Impact sur résultats de santé des patients : L'étude observationnelle sans groupe contrôle d'Abrahamian démontre que la consultation a permis d'améliorer l'état de santé de patients diabétiques en diminuant leur taux d'hémoglobine A1c (de 8,1 à 7,8, $P < 0,05$) et en diminuant leur pression sanguine systolique (156 à 148 mmHg, $P < 0,0005$) et diastolique (88 à 83 mmHg, $P < 0,0005$) [23]. Par ailleurs, l'essai randomisé de De Cruppé a révélé qu'une communication intensifiée entre un psychiatre-consultant d'un service de médecine psychosomatique et un médecin généraliste n'avait pas d'impact sur les résultats de santé des patients (significatif à $P < 0,05$) [25].

Impact sur pratique des médecins de première ligne : L'étude de Scalvini démontre que la consultation téléphonique d'un cardiologue par un médecin généraliste peut améliorer les pratiques de contrôle de la pression sanguine chez les patients hypertendus et l'évaluation diagnostique des symptômes [21]. Celles de van Heest et al. démontrent que ce type de consultation peut contribuer à rendre la pratique des médecins de première ligne en soins palliatifs plus conforme aux meilleures pratiques dans le domaine, en augmentant notamment la prescription d'injections à domicile [14, 31]. En outre, les recommandations des médecins spécialistes ont été suivies dans 85 % des cas [14, 31].

Les résultats de l'étude de De Cruppé et al tendent à appuyer l'hypothèse selon laquelle l'intervention contribue à ce que les médecins généralistes participent davantage à l'offre de soins en médecine psychosomatique, et que plus le médecin spécialiste consultant influence directement les modes de pratique, et plus grande est sa participation aux traitements, plus grand est son impact sur la pratique des médecins généralistes [25].

Impact sur qualité des diagnostics : L'étude de Thind suggère que la consultation d'un médecin spécialiste par un médecin généraliste à l'aide d'un mode de communication asynchrone peut contribuer à améliorer la qualité des diagnostics médicaux [22]. Soixante pourcent des diagnostics étaient posés par le médecin spécialiste. Dans 60 % des cas, il y avait un bon accord entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste quant au diagnostic, alors que dans 21 % des cas, il y avait désaccord [22]. L'étude de van Heest indique que le deuxième avis que procure le médecin spécialiste lors de la consultation contribue à identifier des solutions pour le patient en fin de vie, et faire émerger des problématiques non diagnostiquées initialement par le médecin généraliste [14].

Impact sur gestion des soins : L'étude de Scalvini démontre que la consultation d'un spécialiste par un médecin généraliste peut contribuer à l'identification rapide des solutions de soins, et contribue à réduire le nombre de visites en soins spécialisés [21]. L'étude de van Heest menée dans un contexte de soins palliatifs suggère que la consultation contribue à identifier des options de soins additionnelles, en particulier des alternatives à l'euthanasie [14]. Celle de Kates et al. tend à démontrer qu'elle peut contribuer à réduire l'utilisation des services de santé mentale et les références aux services d'urgence, offre une opportunité de triage des cas d'urgence, et peut contribuer à améliorer la continuité des soins et les liens mutuels entre médecins spécialistes et de première ligne [26].

Impact sur transfert des connaissances : Il se dégage de l'étude de Thind et al. que l'information additionnelle transmise par le médecin spécialiste au médecin généraliste au cours de la consultation améliore la formation continue des médecins généralistes [22].

Effets perçus

Efficacité perçue d'une consultation téléphonique par rapport à une consultation au chevet : L'appréciation des perceptions des professionnels de la santé à l'égard d'un service de consultation en soins palliatifs permettant à la fois des consultations par téléphone et au chevet du patient a révélé que la majorité des utilisateurs du service ont jugé l'intervention aidante, avait un impact positif sur la qualité des soins, et était aidante pour les patients et leurs proches ($P < 0,001$) [30]. Elle n'a pas permis d'observer des différences importantes entre les taux de satisfaction des professionnels à l'égard de l'un et l'autre mode de communication, en ce qui a trait à la mesure dans laquelle la consultation était aidante, et avait un impact positif sur la qualité des soins ($P < 0,001$) [30]. Par ailleurs, la consultation au chevet a été jugée légèrement plus aidante pour les patients et les aidants naturels que la consultation téléphonique ($P < 0,001$) [30].

Autres effets perçus (tous modes de communication)

Impact perçu sur la pratique clinique des médecins de première ligne : Selon l'étude de Bal et al. la vaste majorité des médecins généralistes (91 %) estiment suivre les recommandations de médecins spécialistes en maladies infectieuses, et jugent leurs recommandations pertinentes (96 %) [24]. Les mêmes conclusions se dégagent des études de van Heest et al., dans un contexte de soins palliatifs (recommandations suivies dans 96 % des cas) [14, 31]. En outre, il se dégage des réponses des médecins de première ligne qui ont participé à l'étude d'Abrahamian et al. qu'ils tendent à suivre les recommandations des médecins spécialistes en soins aux diabétiques [23]. Enfin, la majorité des médecins de famille qui ont participé à l'étude de Rockman et al. (88 %) a jugé que la consultation d'un psychiatre leur avait permis d'améliorer leur pratique en santé mentale [27].

Perceptions des médecins spécialistes à l'égard de l'intervention : La plupart des psychiatres qui ont participé à l'étude de Williams ont eu une perception positive de leurs consultations avec les généralistes, les estimant pertinentes [29]. De façon similaire, la majorité des infectiologues qui ont participé à celle de Bal et al. ont estimé de qualité les informations transmises par les médecins généralistes (95 %), et ont jugé la consultation pertinente (97 %) [24]. La majorité des psychiatres qui ont participé à l'étude de Williams ont estimé que les médecins généralistes étaient en mesure de prendre en charge les cas à la suite de leur consultation avec eux. Ils ont apprécié leur rôle de consultant et ont jugé valorisante leur relation avec les médecins généralistes [29].

Impact perçu sur information et soutien procuré aux médecins de première ligne : L'étude de Rockman suggère que la mise sur pied d'un service de consultation en santé mentale contribue à une forte réduction de la perception des barrières à l'accès d'une deuxième opinion par les médecins de famille [27].

Impact perçu sur qualité des soins : La majorité des médecins généralistes qui ont participé à l'étude de van Heest et al. (84 %) a estimé que la consultation d'un collègue spécialisé en soins palliatifs améliorerait la qualité des soins [31].

Impact perçu par les médecins de première ligne sur collaboration interprofessionnelle : La majorité des médecins de première ligne qui ont participé aux études de Rockman et al. et Williams et al. a estimé que

l'usage d'un service de consultation en santé mentale avait contribué à améliorer leurs rapports avec les médecins spécialistes [27, 29].

Satisfaction des médecins de première ligne à l'égard de l'intervention : La satisfaction à l'égard du mécanisme de consultation a été appréciée dans quelques études. Dans chacune de ces études, les médecins de première ligne ayant utilisé le service ont témoigné d'un niveau de satisfaction élevé à l'égard du service de consultation [19, 24, 28]. En outre, la majorité des médecins généralistes qui ont participé à l'étude de Bal et al. se sont estimés respectés par l'infectiologue consulté [24].

Impact de l'intervention sur sentiment d'efficacité personnelle des demandeurs : L'analyse qualitative effectuée par Rockman et al. indique que les médecins de famille ont le sentiment d'être davantage en confiance à la suite des échanges avec les psychiatres et les psychothérapeutes du service de consultation [27]. Les résultats du sondage de Williams effectué auprès de médecins généralistes ayant consulté un service de consultation-liaison en psychiatrie vont dans le même sens [29]. Par ailleurs, il convient de noter que dans ces études, le sentiment mesuré n'a pas été défini de façon formelle au préalable, en prenant appui sur le concept de sentiment d'efficacité personnelle défini par Bandura, par exemple [34].

Impact perçu de l'intervention sur organisation des soins : La présence d'un service de consultation entre médecins spécialistes et médecins de première ligne peut engendrer une hausse ressentie de la capacité des services, en améliorant l'accès à l'avis d'un médecin spécialiste pour le suivi des cas [27, 32]. Quarante pourcent des médecins généralistes qui ont participé à l'étude de Bal et al ont estimé que la consultation permettait de limiter les coûts pour les patients en limitant le nombre de consultations formelles [24].

Réduction de la charge pour les aidants : Greenberg et al. ont interviewé des proches aidants pour mieux connaître leurs perceptions à l'égard du développement de services pédo-psychiatriques disponibles localement, en zone rurale. Ils ont estimé qu'il était de nature à réduire la charge des aidants en diminuant les coûts sociaux liés aux traitements (transport, absentéisme), à améliorer le bien-être et la stabilité familiale, et réduire le stress lié à l'attente d'un rendez-vous pour un spécialiste [32].

Impact perçu sur transfert de connaissances et formation continue des médecins de première ligne : Les résultats de l'analyse qualitative effectuée par Rockman démontrent que les médecins de famille ont le sentiment d'apprendre en consultant les psychiatres et psychothérapeutes du service de consultation en santé mentale; aussi, tel qu'évoqué plus haut, ils ont le sentiment de moins référer à la suite de la consultation [29]. Une estimation effectuée à partir des rapports de consultation des médecins spécialistes ayant participé à l'étude de Thind et al démontre que les consultations ont eu une valeur éducative ajoutée dans les deux-tiers des cas [22].

3.4.2 Enjeux organisationnels et professionnels

On fera état dans cette section des problématiques abordées dans la littérature en ce qui a trait au contexte de la communication entre les médecins spécialistes et les médecins de première ligne, et aux aspects liés à l'implantation et au fonctionnement d'un service permettant à des médecins de première ligne de recevoir des avis de médecins spécialistes pour obtenir des recommandations thérapeutiques pertinentes au suivi de leurs patients.

Problématiques et résultats appréciés

Les motifs de tension entre les médecins spécialistes et les médecins de première ligne au cours d'une consultation téléphonique : Wadhwa et Lingard ont apprécié les motifs de tension entre des pédiatres spécialistes et des pédiatres généralistes et des médecins de famille au cours de consultations téléphoniques [33]. Ils distinguent 5 sources de tension principales entre ces médecins, soit les caractéristiques de la communication verbale (*discursive features*), le contexte de l'échange, le caractère fragmentaires des informations transmises, le partage de la responsabilité des soins et le motif de l'appel [33]. Ainsi, les caractéristiques de la communication verbale, comme le rythme, l'accent, l'organisation et le ton de l'échange sont apparues comme pouvant rendre difficile la communication, en particulier pour les médecins consultants [33]. En outre, compte tenu du contexte, la consultation peut être perçue comme urgente par le demandeur,

alors que le consultant peut ne pas lui accorder un niveau de priorité important, et la percevoir comme l'une de ses tâches quotidiennes uniquement. De plus, au cours de leur échange, tant le consultant que le demandeur doivent composer avec l'absence de repères visuels et d'intuition, et que l'information requise au diagnostic peut être incomplète ou inexacte [33]. Le partage de la responsabilité des soins, de même que la responsabilité médico-légale, sont également des motifs de tension. Enfin, un point de vue divergent entre le consultant et le demandeur en ce qui concerne un motif pertinent de consultation peut constituer un motif de tension entre ces médecins [33].

Motifs de consultation : Quelques études recensées font état des motifs de consultation des médecins de première ligne. Ces études ont été réalisées dans des contextes de soins variés (maladies infectieuses, psychiatrie, soins palliatifs) [14, 20, 24, 26, 28, 30, 31]. Dans la plupart des cas, les demandeurs ont souhaité obtenir un avis en lien avec le suivi du dossier d'un patient. Toutefois, dans l'étude de Bal et al, 5 % des demandes de consultation visaient une information générale [24]. Dans cette étude, les motifs de consultation les plus fréquemment évoqués étaient liés à un besoin d'appui dans la gestion du cas d'un patient, obtenir un avis plus rapidement, offrir des soins de qualité, et maintenir ses connaissances à jour [24]. Les médecins psychiatres qui ont participé aux études de Sankaranarayanan et al. et Kates et al. (cas non-urgents) ont noté qu'une proportion importante de leurs échanges avec les médecins généralistes a porté sur la médication [26, 28].

Schrijnemaekers et al. ont comparé les caractéristiques de consultations téléphoniques et de consultations au chevet effectuées par les membres d'équipes interdisciplinaires en soins palliatifs offrant des avis à des médecins généralistes et d'autres professionnels de la santé (infirmières, médecins hospitalistes, infirmières auxiliaires, aidants naturels, patients) [30]. L'étude démontre que les médecins de première ligne sollicitaient davantage une consultation téléphonique qu'une consultation au chevet ($P < 0,001$). L'analyse des motifs des consultations a permis de démontrer que plus de questions étaient posées lors des consultations au chevet, qu'un plus grand nombre de problématiques étaient adressées, dans une plus grande variété de domaines ($P < 0,001$, $P < 0,01$) [30]. L'étude n'indique pas si une catégorie de demandeurs a contribué davantage qu'une autre à la diversité de motifs adressés. Par ailleurs, l'analyse des perceptions des demandeurs à l'égard de l'intervention indique que la consultation au chevet a été jugée plus aidante pour les patients et les aidants naturels qu'une consultation téléphonique ($P < 0,001$) [30].

Statistiques d'utilisation du service : Quelques études effectuées dans un contexte d'implantation ont fait état de statistiques liées à l'utilisation du service de consultation. Ainsi, la majorité des appels placés au service apprécié dans l'étude de Kates portait sur des cas non-urgents [26]. La majorité des demandes de consultation ont été effectuées par des médecins de famille, bien que le service était accessible à d'autres professionnels de la santé. Kates et al ont observé des consultations d'une durée moyenne de 8 minutes, Abrahamian, 12 minutes et van Heest, 15 minutes [23, 26, 31]. Les médecins de famille ayant répondu au sondage effectué par Rockman et al. ont utilisé le service de consultation en psychiatrie 3,3 fois en moyenne en 3 mois [27]. Approximativement le tiers des médecins de première ligne qui ont participé aux études de Bal et al. et Williams et al. ont consulté le service apprécié plus d'une fois [24, 29].

Van Heest et al. ont noté une augmentation significative du nombre d'appels aux cours des trois premières années d'activité du service, ceux-ci passant de près de 100 au cours de la première année, à près de 500 par année au cours de la troisième [31].

Attentes des médecins de première ligne à l'égard de la communication avec les médecins spécialistes : De Cruppé et al. ont apprécié les attentes des médecins de première ligne à l'égard de la communication avec les psychiatres-consultants en médecins psychosomatique. Ils ont observé que dans le groupe d'intervention, la vaste majorité des médecins de première ligne consultés (97 %) souhaitaient obtenir par écrit les résultats de la consultation avec le psychiatre, alors que seulement 31 % d'entre eux souhaitaient obtenir l'information par téléphone. En revanche, 93 % souhaitaient avoir la possibilité de communiquer par téléphone au besoin avec le psychiatre pour obtenir des informations additionnelles [25]. Quatre-vingt-sept pourcent désiraient obtenir des recommandations thérapeutiques et tous souhaitaient obtenir de l'information additionnelle par écrit concernant les résultats de la consultation. Enfin, 38 % jugeaient des discussions de cas désirables dans leur propre milieu clinique [25].

3.4.3 Enjeux économiques

Les enjeux économiques liés à l'implantation de l'intervention communicationnelle ont été abordés de façon informelle dans quelques études. Par ailleurs, seule l'étude de Wegner apprécie certains enjeux économiques liés à l'implantation de ce type d'intervention [16].

Wegner et al. concluent qu'il est rentable de rembourser les médecins spécialistes pour offrir des consultations téléphoniques aux médecins de première ligne. En outre, ils estiment que ces consultations permettent d'éviter des soins et des déplacements inutiles pour les patients et leurs familles, lors d'une référence à un médecin spécialiste [16].

Deux études suggèrent que la mise en place de mécanismes de consultation téléphonique entre médecins spécialistes et médecins de première ligne peut contribuer à réaliser des économies en termes de coûts directs de santé (en notamment réduisant l'usage de services spécialisés, comme les services d'urgence [21, 26], de même qu'en termes de coûts indirects (frais encourus par le patient et ses proches lors des visites chez le médecin spécialiste) [21], sans toutefois les analyser dans le cadre d'une évaluation économique.

Deux autres études ont proposé une évaluation de certaines des ressources requises pour la mise en œuvre de la consultation téléphonique, sans proposer d'analyse économique détaillée. Ainsi, De Crupé et al. ont estimé que chaque intervention reposant sur une communication soutenue avec le médecin de première ligne exige une heure de travail additionnelle par le médecin spécialiste, en comparaison de la procédure habituelle qui consiste à transmettre par un rapport écrit les résultats d'une consultation à la suite d'une référence [25]. Bien qu'ils n'aient pas effectué d'évaluation économique, Thind et al. ont estimé que les coûts liés à la participation du médecin spécialiste au service de consultation en dermatologie étaient faibles en proportion de l'acquisition de la technologie permettant la transmission des informations et des images [22].

En outre, Bal et al. ont estimé que l'absence de mécanisme pour la rémunération des échanges informels avec les médecins de première ligne pouvait avoir un impact économique significatif pour les médecins spécialistes dans un contexte de pression accrue de la part des hôpitaux et tiers-payeurs à l'effet de réduire les coûts [24]. Enfin, plusieurs études ont fait état de la nécessité d'évaluer de façon plus formelle les enjeux économiques liés à la mise en œuvre de services de consultation des médecins spécialistes par les médecins de première ligne, à la fois en ce qui a trait aux coûts directs pour le système de santé et aux coûts indirects, ou sociaux [19, 21, 28, 32].

4 DISCUSSION

L'analyse de la littérature pertinente indique qu'un nombre relativement important d'études se sont penchées sur les effets d'interventions permettant à des médecins spécialistes d'offrir à des médecins de première ligne situés à distance des avis spécialisés concernant le suivi de leurs patients, ou des informations générales. Ces études ont été menées en Europe, en Amérique du Nord, et en Australie, dans une diversité de contextes de soins. La psychiatrie est la discipline à laquelle se rattache le plus grand nombre d'études publiées. Le téléphone est le mode de communication utilisé dans le plus grand nombre d'interventions.

4.1 Impact de l'intervention sur les résultats de santé

Deux des études recensées se sont penchées sur l'impact de l'intervention sur les résultats de santé [23, 25]. Il n'est pas possible de tirer de conclusions fermes de ces 2 études quant à l'impact de l'intervention sur les résultats de santé des patients. En effet, bien que l'étude d'Abrahamian et al. tende à démontrer qu'une consultation par vidéoconférence à laquelle participe le médecin-spécialiste consultant, le médecin de première ligne et le patient puisse contribuer à améliorer les résultats de santé de patients diabétiques, il n'est pas possible de conclure avec certitude que cet effet est attribuable à l'intervention elle-même, puisque l'étude a été effectuée sans groupe contrôle.

L'étude de De Cruppé et al., qui repose sur un essai randomisé avec groupe contrôle, n'a pas permis d'observer des différences significatives entre les deux groupes quant à l'impact des interventions sur les symptômes de dépression et les autres symptômes, chez des patients traités en psychiatrie [25].

4.2 Impact de l'intervention sur la prise en charge des patients par les médecins de première ligne

Quelques études tendent à démontrer que l'existence d'un service permettant à des médecins spécialistes d'offrir à des médecins de première ligne des recommandations thérapeutiques peut contribuer à rendre la gestion des soins plus efficace en réduisant l'utilisation des services spécialisés, et d'autres types de services de santé - comme les services d'urgence, par exemple [14, 16, 21]. En outre, ce type de service peut contribuer à l'identification rapide des solutions de soins [14, 21] et à améliorer la continuité des soins et les liens mutuels entre médecins spécialistes et médecins de première ligne [26].

4.3 Impact sur la qualité des soins

La littérature recensée tend également à indiquer que ce type de service peut contribuer à l'adoption de pratiques cliniques appuyées par les preuves par les médecins de première ligne [14, 21, 31], de même qu'à améliorer la qualité des diagnostics [14, 22] et favoriser un transfert de connaissances des médecins spécialistes vers les médecins de première ligne [22]. Aussi, l'intensité de la participation du médecin spécialiste aux traitements tend à avoir un impact proportionnel sur l'adoption de pratiques cliniques fondées sur les preuves par les médecins de première ligne [25].

4.4 Rentabilité du service

Il n'est pas possible en s'appuyant sur la littérature existante de tirer de conclusions robustes en ce qui a trait à la rentabilité du service de consultation, qu'il repose sur le téléphone ou un autre mode de communication. En effet, aucune évaluation économique formelle d'interventions du type de celles qui sont abordées par la présente synthèse n'a été publiée à ce jour. Wegner et al. (2008) concluent qu'il est rentable de rémunérer les médecins spécialistes pour offrir des consultations téléphoniques aux médecins de première ligne. Par ailleurs, l'évaluation qu'ils ont effectuée est assez sommaire, et ne repose pas sur une méthode d'évaluation économique reconnue [voir notamment 35]. De plus uniquement certains coûts directs pour le système de santé ont été pris en considération. Les coûts indirects ou sociaux (encourus par les patients et leurs proches) n'ont pas été analysés, bien que les auteurs estiment qu'un tel service de consultation puisse contribuer à réduire ces coûts [16].

Toutefois, deux études suggèrent que la mise en place d'un service de consultation téléphonique de médecins spécialistes par des médecins de première ligne peut contribuer à réaliser des économies en termes de coûts directs et indirects de santé [21, 26].

4.5 Perceptions des parties prenantes à l'égard de l'intervention

L'analyse des effets perçus par les parties prenantes démontre qu'ils ont une perception favorable de l'intervention. L'analyse de leurs perceptions tend à valider l'hypothèse selon laquelle elle peut contribuer à renforcer la prise en charge des patients par les médecins de première ligne. Dans 5 études où l'impact de l'intervention sur la pratique clinique des médecins de première ligne a été apprécié, la vaste majorité des médecins de première ligne estiment suivre les recommandations que leurs transmettent les médecins spécialistes [14, 23, 24, 27, 31]. En outre, ils estiment que l'intervention a un impact positif sur la qualité des soins aux patients et l'organisation des soins, en améliorant la collaboration professionnelle, et en réduisant la perception de barrière à l'accès d'une deuxième opinion médicale et de la capacité des services [27, 32].

De plus, quelques études ayant apprécié l'impact de l'intervention sur le niveau de confiance des médecins de première ligne à l'égard de la prestation des soins font état d'un impact positif à cet égard [27, 29]. Rappelons que le sentiment apprécié n'a pas été défini de façon formelle au préalable en prenant par exemple appui sur

le concept de sentiment d'efficacité personnelle défini par Bandura, souvent employé dans la littérature pour analyser ce type de perceptions [34].

Les études recensées portant sur l'analyse des effets perçus comportent également des biais importants dont les principaux visent la sélection non-randomisée des participants, l'appréciation d'effets-auto-rapportés (impact perçu de la consultation sur la pratique clinique des médecins de première ligne et la qualité des soins, par exemple) sans observation directe, l'absence de justification adéquate des méthodes de collecte et d'analyse des données utilisées. Enfin, aucune de ces études ne repose sur un modèle comportemental qui aurait permis de prédire l'intention des médecins de première ligne d'intégrer à leur pratique les recommandations que leur ont prescrites les médecins spécialistes, comme la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié d'Azjen et Fishbein, par exemple [36]. L'utilisation de tels modèles lors d'un effort de recherche ultérieure pourrait contribuer à renforcer les conclusions que l'on peut tirer de l'impact de ce type d'intervention.

4.6 Avantages et désavantages du téléphone par rapport à d'autres modes de communication

Seulement deux des études recensées ont effectué des comparaisons entre la communication téléphonique et un autre mode de communication [25, 30].

De Cruppé et al. ont comparé les effets d'une intervention faisant appel à la fois à la communication téléphonique et à la communication écrite, à ceux d'une intervention reposant uniquement sur la communication écrite. L'appréciation des effets des interventions sur les résultats de santé n'a pas permis d'observer de différences significatives entre les deux groupes [25].

En outre, il se dégage de cette étude que les médecins de première ligne tendent à préférer une communication écrite – des résultats de la consultation d'un patient par un médecin spécialiste -- qui rencontre leurs attentes à une communication téléphonique de ces résultats. Par contre, la vaste majorité des médecins de première ligne ont désiré avoir la possibilité de communiquer par téléphone au besoin avec les médecins spécialistes pour avoir un complément d'information au sujet des résultats d'une consultation [25]. À cet égard, il est possible que dans un contexte d'intervention différent, les médecins de première ligne aient pu exprimer des préférences différentes. Un effort de recherche additionnel aiderait à mieux connaître les préférences des médecins de première ligne et des médecins spécialistes à l'égard des modes de communication.

L'appréciation des perceptions des professionnels de la santé ayant utilisé un service de consultation en soins palliatifs permettant à la fois des consultations par téléphone et au chevet du patient n'a pas permis d'observer de différences importantes quant aux taux de satisfaction des professionnels à l'égard de l'un et l'autre mode de communication concernant la mesure dans laquelle la consultation était aidante, et avait un impact positif sur la qualité des soins, bien que la consultation au chevet ait été jugée légèrement plus aidante pour les patients et les proches aidants que la consultation téléphonique [30]. Par ailleurs, au nombre des professionnels de la santé ayant utilisé le service, les médecins de première ligne sollicitaient davantage une consultation téléphonique qu'une consultation au chevet [30]. Une analyse plus approfondie aurait pu permettre de mieux comprendre dans quelle mesure une consultation téléphonique peut contribuer davantage au maintien de la prise en charge du patient par le médecin de première ligne qu'une consultation au chevet.

4.7 Facteurs de succès et barrières à l'implantation de l'intervention

Peu des études recensées ont apprécié le contexte des interventions appréciées. Cela explique en partie que seulement deux d'entre elles ont fait état des facteurs de succès et des barrières à l'implantation d'un service de consultation du type ciblé par cette synthèse, de façon spécifique [19, 27]. L'essentiel de leur analyse porte sur les barrières à l'implantation.

4.7.1 *Facteurs de succès*

À la suite de leur analyse de données tirées de groupes de discussion formés de médecins de première ligne qui ont bénéficié d'un service de mentorat en santé mentale, Rockman et al. ont noté que ces médecins avaient davantage confiance, ont appris davantage et réfèrent moins après avoir consulté le service [27]. Ce sont les 3 principaux bénéfices qu'ils associent à l'intervention appréciée.

4.7.2 *Barrières à l'implantation*

Les barrières à l'implantation soulevées par Harrison et al. et Rockman et al. sont différentes. Cela s'explique essentiellement par le fait que les caractéristiques et les objectifs des interventions sont également différents. En effet, le seul mode de communication utilisé dans l'étude de Harrison et al. est la visioconférence, tandis que dans celle de Rockman et al. les participants ont eu la possibilité de communiquer par téléphone, en face à face, par courriel, Fax ou Listserv. En outre, tandis que l'intervention appréciée par Harrison et al. vise notamment à offrir une alternative au mode de référence médicale traditionnel, celle qu'ont étudiée Rockman et al. est davantage axée sur le mentorat et le soutien des médecins de première ligne.

Les barrières à l'implantation suivantes ont été soulevées :

Modes de communication préférés : Rockman et al. ont déterminé tandis que les médecins de famille tendaient à préférer communiquer par téléphone, les psychiatres préféraient le courriel [27].

Localisation géographique des participants : Il peut être pertinent de favoriser l'association de médecins de famille et de mentors provenant d'une même région géographique [27].

Échanges en face à face : Il ressort de l'étude de Rockman et al. que des échanges en face à face entre les médecins de famille et les mentors auraient pu être favorisés pour encourager l'usage du service [27]. À cet égard, il convient de noter que De Cruppé et al. ont également observé que les médecins de première ligne tendent à apprécier des discussions de cas dans leur propre milieu clinique [25].

Attentes des participants : Rockman et al. posent le manque de définition des attentes des participants comme une barrière à l'implantation [27].

Impossibilité d'effectuer un examen physique : Harrison et al. estiment que l'impossibilité pour les médecins spécialistes agissant comme consultants d'effectuer un examen physique peut être perçue comme un désavantage, dans le contexte d'une intervention réalisée par visioconférence, où le patient est présent lors de la consultation entre les deux médecins; par ailleurs, cette difficulté peut être contournée dans la mesure où le médecin de famille peut être guidé par le médecin spécialiste pour effectuer son examen [19].

Aspects médico-légaux : Certains médecins - de première ligne et spécialistes ont exprimé des préoccupations à l'égard des aspects médico-légaux entourant les consultations [19]. Harrison et al. jugent qu'il n'y a pas de différences à cet égard entre une référence conventionnelle et une consultation par visioconférence, considérant qu'il incombe au médecin de première ligne et au médecin spécialiste de déterminer qui prend la responsabilité de la consultation; un relevé écrit de la consultation est nécessaire, comme pour la référence habituelle [19].

D'autres études ont abordé les aspects médicaux-légaux entourant la mise en œuvre de l'intervention. Celles-ci ne font pas consensus quant à la responsabilité médico-légale de la consultation, probablement en partie parce qu'elles émanent de juridictions diverses, ont été effectuées dans des contextes d'intervention diversifiés, et que les caractéristiques des interventions-elles-mêmes varient également. Ainsi, Kates et al. estiment la responsabilité du traitement du patient (à la suite d'une recommandation d'un médecin spécialiste) incombe au médecin de famille.

Problèmes logistiques : La nécessité que chacun des intervenants soit présent en même temps peut poser problème dans le cas d'une consultation par visioconférence. Harrison et al. suggèrent d'imposer un plafond de 2 ou 3 consultations par semaine par médecin de première ligne [19]. Dans le même ordre d'idées, Rockman et al. ont fait état de la lenteur du délai de réponse des participants et du manque de disponibilité des mentors comme de barrières à l'implantation [27].

5 CONCLUSION

Cette synthèse a permis de recenser 17 études évaluatives pertinentes à l'objet de recherche, dont les devis sont diversifiés et dont la qualité méthodologique est variable. De fait, seulement 6 d'entre elles sont de qualité jugée modérée à élevée. Il convient de souligner que les études recensées ont été réalisées dans des contextes de soins diversifiés, en Amérique du Nord, en Europe, et en Australie. La psychiatrie est la discipline à laquelle se rattache le plus grand nombre d'études recensées.

Seulement deux études ont apprécié les effets des interventions sur les résultats de santé, et une seule de ces études uniquement repose sur un devis avec groupe contrôle. Cette étude n'a pas permis d'observer des différences significatives entre les 2 groupes en ce qui a trait aux symptômes de patients traités en psychiatrie. Le peu d'études ayant pour objectif l'évaluation des effets sur l'état de santé des patients reflète probablement la difficulté de mettre sur pied des études comparatives de bonne qualité et d'assez grande envergure pouvant démontrer ces effets.

Toutefois, plusieurs études s'accordent pour démontrer un impact positif sur la qualité et la gestion des soins. Même si la qualité de plusieurs des études est faible, la concordance de leurs observations tend à valider les trois conclusions suivantes : Les interventions appréciées tendent à améliorer la rapidité et de la qualité du diagnostic, diminuer l'utilisation de services spécialisés, et améliorer la formation des médecins de première ligne (c.-à-d., transfert des connaissances).

L'analyse des effets perçus par les parties prenantes tend également à valider l'hypothèse selon laquelle l'intervention peut contribuer à renforcer la prise en charge des patients par les médecins de première ligne, en favorisant un transfert de connaissances des médecins spécialistes vers les médecins de première ligne, notamment. En outre, les médecins de première ligne ayant bénéficié de telles interventions estiment qu'elles ont un impact positif sur la qualité et l'organisation des soins, de même que sur leur niveau de confiance à l'égard de la prestation de soins.

Aucune étude économique formelle de ces interventions n'a encore été publiée. Il n'est pas possible de porter une appréciation d'ensemble de l'efficacité relative des différents modes de communication.

L'analyse des facteurs de succès et des barrières à l'implantation fait ressortir la nécessité d'adapter au mieux l'intervention aux besoins des usagers. En outre, une stratégie doit être mise en œuvre pour bien faire connaître le service auprès des médecins de première ligne ciblés, et les inciter à l'utiliser.

Un service de consultation téléphonique paraît représenter une approche prometteuse pour permettre à des médecins de première ligne de recevoir des avis de médecins spécialistes concernant le suivi de leurs patients, ou pour obtenir des recommandations thérapeutiques d'ordre général. Bien que l'état des connaissances ne permette pas à l'heure actuelle de tirer des conclusions robustes quant à l'efficacité de ce type d'approche pour contribuer à améliorer les résultats de santé des patients, maintenir ou renforcer la prise en charge des patients par les médecins de première ligne et améliorer la qualité des soins, de même qu'en la rentabilité de ce type d'approche, les données existantes concernant les effets observés et les perceptions généralement positive des parties prenantes à son égard donne à penser qu'il y a lieu d'implanter un tel service à titre pilote.

L'implantation d'un service permettant à des médecins de famille pratiquant sur l'île de Montréal d'obtenir des avis de médecins spécialistes experts en douleur chronique apparaît une approche prometteuse, dans un contexte où le développement de mesures de soutien à l'intention des intervenants a été ciblé comme une nécessité par le rapport de l'INESSS datant de 2006 portant sur l'organisation des soins en douleur chronique

[37]. En outre, le développement d'un tel service apparaît comme une mesure de nature à favoriser une organisation plus efficace des soins, en permettant que les diagnostics soient établis à temps, et que l'emploi des services spécialisés soit privilégié pour les cas complexes. De plus, il paraît de nature à favoriser une continuité des soins accrue.

Par ailleurs, l'implantation du service devrait être accompagnée d'un effort de recherche évaluative permettant d'en mieux comprendre les effets, l'impact sur le plan organisationnel et institutionnel, et d'en apprécier la rentabilité économique.

6 LACUNES À COMBLER DANS L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

La présente synthèse des connaissances a permis d'identifier quelques lacunes dans l'état des connaissances :

- Au nombre des 17 études recensées, on ne trouve qu'une seule étude randomisée avec groupe contrôle, comparant les effets de l'intervention communicationnelle appréciée avec la procédure habituellement employée dans le milieu. Sans groupe contrôle, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si les effets observés sont attribuables à l'intervention communicationnelle appréciée. De nouvelles études randomisées avec groupe contrôle contribueraient à mieux comprendre les effets de tels services de consultation sur les résultats de santé, la prise en charge des patients par les médecins de première ligne, et la qualité des soins, notamment. Des devis avec randomisation en grappes pourraient être considérés. Dans la mesure où la randomisation entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle s'avérerait impossible, des devis quasi-expérimentaux pourraient également être examinés.
- Aucune étude avec groupe contrôle comparant l'efficacité relative du téléphone par rapport à d'autres technologies de communication (vidéoconférence, modes de communication asynchrone comme le courriel, le *Store and Forward*) n'a été recensée. De telles études contribueraient également à mieux guider la prise de décision quant au choix des modes de communication à privilégier pour de tels services de consultation.
- Il ressort également de la présente synthèse que l'efficacité économique de tels services de consultation n'a pas encore été démontrée de façon convaincante. En effet, aucune étude économique formelle d'un tel service de consultation n'a encore été publiée. De telles études permettraient de déterminer avec plus de confiance la mesure dans laquelle ces services sont économiquement efficaces [35]. Des études appréciant le retour sur l'investissement seraient pertinentes.
- Peu des études ont apprécié le contexte des interventions communicationnelles appréciées, bien que quelques-unes aient été réalisées dans le contexte de l'implantation de services de consultation semblables à celui qui est envisagé au CHUM et à l'intérieur du RUIS de l'Université de Montréal en douleur chronique. À cet égard, de nouvelles études qualitatives, ou des études mixtes reposant sur des devis rigoureux, pourraient contribuer à mieux comprendre les facteurs de succès et les barrières à l'implantation de tels services de consultation [38, 39].

7 RECOMMANDATIONS

- La preuve suggère que l'implantation par le CEGDC du RUIS de l'Université de Montréal d'un service de consultation téléphonique en douleur chronique pourrait être envisagée à titre pilote. Par ailleurs il apparaît essentiel d'en apprécier l'implantation et les effets à l'aide de devis méthodologiques de qualité.
- Une étude d'implantation permettant d'apprécier le niveau de satisfaction des médecins spécialistes agissant comme experts et des médecins généralistes sollicitant des avis est requise afin d'apprécier leur niveau de satisfaction et leurs perceptions à l'égard du service. Celle-ci permettrait notamment de mieux comprendre les facteurs de succès et les barrières à l'implantation du service.

- Une étude comparative ciblant des indicateurs portant sur la qualité des soins, l'utilisation des ressources spécialisées, et le transfert des connaissances contribuerait également à confirmer les impacts positifs décrits dans ce rapport. La possibilité d'effectuer une étude avec randomisation en grappe ou devis quasi-expérimental pourrait aussi être envisagée.
- Il convient d'évaluer la possibilité d'effectuer une étude évaluant l'impact sur les résultats de santé. L'opportunité de combiner ces études avec celles portant sur l'impact organisationnel pourrait être déterminée.
- Il convient de formuler un devis pour une évaluation économique. Compte tenu l'importance des enjeux organisationnels et institutionnels liés à l'implantation de l'intervention, il serait pertinent d'effectuer une étude de retour sur l'investissement. Un programme peut être rentable et bénéfique s'il consomme moins de ressources pour un effet de santé non inférieur.

8 RÉFÉRENCES

1. Ekeland, A.G., A. Bowes, and S. Flottorp, *Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews*. International Journal of Medical Informatics, 2010. **79**(11): p. 736-771.
2. Florance, R.S.K., N. Garneti, and N. Burchett, *Closing the loop: Feedback to accident and emergency SHOs on their referrals to hospital specialists*. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2003. **85**(3): p. 192-194.
3. Montalto, M., P. Harris, and P. Rosengarten, *Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals*. British Journal of General Practice, 1993. **43**(372): p. 277-280.
4. Berendsen, A.J., et al., *How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey*. BMC Health Services Research, 2009. **9**(143).
5. Gloth 3rd, F.M. and J. Schwartz, *Developing a physicians' palliative care pain hotline in Maryland*. The American journal of hospice & palliative care, 2000. **17**(1): p. 24-28.
6. Arora, S., et al., *Partnering Urban Academic Medical Centers And Rural Primary Care Clinicians To Provide Complex Chronic Disease Care*. Health Affairs, 2011. **30**(6): p. 1176-1184.
7. Horner, K., E. Wagner, and J. Tufano, *Electronic consultations between primary and specialty care clinicians: early insights*. Issue Brief (Commonwealth Fund), 2011. **23**: p. 1-14.
8. Sarvet, B., J. Gold, and J.H. Straus, *Bridging the divide between child psychiatry and primary care: the use of telephone consultation within a population-based collaborative system*. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2011. **20**(1): p. 41-53.
9. Gattellari, M., et al., *Does 'peer coaching' increase GP capacity to promote informed decision making about PSA screening? A cluster randomised trial*. Family Practice, 2005. **22**(3): p. 253-265.
10. Peuvrel, L., et al., *Impact of a campaign to train general practitioners in screening for melanoma*. European Journal of Cancer Prevention, 2009. **18**(3): p. 225-229.
11. Pereira-Monteiro, J., et al., *Guidelines for telematic second opinion consultation on headaches in Europe: on behalf of the European Headache Federation (EHF)*. Journal of Headache & Pain, 2010. **11**(4): p. 345-348.
12. Effective Public Health Practice Project (EPHPP), *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*, 2010.
13. Critical Appraisal Skills Programme (CASP), *10 questions to help you make sense of qualitative research*, 2010.

14. van Heest, F.B., et al., *Telephone consultations on palliative sedation therapy and euthanasia in general practice in The Netherlands in 2003: a report from inside*. Family Practice, 2009. **26**(6): p. 481-7.
15. Pluye, P., et al., *A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews*. Int J Nurs Stud, 2009. **46**(4): p. 529-46.
16. Wegner, S.E., et al., *Estimated savings from paid telephone consultations between subspecialists and primary care physicians*. Pediatrics, 2008. **122**(6): p. e1136-40.
17. Critical Appraisal Skills Programme (CASP), *12 questions to help you make sense of economic evalu*, 2010.
18. Busse, R., et al., *Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. Working group 4 report*. Int J Technol Assess Health Care, 2002. **18**(2): p. 361-422.
19. Harrison, R., W. Clayton, and P. Wallace, *Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care?* British Medical Journal, 1996. **313**(7069): p. 1377-1381.
20. Lundvoll Nilsen, L., *Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice*. Qualitative Health Research, 2011. **21**(8): p. 1147-58.
21. Scalvini, S., et al., *Telemedicine: the role of specialist second opinion for GPs in the care of hypertensive patients*. Blood Pressure, 2011. **20**(3): p. 158-65.
22. Thind, C.K., I. Brooker, and A.D. Ormerod, *Teledermatology: A tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology*. Clinical and Experimental Dermatology, 2011. **36**(5): p. 489-494.
23. Abrahamian, H., et al., *Transfer of knowledge from the specialist to the generalist by videoconferencing: effect on diabetes care*. Journal of Telemedicine & Telecare, 2002. **8**(6): p. 350-5.
24. Bal, G., et al., *Infectious disease specialist telephone consultations requested by general practitioners*. Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2011. **43**(11-12): p. 912-917.
25. De Cruppé, W., et al., *Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system*. General Hospital Psychiatry, 2005. **27**(1): p. 63-72.
26. Kates, N., et al., *Providing psychiatric backup to family physicians by telephone*. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 1997. **42**(9): p. 955-9.
27. Rockman, P., et al., *Shared mental health care: Model for supporting and mentoring family physicians*. Canadian Family Physician, 2004. **50**(MAR.): p. 397-402.
28. Sankaranarayanan, A., K. Allanson, and D.K. Arya, *What do general practitioners consider support? Findings from a local pilot initiative*. Australian Journal of Primary Health, 2010. **16**(1): p. 87-92.
29. Williams, A.S., et al., *Consultation-liaison to general practitioners coming of age: The South Australian psychiatrists' experience*. Australasian Psychiatry, 2006. **14**(2): p. 206-211.
30. Schrijnemaekers, V., et al., *A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in The Netherlands: results from a two-year nationwide registration*. Journal of Pain & Symptom Management, 2005. **29**(6): p. 552-558.
31. van Heest, F., et al., *The new millennium palliative care project (2000-2003): The impact of specialised GP advisors*. British Journal of General Practice, 2007. **57**(539): p. 494-496.
32. Greenberg, N., K.M. Boydell, and T. Volpe, *Pediatric telepsychiatry in Ontario: Caregiver and service provider perspectives*. J Behav Health Serv Res, 2006. **33**(1): p. 105-11.
33. Wadhwa, A. and L. Lingard, *A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations*. Medical Education, 2006. **40**(8): p. 759-67.

34. Bandura, A., *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 1977. **84**(2): p. 191-215.
35. Drummond, M.F., et al., *Methods for the economic evaluation of health care programmes. Third Edition*. 2005, Oxford; New York: Oxford University Press.
36. Fishbein, M. and I. Ajzen, *Belief, attitude, intention, and behavior : an introduction to theory and research*. 1975, Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
37. Dobkin, P.L. and L.J. Boothroyd, *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): organisation des services de santé*, 2006, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS): Québec. p. 97.
38. Tashakkori, A. and C. Teddlie, *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*. 2010, Los Angeles, Calif.: SAGE Publications.
39. Patton, M.Q. and M.Q. Patton, *Qualitative research and evaluation methods*. 2002, Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

9 ANNEXES

9.1 Annexe 1

STRATÉGIE DE RECHERCHE MEDLINE (PUBMED)	
Banque de données	MEDLINE (1946 - présent)
Interface de recherche	PubMed
Date des deux recherches bibliographiques	23 juillet 2012 (confirmée le 20 décembre 2013)
Limites appliquées aux deux recherches	date de publication : 1990-01-01 : 2012-07-23 langue : anglais et français

LÉGENDE DE LA SYNTAXE UTILISÉE	
[MeSH Terms]	«Medical Subject Heading» employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé MEDLINE
[Title/Abstract]	«Title», Titre / «Abstract », Résumé
*	troncature permet de faire une recherche à partir de la racine ou d'une partie d'un terme
OR, AND	OU, ET- Opérateurs logiques
[lang]	«Language», Langage
[PDat]	«Publication Date», Date de publication

STRATÉGIE DE RECHERCHE ADAPTÉE À LA SYNTAXE DE PUBMED

Stratégie de recherche # 1

remote consultation [MeSH Terms]) OR remote consultation* [Title/Abstract] OR telecommunications [MeSH Terms] OR telecommunication* [Title/Abstract] OR teleconference* [Title/Abstract] OR telephone [MeSH Terms] OR telephone*[Title/Abstract] OR telehealth [Title/Abstract] OR Telemedicine [MeSH Terms] OR telemedicine [Title/Abstract] OR phone* [Title/Abstract] OR Videoconferencing [MeSH Terms] OR videoconferencing [Title/Abstract] OR telecare* [Title/Abstract] OR e-consultation* [Title/Abstract] OR e-health [Title/Abstract] OR e-health [Title/Abstract] OR tele-assistance* [Title/Abstract] OR teleassistance* [Title/Abstract] OR Hotlines [MeSH Terms] OR hotline* [Title/Abstract] OR mobile health [Title/Abstract]

AND

Professional Practice [MeSH Terms] OR Professional Practice* [Title/Abstract] OR Specialization [MeSH Terms] OR specialization* [Title/Abstract] OR Decision Making [MeSH Terms] OR decision* making [Title/Abstract] OR Diagnosis, Differential [MeSH Terms] OR diagnosis differential [Title/Abstract] OR second opinion* [Title/Abstract] OR (Referral and consultation [MeSH Terms]) OR referral* [Title/Abstract] OR Cooperative behavior [MeSH Terms] OR cooperative behavior* [Title/Abstract] OR interprofessional relations [MeSH Terms] OR interprofessional relation* [Title/Abstract] OR Interdisciplinary communication [MeSH Terms] OR interdisciplinary communication* [Title/Abstract] OR consultants [MeSH Terms] OR consultant* [Title/Abstract] OR advisory service* [Title/Abstract] OR professional competence* [Title/Abstract] OR professional Competence [MeSH Terms] OR specialist* [Title/Abstract] OR Education, Medical [Mesh] OR Education, Medical, Continuing [Mesh]

AND

Analgesia [MeSH Terms] OR Analgesia* [Title/Abstract] OR Pain [MeSH Terms] OR Pain* [Title/Abstract] OR ache* [Title/Abstract] OR physical suffering* [Title/Abstract] OR Analgesics [MeSH Terms] OR Analgesic* [Title/Abstract]

AND

"Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines as Topic" [Mesh] OR "Guideline Adherence" [Mesh] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic" [Mesh] OR "Review" [Publication Type] OR "Review Literature as Topic" [Mesh] OR "Peer Review" [Mesh] OR "Utilization Review" [Mesh] OR "Technology Assessment, Biomedical" [Mesh] OR systematic literature [Title/Abstract] OR systematic review* [Title/Abstract] OR systematic overview* [Title/Abstract] OR systematic metaanaly* [Title/Abstract] OR systematic meta-analy* [Title/Abstract] OR health technology assessment [Title/Abstract] OR guideline* [Title/Abstract] OR guidance* [Title/Abstract] OR Review* [Title/Abstract] OR "Clinical Trials as Topic" [Mesh] OR "Pragmatic Clinical Trial" [Publication Type] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR "Multicenter Studies as Topic" [Mesh] OR "Cross-Over Studies" [Mesh] OR "Pragmatic Clinical Trials as Topic" [Mesh] OR "Observational Study" [Publication Type] OR "Observational Study as Topic" [Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Multicenter Study" [Publication Type] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR "Interdisciplinary Studies" [Mesh] OR "Longitudinal Studies" [Mesh] OR "Prospective Studies" [Mesh] OR ("Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic" [Mesh] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR trial* [Title/Abstract] OR studies [Title/Abstract] OR study [Title/Abstract])

AND

((("1990/01/01"[PDat]: "2012/12/31"[PDat]) AND (English [lang] OR French [lang])))

Stratégie de recherche # 2

Professional Practice [MeSH Terms] OR Professional Practice* [Title/Abstract] OR Specialization [MeSH Terms] OR Specialization* [Title/Abstract] OR Decision Making [MeSH Terms] OR Decision* Making [Title/Abstract] OR Diagnosis, Differential [MeSH Terms] OR Diagnosis Differential [Title/Abstract] OR second opinion* [Title/Abstract] OR (Referral and consultation [MeSH Terms]) OR referral* [Title/Abstract] OR Cooperative behavior [MeSH Terms] OR cooperative behavior* [Title/Abstract] OR interprofessional relations [MeSH Terms] OR interprofessional relation* [Title/Abstract] OR Interdisciplinary communication [MeSH Terms] OR interdisciplinary communication* [Title/Abstract] OR consultants [MeSH Terms] OR consultant* [Title/Abstract] OR advisory service* [Title/Abstract] OR professional competence* [Title/Abstract] OR professional Competence [MeSH Terms] OR specialist* [Title/Abstract] OR Education, Medical [Mesh] OR Education, Medical, Continuing [Mesh]

AND

remote consultation [MeSH Terms]) OR remote consultation* [Title/Abstract] OR telecommunications [MeSH Terms] OR telecommunication* [Title/Abstract] OR teleconference* [Title/Abstract] OR telephone [MeSH Terms] OR telephone* [Title/Abstract] OR telehealth [Title/Abstract] OR Telemedicine [MeSH Terms] OR telemedicine [Title/Abstract] OR phone* [Title/Abstract] OR Videoconferencing [MeSH Terms] OR videoconferencing [Title/Abstract] OR telecare* [Title/Abstract] OR e consultation* [Title/Abstract] OR e consultation* [Title/Abstract] OR e-consultation* [Title/Abstract] OR e-health [Title/Abstract] OR e health [Title/Abstract] OR tele-assistance* [Title/Abstract] OR tele assistance* [Title/Abstract] OR Hotlines [MeSH Terms] OR hotline* [Title/Abstract] OR mobile health [Title/Abstract]

AND

General Practice [MeSH Terms] OR general practice* [Title/Abstract] OR General practitioners [MeSH Terms] OR general practitioner* [Title/Abstract] OR general practice physician* [Title/Abstract] OR general physician* [Title/Abstract] OR Family practice [MeSH Terms] OR family practice* [Title/Abstract] OR Primary health care [MeSH Terms] OR primary health care* [Title/Abstract] OR primary healthcare* [Title/Abstract] OR generalist* [Title/Abstract] OR family physician* [Title/Abstract] OR primary care* clinician* [Title/Abstract] OR physician* [Title/Abstract] OR Physicians [MeSH Terms] OR Health Services Research [MeSH Terms]

AND

"Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines as Topic" [Mesh] OR "Guideline Adherence" [Mesh] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic" [Mesh] OR "Review" [Publication Type] OR "Review Literature as Topic" [Mesh] OR "Peer Review" [Mesh] OR "Utilization Review" [Mesh] OR "Technology Assessment, Biomedical" [Mesh] OR systematic literature [Title/Abstract] OR systematic review* [Title/Abstract] OR systematic overview* [Title/Abstract] OR systematic meta-analy* [Title/Abstract] OR systematic meta-analy* [Title/Abstract] OR health technology assessment [Title/Abstract] OR guideline* [Title/Abstract] OR guidance* [Title/Abstract] OR Review* [Title/Abstract] OR "Clinical Trials as Topic" [Mesh] OR "Pragmatic Clinical Trial" [Publication Type] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR "Multicenter Studies as Topic" [Mesh] OR "Cross-Over Studies" [Mesh] OR "Pragmatic Clinical Trials as Topic" [Mesh] OR "Observational Study" [Publication Type] OR "Observational Study as Topic" [Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Multicenter Study" [Publication Type] OR "Cross-Sectional Studies" [Mesh] OR "Interdisciplinary Studies" [Mesh] OR "Longitudinal Studies" [Mesh] OR "Prospective Studies" [Mesh] OR ("Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic" [Mesh] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type] OR trial* [Title/Abstract] OR studies [Title/Abstract] OR study [Title/Abstract])

AND

((("1990/01/01"[PDat]: "2012/12/31"[PDat]) AND (English [lang] OR French [lang])))

STRATÉGIE DE RECHERCHE EMBASE (OVIDSP)	
Banque de données	EMBASE (1974-present)
Interface de recherche	Ovid
Date des deux recherches bibliographiques	23 juillet 2012 (confirmée le 20 décembre 2013)
Limites appliquées aux deux recherches	date de publication : 1990-01-01 : 2012-07-23 langue : anglais et français

LÉGENDE DE LA SYNTAXE UTILISÉE	
/	employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé (EMTREE)
ti	«Title», Titre
ab	«Abstract », Résumé
pt	«Publication type», type de publication
*	troncature permet de faire une recherche à partir de la racine ou d'une partie d'un terme
OR, AND	OU, ET- Opérateurs logiques
yr	«Year», Année
limit	Limite

STRATÉGIE DE RECHERCHE ADAPTÉE À LA SYNTAXE DE EMBASE (OVIDSP)

Stratégie de recherche # 1

- 1 remote consultation*.ti,ab
- 2 teleconsultation/
- 3 telecommunication/

4 teleconference/ or telephone/
5 telecommunication*.ti,ab.
6 teleconference*.ti,ab.
7 telephone*.ti,ab.
8 telehealth/
9 telehealth.ti,ab.
10 telemedicine/
11 telemedicine.ti,ab.
12 mobile phone/
13 phone*.ti,ab.
14 videoconferencing/
15 videoconferencing.ti,ab.
16 telecare.ti,ab.
17 e-consultation*.ti,ab.
18 e consultation*.ti,ab.
19 e-health.ti,ab.
20 e health.ti,ab.
21 tele-assistance*.ti,ab.
22 tele assistance*.ti,ab.
23 hotline*.ti,ab.
24 mobile health.ti,ab.
25 or/1-24
26 professional practice/
27 professional practice*.ti,ab.
28 specialization/
29 decision making/
30 differential diagnosis/
31 diagnosis differential.ti,ab.
32 second opinion*.ti,ab.
33 specialization*.ti,ab.
34 decision* making.ti,ab.
35 patient referral/
36 patient referral*.ti,ab.
37 cooperation/
38 cooperat*.ti,ab.
39 interprofessional relation*.ti,ab.
40 interdisciplinary communication/
41 Interdisciplinary communication*.ti,ab.
42 consultant*.ti,ab.
43 advisory service*.ti,ab.
44 professional competence/
45 professional competence*.ti,ab.
46 medical specialist/
47 medical specialist*.ti,ab.
48 continuing education/ or medical education/
49 or/26-48
50 pain/
51 pain*.ti,ab.
52 analgesia/
53 analgesia*.ti,ab.
54 ache*.ti,ab.
55 physical suffering*.ti,ab.
56 analgesic agent/
57 analgesic*.ti,ab.
58 or/50-57
59 practice guideline/

- 60 guideline*.ti,ab,pt.
- 61 guidance*.ti,ab,pt.
- 62 meta analysis/
- 63 meta-analy*.ti,ab,pt.
- 64 meta analy*.ti,ab,pt.
- 65 "review"/
- 66 review*.ti,ab,pt.
- 67 "peer review"/
- 68 "utilization review"/
- 69 biomedical technology assessment/
- 70 "systematic review"/
- 71 health technology assessment*.ti,ab,pt.
- 72 overview*.ti,ab,pt.
- 73 "clinical trial (topic)"/ or "controlled clinical trial (topic)"/ or "randomized controlled trial (topic)"/ or controlled clinical trial/ (483573)
- 74 feasibility study/ or study/ or observational study/ or comparative study/ or experimental study/ or prevention study/ or clinical study/ or multimethod study/ or hospital based case control study/ or open study/ or correlational study/ or case study/ or case control study/ or pilot study/ or "multicenter study (topic)"/ or retrospective study/ or cross-sectional study/
- 75 trial*.ti,ab,pt.
- 76 study.ti,ab,pt.
- 77 studies.ti,ab,pt.
- 78 or/59-77**
- 79 25 and 49 and 58 and 78**
- 80 limit 79 to embase**
- 81 limit 80 to (yr="1990 - 2012" and (english or french))**

Stratégie de recherche # 2

- 1 remote consultation*.ti,ab.
- 2 teleconsultation/
- 3 telecommunication/
- 4 teleconference/ or telephone/
- 5 telecommunication*.ti,ab.
- 6 teleconference*.ti,ab.
- 7 telephone*.ti,ab.
- 8 telehealth/
- 9 telehealth.ti,ab.
- 10 telemedicine/
- 11 telemedicine.ti,ab.
- 12 mobile phone/
- 13 phone*.ti,ab.
- 14 videoconferencing/
- 15 videoconferencing.ti,ab.
- 16 telecare.ti,ab.
- 17 e-consultation*.ti,ab.
- 18 e consultation*.ti,ab.
- 19 e-health.ti,ab.
- 20 e health.ti,ab.
- 21 tele-assistance*.ti,ab.
- 22 tele assistance*.ti,ab.
- 23 hotline*.ti,ab.
- 24 mobile health.ti,ab.
- 25 or/1-24**
- 26 professional practice/

27 professional practice*.ti,ab.
 28 specialization/
 29 decision making/
 30 differential diagnosis/
 31 diagnosis differential.ti,ab.
 32 second opinion*.ti,ab.
 33 specialization*.ti,ab.
 34 decision* making.ti,ab.
 35 patient referral/
 36 patient referral*.ti,ab.
 37 cooperation/
 38 cooperat*.ti,ab.
 39 interprofessional relation*.ti,ab.
 40 interdisciplinary communication/
 41 Interdisciplinary communication*.ti,ab.
 42 consultant*.ti,ab.
 43 advisory service*.ti,ab.
 44 professional competence/
 45 professional competence*.ti,ab.
 46 medical specialist/
 47 medical specialist*.ti,ab.
 48 continuing education/ or medical education/
49 or/26-48
 50 general practice/
 51 general practice*.ti,ab.
 52 general practitioner/
 53 general practitioner*.ti,ab.
 54 general practice physician*.ti,ab.
 55 general physician*.ti,ab.
 56 primary health care/
 57 family practice*.ti,ab.
 58 primary healthcare*.ti,ab.
 59 primary health care*.ti,ab.
 60 generalist*.ti,ab.
 61 family physician*.ti,ab.
 62 primary medical care/
 63 primary care* clinician*.ti,ab.
 64 primary medical care*.ti,ab.
 65 physician/
 66 physician*.ti,ab.
 67 health services research/
 68 health services research.ti,ab.
69 or/50-68
 70 practice guideline/
 71 guideline*.ti,ab,pt.
 72 guidance*.ti,ab,pt.
 73 meta analysis/
 74 meta-analy*.ti,ab,pt.
 75 meta analy*.ti,ab,pt.
 76 "review"/
 77 review*.ti,ab,pt.
 78 "peer review"/
 79 "utilization review"/
 80 biomedical technology assessment/
 81 "systematic review"/
 82 health technology assessment*.ti,ab,pt.

- 83 overview*.ti,ab,pt.
 84 "clinical trial (topic)"/ or "controlled clinical trial (topic)"/ or "randomized controlled trial (topic)"/ or controlled clinical trial/
 85 feasibility study/ or study/ or observational study/ or comparative study/ or experimental study/ or prevention study/ or clinical study/ or multimethod study/ or hospital based case control study/ or open study/ or correlational study/ or case study/ or case control study/ or pilot study/ or "multicenter study (topic)"/ or retrospective study/ or cross-sectional study/
 86 trial*.ti,ab,pt.
 87 study.ti,ab,pt.
 88 studies.ti,ab,pt.
 89 or/70-88
 90 25 and 49 and 69 and 89
 91 limit 90 to embase
 92 limit 91 to (yr="1990 - 2012" and (english or french))

STRATÉGIES DE RECHERCHE CINAHL (EBSCO)	
Banque de données	CINAHL (1981- présent)
Interface de recherche	EBSCO
Date des deux recherches bibliographiques	23 juillet 2012 (confirmée le 20 décembre 2013)
Limites appliquées aux deux recherches	date de publication : 1990-01-01 : 2012-07-23 langue : anglais et français

LÉGENDE DE LA SYNTAXE UTILISÉE	
MH	«Exact Subject Headings », descripteur du vocabulaire contrôlé
TI	«Title», Titre
AB	«Abstract », Résumé
S (1, 2, 3...)	« Search », Recherche
OR, AND	OU, ET- Opérateurs logiques

STRATÉGIE DE RECHERCHE ADAPTÉE À LA SYNTAXE DE CINAHL

Stratégie de recherche # 1

- S1** (MH "Remote Consultation") OR (MH "Referral and Consultation") OR (MH "Telephone Consultation (Iowa NIC)") OR (MH "Services for Australian Rural and Remote Allied Health") OR (MH "Telecommunications") OR (MH "Telehealth") OR (MH "Teleconferencing") OR (MH "Telecommuting") OR (MH "Telephone") OR (MH "Telemedicine") OR (MH "Videoconferencing")
- S2** TI remote consultation* OR TI telecommunication* OR TI teleconference* OR TI telephone* OR TI telehealth OR TI telemedicine OR TI videoconferencing OR TI telecare* OR TI e consultation* OR TI e-consultation* OR TI e-health OR TI e health
- S3** AB remote consultation* OR AB telecommunication* OR AB teleconference* OR AB telephone* OR AB telehealth OR AB telemedicine OR AB videoconferencing OR AB telecare* OR AB e consultation* OR AB e-consultation* OR AB e-health OR AB e health
- S4** AB tele-assistance* OR AB tele assistance* OR AB Hotlines OR AB mobile health

- S5** TI tele-assistance* OR TI tele assistance* OR TI Hotlines OR TI mobile health
- S6** **S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5**
- S7** (MH "Professional Practice") OR (MH "Professional Practice, Evidence-Based") OR (MH "Professional Practice, Research-Based") OR (MH "Professional Practice, Theory-Based") OR (MH "Specialization") OR (MH "Hospitals, Special") OR (MH "Decision Making") OR (MH "Decision Making, Computer Assisted") OR (MH "Decision-Making Support (Iowa NIC)") OR (MH "Decision Making (Iowa NOC)") OR (MH "Diagnosis, Differential") OR (MH "Referral and Consultation") OR (MH "Remote Consultation") OR (MH "Consultants") OR (MH "Referral (Iowa NIC)") OR (MH "Telephone Consultation (Iowa NIC)") OR (MH "Cooperative Behavior") OR (MH "Interprofessional Relations") OR (MH "Professional Competence") OR (MH "Education, Medical, Continuing") OR (MH "Education, Medical")
- S8** TI Professional Practice* OR TI specialization* OR TI decision* making OR TI diagnosis differential OR TI second opinion* OR TI referral* OR TI cooperative behavior* OR TI interprofessional relation* OR TI interdisciplinary communication* OR TI consultant* OR TI advisory service* OR TI professional competence*
- S9** AB Professional Practice* OR AB specialization* OR AB decision* making OR AB diagnosis differential OR AB second opinion* OR AB referral* OR AB cooperative behavior* OR AB interprofessional relation* OR AB interdisciplinary communication* OR AB consultant* OR AB advisory service* OR AB professional competence*
- S10** AB specialist*
- S11** TI specialist*
- S12** **S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11**
- S13** (MH "Analgesia") OR (MH "Pain") OR (MH "Analgesics")
- S14** TI pain* OR TI analgesia* OR TI ache* OR TI physical suffering* OR TI Analgesic*
- S15** AB pain* OR AB analgesia* OR AB ache* OR AB physical suffering* OR AB Analgesic*
- S16** **S13 OR S14 OR S15**
- S17** (MH "Practice Guidelines") OR (MH "Guideline Adherence") OR (MH "Meta Analysis") OR (MH "Systematic Review") OR (MH "Utilization Review") OR (MH "Institutional Review") OR (MH "Book Reviews") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Clinical Trials") OR (MH "Randomized Controlled Trials") OR (MH "Multicenter Studies") OR (MH "Preventive Trials") OR (MH "Clinical Trial Registry") OR (MH "Intervention Trials") OR (MH "Community Trials") OR (MH "Therapeutic Trials") OR (MH "Observational Methods") OR (MH "Prospective Studies") OR (MH "Quantitative Studies") OR (MH "Multimethod Studies") OR (MH "Experimental Studies") OR (MH "Comparative Studies")
- S18** TI review* OR TI guideline* OR TI meta-analysis OR TI trail* OR TI study OR TI studies OR TI observational method* OR TI meta analysis
- S19** AB review* OR AB guideline* OR AB meta-analysis OR AB trail* OR AB study OR AB studies OR AB observational method* OR AB meta analysis
- S20** **S17 OR S18 OR S19**
- S21** **S6 AND S12 AND S16 AND S20** Opérateurs de restriction - Date de publication: 19900101-20121231; Langue: English, French

Stratégie de recherche # 2

- S1** (MH "Remote Consultation") OR (MH "Referral and Consultation") OR (MH "Telephone Consultation (Iowa NIC)") OR (MH "Services for Australian Rural and Remote Allied Health") OR (MH "Telecommunications") OR (MH "Telehealth") OR (MH "Teleconferencing") OR (MH "Telecommuting") OR (MH "Telephone") OR (MH "Telemedicine") OR (MH "Videoconferencing")
- S2** TI remote consultation* OR TI telecommunication* OR TI teleconference* OR TI telephone* OR TI telehealth OR TI telemedicine OR TI videoconferencing OR TI telecare* OR TI e consultation* OR TI e-consultation* OR TI e-health OR TI e health
- S3** AB remote consultation* OR AB telecommunication* OR AB teleconference* OR AB telephone* OR AB telehealth OR AB telemedicine OR AB videoconferencing OR AB telecare* OR AB e consultation* OR AB e-consultation* OR AB e-health OR AB e health
- S4** AB tele-assistance* OR AB tele assistance* OR AB Hotlines OR AB mobile health
- S5** TI tele-assistance* OR TI tele assistance* OR TI Hotlines OR TI mobile health
- S6** **S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5**
- S7** (MH "Professional Practice") OR (MH "Professional Practice, Evidence-Based") OR (MH "Professional Practice, Research-Based") OR (MH "Professional Practice, Theory-Based") OR (MH "Specialization") OR (MH "Hospitals, Special") OR (MH "Decision Making") OR (MH "Decision Making, Computer Assisted") OR (MH "Decision-Making Support (Iowa NIC)") OR (MH "Decision Making (Iowa NOC)") OR (MH "Diagnosis, Differential") OR (MH "Referral and Consultation") OR (MH "Remote Consultation") OR (MH "Consultants") OR (MH "Referral (Iowa NIC)") OR (MH "Telephone Consultation (Iowa NIC)") OR (MH "Cooperative Behavior") OR (MH "Interprofessional Relations") OR (MH "Professional Competence") OR (MH "Education, Medical, Continuing") OR (MH "Education, Medical")
- S8** TI Professional Practice* OR TI specialization* OR TI decision* making OR TI diagnosis differential OR TI second opinion* OR TI referral* OR TI cooperative behavior* OR TI interprofessional relation* OR TI interdisciplinary communication* OR TI consultant* OR TI advisory service* OR TI professional competence*
- S9** AB Professional Practice* OR AB specialization* OR AB decision* making OR AB diagnosis differential OR AB second opinion* OR AB referral* OR AB cooperative behavior* OR AB interprofessional relation* OR AB interdisciplinary communication* OR AB consultant* OR AB advisory service* OR AB professional competence*
- S10** AB specialist*
- S11** TI specialist*
- S12** **S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11**
- S13** (MH "Practice Guidelines") OR (MH "Guideline Adherence") OR (MH "Meta Analysis") OR (MH "Systematic Review") OR (MH "Utilization Review") OR (MH "Institutional Review") OR (MH "Book Reviews") OR (MH "Literature Review") OR (MH "Clinical Trials") OR (MH "Randomized Controlled Trials") OR (MH "Multicenter Studies") OR (MH "Preventive Trials") OR (MH "Clinical Trial Registry") OR (MH "Intervention Trials") OR (MH "Community Trials") OR (MH "Therapeutic Trials") OR (MH "Observational Methods") OR (MH "Prospective Studies") OR (MH "Quantitative Studies") OR (MH "Multimethod Studies") OR (MH "Experimental Studies") OR (MH "Comparative Studies")
- S14** TI review* OR TI guideline* OR TI meta-analysis OR TI trail* OR TI study OR TI studies OR TI observational method* OR TI meta analysis
- S15** AB review* OR AB guideline* OR AB meta-analysis OR AB trail* OR AB study OR AB studies OR AB observational method* OR AB meta analysis

S16	S13 OR S14 OR S15	
S17	(MH "Family Practice") OR (MH "Physicians, Family") OR (MH "Primary Health Care") OR (MH "Health Services Research")	
S18	TI general practice* OR TI general practitioner* OR TI general physician* OR TI family practice* OR TI primary health care* OR TI primary healthcare* OR TI generalist* OR TI physician* OR TI health service* research	
S19	AB general practice* OR AB general practitioner* OR AB general physician* OR AB family practice* OR AB primary health care* OR AB primary healthcare* OR AB generalist* OR AB physician* OR AB health service* research	
S20	S17 OR S18 OR S19	
S21	S6 AND S12 AND S16 AND S20	Opérateurs de restriction - Date de publication: 19900101-20121231; Langue: English, French

STRATÉGIE DE RECHERCHE EBM REVIEWS (OVIDSP)	
Banques de données	Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) (1995 - présent) ACP Journal Club (1991 - présent) Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) (1991 - présent) Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCTR) (1991 - présent) Cochrane Methodology Register (CMR/ CLCMR) (1995 - présent) Health Technology Assessment (HTA) (2001 - présent) NHS Economic Evaluation Database (NHSEED/ CLEED) (1995 - présent)
Interface de recherche	OvidSP
Date des deux recherches bibliographiques	23 juillet 2012 (confirmée le 20 décembre 2013)
Limites appliquées aux deux recherches	Langue : anglais et français date de publication : 1990- 2012

LÉGENDE DE LA SYNTAXE UTILISÉE	
/	employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé
ti	«Title», Titre
ab	«Abstract », Résumé
kw	«Keywords», Mots-clés
*	troncature permet de faire une recherche à partir de la racine ou d'une partie d'un terme
OR, AND	OU, ET- Opérateurs logiques
yr	«Year», Année
limit	Limite

Stratégie de recherche # 1

- 1 pain/
- 2 pain*.ti,ab,kw.
- 3 analgesia/
- 4 analgesia*.ti,ab,kw.
- 5 ache*.ti,ab,kw.
- 6 physical suffering*.ti,ab,kw.
- 7 analgesic agent/
- 8 analgesic*.ti,ab,kw.
- 9 or/1-8**
- 10 professional practice/
- 11 professional practice*.ti,ab,kw.
- 12 specialization/
- 13 decision making/
- 14 differential diagnosis/
- 15 diagnosis differential.ti,ab,kw.
- 16 second opinion*.ti,ab,kw.
- 17 specialization*.ti,ab,kw.
- 18 decision* making.ti,ab,kw.
- 19 patient referral*.ti,ab,kw.
- 20 cooperat*.ti,ab,kw.
- 21 interdisciplinary communication/
- 22 Interdisciplinary communication*.ti,ab,kw.
- 23 consultant*.ti,ab,kw.
- 24 advisory service*.ti,ab,kw.
- 25 professional competence/
- 26 professional competence*.ti,ab,kw.
- 27 medical specialist*.ti,ab,kw.
- 28 or/10-27**
- 29 remote consultation*.ti,ab,kw.
- 30 teleconsultation/
- 31 telecommunication/
- 32 teleconference/ or telephone/
- 33 telecommunication*.ti,ab,kw.
- 34 teleconference*.ti,ab,kw.
- 35 telephone*.ti,ab,kw.
- 36 telehealth/
- 37 telehealth.ti,ab,kw.
- 38 telemedicine/
- 39 telemedicine.ti,ab,kw.
- 40 mobile phone/
- 41 phone*.ti,ab,kw.
- 42 videoconferencing/
- 43 videoconferencing.ti,ab,kw.
- 44 telecare.ti,ab,kw.
- 45 e-consultation*.ti,ab,kw.
- 46 e consultation*.ti,ab,kw.
- 47 e-health.ti,ab,kw.
- 48 e health.ti,ab,kw.
- 49 tele-assistance*.ti,ab,kw.
- 50 tele assistance*.ti,ab,kw.

- 51 hotline*.ti,ab,kw.
- 52 mobile health.ti,ab,kw.
- 53 or/29-52**
- 54 9 and 28 and 53**
- 55 limit 54 to yr="1990 - 2012" [Limit not valid in DARE; records were retained]**
- 56 limit 55 to (english or french) [Limit not valid in CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]**

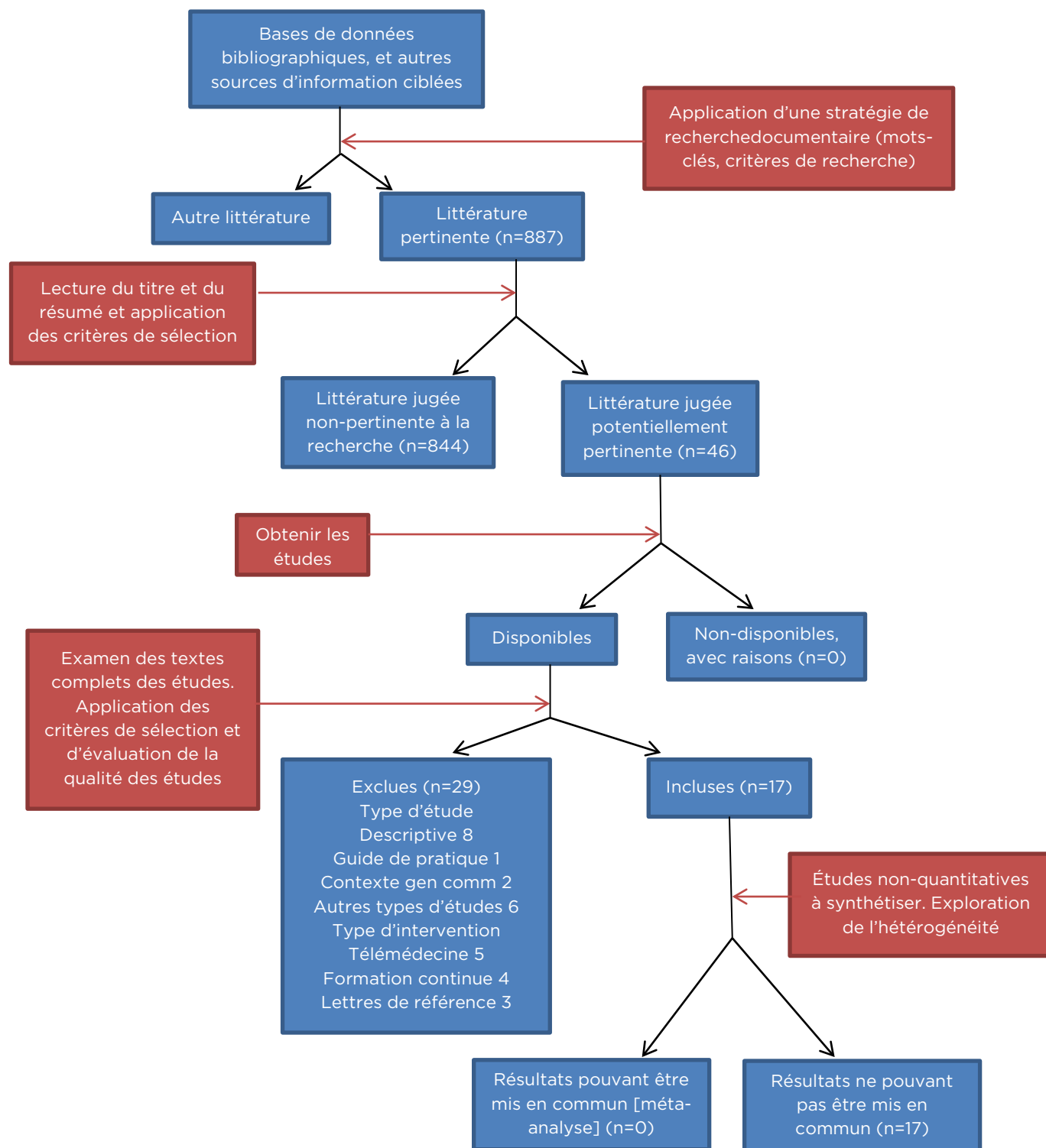
Stratégie de recherche # 2

- 1 professional practice/
- 2 professional practice*.ti,ab,kw.
- 3 specialization/
- 4 decision making/
- 5 differential diagnosis/
- 6 diagnosis differential.ti,ab,kw.
- 7 second opinion*.ti,ab,kw.
- 8 specialization*.ti,ab,kw.
- 9 decision* making.ti,ab,kw.
- 10 patient referral*.ti,ab,kw.
- 11 cooperat*.ti,ab,kw.
- 12 interdisciplinary communication/
- 13 Interdisciplinary communication*.ti,ab,kw.
- 14 consultant*.ti,ab,kw.
- 15 advisory service*.ti,ab,kw.
- 16 professional competence/
- 17 professional competence*.ti,ab,kw.
- 18 medical specialist*.ti,ab,kw.
- 19 or/1-18**
- 20 remote consultation*.ti,ab,kw.
- 21 teleconsultation/
- 22 telecommunication/
- 23 teleconference/ or telephone/
- 24 telecommunication*.ti,ab,kw.
- 25 teleconference*.ti,ab,kw.
- 26 telephone*.ti,ab,kw.
- 27 telehealth/
- 28 telehealth.ti,ab,kw.
- 29 telemedicine/
- 30 telemedicine.ti,ab,kw.
- 31 mobile phone/
- 32 phone*.ti,ab,kw.
- 33 videoconferencing/
- 34 videoconferencing.ti,ab,kw.
- 35 telecare.ti,ab,kw.
- 36 e-consultation*.ti,ab,kw.
- 37 e consultation*.ti,ab,kw.
- 38 e-health.ti,ab,kw.
- 39 e health.ti,ab,kw.
- 40 tele-assistance*.ti,ab,kw.
- 41 tele assistance*.ti,ab,kw.
- 42 hotline*.ti,ab,kw.
- 43 mobile health.ti,ab,kw.
- 44 or/20-43**
- 45 general practice/

- 46 general practice*.ti,ab,kw.
- 47 general practitioner/
- 48 general practitioner*.ti,ab,kw.
- 49 general practice physician*.ti,ab,kw.
- 50 general physician*.ti,ab,kw.
- 51 primary health care/
- 52 family practice*.ti,ab,kw.
- 53 primary healthcare*.ti,ab,kw.
- 54 primary health care*.ti,ab,kw.
- 55 generalist*.ti,ab,kw.
- 56 family physician*.ti,ab,kw.
- 57 primary medical care/
- 58 primary care* clinician*.ti,ab,kw.
- 59 primary medical care*.ti,ab,kw.
- 60 physician/
- 61 physician*.ti,ab,kw.
- 62 health services research/
- 63 health services research.ti,ab,kw.
- 64 or/45-63**
- 65 19 and 44 and 64**
- 66 limit 65 to yr="1990 - 2012" [Limit not valid in DARE; records were retained]**
- 67 limit 66 to (english or french) [Limit not valid in CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]**

9.2 Annexe 2

9.2.1 Processus de sélection des études à inclure dans la synthèse des connaissances³



³ Adapté de Busse et al. (2002), p. 373

9.3 Annexe 3

9.3.1 Liste des études incluses et évaluation de leur qualité méthodologique

ÉTUDE	OUTIL D'APPRÉCIATION	APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ
Abrahamian, H., et al., <i>Transfer of knowledge from the specialist to the generalist by videoconferencing: effect on diabetes care</i> . Journal of Telemedicine & Telecare, 2002. 8(6): p. 350-5.	EPHPP quantitative	Modérée
Bal, G., et al., <i>Infectious disease specialist telephone consultations requested by general practitioners</i> . Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2011. 43(11-12): p. 912-917.	EPHPP quantitative	Faible
De Cruppé, W., et al., <i>Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system</i> . General Hospital Psychiatry, 2005. 27(1): p. 63-72.	Grille CASP (RCT appraisal), EPHPP quantitative	Élevée
Greenberg, N., K.M. Boydell, and T. Volpe, <i>Pediatric telepsychiatry in Ontario: Caregiver and service provider perspectives</i> . J Behav Health Serv Res, 2006. 33(1): p. 105-11.	Grille CASP (qualitative appraisal)	Moyenne
Harrison, R., W. Clayton, and P. Wallace, <i>Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care ?</i> British Medical Journal, 1996. 313(7069): p. 1377-1381.	Grille CASP (cohort appraisal), EPHPP quantitative	Faible
Kates, N., et al., <i>Providing psychiatric backup to family physicians by telephone</i> . Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 1997. 42(9): p. 955-9.	EPHPP quantitative	Faible
Lundvoll Nilsen, L., <i>Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice</i> . Qualitative Health Research, 2011. 21(8): p. 1147-58.	Grille CASP (qualitative appraisal)	Élevée
Rockman, P., et al., <i>Shared mental health care: Model for supporting and mentoring family physicians</i> . Canadian Family Physician, 2004. 50(MAR.): p. 397-402.	Grille CASP (cohort appraisal) EPHPP quantitative	Faible
Sankaranarayanan, A., K. Allanson, and D.K. Arya, <i>What do general practitioners consider support ? Findings from a local pilot initiative</i> . Australian Journal of Primary Health, 2010. 16(1): p. 87-92.	EPHPP quantitative	Faible
Scalvini, S., et al., <i>Telemedicine: the role of specialist second opinion for GPs in the care of hypertensive patients</i> . Blood Pressure, 2011. 20(3): p. 158-65.	EPHPP quantitative	Faible
Schrijnemaekers, V., et al., <i>A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in The Netherlands: results from a two-year nationwide registration</i> . Journal of Pain & Symptom Management, 2005. 29(6): p. 552-558.	EPHPP quantitative	Faible

ÉTUDE	OUTIL D'APPRÉCIATION	APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ
Thind, C.K., I. Brooker, and A.D. Ormerod, <i>Teledermatology: A tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology</i> . <i>Clinical and Experimental Dermatology</i> , 2011. 36(5): p. 489-494.	EPHPP quantitative	Faible
van Heest, F.B., et al., <i>Telephone consultations on palliative sedation therapy and euthanasia in general practice in The Netherlands in 2003: a report from inside</i> . <i>Family Practice</i> , 2009. 26(6): p. 481-7.	Approche Pluye (2009)	Moyenne
van Heest, F., et al., <i>The new millennium palliative care project (2000-2003): The impact of specialised GP advisors</i> . <i>British Journal of General Practice</i> , 2007. 57(539): p. 494-496.	EPHPP quantitative	Faible
Wadhwa, A. and L. Lingard, <i>A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations</i> . <i>Medical Education</i> , 2006. 40(8): p. 759-67.	Grille CASP (qualitative appraisal)	Élevée
Wegner, S.E., et al., <i>Estimated savings from paid telephone consultations between subspecialists and primary care physicians</i> . <i>Pediatrics</i> , 2008. 122(6): p. e1136-40.	CASP Economic evaluation	Faible
Williams, A.S., et al., <i>Consultation-liaison to general practitioners coming of age: The South Australian psychiatrists' experience</i> . <i>Australasian Psychiatry</i> , 2006. 14(2): p. 206-211.	EPHPP quantitative	Faible

9.4 Annexe 4

9.4.1 Liste des études exclues par motif d'exclusion

Type d'étude

Études descriptives (8)

Arora, S., et al., *Partnering Urban Academic Medical Centers And Rural Primary Care Clinicians To Provide Complex Chronic Disease Care*. Health Affairs, 2011. 30(6): p. 1176-1184.

Britt, D.W., et al., *A two-period assessment of changes in specialist contact in a high-risk pregnancy telemedical program*. Telemedicine Journal and e-Health, 2006. 12(1): p. 35-41.

Gloth 3rd, F.M. and J. Schwartz, *Developing a physicians' palliative care pain hotline in Maryland*. The American journal of hospice & palliative care, 2000. 17(1): p. 24-28.

Horner, K., E. Wagner, and J. Tufano, *Electronic consultations between primary and specialty care clinicians: early insights*. Issue Brief (Commonwealth Fund), 2011. 23: p. 1-14.

Rayburn, W.F., et al., *A statewide, toll-free telephone service to improve obstetric care*. The Journal of the Oklahoma State Medical Association, 1995. 88(8): p. 342-344.

Ridley, J.Z. and R. Gallagher, *Palliative care telephone consultation: who calls and what do they need to know?* Journal of Palliative Medicine, 2008. 11(7): p. 1009-1014.

Roland, M. and B. Bewley, *Boneline: evaluation of an initiative to improve communication between specialists and general practitioners*. Journal of Public Health Medicine, 1992. 14(3): p. 307-9.

Sarvet, B., J. Gold, and J.H. Straus, *Bridging the divide between child psychiatry and primary care: the use of telephone consultation within a population-based collaborative system*. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2011. 20(1): p. 41-53.

Guide de pratique (1)

Pereira-Monteiro, J., et al., *Guidelines for telematic second opinion consultation on headaches in Europe: on behalf of the European Headache Federation (EHF)*. Journal of Headache & Pain, 2010. 11(4): p. 345-348.

Contexte général de la communication (2)

Berendsen, A.J., et al., *How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey*. BMC Health Services Research, 2009. 9(143).

Florance, R.S.K., N. Garneti, and N. Burchett, *Closing the loop: Feedback to accident and emergency SHOs on their referrals to hospital specialists*. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2003. 85(3): p. 192-194.

Autres types d'étude (6)

Bergeret, I., et al., *[Eole-Reseau LIENS: telephone based assistance and referral advice for primary care professionals confronted with mental health issues in their patients]*. Revue Medicale de Bruxelles, 2010. 31(4): p. 241-2.

Bradstock, S.E., et al., *Telephone-based psychiatry advice service for general practitioners*. Medical Journal of Australia, 2005. 183(2): p. 90.

Power, R. and B. Williams, *Rural access line: a tool for improving communication between rural GPs and hospital specialists in Western Australia*. Medical Journal of Australia, 1994. 160(7): p. 450.

Shaw, A., R. Hamilton-Keene, and P. Hartney, *Multidisciplinary care: A significant challenge for regional Australia*. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 2009. 5: p. A226.

Wallace, P., et al., *Joint teleconsultations improve satisfaction among people referred for a specialist opinion*. Evidence-Based Healthcare, 2002. 6(4): p. 150-151.

Winblad, I., et al., *Effect of videoconferencing on the process of cooperation between primary and secondary care*. Journal of Telemedicine & Telecare, 2003. 9(1): p. 57-9.

Type d'intervention

Lettre de référence (3)

Florance, R.S.K., N. Garneti, and N. Burchett, *Closing the loop: Feedback to accident and emergency SHOs on their referrals to hospital specialists*. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2003. 85(3): p. 192-194.

Montalto, M., P. Harris, and P. Rosengarten, *Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department*. Australian Family Physician, 1994. 23(7): p. 1320-1, 1324-5, 1328.

Montalto, M., P. Harris, and P. Rosengarten, *Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals*. British Journal of General Practice, 1993. 43(372): p. 277-280.

Télémédecine (5)

Eminovic, N., et al., *Teledermatologic consultation and reduction in referrals to dermatologists: A cluster randomized controlled trial*. Archives of Dermatology, 2009. 145(5): p. 558-564.

Pignatiello, A., et al., *Supporting primary care through pediatric telepsychiatry*. Canadian Journal of Community Mental Health, 2008. 27(2): p. 139-151.

Rothschild, S.K. and S. Lapidus, *Virtual integrated practice: integrating teams and technology to manage chronic disease in primary care*. Journal of Medical Systems, 2003. 27(1): p. 85-93.

Tsirintani, M., S. Mavrogeni, and D. Kokkinos, *Urgent response telecardiology services and training -- collaboration between Onassis Cardiac Surgery Hospital and Aegean Islands' Health Care Centres*. ICUs & Nursing Web Journal, 2000(2): p. 4p.

Whited, J.D., et al., *Patient and clinician satisfaction with a store-and-forward teledermatology consult system*. Telemedicine Journal & E-Health, 2004. 10(4): p. 422-31.

Formation continue (4)

Gattellari, M., et al., *Does 'peer coaching' increase GP capacity to promote informed decision making about PSA screening? A cluster randomised trial*. Family Practice, 2005. 22(3): p. 253-265.

Peuvrel, L., et al., *Impact of a campaign to train general practitioners in screening for melanoma*. European Journal of Cancer Prevention, 2009. 18(3): p. 225-229.

Rossaro, L., et al., *Hepatitis C videoconferencing: the impact on continuing medical education for rural healthcare providers*. Telemedicine Journal & E-Health, 2007. 13(3): p. 269-77.

Tsirintani, M., et al., *Supervision of thrombolysis of acute myocardial infarction using telemedicine*. ICUs & Nursing Web Journal, 2000(2): p. 5p.

9.5 Annexe 5

9.5.1 Types de devis, méthodes utilisées et caractéristiques du milieu, de la population et des interventions étudiées

	ABRAHAMIAN	BAL	DE CRUPPÉ	GREENBERG	HARRISON	KATES	LUNDVOLL-NILSEN
Question de recherche	En quoi une intervention par vidéoconférence peut faciliter le transfert de connaissances des spécialistes vers les généralistes ? Quel est le bénéfice de l'expertise d'un spécialiste sur la qualité des soins fournis par un généraliste ? En quoi cette intervention peut avoir un impact sur les résultats de santé des patients suivis ?	Quels sont les motifs de consultation de généralistes auprès de spécialistes en maladies infectieuses? Quelles sont les opinions respectives des généralistes et des spécialistes quant à ces consultations ?	La communication directe du diagnostic d'un consultant psychiatre du service de consultation-liaison d'un hôpital (par une lettre et un échange téléphonique) au médecin de famille (MF) permet-elle d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé des patients, et réduire leur usage des services de santé ? Comment les MF apprécient la coopération accrue avec les psychiatres-consultants en médecine psychosomatique (CMPS) et quelles sont leurs suggestions pour améliorer la communication entre les médecins ?	Quels sont les bénéfices et les limites de services (éducation, consultation) spécialisés de psychiatrie fournis à distance par vidéoconférence pour les soignants de jeunes patients en zone rurale ?	La téléconsultation par vidéoconférence dans le cas de patients en consultation externe : Est-elle une alternative viable aux consultations physiques et références à un spécialiste ? Est-elle acceptable par les différentes parties (spécialistes, généralistes, patients) ?	Comment consolider la collaboration et renforcer la communication entre spécialistes en santé mentale et médecins de famille ?	Comment une consultation par vidéoconférence entre un généraliste et un spécialiste permet-elle de s'accorder sur le traitement d'un patient ? Quels sont les types de connaissances échangés dans ce mode de collaboration entre professionnels ? Quels sont les processus d'enrichissement des connaissances impliqués dans ce mode de collaboration entre professionnels ?
Type de devis	Étude observationnelle sans groupe contrôle de type avant-après	Étude quantitative sans groupe contrôle comportant des mesures prospectives et rétrospectives	Essai randomisé prospectif	Étude d'implantation d'un service de télépsychiatrie à l'aide de méthodes qualitatives (étude exploratoire)	Étude exploratoire rétrospective sans groupe contrôle	Étude exploratoire transversale sans groupe contrôle	Observation qualitative participante

Méthodes utilisées	Examen médical des patients Entrevues semi-dirigées avec les patients Analyse statistique des données (distribution appréciée à l'aide du test de Shapiro-Wilk W, estimation non-paramétrique à l'aide du test de Wilcoxon)	Données colligées par le médecin consultant pendant la consultation Entrevues téléphoniques et questionnaires auto-administrés après la consultation Statistiques descriptives	Examen médical des patients Randomisation par un statisticien indépendant Tests psychométriques par ce statisticien Questionnaire auto-administré	Groupes de discussion et entrevues semi-dirigées Analyse de contenu. Justification partielle des méthodes d'analyse utilisées	Sondage réalisé à l'aide de questionnaires auto-administrés après chaque consultation Statistiques descriptives	Analyse quantitative rétrospective des comptes rendus d'appels (motif, durée, décisions, visite post-appel) effectués par le psychiatre	Étude de cas Analyse ethnographique des vidéoconférences
Caractéristiques du milieu	Autriche Soins aux diabétiques Centre de diabète d'un hôpital avec clinique externe	Grenoble, France Service des maladies infectieuses d'un hôpital universitaire de 2200 lits	Heidelberg, Allemagne Service de médecine psychosomatique et consultation-liaison de l'hôpital de Heidelberg	Ontario 5 régions rurales Programme de l'hôpital Sickkids de Toronto favorisant l'accès aux soins psychiatriques en région rurale	Londres, Royaume-Uni	Hamilton-Wentworth, communauté du sud de l'Ontario de 450000 hab 5 centres locaux de santé	Norvège Centres de soins locaux et intermédiaires
Population	4 médecins généralistes 1 médecin spécialiste Patients suivis par les généralistes	178 généralistes Un résident spécialiste 284 patients	57 médecins généralistes 63 médecins internistes (MI) 5 psychiatres consultants en médecins psychosomatique (CMPS)	Psychiatres de l'hôpital Sickkids Soignants des agences locales de santé mentale situées en région rurale Proches aidants	43 généralistes de 6 centres de santé locaux (base volontaire) 48 spécialistes de 10 services hospitaliers d'un centre universitaire urbain 43 patients référés	1 consultant-psychiatre 18 médecins de famille répartis dans 5 centres locaux de santé Conseillers en santé mentale dans chaque centre	Médecins généralistes de centres de soins locaux et intermédiaires, et spécialistes en milieux hospitaliers
Intervention	Consultation par vidéoconférence par ordinateur, avec présence du patient	Consultation par téléphone cellulaire (7 jours, 24h/24)	Un CMPS transmet directement au médecin de famille les informations relatives à son diagnostic par lettre et par téléphone	Service d'éducation et accès à l'expertise de spécialistes via vidéoconférences 2000: Programme de l'Hôpital Sickkids de Toronto de développement d'accès à services psychiatriques en zones rurales, par biais des agences de santé mentale	Consultations conjointes généraliste / spécialiste et patient réunis par vidéoconférence	Consultations téléphoniques combinées à des visites d'un psychiatre consultant dans les centres	Consultations par vidéoconférence d'un généraliste d'un centre de soin local avec un médecin spécialiste de son hôpital

				pédiatrique (accès à éducation et expertise de spécialistes)			
Comparateur	Sans objet	Sans objet	Uniquement le MI a été informé du diagnostic (procédure usuelle en Allemagne)	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

	ROCKMAN	SANKARANARAYANAN	SCALVINI	SCHRIJNEMAEKERS	THIND	VAN HEEST 2007	VAN HEEST 2009	WADHWA
Question de recherche	Quel est l'impact d'un programme de mentorat par des spécialistes sur la prise en charge par médecins de famille de patients en santé mentale ?	La consultation par téléphone d'un psychiatre améliore-t-elle la satisfaction des généralistes en termes d'accessibilité et de réactivité des services de santé mentale ?	Quels sont l'apport et la faisabilité d'une 2 ^e opinion d'un spécialiste pour le suivi quotidien de patients atteints de douleur chronique par leur généraliste ?	Quels sont les différentes caractéristiques entre des consultations physiques (visites auprès soignant) et par téléphone dans l'offre de soins palliatifs ?	La télédermatologie avec support photographique permet-elle : > l'éducation et la supervision à distance d'un généraliste ? > la réduction des consultations physiques chez un spécialiste ? > un diagnostic et des soins appropriés ? Quel est le degré de satisfaction du patient vis-à-vis de ce mode de consultation ?	Dans quelle mesure, de quelle façon et avec quels résultats un service de répondant par téléphone en soins palliatifs est-il utilisé ?	À quelle fréquence et de quelle façon sont abordées les questions de sédation palliative et d'euthanasie entre généralistes et généralistes spécialisés consultés par téléphone ?	Quels sont les problèmes de communication qui peuvent se poser lors de consultations par téléphone entre professionnels de santé ? Quels sont les enseignements à en retirer pour de futures initiatives dans ce domaine ?
Type de devis	Analyse d'implantation à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives, sans groupe contrôle	Analyse d'implantation appuyée par une étude exploratoire de type avant-après, sans groupe contrôle	Analyse d'implantation appuyée par une étude observationnelle transversale, sans groupe contrôle	Analyse d'implantation à l'aide de méthodes quantitatives, sans groupe contrôle	Analyse d'implantation avec mesures rétrospectives, sans groupe contrôle	Analyse d'implantation à l'aide de méthodes quantitatives, sans groupe contrôle	Étude exploratoire avec devis mixte (qualitatif et quantitatif), sans groupe contrôle	Étude qualitative

Méthodes utilisées	Sondage avant après à l'aide de questionnaires auto-administrés auprès des médecins de famille ayant bénéficié du programme Groupes de discussion formés de médecins de famille	Sondage avant après à l'aide de questionnaires auto-administrés auprès des médecins généralistes	Examen médical Analyse quantitative rétrospective des comptes rendus de téléconsultations de généralistes (sélection randomisée) auprès de spécialistes	Collecte de données concernant les caractéristiques des problématiques abordées à l'aide d'un formulaire standard Sondage post-intervention à l'aide d'un questionnaire auto-administré aux soignants (par mail, 2 semaines après consultation Analyse statistique par régression logistique binaire	Enquête auprès des patients afin de mesurer leur satisfaction à l'égard des soins Analyse rétrospective des consultations électroniques (n= 230 consultations) par un interne en dermatologie (externe à l'étude) Statistiques descriptives	Analyse des contenus et des statistiques de consultations Sondage post intervention à l'aide d'un questionnaire auto-administré auprès des généralistes	Collecte de données concernant chacune des consultations à l'aide 'un formulaire standardisé. Les données suivantes ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives : caractéristiques des généralistes, demandeurs, patients, avis donné, satisfaction Données analysées de façon qualitative : : problèmes centrés sur soignant, patients non éligibles, problèmes connexes La méthodologie employée pour l'analyse qualitative n'a pas été décrite	Archivage et analyse du contenu des consultations Observation des consultants sur le terrain Entrevues semi-structurées avec 12 médecins=demandeurs et 12 médecins consultants sur le terrain Triangulation des 3 sources d'information Analyse par théorisation ancrée
Caractéristiques du milieu	Ontario Programme de mentorat offrant un soutien aux MF par courriel, téléphone ou en personne dans la prise en charge des patients souffrant de problèmes de santé mentale	Australie Région de Maitland Équipe interdisciplinaire offrant un appui aux médecins généralistes dans leur pratique auprès de patients psychiatriques	Italie (différentes régions)	Pays Bas Prestation de soins palliatifs en première ligne à l'hôpital, dans des maisons de retraite, dans des résidences ou hospices	Aberdeen, Écosse Centre spécialisé en dermatologie desservant 560 000 hab. sur un territoire de 3000 miles carrés) Hôpital communautaire à 50 milles du centre spécialisé	Pays-Bas Bassin de desserte du <i>Comprehensive Cancer Centre</i> situé au Nord des Pays-Bas	Pays-Bas Bassin de desserte du <i>Comprehensive Cancer Centre</i> situé au Nord des Pays-Bas	Canada Service hospitalier de pédiatrie spécialisé en maladies infectieuses d'un hôpital pédiatrique, avec consultants-répondants par téléphone à des professionnels de santé, 24 heures

								sur 24, 7 jours semaine
Population	100 médecins de famille 10 psychiatres et 10 psychothérapeutes en pratique générale	1 Consultant psychiatre 202 médecins généralistes Équipe interdisciplinaire comptant psychologues, 1 travailleur social, un thérapeute et des infirmières	Spécialistes en cardiologie 399 généralistes 1719 patients atteints d'hypertension à haut risque de complications cardiovasculaires; 73 ans ± 13; 38 % hommes	15 équipes interdisciplinaires en soins palliatifs Soignants dans les différents milieux de soins	1 médecin généraliste orienté en dermatologie 1 spécialiste consultant en dermatologie 230 patients référés en 2e ligne pour un diagnostic photographiable (lésion, éruption)	Généralistes œuvrant dans le bassin de desserte Équipe de 4 généralistes	Généralistes œuvrant dans le bassin de desserte Équipe de 4 généralistes	12 Consultants-pédiatres en maladies infectieuses Généralistes et pédiatres en services communautaires de santé consultant un spécialiste du service par téléphone
Intervention	Jumelage d'un généraliste avec 2 spécialistes attitrés répondants (courriel + téléphone + fax + listserv + visites)	Visites quotidiennes d'une équipe multidisciplinaire en santé mentale dans les pratiques de médecine générale entre 12h et 13h 1 consultant-psychiatre répond par téléphone 5 jours semaine de 12h à 13h	Service de télé-médecine (TMS) = Requête d'une 2e opinion d'un spécialiste en consultation conjointe avec le généraliste (transfert électronique des données du patient et vidéoconférence interactive en présence du patient)	Consultations par téléphone et au chevet	Consultations du généraliste sous la supervision (à distance + électronique) du consultant Transmission des données « store-and-forward »	Généraliste spécialisé en soins palliatifs répondant par téléphone pour des généralistes auprès de patients en soins palliatifs à domicile (pas de restriction de disponibilité a priori)	Généraliste spécialisé en soins palliatifs répondant par téléphone pour des généralistes auprès de patients en soins palliatifs à domicile (pas de restriction de disponibilité a priori)	S/O
Comparateur	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

	WILLIAMS	WEGNER
Question de recherche	Quelles sont les retombées d'un service de consultation-liaison de psychiatres par téléphone avec communication du diagnostic dans les 24h pour la pratique de médecins généralistes face à des cas d'urgence en santé mentale ? Dans quelle mesure les médecins généralistes et les psychiatres consultés sont-ils satisfaits de ce mode de communication ?	Quelles sont les économies engendrées par des consultations téléphoniques avec des pédiatres initiées par des omnipraticiens ?

Type de devis	Analyse d'implantation à l'aide de méthodes quantitatives, sans groupe contrôle (évaluation de la satisfaction des participants à l'égard de l'intervention)	Projet pilote sur le remboursement de consultation téléphonique
Méthodes utilisées	Les généralistes sont contactés par téléphone dans les jours suivants leur utilisation du service pour évaluer leurs perceptions et satisfaction Évaluation externe menée par le Département de pratique générale et de santé publique de l'Université d'Adelaide: contacts avec généralistes utilisateurs ou non, groupes de discussion, entrevues avec psychiatres participants	Identification de services évités Estimation des coûts évités Ces données étaient validées en répertoriant les demandes de remboursement Medicaid Les omnipraticiens ont également été sondés afin de valider les économies
Caractéristiques du milieu	Sud de l'Australie Variété de milieux cliniques en psychiatrie (secteurs public et privé, tous âges)	États-Unis, Caroline du Nord Les spécialistes étaient dans des centres tertiaires (6) Territoire couvert : Caroline du Nord
Population	27 psychiatres volontaires (sur un bassin total de 203) Généralistes utilisateurs du service	Population pédiatrique Toutes les spécialités pédiatriques étaient disponibles
Intervention	Des psychiatres volontaires consultés par téléphone sur des cas d'urgence communiquent leur diagnostic dans les 24 heures Possibilité d'une visite dans les 2 semaines suivantes sur accord tripartite du patient, du généraliste et du consultant. Diagnostic communiqué rapidement par téléphone et transmis par écrit dans les 2 semaines	Consultation téléphonique
Comparateur	Sans objet	Sans objet

9.6 Annexe 6

9.6.1 Résumé des articles inclus

Référence Abrahamian H. et al. (2002). «Transfer of knowledge from the specialist to the generalist by videoconferencing : effects on diabetes care»			
<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En quoi une intervention par vidéoconférence peut faciliter le transfert de connaissances des spécialistes vers les généralistes ? ▪ Quel est le bénéfice de l'expertise d'un spécialiste sur la qualité des soins fournis par un généraliste ? ▪ En quoi cette intervention peut avoir un impact sur les résultats de santé des patients suivis ? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude observationnelle sans groupe contrôle de type avant-après <p>Avant</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détermination de cibles de santé à atteindre: HbA1(c), taux systolique et diastolique ▪ Mesures chez les patients référés au centre spécialisé <p>Téléconsultations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examens périodiques par généraliste aux 3 mois: HbA1(c), taux systolique et diastolique ▪ Vidéoconférence avec centre chez les patients n'atteignant pas les cibles déterminées ▪ Entrevues semi-dirigées auprès des patients sur évolution de leur état de santé <p>Après</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures chez les patients: HbA1(c), taux systolique et diastolique ▪ 12 mois 	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autriche (approxim. 1/2 million diabétiques et coûts élevés de soins) ▪ Centre de diabète d'un hôpital avec clinique externe pour le traitement des types 1-2 ▪ 4 pratiques générales: 3 dans secteur de l'hôpital (rayon 80 km) et 1 hors-secteur (320 km) 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 généralistes ▪ Un spécialiste répondant en diabète ▪ 136 (sur 154) patients suivis (diabète type 2) <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéoconférence avec spécialiste lors de la consultation périodique du patient chez le généraliste (par ordinateur, ISDN à 128 kbit/s.) <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte des cibles de santé chez les patients diabétiques et réduction des risques de complication ▪ Adaptation des pratiques de prescriptions et d'exams des généralistes suivant les recommandations des spécialistes-consultants <p><i>(Les résultats suivants sont escomptés mais non directement mesurés par l'étude :)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction de la charge des spécialistes pour des cas généraux (focus sur cas aigus ou complexes) ▪ Amélioration de la communication entre généralistes et spécialistes (réduction de la compétition entre généralistes et spécialistes et valorisation des expertises mutuelles)

Référence Abrahamian H. et al. (2002). «Transfer of knowledge from the specialist to the generalist by videoconferencing : effects on diabetes care»

Résultats	Principales conclusions	Recommandations pour le milieu	Forces et faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Téléconsultations: 94 de 12 min en moyenne ▪ La majorité des sujets abordés en vidéoconférence (par patient ou généraliste) portent sur le changement ou la combinaison de thérapies <p>Atteinte des cibles de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration des paramètres de santé chez les patients <ul style="list-style-type: none"> > Baisse HbA1(c) de 8.1 % à 7.8 % en moyenne > Baisse taux systolique sanguin de 156mmHg à 148mmHg en moyenne > Baisse taux diastolique sanguin de 88mmHg à 83mmHg en moyenne <p>Amélioration des pratiques diagnostiques et thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examens plus fréquents et poussés durant étude (hausse des risques de complication et des mesures des paramètres métaboliques rapportés par tous les généralistes) ▪ Hausse des prescriptions (insuline, thérapie, en complément de régime seul) recommandées par les spécialistes en vidéoconférence et suivies par les généralistes et les patients <ul style="list-style-type: none"> > 12 % patients sous régime seul avant vs. 10 % après > 65 % sous médication orale antidiabète avant vs. 54 % après > 23 % patients sous insuline avant vs. 36 % après > 50 % patients sous hypertenseurs vs. 59 % après > etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude valide une réduction des admissions à l'hôpital ▪ L'étude mesure une amélioration de la qualité des soins et des résultats de santé, ainsi qu'une meilleure détection des facteurs de risque avant que n'intervienne un dommage physique ▪ L'étude démontre un transfert de connaissances sur les pratiques de prescription menant au changement des pratiques des généralistes ▪ L'étude relate une bonne intégration de la technologie dans la routine clinique et une bonne acceptation par le patient ▪ L'étude souligne les bénéfices d'un «triangle de traitement» impliquant la participation du patient durant la vidéoconférence, et l'accord sur des changements ou combinaisons de traitement ▪ L'étude présente la vidéoconférence comme un environnement propice à l'éducation (patients, généralistes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut un financement adapté et des incitatifs à l'implication des professionnels 	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse en vue de dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers et une meilleure qualité des soins pour le patient ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies d'implication du patient dans la prise de décision ▪ L'étude souligne un équilibre intéressant entre effort et effet d'apprentissage ▪ L'étude développe la notion de «triangle de traitement» incluant le patient ▪ Les réticences de participation à l'étude préidentifiées (effort à investir, crainte d'un déficit de connaissances avéré, crainte d'être dévalué) n'ont pas été confirmées (point soulevé par l'étude) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il y a un possible biais de sélection : sélection participante des généralistes (4 seulement) avec expérience en traitement électronique de données ▪ Le devis de l'étude est peu précis sur l'administration et le contenu des entrevues

Référence Bal G. et al. (2011). «Infectious disease specialist telephone consultations requested by general practitioners»

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les motifs de consultation de généralistes auprès de spécialistes en maladies infectieuses? ▪ Quelles sont les opinions respectives des généralistes et des spécialistes quant à ces consultations? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude quantitative sans groupe contrôle, comportant des mesures prospectives et rétrospectives ▪ Données prospectives collectées par le consultant spécialiste (formulaire standardisé de consultation): identité du généraliste, moyen et date de consultation, motif, recommandation du spécialiste et opinion sur la qualité de la consultation (pertinence, qualité, conflit, respect) ▪ Mesure rétrospective : <ul style="list-style-type: none"> > entrevue téléphonique du généraliste 2 à 4 jours plus tard > questionnaire auto-administré sur la qualité de la consultation et le suivi des recommandations du spécialiste (relances papier à 2 semaines et téléphone à 4 semaines), incluant des suggestions pour l'amélioration des consultations <p>Période d'observation d'une durée de 5 mois (Oct 2008 - Mars 2009)</p> <p>Analyse des données à l'aide de statistiques descriptives</p>	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital universitaire de 2200 lits situé à Grenoble, France ▪ Service spécialisé en maladies infectieuses 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Généralistes (178) non-basés à l'hôpital requérant une consultation de spécialiste par téléphone pour un cas de maladie infectieuse ▪ Un résident spécialiste répondant sous la supervision d'un comité consultatif de cinq spécialistes du service de maladies infectieuses ▪ 284 patients référés <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Service de consultation d'un spécialiste en maladies infectieuses par téléphone (cellulaire) disponible 7 j/7 24 h/24 <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation des pratiques des généralistes suivant les recommandations des spécialistes-consultants ▪ Appréciation de l'amélioration de la qualité des téléconsultations en termes de réponse aux besoins de tous ▪ Appréciation de l'amélioration de l'utilisation des services (réduction des consultations formelles et des hospitalisations)
<p>Résultats</p> <p><i>Téléconsultations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 284 au total soit 57 par mois en moyenne, à 97.9 % pendant les heures de travail ▪ Satisfaction élevée des spécialistes : <ul style="list-style-type: none"> > informations du généraliste de qualité dans 94.7 % des cas > pertinence de la consultation à 96.8 % 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre la satisfaction des généralistes et des spécialistes quant aux téléconsultations (pertinence, recommandations) et un large suivi des recommandations des spécialistes par les généralistes ▪ L'étude ne rapporte que peu de situations de conflit entre généralistes et spécialistes 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est nécessaire d'évaluer les effets des téléconsultations sur la qualité des soins fournis <p>Recommandations pour le milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut mettre en place des moyens de rétribuer les consultations informelles entre professionnels 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le devis de l'étude est détaillé avec mention des critères d'inclusion des participants, des rappels, des modes de contact ▪ L'analyse statistique appliquée est détaillée ▪ Le focus de l'étude porte sur la mise en parallèle de l'appréciation des généralistes et des spécialistes

Référence Bal G. et al. (2011). «Infectious disease specialist telephone consultations requested by general practitioners»

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction élevée des généralistes : (274 entrevues) <ul style="list-style-type: none"> > 90.9 % = suivi total des recommandations > 95.6 % = pertinence de la recommandation > 98.5 % = sentiment d'être respecté par le spécialiste consulté <p>Post-questionnaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Répondus par 79,2 % généralistes satisfaits à 97,9 % ▪ 36 % ont consulté plusieurs fois ▪ Les principaux motifs de consultation sont : <ul style="list-style-type: none"> > pour de l'assistance dans la gestion de cas à 96,5 % > pour un accès plus rapide à une 2e opinion de spécialiste à 83,4 % > pour garantir la qualité des soins à 84,2 % > pour déterminer la nécessité d'une consultation formelle ou d'une hospitalisation à 17,6 % ▪ Recommandations et suivi : <ul style="list-style-type: none"> > Traitement antibiotique recommandé dans 66,2 % des cas > Tests diagnostiques ou de contrôles recommandés dans 46,5 % des cas > Hospitalisation ou consultation recommandées dans 29,6 % cas > Suivi des recommandations par les généralistes (auto-rapporté) : totalement dans 90,9 % des cas, partiellement dans 2,6 % des cas, pas du tout dans 2,2 % des cas ▪ Utilisation des services : <ul style="list-style-type: none"> > 40,3% des généralistes estiment que les consultations par téléphone sont un moyen de limiter les dépenses des patients et de réduire le nombre de <i>consultations</i> formelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude mesure que les consultations visent majoritairement l'amélioration des soins offerts et le partage des décisions prises ▪ L'étude avance que les téléconsultations de spécialistes sont une source importante d'éducation pour jeunes généralistes en manque d'expérience ▪ L'étude semble démontrer que les consultations par téléphone peuvent limiter le recours aux consultations formelles et aux hospitalisations puisqu'il s'agit d'un motif de consultation des généralistes auprès des spécialistes, mais que cela n'est pas toujours recommandé par le spécialiste 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse en vue de dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers et une meilleure qualité des soins pour le patient ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas d'intégration triangulaire avec le patient, donc pas d'évaluation de l'impact en termes de qualité des soins reçus (point aussi soulevé dans l'étude) ▪ Il y a une confusion dans la priorisation des motifs d'appel: le second motif concerne-t-il l'accès rapide ou la qualité des soins (deux informations divergentes mentionnées dans l'étude)? ▪ Il n'y a pas de mesure de l'application des recommandations = auto-rapportée (point soulevé dans l'étude) ▪ Le focus porte sur un centre hospitalier universitaire => il n'y a pas de preuve de transposition possible à d'autres cadres (point soulevé dans l'étude)
--	--	--	---

Référence de Cruppé W. et al. (2005). "Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system"

Questions de recherche	Devis	Caractéristiques milieu	P
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La communication directe du diagnostic d'un consultant psychiatre du service de consultation-liaison d'un hôpital (par une lettre et un échange téléphonique) au médecin de famille (MF) permet-elle d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé des patients, et réduire leur usage des services de santé ? ▪ Comment les MF apprécient la coopération accrue avec les psychiatres-consultants en médecine psychosomatique (CMPS) et quelles sont leurs suggestions pour améliorer la communication entre les médecins ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des effets à l'aide d'un essai randomisé prospectif <p>Mesure de l'impact de l'intervention sur l'état de santé des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essai randomisé avec suivi prospectif ▪ Suivi de 67 patients (33 dans le groupe d'intervention, et 34 dans le groupe contrôle) ▪ Dans le groupe contrôle, uniquement le médecin interniste (MI) de l'hôpital est informé du diagnostic du consultant ▪ Dans le groupe d'intervention, communication écrite transmise au référant, et communication orale directe du consultant au médecin référant ▪ Patients répartis de façon homogène entre les groupes par diagnostic ▪ Diagnostic initial (T1) par un psychiatre consultant ▪ Suivi à 6 mois (T2) et à 3 ans et demi (T3) <p>En parallèle avec la mesure de l'impact de l'intervention sur les résultats de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appréciation à T2 des perceptions et des attentes des médecins à l'égard de la communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Service de médecine psychosomatique et consultation-liaison de l'hôpital de Heidelberg, en Allemagne ▪ Dispense des services aux patients des départements d'endocrinologie, oncologie, cardiologie et pneumologie ▪ 57 MF ont été consultés ▪ 63 MI de 15 services de médecine interne de l'hôpital ▪ 5 CMPS ▪ Séparation stricte des structures propres à l'organisation des soins ambulatoires d'une part, et à l'organisation des soins hospitaliers, d'autre part 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients adultes (67) ▪ MF (57) ▪ MI (63) ▪ CMPS (5) <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe d'intervention : Un CMPS transmet directement au médecin de famille les informations relatives à son diagnostic par lettre et par téléphone <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe contrôle : Uniquement le MI a été informé du diagnostic du CMPS (procédure usuelle en Allemagne) <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des symptômes somatiques et psychiatriques ▪ Adaptation des pratiques de soins des médecins de famille aux recommandations thérapeutiques des psychiatres-consultants ▪ Diminution de l'utilisation des services de santé
<p>Résultats</p> <p><i>Résultats de santé</i></p> <p><i>T2 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution significative des symptômes de dépression et des symptômes généraux dans les deux groupes ▪ Aucune diminution significative de l'anxiété 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude n'appuie pas l'hypothèse selon laquelle les patients du groupe d'intervention auraient utilisé davantage la psychothérapie ▪ Peu d'impact d'une communication intensifiée entre CMPS et MF sur résultats de santé 	<p>Recommandations pour la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Différents mécanismes de communication devraient être mis en place afin de soutenir les MF dans l'adoption des recommandations thérapeutiques (discussions de cas dans le milieu de pratique des MF, suivis par lettre et par téléphone) 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribue à l'analyse en vue de dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers ▪ Contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces

Référence de Cruppé W. et al. (2005). "Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de différences significatives entre les deux groupes concernant les symptômes observés <p><i>T3 :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution significative des symptômes de dépression et des symptômes généraux dans les deux groupes ▪ Aucune diminution significative de l'anxiété ▪ Diminution significative des symptômes de dépression dans le groupe d'intervention ▪ Pas de différences significatives entre les 2 groupes concernant les autres symptômes <p><i>Préférences des MF eut égard à la communication avec les CMPS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le groupe d'intervention, 96 % des MF ont estimé qu'une communication écrite des résultats était désirable, contre 31 % pour la communication verbale par téléphone. En revanche, 93 % ont jugé souhaitable d'avoir la possibilité de communiquer avec les CMPS par téléphone au besoin. ▪ 86 % des MF ont apprécié les recommandations thérapeutiques des CMPS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre une tendance à ce que l'intervention contribue à ce que les MF participent davantage à l'offre de soins en médecine psychosomatique ▪ L'étude tend à démontrer que plus le CMPS influence directement les modes de pratique, et plus grande est sa participation aux traitements, plus grand est son impact sur la pratique des médecins de première ligne. 		<p><i>Faiblesses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible échantillon de patients, qui tend à limiter la validité statistique des résultats (risque d'erreur de type II) (relevée par les auteurs) ▪ L'implantation de l'étude dans le milieu peut avoir eu un impact sur la façon dont les diagnostics ont été communiqués par les CMPS (relevée par les auteurs) ▪ Il n'est pas question dans l'étude de la satisfaction des médecins à l'égard de l'intervention ▪ 38 % des MF dans les deux groupes ont exprimé une préférence pour des discussions de cas dans leur propre milieu clinique
--	---	--	---

Référence Greenberg N. et al. (2006). «Pediatric Telepsychiatry in Ontario : Caregiver and Service Provider Perspectives»

Questions de recherche	Méthodologie	Caractéristiques du milieu	Population
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les bénéfices et les limites de services (éducation, consultation) spécialisés de psychiatrie fournis à distance par vidéoconférence pour les soignants de jeunes patients en zone rurale ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude d'implantation d'un service de télépsychiatrie à l'aide de méthodes qualitatives (étude exploratoire) (Étude pilote participante non détaillée ici) ▪ Groupes de discussion (5) participatifs tenus par vidéoconférence réunissant 6 à 9 intervenants communautaires et fournisseurs de services en psychiatrie pédiatrique > 1 focus groupe tenu dans chacun des 4 sites + 1 5e ▪ Entrevues semi-dirigées (12) par téléphone avec les aidants à domicile de jeunes en 1re téléconsultation > Prise de notes et enregistrement des entrevues ▪ Collecte de données sur une période de 2 mois (Mars - avril 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ontario, régions rurales ▪ 5 sites sélectionnés parmi 10 ciblés par le programme (4 participants) maximisant la variation dans l'échantillonnage de population (taille communauté, fréquence d'utilisation des services, degré de ruralité) <p>Implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Service d'éducation et accès à l'expertise de spécialistes via vidéoconférences ▪ 2000 : Programme de l'Hôpital Sickkids de Toronto de développement d'accès à services psychiatriques en zones rurales, par biais des agences de santé mentale pédiatrique (accès à éducation et expertise de spécialistes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spécialistes du Sickkids de Toronto ▪ Soignants des agences locales de santé mentale pédiatrique en zones rurales ▪ Proches aidants (20-54 ans) de jeunes (4-14 ans) expérimentant des problèmes psychiatriques depuis 1 à 10 ans dans les zones rurales visées <p>Les différents participants à l'étude ne sont pas clairement dénombrés</p> <p>Thèmes / problématiques abordés</p> <p>Évaluation des perceptions et expériences des utilisateurs de services (aidants, soignants, intervenants communautaires) quant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'accès à des services psychiatriques en zone rurale ▪ La capacité de prise en charge des soignants locaux en santé mentale (hausse de la capacité d'assistance, amélioration des connaissances et compétences) ▪ La charge des aidants à domicile
<p>Résultats</p> <p><i>(Ces résultats sont communs aux soignants et aux proches aidants)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La télépsychiatrie pédiatrique est nécessaire et bienvenue (palliatif au manque de services) <p>Résultats confirmés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La télépsychiatrie engendre une hausse ressentie de la capacité de services : > Hausse de l'accès à une expertise psychiatrique 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre une évaluation positive des expériences des aidants et soignants locaux ayant accès à des services spécialisés d'éducation et consultation en psychiatrie par vidéoconférence <p>Remarque</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude n'évalue pas tant le mode de technologie (vidéoconférence) qui permet de pallier au manque de ressources locales, mais plutôt le besoin d'une extension de services quel que soit le mode utilisé 	<p>Recommandations pour le milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut développer des ressources locales additionnelles pour supporter et encadrer le suivi des recommandations de traitement <p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des études qualitatives, quantitatives et longitudinales doivent être menées sur les challenges de services de télépsychiatrie pédiatrique 	<p>Forces et faiblesses</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude porte sur un programme de support entre professionnels et non de fourniture de services directement aux patients ▪ L'étude a organisé une double validation des rapports écrits d'entrevues (enregistrements audio) et une triple analyse thématique des contenus ▪ L'étude contribue à l'analyse de stratégie pour un meilleur accès aux services spécialisés (en régions rurales)

Référence Greenberg N. et al. (2006). «Pediatric Telepsychiatry in Ontario : Caregiver and Service Provider Perspectives»

<p>> Cet accès résulte en une amélioration des connaissances, une hausse de la confiance et du sentiment de compétence à assister les patients, et une baisse du sentiment d'isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La disponibilité de services psychiatriques localement engendre une réduction de la charge des aidants : <ul style="list-style-type: none"> > réduction des coûts et temps de transport ainsi que de l'absentéisme (des enfants-patients à l'école, des proches aidants au travail) > réduction du poids de la prise en charge de l'enfant sur les autres implications communautaires > réduction du poids de la prise en charge de l'enfant sur les responsabilités professionnelles > hausse du bien-être et de la stabilité familiale > réduction du stress et du temps d'attente pour l'obtention de l'avis d'un spécialiste <p>Résultats connexes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le faible développement des services de télépsychiatrie crée une frustration dans le milieu ▪ Il y a une crainte que les services disponibles via technologie soient limités (étendue de services, suivis de consultations, support local) ▪ Il faut des ressources de support et suivi des recommandations de traitement 		<p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude semble informer que les intervenants du milieu ont des attentes élevées vis-à-vis des services de télémédecine (disponibilité du service, étendue) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évaluation des expériences des participants n'est pas détaillée ici
--	--	--	--

Référence Harrison, R., W. Clayton, et al. (1996). "Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care?"

Questions de recherche	Devis	Caractéristiques du milieu	P
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La téléconsultation par vidéoconférence dans le cas de patients en consultation externe <ul style="list-style-type: none"> > Peut-elle contribuer à améliorer la communication entre les médecins de première ligne et les spécialistes ? > Est-elle une alternative viable aux consultations physiques et références à un spécialiste ? > est-elle acceptable par les différentes parties (spécialistes, généralistes, patients) ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude exploratoire rétrospective sans groupe contrôle ▪ Questionnaires auto-administrés après chaque consultation ▪ Questions fermées ▪ Échelles de Likert à 5 catégories auprès des 3 groupes : <ul style="list-style-type: none"> > généralistes > spécialistes > patients ▪ Dimensions évaluées : satisfaction à l'égard de la qualité des consultations, la performance technique et administrative, les motifs et résultats perçus de la consultation ▪ 54 observations sur une période de 5 mois ▪ 5 des 6 centres locaux ont participé ▪ Les bases conceptuelles d'une évaluation économique ont également été posées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres de médecine générale ayant accès aux services du Royal Free Hospital de Londres ▪ Spécialités représentées : <ul style="list-style-type: none"> > dermatologie > endocrinologie > oreilles + nez + gorge > gastroentérologie > gynécologie > oncologie > orthopédie > pédiatrie > psychiatrie > urologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 43 généralistes de 6 centres de santé locaux (base volontaire) ▪ 48 spécialistes de 10 services hospitaliers d'un centre universitaire urbain ▪ 43 patients référés <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations conjointes généraliste / spécialiste et patient réunis par vidéoconférence ▪ Système de caméra à l'écran pour favoriser le contact «dans les yeux» avec le patient ▪ Prise de rendez-vous gérée par un administrateur de recherche par ligne téléphonique directe <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction tripartite (généraliste / spécialiste / patient) quant au déroulement des téléconsultations ▪ Amélioration de la communication entre les différents niveaux soins quant au suivi des patients référés <p><i>(Les résultats suivants sont escomptés mais non mesurés par l'étude)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la qualité des soins ▪ Réduction de l'utilisation des services (références à l'hôpital) ▪ Réduction des barrières logistiques à l'obtention d'un diagnostic spécialisé ▪ Amélioration de l'éducation des généralistes en soins spécialisés

Référence Harrison, R., W. Clayton, et al. (1996). "Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care?"

Résultats	Principales conclusions	Recommandations pour la recherche	Forces et faiblesses
<p>Appréciation partagée par les trois groupes: spécialistes, généralistes et patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Téléconsultations: 54, 1 refus patient, 5 centres participants, problèmes techniques sérieux sur 4 des 1eres téléconsultations Quelques cas (n non spécifié) de « tests physiques » par vidéo demandés par le consultant, 1 seul cas de visite requise auprès du consultant Questionnaires: répondus par 80 % des patients, des généralistes et par 89 % des spécialistes Satisfaction globale des 3 groupes L'amélioration de la qualité des soins, de l'utilisation des services, de la logistique d'obtention d'un diagnostic spécialisé et de l'éducation des généralistes en soins spécialisés sont des retombées suggérées de la téléconsultation par vidéoconférence qui n'ont pas été mesurées directement <p>Appréciation spécifique aux spécialistes consultants</p> <ul style="list-style-type: none"> Moyenne satisfaction technique : > 54 % notent positivement la qualité son / image Haute satisfaction des consultations : > jugées pertinentes à 92 % > haute estimation du niveau de communication (87 %) et de l'information reçue (94 %) <p>Appréciation spécifique aux généralistes</p> <ul style="list-style-type: none"> Bonne satisfaction technique : > Autour de 80 % notent positivement la qualité son / image 	<ul style="list-style-type: none"> L'étude démontre que des téléconsultations conjointes sont faisables, acceptables et satisfaisantes pour toutes les parties impliquées (généralistes, spécialistes et patients) - Une des premières études à sonder les perceptions des 3 groupes de participants L'étude conclut que (pour certains cas de références) les consultations conjointes par téléconférence peuvent être une alternative appropriée aux visites auprès des patients L'étude note peu d'obstacles techniques (qualité du son et de l'image) une fois l'équipement familier aux utilisateurs L'étude a démontré la nécessité (dans quelques cas) et la possibilité de réaliser des tests «physiques» complémentaires par biais vidéo (généraliste ou patient directement guidé par le consultant) L'étude met en garde sur le fait que le mode de consultation conjointe par téléconférence n'est peut-être pas adapté à tous les cas de références, et qu'il peut être lourd à mettre en place d'un point de vue logistique (disponibilité simultanée des 3 parties, temps de consultation, etc.) 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est recommandé de transposer l'évaluation à plus grande échelle, où les coûts d'équipement, les obstacles logistiques de planification et la non représentativité des professionnels tendraient à se confirmer et drainer des résultats mitigés <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude semble informer que l'évaluation moyenne de la qualité technique des vidéoconférences ne pénalise pas considérablement l'évaluation positive du service de téléconsultation en général 	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> La technologie à l'étude porte à la fois sur la participation des différents professionnels et des patients, et l'étude relate les perceptions de tous ces participants La technologie à l'étude relève d'un choix porté vers un matériel accessible dans le commerce, économique, simple de manipulation (point soulevé par l'étude) (Les références bibliographiques peuvent être une source de renseignements) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> Petit bassin d'étude Biais de sélection des participants Lourdeur logistique de la technologie implantée (prise en charge par le protocole d'étude, difficile à transposer) La présentation des résultats très succincte (format du BMJ : 1 page et 1/2) L'étude relève différents problèmes logistiques: plafond du nombre possible de téléconsultations conjointes, charge de planification (point soulevé par l'étude)

Référence Harrison, R., W. Clayton, et al. (1996). "Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care?"

- Haute satisfaction des consultations :
> haute estimation du niveau de communication (98 %) et de l'information reçue (93 %)

Appréciation spécifique aux patients

- 95 % jugent positivement leur expérience de téléconsultation et 84 % sont prêts à la répéter
- 86 % se sont sentis compris par le consultant et en mesure de parler librement

Référence Kates, N., A. M. Crustolo, et al. (1997). "Providing psychiatric backup to family physicians by telephone"

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment consolider la collaboration et renforcer la communication entre spécialistes en santé mentale et médecins de famille? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude exploratoire transversale sans groupe contrôle ▪ Analyse quantitative rétrospective des comptes rendus d'appels (motif, durée, décisions, visite post-appel) effectués par le psychiatre ▪ Période d'observation d'une durée de 12 mois ▪ Entente préalable entre médecins de famille et psychiatre 	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 centres locaux de santé de Hamilton-Wentworth, communauté du sud de l'Ontario de 450000 hab ▪ En complémentarité d'un système de visites et de collaboration en équipe généralistes / spécialistes en santé mentale déjà implanté sur une base régulière ▪ Variabilité du nombre et du temps de disponibilité des conseillers dans chaque centre de santé, ainsi que du nombre de patients desservis 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 consultant-psychiatre ▪ 18 médecins de famille répartis dans 5 centres locaux de santé ▪ Conseillers en santé mentale dans chaque centre <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demi-journées de visites d'un consultant-psychiatre aux 2 semaines dans chaque centre ▪ Consultant-psychiatre répondant également par téléphone en dehors des visites (ligne ouverte aux médecins de famille, aux conseillers en santé mentale et aux patients) <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la communication entre médecins de famille et psychiatres et de l'accès rapide à une 2e opinion ▪ Amélioration de la continuité d'information et du suivi du patient référé ▪ Augmentation du support à la décision dans le cas de complications de cas ▪ Amélioration du triage : meilleure identification des cas d'urgences
<p>Résultats</p> <p><i>Utilisation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 128 appels en 12 mois soit 10 à 11 appels par mois ▪ 63 % appels placés par médecins de famille, 37 % par conseillers, une minorité (4 appels) par patients déjà visités (non considérés à l'analyse) ▪ Grande variation des demandes en fonction des centres 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre que la consultation d'un spécialiste par téléphone : <ul style="list-style-type: none"> > entraîne une économie en temps pour les généralistes et les spécialistes > apporte du support à la décision du généraliste > réduit l'utilisation des services de santé mentale et les références aux urgences > améliore la continuité des soins et les liens mutuels entre professionnels > offre une opportunité de triage des cas d'urgence 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les visites directement dans les pratiques généralistes sont un autre mode de consolidation des liens interprofessionnels, mais ne sont pas indispensables au développement d'un service de consultation généraliste / spécialiste par téléphone ▪ Il est important de questionner l'aspect médico-légal d'un service 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude avance qu'un tel service est applicable pour des psychiatres travaillant dans des contextes cliniques variables (point soulevé par l'étude) ▪ L'étude contribue à dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers et une meilleure utilisation des services

Référence Kates, N., A. M. Crustolo, et al. (1997). "Providing psychiatric backup to family physicians by telephone"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée moyenne d'appel de 8 min, soit 20 min/semaine pour le psychiatre <p>Motifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 39 % appels pour urgences, dont 78 % ont été gérés par le généraliste sans besoin de référence du patient aux services d'urgence ▪ 61 % appels non urgents dont 30 (sur 78) pour des suivis de patients déjà visités et 20 parmi eux pour des ajustements de traitement <p>Recommandations et suivis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 116 appels répondus le jour-même, 10 le lendemain et 2 sous 48 heures ▪ Résultats comparables entre appels urgents et non urgents : <ul style="list-style-type: none"> > 84-90 % = avis de médication > 62-66 % = alternatives de gestion de cas > 11-14 % = information sur d'autres ressources ▪ 88 % des cas urgents revus par le spécialiste lors d'une visite ultérieure et 77 % des cas non-urgents revus ultérieurement 		<p>de consultation par téléphone: le généraliste reste responsable du suivi de son patient et des décisions qu'il prend en conformité ou non avec les recommandations prescrites par le spécialiste-consultant</p> <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude suggère la complémentarité d'un service de consultation par téléphone et de visites ▪ L'étude informe qu'un service de consultation téléphonique répond bien aux besoins s'il est disponible en permanence (sans contrainte horaire) 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude se situe dans un contexte particulier et privilégié où un modèle de visites d'équipes pluridisciplinaires est déjà en place (donc habitude de collaboration, et interconnaissance entre professionnels et avec patients) <ul style="list-style-type: none"> > support d'un conseiller en santé mentale dans chaque centre en équipe avec le médecin de famille local et le psychiatre > suivi conjoint de patients déjà ou prochainement visités ▪ La collecte de données est réalisée par le spécialiste dont la pratique est sujet de l'étude
--	--	--	--

Référence Lundvoll Nilsen, L. (2011). "Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice"

Questions de recherche	Méthodologie	Caractéristiques du milieu	Thèmes / problématiques abordés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment une consultation par vidéoconférence entre un généraliste et un spécialiste permet-elle de s'accorder sur le traitement d'un patient ? ▪ Quels sont les types de connaissances échangés dans ce mode de collaboration entre professionnels ? ▪ Quels sont les processus d'enrichissement des connaissances impliqués dans ce mode de collaboration entre professionnels ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observation qualitative participante ▪ Étude de cas ▪ Vidéoconférences de suivi entre le généraliste du patient et son spécialiste soignant de l'hôpital de décharge: diagnostics, réactions au traitement, complications de santé ▪ 42 vidéoconférences tenues sur une période de 5 mois en 2007 dont 5 sélectionnées ▪ Analyse ethnographique des 5 vidéoconférences d'une durée variable de 5 à 15 minutes portant sur la trajectoire de 9 jours de soins du patient sélectionné 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Norvège ▪ Médecins généralistes de centres de soins locaux et intermédiaires, et spécialistes en milieu hospitaliers ▪ Contexte institutionnel: Volonté ministérielle d'accroître la continuité des soins en s'appuyant sur la collaboration électronique entre professionnels des centres de santé locaux et des hôpitaux ▪ Contexte technologique: Les vidéoconférences font partie de la routine de collaboration entre les milieux de soins intermédiaires et hospitaliers <p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient âgé (femme de 84 ans) souffrant de maladie chronique (insuffisance rénale) et comorbidité (cancer, fœulure), ayant obtenu sa décharge de l'hôpital ▪ 1 médecin soignant ▪ 1 spécialiste à l'hôpital 	<p><i>(selon les différentes étapes de la trajectoire du patient)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de contenu des enregistrements selon 4 catégories de données: <ul style="list-style-type: none"> > la description des problèmes / diagnostics > les échanges d'information / questions soulevées > les recommandations de traitement > l'entente / accord entre le généraliste et le spécialiste ▪ Identification des motifs de consultation, des types de dilemmes rencontrés lors des vidéoconférences, des solutions pour que la communication aboutisse à un accord entre les soignants et à une résolution du problème clinique pour le patient ▪ Évaluation de la satisfaction des participants à l'égard des motifs et résultats des consultations, et en termes de transfert de connaissances
<p>Résultats (1/2)</p> <p><i>Vidéoconférence de décharge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le spécialiste présente le cas du patient qui quitte l'hôpital ▪ Cela crée une ouverture à la collaboration future (suivi du patient par le généraliste) ▪ Cette ouverture à la collaboration crée une zone d'échange d'expertise et de connaissances médicales 	<p>Résultats (2/2)</p> <p><i>Vidéoconférence de changement de traitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le généraliste informe d'un problème et du refus d'hospitalisation du patient ▪ Le spécialiste réfère à un diagnostic passé du patient hospitalisé, non confirmé par les tests du généraliste 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude conclut que les dilemmes soulevés en vidéoconférence sont liés à des choix et décisions concernant le meilleur traitement à offrir au patient et reflètent donc un besoin de connaissances que vient combler la collaboration (le généraliste fournit l'information en échange de l'expertise fournie par le spécialiste) 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude est approfondie sur les modes de discussion et le type d'information échangé ▪ L'étude développe des concepts clairs (par ex. zone d'échange d'expertise), adaptables à différents milieux et types de professionnels impliqués dans la collaboration

Référence Lundvoll Nilsen, L. (2011). "Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice"

<p>Vidéoconférence de changement de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le généraliste soulève un problème de traitement et sollicite l'avis du spécialiste quant à une alternative Le spécialiste recommande un changement de traitement approuvé par le généraliste Il y a donc contribution mutuelle à combler un «trou d'expertise» dans la zone d'échange (information pour le spécialiste, recommandation pour le généraliste) <p>Vidéoconférence de réponse au traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> Le généraliste soumet un dilemme au spécialiste : hospitalisation du patient contre ses préférences de rester en soins intermédiaires Le spécialiste ne recommande pas de changement de traitement Il n'y a pas règlement du dilemme ni du «trou d'expertise», simplement de l'échange d'information 	<ul style="list-style-type: none"> Il y a donc contribution mutuelle à combler un «trou d'expertise» dans la zone d'échange <p>Vidéoconférence de problème</p> <ul style="list-style-type: none"> Le généraliste requiert l'expertise du spécialiste pour un problème Il y a avancement mutuel des connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> L'étude met en évidence l'importance d'une zone-frontière («boundary zone») correspondant à une zone de mise en commun des expertises et d'apprentissage (échange de connaissances entre professionnels) L'échange d'information par vidéoconférence permet 3 principaux gains : <ol style="list-style-type: none"> l'échange d'information sans discordance apporte du support dans la décision ; si discordance cela permet un transfert de connaissances ; création d'opportunités mutuelles d'apprentissage et d'innovation L'échange d'information par vidéoconférence permet de déplacer l'expertise vers le patient (médecin traitant) plutôt que le patient entre les niveaux de soins 	<ul style="list-style-type: none"> L'étude contribue à l'analyse en vue de dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers et une meilleure qualité des soins pour le patient L'étude contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces L'étude donne un éclairage précis des processus d'interaction et des meilleures pratiques avec ce type de technologie (point soulevé par l'étude) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude élabore peu sur les atouts comparés de la vidéoconférence (versus d'autres technologies telles que le téléphone) L'étude ne précise pas les points de logistique des vidéoconférences: planification des appels? autres participants? barrières techniques? L'étude est uniquement observationnelle et ne sonde pas les perceptions des participants L'étude porte sur un nombre limité de vidéoconférences analysées, ce qui implique une faible représentativité réelle (point soulevé par l'étude)
--	--	--	---

Référence Rockman P. et al. (2004). «Shared Mental Health Care – Model for Supporting and Mentoring Family Physicians»

Questions de recherche	Devis	Caractéristiques du milieu	P
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un programme de mentorat en santé mentale peut-il contribuer à améliorer la collaboration entre les médecins de famille et les psychiatres, la formation continue des médecins de famille, les résultats de santé et la qualité des soins ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation d'implantation ▪ Conférence de lancement : rencontre des participants, focus groupes, connaissances + conférence de suivi (janv. 2002) ▪ Pré-questionnaire aux médecins de famille ▪ Post-questionnaires périodiques auto-administrés aux médecins de famille (mail ou fax, aux 3 mois) ▪ Groupes de discussion auxquels ont participé des médecins de famille ayant bénéficié du programme (12 participants) ▪ Le projet est dans sa 2^e année développement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ontario ▪ Programme du Collège des médecins de famille ▪ Lancement du CMHCN (Collaborative MH Care Network = programme de mentorat) par le Ministère de la santé en mars 2001 ▪ Praticiens généralistes et spécialistes des milieux académiques et communautaires ▪ Jumelage en 10 groupes (10 généralistes + 1 psychiatre + 1 psycho-thérapeute) selon les intérêts cliniques et la zone géographique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100 1ers médecins de famille volontaires ▪ 10 psychiatres + 10 psychothérapeutes en pratique générale ▪ 274 patients suivis en santé mentale <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMHCN = Jumelage d'un généraliste avec 2 spécialistes attirés répondants (courriel + téléphone + fax + listserv + visites) <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation des médecins de famille à recourir au programme / Motivation des professionnels à recourir aux technologies pour favoriser leurs échanges ▪ Appréciation de l'amélioration de l'information et du soutien reçus par les médecins de famille quant à la prise en charge de patients en santé mentale ▪ Appréciation de l'amélioration de la collaboration et de l'échange d'information et de connaissances entre médecins de famille et spécialistes ▪ Appréciation de l'amélioration de l'éducation continue et du sentiment de confiance (non-défini formellement) des médecins de famille ▪ Appréciation de l'amélioration des services en santé mentale (réduction des temps d'attente et de consultation, amélioration du suivi des traitements, amélioration des résultats de santé)

Référence Rockman P. et al. (2004). «Shared Mental Health Care – Model for Supporting and Mentoring Family Physicians»

Résultats	Principales conclusions	Recommandations et ajustements réalisés	Forces et faiblesses
<p>Globalement (Stade préliminaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prolongation et rectification du programme ▪ Le mentorat est considéré comme améliorant la prise en charge des patients ▪ Difficultés existantes : <ul style="list-style-type: none"> > manque de précision de jumelage > mentorat peu sollicité > lenteur de réponse > divergence des préférences de moyens de communication (mail vs. téléphone) > attentes respectives abstraites ▪ E-mail utile mais peu utilisé ▪ Préférence pour téléphone ou face-à-face <p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation du réseau de collaboration en moyenne 3,3 fois en 3 mois ▪ 58 % des médecins de famille faisant partie du réseau ont consulté un spécialiste sur les 3 mois ▪ 59 % ont préféré le téléphone et 49 % ont choisi le e-mail ▪ Forte réduction de la perception des barrières à l'accès <ul style="list-style-type: none"> > d'un avis par téléphone (58 vs. 13 % après) > d'un avis de psychiatre (30 vs. 2 % après) > d'un avis par téléphone (43 vs. 4 % après) ▪ Évaluation positive de l'impact du service : <ul style="list-style-type: none"> > 75 % des médecins de famille estiment que l'intervention a contribué à augmenter leurs connaissances et amélioré leurs rapports avec les spécialistes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre que le mentorat de généralistes par des spécialistes est considéré comme améliorant la prise en charge des patients, les relations interprofessionnelles et favorisant le transfert des connaissances ▪ L'étude précise que le programme doit être réajusté pour mieux répondre aux besoins 	<p>Recommandations et ajustements réalisés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut accroître le nombre de mentors et favoriser le jumelage en fonction de la proximité géographique ▪ Il faut multiplier les rencontres en groupes (incitatifs financiers) ▪ Il est nécessaire d'imposer des quotas obligatoires de contacts de mentorat (fréquence d'appels, délais de réponse, etc.) <p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut mieux définir et mesurer les résultats du programme : besoins identifiés des différents participants, objectifs, etc. <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude semble informer que le e-mail serait un mode utile de communication mais qu'il reste peu utilisé à ce jour ▪ L'étude informe d'une préférence des participants pour des modes de communication plus traditionnels (téléphone ou face-à-face) 	<p>Forces et faiblesses</p> <p>Forces (Avec des résultats toutefois peu concluants pour le moment.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies pour l'amélioration de la prise en charge des patients (qualité des soins) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le devis de l'étude est peu précis ▪ Flexibilité du programme (les ajustements opérés en cours de route) peuvent créer un biais de mesure ▪ Pas de comparaison ciblée des différentes technologies ▪ Pas de mesure de qualité des échanges ▪ Mesure d'efficacité ? ▪ Pas de résultats statistiques des échanges ▪ Faible sollicitation du mentorat (point soulevé par l'étude) ▪ L'étude note des obstacles structurels du programme et des réajustements sont nécessaires en cours de route (point soulevé par l'étude) ▪ L'étude n'en est encore qu'à un stade préliminaire avec peu de résultats disponibles (point soulevé par l'étude)

Référence Rockman P. et al. (2004). «Shared Mental Health Care - Model for Supporting and Mentoring Family Physicians»

<p>> 88 % relèvent une amélioration des soins >68 % relèvent une accélération vers un traitement optimal > 64 % relèvent une amélioration des symptômes L'analyse qualitative des résultats du groupe de discussion formé de médecins de famille démontre qu'ils ont le sentiment d'être davantage en confiance, d'apprendre davantage et de moins référer à la suite de la consultation.</p>			
--	--	--	--

Référence Sankaranarayanan, A., K. Allanson, et al. (2010). "What do general practitioners consider support ? Findings from a local pilot initiative"

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> La consultation par téléphone d'un psychiatre améliore-t-elle la satisfaction des généralistes en termes d'accessibilité et de réactivité des services de santé mentale ? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation d'implantation appuyée par une étude exploratoire de type avant-après, sans groupe contrôle Diffusion du projet de service (fax, relance, infolettre de la Division de médecine générale) <p>Avant</p> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires auto-administrés par fax aux médecins généralistes de la région ciblée sur leurs besoins de conseil en santé mentale <p>Après</p> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires auto-administrés par fax aux médecins généralistes de la région ciblée sur leur satisfaction vis-à-vis des services en santé mentale > questionnaires distincts selon qu'ils aient ou non utilisé le service Des commentaires des généralistes contactant le service sont également rapportés à titre de résultats exploratoires (voir Feedback) Période d'observation d'une durée de 3 mois (Sept/30Nov 2008) 	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> Australie HVMHS = Hunter Valley Mental Health Service de Maitland = équipe de spécialistes en santé mentale basés à Maitland desservant régions voisines sur 6400 km² pour une population totale de 225000 hab dont une moyenne de 611 patients actifs et un bassin de 200 généralistes > équipe rassemblant psychiatres + psychologues + 1 travailleur social + 1 thérapeute + infirmières > équivalent à la force de travail d'environ 25 pers. à temps plein <p>Milieu de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> 3/4 des patients psychiatriques sont traités pendant au moins 1 an dans la communauté (par un médecin généraliste) <p>Contexte institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Il y a une volonté des affaires publiques d'accroître la collaboration entre généralistes et spécialistes dans la prise en charge et le suivi de ces patients 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 consultant-psychiatre 202 généralistes Équipe interdisciplinaire (psychiatres, psychologues, travailleur social, 1 thérapeute, infirmières) <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> Visites quotidiennes d'une équipe multidisciplinaire en santé mentale dans les pratiques de médecine générale entre 12h et 13h 1 consultant-psychiatre répond par téléphone 5 jours semaine de 12h à 13h <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> «Pas de comparateur » <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> Intérêt des généralistes pour l'utilisation du service : Changement des pratiques de référence des généralistes (préférence pour la consultation par téléphone) <p>L'étude vise aussi mais ne mesure pas directement les résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'accès à un consultant-psychiatre et augmentation de la satisfaction des généralistes quant à la réactivité des services de santé mentale Amélioration du support à la décision des généralistes délivrant des soins en santé mentale
<p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation limitée des généralistes: 17 % pré-sondés, 27 % post-sondés, 8 % utilisateurs du service 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude démontre la nécessité de la mise en place d'un service de consultant-psychiatre répondant aux généralistes pour : 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est nécessaire de conduire une étude similaire sur une plus longue période 	<p>Forces et faiblesses</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude contribue à dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers et une meilleure connaissance des services

Référence Sankaranarayanan, A., K. Allanson, et al. (2010). "What do general practitioners consider support ? Findings from a local pilot initiative"

<p>Pré-sondage</p> <p>> 100 % intéressés par la consultation d'un psychiatre > 86 % désirant un avis de spécialiste pour des patients vus dans les 3 derniers mois > 74 % non utilisateurs ou ignorant les services de rappel offerts par le RACGP</p> <p>Utilisation</p> <p>> 19 consultations soit 10 % d'utilisation du service sur sa disponibilité totale > 42 % appels hors horaire > 21 % des généralistes ont placé 2 appels > 47 % appels pour avis sur médication</p> <p>Post-sondage</p> <p>> 7 des 16 généralistes utilisateurs du service ont été post-sondés, la plupart satisfaits > 49 des non utilisateurs du service ont été post-sondés, 94 % veulent que le service continue > 82 % de tous les répondants sont informés de l'existence du service, 86 % ne sont pas informés des services de rappel offerts par le RACGP</p> <p>Feedback informel</p> <p>Quelques généralistes contactant le service rapportent :</p> <p>> Une hausse de leur confiance pour la prise en charge de patients en santé mentale > leur satisfaction vis-à-vis du support reçu</p>	<p>> supporter leurs décisions; > aider à la référence vers d'autres services de santé mentale dans la communauté > faciliter l'accès à un diagnostic spécialisé en santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude souligne le coût d'investissement pour le développement d'un tel service ▪ L'étude met en évidence le manque d'information des professionnels quant aux services déjà en place (dont ils expriment par ailleurs le besoin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut explorer les raisons de la faible utilisation du service par les généralistes (déjà suffisamment outillés en santé mentale? contraintes de temps?) ▪ Il faut compléter les données collectées par des sondages de données quantitatives telles que l'évolution des pratiques de référence, l'utilisation des autres supports en place, etc. <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude informe qu'un service de consultation téléphonique répond mal aux besoins s'il n'est disponible que durant une heure par jour (sur le créneau du midi) ▪ L'étude suggère la complémentarité d'un service de consultation par téléphone et de visites 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à démontrer la nécessité de stratégies pour une meilleure prise en charge des patients <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisation du service et donc la participation à l'étude a été très faible malgré un intérêt pré-sondé annoncé ▪ Le service offert est limité (1h par jour ouvrable) et la moitié des appels placés hors du créneau ▪ Quel est l'avantage visé du service proposé sur le RACGP déjà en place depuis 2006 ? ▪ Il n'y a pas de comparaison établie avec d'autres types de technologies: vidéo, service de boîte vocale permanente, etc. ▪ Les spécialistes n'ont pas été sondés
---	--	--	--

Référence Scalvini, S., F. Rivadossi, et al. (2011). "Telemedicine: the role of specialist second opinion for GPs in the care of hypertensive patients"

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont l'apport et la faisabilité d'une 2e opinion d'un spécialiste pour le suivi quotidien de patients atteints de douleur chronique par leur généraliste ? ▪ Quel est le degré de contrôle de la pression sanguine chez des patients atteints d'hypertension ? ▪ Quelles sont les différences cliniques caractéristiques entre patients plus jeunes et plus âgés atteints d'hypertension ? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation d'implantation appuyée par une étude observationnelle transversale, sans groupe contrôlé ▪ Mesures systolique et diastolique de la pression sanguine du patient ▪ Transfert des données du patient à son dossier médical électronique et au service de télémedecine ▪ Feedback d'un spécialiste et téléconsultation interactive enregistrée ▪ Analyse quantitative rétrospective des comptes-rendus de téléconsultations de généralistes (sélection randomisée) auprès de spécialistes ▪ Période d'observation sur 6 ans et demi (Mai 2002 - Nov 2008) 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spécialistes en cardiologie ▪ 399 généralistes ▪ 1719 patients atteints d'hypertension à haut risque de complications cardiovasculaires; 73 ans \pm 13 ; 38 % hommes > répartis en 2 groupes comparateurs des résultats de santé: 899 de moins de 75 ans vs. 820 de plus de 75 ans > distingués selon le type de visite (routine vs. symptômes de risque) <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmission électronique de données médicales concernant un patient et consultation par téléphone entre un cardiologue et un médecin généraliste 	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de l'importance accordée au contrôle de la pression sanguine chez les patients ▪ Amélioration de l'accès à une 2e opinion et du support à la décision pour le diagnostic et le suivi de patients à risque = Réduction des symptômes de risque et du délai entre leur pré-diagnostic (par un généraliste), leur confirmation (par un spécialiste) et leur traitement ▪ Adaptation des pratiques d'exams de l'hypertension des généralistes suivant les recommandations des spécialistes-consultants (systématisation des tests)
<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italie (différentes régions) 	<p>Résultats</p> <p>Observations médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La pression sanguine n'est pas indiquée au dossier médical dans 23.4 % des cas, chez 16.7 % des moins de 75 ans et chez 30.7 % des plus de 75 ans > Elle est davantage mesurée pour les patients du groupe moins âgé en visite pour des symptômes (84 %), et moins pour des patients du groupe âgé en visite de routine (63 %) <p>Motifs de 2^e opinion</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans environ 50 % des cas de téléconsultation, la 2e opinion amène des solutions accélérées (en moins de 10 minutes) tout en réduisant le nombre de visites dans les services spécialisés ▪ Visite de routine dans 52,5 % des cas et symptômes déclarés dans 47,5 % des cas 	<p>Principales conclusions (Conclusions cliniques majoritairement)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre que la téléconsultation conjointe d'un spécialiste et d'un généraliste améliore : > les pratiques de contrôle de la pression sanguine chez les patients hypertendus > l'évaluation diagnostique des symptômes > le support aux décisions du généraliste > l'utilisation des services (baisse des coûts et visites en cardiologie) > l'identification rapide de solutions de soins > les délais d'attente chez les spécialistes 	<p>Forces et faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à dégager des solutions permettant d'assurer une meilleure continuité entre les soins ambulatoires et hospitaliers et une meilleure utilisation des services ▪ L'étude porte sur une vaste accumulation de données (point soulevé par l'étude) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les questions de recherche portent plus sur des aspects cliniques que sur l'apport de la technologie ▪ Il n'y a pas de suivi de satisfaction des différents participants ▪ Le programme préliminaire d'éducation des participants sur les technologies cliniques et de communication impliquées dans l'étude peut constituer un biais dans l'implantation de la technologie, quant à

Référence Scalvini, S., F. Rivadossi, et al. (2011). "Telemedicine: the role of specialist second opinion for GPs in the care of hypertensive patients"

	<p>Recommandations et suivis <i>(Différences significatives entre visites de routine et visites pour symptômes)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'autre action posée dans 48.7 % des cas > dans 66.4 % des visites de routine vs. dans 29.1 % des visites pour symptômes ▪ Changement de thérapie suggéré dans 28 % des cas > dans 23.4 % des visites de routine vs. dans 33,3 % des visites pour symptômes ▪ Nouvel examen demandé dans 14 % des cas > dans 8,6 % des visites de routine vs. dans 19,6 % visites pour symptômes ▪ Référence à l'urgence dans 8 % des cas > dans 0,4 % des visites de routine vs. 16 % des visites pour symptômes 		<p>l'évaluation de sa portée et de sa facilité à être utilisée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le projet demeure exploratoire et non implanté dans la pratique généraliste courante (point soulevé par l'étude) ▪ Le dispositif ne répond pas aux critères d'économie du NHS de temps et coûts (point soulevé par l'étude)
--	--	--	---

Référence Schrijnemaekers V. et al. (2005). «A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in the Netherlands: Results from a two-year nationwide registration»

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les différences caractéristiques entre des consultations physiques (visites auprès soignant) et par téléphone dans l'offre de soins palliatifs ? 	<p>Méthodologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse d'implantation ▪ Collecte de données concernant les caractéristiques des problématiques abordées à l'aide d'un formulaire standard ▪ Post-questionnaire d'évaluation auto-administré aux soignants (par mail, 2 semaines après consultation) ▪ 2 ans (mars 2001-2003) 	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pays-Bas ▪ Équipes de consultation en soins palliatifs ▪ Archives à échelle nationale ▪ Consultants spécialistes en soins palliatifs = conseil aux soignants, mais pas prescription ▪ Plupart des consultations données par téléphone ▪ 23 équipes multidisciplinaires implantées entre 1997 et 2003 = information, support et conseil 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 des 23 équipes interdisciplinaires en soins palliatifs ▪ Soignants en milieu hospitalier et ambulatoire <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations par téléphone vs. visites physiques des équipes ▪ 15 des 23 équipes offrent conjointement les 2 modes de consultation <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de groupe contrôle ▪ Comparaison effectuée dans cadre de l'étude entre les consultations téléphoniques et les consultations au chevet <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appréciation de la plus-value des consultations par visites sur les consultations par téléphone > Nombre et types de questions soulevées > Nombre et types de problèmes identifiés ▪ Appréciation des coûts (temps, argent) des visites de soutien aux soignants
<p>Résultats</p> <p>Consultations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total de 4740 ▪ n consultations des équipes à 2 technologies = 2839 ▪ 1760 par téléphone requérant en moyenne 1.4h de disponibilité ▪ 1079 visites requérant en moyenne 5.3h de disponibilité 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude tend à conclure qu'en matière de soins palliatifs, les consultations physiques ont une plus-value sur les consultations par téléphone, mais les différences démontrées ne sont ni majeures, ni cliniquement probantes, ni partagées par tous les professionnels 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est nécessaire de mener des recherches comparatives plus approfondies sur les différents moyens de consultation en soins palliatifs ▪ Il y a un besoin de recherche supplémentaire sur les processus décisionnels et les facteurs influençant les décisions selon le mode de consultation 	<p>Forces et faiblesses</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse de stratégies visant à l'amélioration des modes de collaboration entre soignants pour une meilleure prise en charge du patient ▪ L'étude explore un modèle de répondant au soignant ▪ L'étude établit la comparaison de 2 technologies

Référence Schrijnemaekers V. et al. (2005). «A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in the Netherlands: Results from a two-year nationwide registration»

<ul style="list-style-type: none"> ▪ En comparaison des consultations par téléphone, les visites démontrent: <ul style="list-style-type: none"> > une plus grande variété des soignants demandeurs > un plus grand nombre de questions motivant la consultation (en moyenne 2,4 vs. 1,9 par téléphone) > un plus grand nombre de problèmes adressés dans une plus grande variété de domaines (en moyenne 7 par consultation vs. 3,7 lors d'une consultation par téléphone) <p>Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations aussi efficaces perçues par environ 90 % des professionnels => pas de différence majeure ni cliniquement probantes observées ▪ Consultations améliorant autant la qualité des soins perçues par environ 65 % des professionnels ▪ Les soignants demandeurs estiment les visites plus aidantes que les consultations par téléphone pour les patients et les proches aidants 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est nécessaire de mettre l'accent sur les obstacles méthodologiques, éthiques, les perceptions des patients et l'analyse coût-efficacité <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude semble informer que le mode de consultation par téléphone n'est pas sous-évalué en comparaison de consultations au chevet du patient (dans ce contexte spécifique de soins palliatifs) 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude n'apporte qu'une conclusion très générale et manque de précision concernant le type de plus-value et les facteurs en cause (contact physique, confiance) ▪ Les différences de perceptions sont non explicitées selon les types de répondants ▪ Les différences de suivi des recommandations ne sont pas documentées entre les deux modes de consultation ▪ Il n'y a pas de randomisation de l'allocation du type de consultation (point soulevé par l'étude) ▪ Il n'y a pas de données comparées sur les processus de prise de décision selon type de consultation (point soulevé par l'étude)
---	--	--	---

Référence Thind C.K. et al. (2011). «Tele dermatology: a tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology»

Questions de recherche	Devis	Caractéristiques du milieu	P
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La télédermatologie avec support photographique permet-elle : <ul style="list-style-type: none"> > l'éducation et la supervision à distance d'un généraliste? > la réduction des consultations physiques chez un spécialiste? > un diagnostic et des soins appropriés ? ▪ Quel est le degré de satisfaction du patient vis-à-vis de ce mode de consultation? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude d'implantation avec mesures rétrospectives, sans groupe contrôle ▪ Mesure de satisfaction des patients par questionnaire post-consultation administré à la clinique (n= 50 patients, 31 répondants) ▪ Analyse rétrospective des consultations électroniques (n= 230 consultations) par un interne en dermatologie (externe à l'étude) ▪ Période d'observation d'une durée de 2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aberdeen, Écosse ▪ Centre spécialisé en dermatologie desservant 560 000 hab. sur un territoire de 3000 miles carrés) ▪ Hôpital communautaire à 50 miles du centre spécialisé ▪ (UK) Promotion par le Ministère de la Santé d'un modèle de niveau de soins intermédiaire entre les 1re et 2e lignes : par l'amélioration des compétences spécialisées de médecins généralistes => médecins généralistes spécialisés («GPwSI with special interest») 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 médecin généraliste orienté en dermatologie ▪ 1 spécialiste consultant en dermatologie ▪ 230 patients référés en 2e ligne pour un diagnostic photographiable (lésion, éruption) <p>Exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas complexes non diagnostiquables sur photographie <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations du généraliste sous la supervision (à distance + électronique) du consultant ▪ Transmission des données « store-and-forward » ▪ Matériel photographique <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la supervision et de l'éducation spécialisée de généralistes en zone rurale (mesure du contenu additionnel obtenu lors de la consultation) ▪ Réduction des consultations formelles avec un spécialiste, du temps d'attente pour une consultation en 2e ligne et du temps de consultation ▪ Motivation du patient à choisir la téléconsultation et satisfaction du mode de consultation ▪ Amélioration de la qualité des diagnostics et des soins fournis ▪ Augmentation de la formation continue des généralistes

Référence Thind C.K. et al. (2011). «Tele dermatology: a tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology»

Résultats	Principales conclusions	Recommandations pour l'implantation	Forces et faiblesses
<p>Téléconsultations en dermatologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-10 patients accommodés par mois ▪ Représente 4h de consultation pour le généraliste et moins de 2h d'analyse par le spécialiste ▪ Consultations physiques non requises dans 69 % cas ▪ Évaluation du temps de déplacement de personnel économisé = 4h / mois <p>Qualité des diagnostics</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic établi par le consultant dans 60 % de cas. Rares cas d'erreurs diagnostiques de part et d'autre (consultant / généraliste) ▪ Accord sur le diagnostic entre le généraliste et le spécialiste dans 60 % cas ▪ Désaccord généraliste / consultant dans 21 % des cas ▪ Pas de conclusion possible dans 19 % des cas <p>Éducation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert de connaissances intervenu dans 66 % des cas (estimation indépendante à partir des rapports de consultation des spécialistes) ▪ Support au diagnostic des généralistes ▪ Impact relatif de l'intervention sur la confiance du généraliste (non-apprécié de façon formelle) <p>Satisfaction des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction élevée des patients en téléconsultation à 90 % (n=31) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre que des téléconsultations en dermatologie appuyées par matériel photographique: <ul style="list-style-type: none"> > peuvent pallier le manque de services spécialisés en zone rurale et diminuer les temps d'attente et de déplacement de spécialistes > sont un mode de diagnostic viable > sont un mode de consultation satisfaisant pour les patients ciblés > sont un outil de supervision et de formation des généralistes locaux > sont techniquement viables > ne sont pas nécessairement économiques en terme de temps de consultation ▪ L'étude aborde également des aspects d'analyse économique sans développer de mesures précises, et propose les constats mitigés suivants : <ul style="list-style-type: none"> > Economie de temps de déplacement des consultants supérieure aux coûts en temps pour l'analyse des photographies > Coûts additionnels liés à la technologie (12 000 €) > Coûts en temps lors de bugs techniques > Coûts en temps de consultation pour le généraliste spécialisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude semble informer que la qualité technique imparfaite des vidéoconférences ne pénalise pas considérablement l'évaluation positive du service de téléconsultation en général 	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à développer une alternative à l'amélioration des échanges entre 1re et 2e lignes = formation d'une ligne intermédiaire de médecins généralistes spécialisés ▪ L'étude contribue à l'analyse des stratégies de transfert des connaissances efficaces: examen des gains éducationnels de télédermatologie pour supervision et formation de généralistes spécialisés (point aussi soulevé par l'étude) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le devis de l'étude est peu structuré ou mal détaillé ▪ Le choix des patients entre consultation traditionnelle et téléconsultation n'est pas quantifié ▪ L'étude porte sur des cas présélectionnés de patients = transposition non démontrée (point soulevé par l'étude) ▪ L'efficacité de la technologie est prouvée quand elle est complémentaire à un système conventionnel de cliniques partagées (cf. visites périodiques de spécialistes) ▪ L'évaluation économique et de temps requis est mitigée (point soulevé par l'étude)

Référence Thind C.K. et al. (2011). «Teledermatology: a tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology»

- Pas de différence de préférence des patients entre la consultation par un dermatologue ou un généraliste spécialisé (42 % pour chaque, 16 % sans préférence)
- Temps d'attente réduit à 3 mois en moyenne pour voir un généraliste spécialisé
- Temps de consultation doublement supérieur (30 min) à la moyenne en clinique spécialisée (15 min)
- Une majorité (non précisé) n'ont pas reçu et auraient préféré un diagnostic écrit

Référence Van Heest F. et al. (2007). «The New Millenium Palliative Care Project (2000-2003) : The impact of specialized GP advisors»

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans quelle mesure, de quelle façon et avec quels résultats un service de répondant par téléphone en soins palliatifs est-il utilisé ? <ul style="list-style-type: none"> > pour et par qui ? > pour quels types de problèmes ? > avec quel suivi des recommandations par les généralistes ? > avec quel impact sur la qualité des soins ? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation d'implantation ▪ Analyse des contenus et des statistiques de consultations ▪ Post-questionnaire d'évaluation auto-administré aux généralistes (2 à 6 semaines après consultation) ▪ Période d'observation sur 3 ans (mars 2000-2003) 	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pays-Bas ▪ Bassin de desserte du <i>Comprehensive Cancer Centre</i> situé au Nord des Pays-Bas = rurale, 2,1 million hab., environ 1000 généralistes, 17 hôpitaux dont 1 universitaire, 5500 décès par cancer par an (dont 61 % à domicile en 1998-1999) 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Généralistes œuvrant dans le bassin de desserte ▪ Équipe de 4 généralistes spécialisés en soins palliatifs <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Généraliste spécialisé en soins palliatifs répondant par téléphone pour des généralistes auprès de patients en soins palliatifs à domicile (pas de restriction de disponibilité a priori) <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation des généralistes à l'utilisation du service de répondants en soins palliatifs ▪ Adaptation des pratiques des généralistes suivant les recommandations des généralistes-consultants ▪ Amélioration de la qualité des soins fournis par les généralistes
<p>Résultats</p> <p><i>Utilisation du service</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausse du nombre d'avis sollicités par les généralistes sur la période d'observation (environ 100 année 1, + 100 année 2, +150 année 3) <i>Chiffres exacts non détaillés</i> ▪ Appels multipliés par 5 en 3 ans <ul style="list-style-type: none"> > durée moyenne de 15 min > plus de 10 % des avis sollicités en dehors des heures de travail ▪ Pronostic vital court (jours ou semaines) pour 70 % patients pour lesquels un avis est requis ▪ Motif principal d'appel : <ul style="list-style-type: none"> > 70 % des appels concernant la gestion de symptômes 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le taux d'utilisation du service rapporté par l'étude démontre qu'il répond aux besoins des généralistes ▪ L'étude rapporte la pertinence perçue et l'importance d'un échange d'avis entre généralistes et généralistes spécialisés en soins palliatifs ▪ L'étude conclut sur une meilleure prise en charge des patients et qualité des soins fournis suite aux avis et recommandations requis par téléphone 	<p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude informe qu'un service de consultation téléphonique est jugé comme permettant l'accès rapide à une expertise et à des solutions de traitement 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à dégager des stratégies pour une meilleure prise en charge du patient (demeure à domicile, qualité des soins palliatifs) <p><i>Faiblesses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'article est très succinct ▪ Il n'y a pas d'évaluation des résultats au niveau du patient (service de répondant au soignant) (point soulevé par l'étude)

Référence Van Heest F. et al. (2007). «The New Millenium Palliative Care Project (2000-2003) : The impact of specialized GP advisors»

<p>>13 % appels concernant la gestion du traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans plus de la moitié des cas la discussion a révélé et permis la prise en charge d'autres problèmes chez le patient (<i>chiffres non précisés</i>) <p>Changement des pratiques et qualité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescription d'injections à domicile multipliée par environ 4 (données d'1 région manquantes) ▪ Recommandations suivies complètement dans 85 % cas et partiellement dans 11 % des cas, pas du tout dans 4 % des cas (taux de réponse de 68 % soit 947 GP sur 1389 enregistrés) ▪ 84 % évaluent que l'avis reçu a amélioré la qualité des soins palliatifs fournis 			
---	--	--	--

Référence Van Heest F. et al. (2009). «Telephone consultations on palliative sedation therapy and euthanasia in general practice in The Netherlands in 2003: a report from inside»

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> À quelle fréquence et de quelle façon sont abordées les questions de sédation palliative et d'euthanasie entre généralistes et généralistes spécialisés consultés par téléphone ? 	<p>Devis</p> <ul style="list-style-type: none"> Étude exploratoire avec devis mixte (qualitatif et quantitatif), sans groupe contrôle Mesures à la fois qualitatives et quantitatives Analyse rétrospective des contenus et statistiques de consultations (formulaire standard incluant texte libre) <ul style="list-style-type: none"> > Analyse quantitative : caractéristiques des généralistes demandeurs, patients, avis donné, satisfaction > Analyse qualitative : problèmes centrés sur soignant, patients non éligibles, problèmes connexes Observation menée sur une période de 3 ans (mars 2000-2003) 	<p>Caractéristiques milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> Pays-Bas Zone d'action du <i>Comprehensive Cancer Centre</i> du Nord des Pays-Bas = rurale, 2,1 million hab., environ 1000 généralistes, 17 hôpitaux dont 1 universitaire, 5500 décès par cancer par an (dont 61 % à domicile en 1998-1999) 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> Généralistes dans la zone d'action Équipe de 4 généralistes spécialisés en soins palliatifs (2 sélectionnés) <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> Généraliste spécialisé en soins palliatifs répondant par téléphone pour des généralistes auprès de patients en soins palliatifs à domicile (pas de restriction de disponibilité a priori) <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de comparateur <p>O</p> <p><i>(Mêmes données que l'étude de 2007 - collecte en 2005)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Motifs de consultation de généralistes auprès de consultants en soins palliatifs Perception de l'utilité des recommandations des spécialistes-consultants en soins palliatifs par les généralistes <ul style="list-style-type: none"> > diversification des alternatives de sédation envisagées > impact perçu pour le patient Amélioration de la prise en charge des patients en soins palliatifs de dernier recours
<p>Résultats <i>(Résultats portent plus sur problématiques de fin de vie que sur mode de 2^e avis spécialisé)</i></p> <p>Évaluation quantitative Motifs de consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> 415 consultations reçues par 2 généralistes spécialisés dont 87 (21 %) mentionnaient une discussion autour de la sédation / l'euthanasie avec le généraliste soignant 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude démontre la pertinence perçue et l'importance d'un échange d'avis et d'un dialogue ouvert entre professionnels en matière de soins palliatifs de dernier recours L'étude démontre que la consultation (2^e opinion d'un spécialiste) aide à identifier des solutions pour le patient, en particulier des alternatives à une « durée écourtée » de vie 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Des enregistrements audio des consultations seraient plus informatifs et viables 	<p>Forces et faiblesses</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> Complète l'appréciation de l'intervention présentée dans Van Heest (2007) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats portent plus sur les problématiques de fin de vie que sur le mode de requête d'un 2^e avis spécialisé

Référence Van Heest F. et al. (2009). «Telephone consultations on palliative sedation therapy and euthanasia in general practice in The Netherlands in 2003: a report from inside»

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 89 % des appels placés par des généralistes (11 % par des infirmières, des pharmaciens, d'autres spécialistes) ▪ Motifs : <ul style="list-style-type: none"> > Euthanasie dans 40 cas dont 3 consultations pour un autre problème > Sédation dans 37 cas dont 11 consultations pour un autre problème > Les 2 dans 10 cas <p>Recommandations et pratiques alternatives</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avis : <ul style="list-style-type: none"> > Euthanasie est une option dans 12 cas > Sédation est une option dans 43 cas > Les 2 options envisagées pour 5 cas <p>Évaluation qualitative</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de réponse de 65 % ▪ Satisfaction globale des participants avec le service de consultation téléphonique <ul style="list-style-type: none"> > 100 % des consultations mentionnant l'euthanasie / la sédation sont jugées utiles pour le patient par le généraliste > 85 % de toutes les consultations sont jugées utiles pour le patient par le généraliste ▪ Difficultés identifiées pour / lors de la consultation <ul style="list-style-type: none"> > nécessité d'échange d'expertise, de validation des décisions, manque de communication entre soignants > pression des proches, désaccords patient / soignant, désaccord sur l'évaluation des critères légalisant l'option d'euthanasie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude précise que la requête d'un 2^e avis permet : <ul style="list-style-type: none"> > L'émergence de problèmes du patient non identifiés au départ > le soutien à la décision pour des généralistes sous pression (famille, patients, autres soignants) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les données disponibles proviennent des formulaires d'archive des consultations remplis par généralistes spécialisés directement ▪ Les généralistes sont auto-sélectionnés => limite de la transférabilité des conclusions (point soulevé par l'étude)
---	---	--	--

Référence Wadwa A. & Lingard L. (2006). «A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations»

<p>Questions de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les problèmes de communication qui peuvent se poser lors de consultations par téléphone entre professionnels de santé ? ▪ Quels sont les enseignements à en retirer pour de futures initiatives dans ce domaine ? 	<p>Méthodologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude qualitative <p>Phase 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de 129 consultations par téléphone archivées <ul style="list-style-type: none"> > formulaires auto-administrés aux consultants-pédiatres sur les téléconsultations données > Mené sur une période de 3 mois <p>Phase 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 51 heures d'observation de terrain de consultants par téléphone <ul style="list-style-type: none"> > dès le dernier mois de la Phase 1, menées sur une nouvelle période de 3 mois > double observation par 1 pair pédiatre + 1 observateur de recherche externe <p>Phase 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevues semi-structurées avec tous les consultants du service et des professionnels qui ont requis une consultation par téléphone durant l'étude <ul style="list-style-type: none"> > Après fin de la Phase 2 ▪ Triangulation des trois sources de données ▪ Analyse des données par théorisation ancrée (<i>grounded theory</i>) 	<p>Caractéristiques du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Canada ▪ Service hospitalier de pédiatrie spécialisé en maladies infectieuses d'un hôpital pédiatrique, avec consultants-répondants par téléphone à des professionnels de santé, 24 heures sur 24, 7 jours semaine ▪ Le service de consultation reçoit une moyenne de 50 appels par mois 	<p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 Consultants-pédiatres en maladies infectieuses ▪ Généralistes et pédiatres en services communautaires de santé consultant un spécialiste du service par téléphone <p>Thèmes / problématiques abordés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation comparée de la qualité perçue des consultations (déroulement, pertinence, etc.) ▪ Perception d'obstacles à la communication et des conflits générés lors de la consultation par téléphone ▪ Identification des sources de conflit ▪ Identification des stratégies de dépassement des obstacles et de résolution des conflits ▪ Identification de processus facilitateurs ou, à l'inverse, « vicieux »
<p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les participants relèvent qu'il existe en effet des problèmes de communication lors de consultations par téléphone ▪ Une analyse des thèmes récurrents relèvent 5 sources majeures de problèmes relevant : <ul style="list-style-type: none"> > de la forme du discours (caractéristiques des appelants / répondants) > du contexte d'urgence 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre qu'il existe des problèmes de communication lors des consultations par téléphone ▪ L'étude propose un modèle théorique préliminaire dans le but d'améliorer les compétences de communication pour des interventions futures 	<p>Recommandations pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De prochaines recherches devraient évaluer des interventions similaires en se appliquant le modèle préliminaire développé dans cette étude et en établissant sa capacité à réduire les conflits perçus et à augmenter l'utilité des téléconsultations 	<p>Forces et faiblesses</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude aboutit à un modèle préliminaire décrivant les sources principales de conflit entre les professionnels lors de consultations par téléphone (et identifiant les mécanismes dans ces conflits qui sont à l'origine de la création d'un cercle vicieux envenimant la communication)

Référence Wadwa A. & Lingard L. (2006). «A qualitative study examining tensions in interdoctor telephone consultations»

<ul style="list-style-type: none"> > d'une discontinuité de la consultation (manque d'information, tests requis) > de la raison de l'appel (pertinence) > du partage de responsabilité pour les soins fournis aux patients <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les consultants et médecins appelant perçoivent souvent de façon différente voire opposée de mêmes situations ▪ Il existe un cycle vicieux qui fait que la tentative de gérer les problèmes rencontrés crée une situation encore plus problématique telle que perçue par l'autre participant 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'autres recherches devraient être développées autour de la communication entre professionnels d'autres milieux et dans d'autres contextes <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est démontré que la communication entre médecins par téléphone est de plus en plus utilisée et préférée, mais l'étude souligne que ce mode de communication comporte plusieurs obstacles ressentis par les participants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à identifier des stratégies d'amélioration de la communication entre professionnels lors de téléconsultations ▪ L'étude justifie son approche qualitative et la renforce par sa collecte et son traitement des données (observateurs externes et internes, triangulation des différentes sources de données) (points aussi soulevés par l'étude) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas eu d'observations de terrain menées du côté des professionnels requérant une consultation par téléphone ▪ Possible biais de sélection (recrutement des demandeurs de consultation pour entrevue parmi ceux qui ont utilisé le service durant l'étude)
--	--	---	--

Référence Williams A.S. et al. (2006). «Consultation-liaison to general practitioners coming of age: the South Australian psychiatrists' experience»

Questions de recherche	Méthodologie	Caractéristiques du milieu	P
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les retombées d'un service de consultation-liaison de psychiatres par téléphone avec communication du diagnostic dans les 24h pour la pratique de médecins généralistes face à des cas d'urgence en santé mentale ? ▪ Dans quelle mesure les médecins généralistes et les psychiatres consultés sont-ils satisfaits de ce mode de communication ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation d'implantation (évaluation de la satisfaction des participants à l'égard de l'intervention) ▪ Étude observationnelle sans groupe contrôle d'une cohorte de 27 psychiatres-consultants ▪ Formation de 2 heures d'un groupe de 33 psychiatres sur les méthodes de consultation-liaison, dont 27 ont été rejoints et ont complété volontairement l'étude ▪ Les psychiatres participants s'engagent à être consultés sur appel un jour par mois et à retourner leur diagnostic dans les 24 heures suivantes ▪ Les généralistes sont contactés par téléphone dans les jours suivants leur utilisation du service pour évaluer leurs perceptions et satisfaction ▪ Évaluation externe menée par le Département de pratique générale et de santé publique de l'Université d'Adélaïde: contacts avec généralistes utilisateurs ou non, focus groupes, entrevues avec psychiatres participants ▪ Service opérationnel durant 9 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sud de l'Australie ▪ Variété de milieux cliniques en psychiatrie (secteurs public et privé, tous âges) 	<p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 27 psychiatres volontaires (sur un bassin total de 203) ▪ Généralistes utilisateurs du service <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des psychiatres volontaires consultés par téléphone sur des cas d'urgence communiquent leur diagnostic dans les 24 heures ▪ Possibilité d'une visite dans les 2 semaines suivantes sur accord tripartite du patient, du généraliste et du consultant. Diagnostic communiqué rapidement par téléphone et transmis par écrit dans les 2 semaines <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des psychiatres (des secteurs public et privé) à participer au projet et satisfaction dans le rôle de consultants par téléphone ▪ Perception de l'amélioration des connaissances des médecins généralistes ▪ Perception du confort des médecins généralistes dans le suivi de patients en santé mentale (compétences, connaissances, confiance) ▪ Modification des pratiques et de l'utilisation des services de santé ▪ Stimulation du réseautage entre médecins généralistes et psychiatres
<p>Résultats</p> <p><i>Utilisation générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 167 généralistes utilisateurs (50 plusieurs fois), 267 appels placés 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre la motivation des psychiatres à s'impliquer en tant que consultants auprès des médecins généralistes 	<p>Recommandation pour la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut développer des moyens de pérenniser ce type de service ▪ Il faut mettre l'emphase sur 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse de stratégies visant à l'amélioration des modes de collaboration entre soignants pour une

Référence Williams A.S. et al. (2006). «Consultation-liaison to general practitioners coming of age: the South Australian psychiatrists' experience»

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée moyenne = 11,1 min. ▪ 17 demandes de visite ▪ Haute satisfaction des généralistes et psychiatres <p>Appréciation des psychiatres</p> <ul style="list-style-type: none"> > interaction enrichissante > rôle consultant apprécié > appels pertinents à 94 % > devrait être développé <p>Appréciation des généralistes</p> <ul style="list-style-type: none"> > appels aidants à 95 % > hausse estimée des connaissances en santé mentale à 59 % > hausse estimée des connaissances des services en santé mentale à 27 % > hausse estimée de la confiance dans la prise en charge patients à 64 % > hausse perçue de la rapidité d'accès à l'expertise et réduction du nombre de références (<i>Chiffres non précisés</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude démontre l'efficacité et la pertinence clinique perçue par tous de consultations par téléphone avec une communication rapide du diagnostic pour la prise en charge de cas d'urgence ▪ L'étude rapporte des tendances au réseautage chez les généralistes et les psychiatres en contact 	<p>la rapidité de réponse des consultants et coupler ce service avec la possibilité de visites et de consultations conjointes</p> <p>Recommandation pour la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut documenter les retombées du point de vue des patients (qualité des soins, état de santé, satisfaction) dont le généraliste est utilisateur de ce service <p>Recommandations pour l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude suggère la complémentarité d'un service de consultation par téléphone et de visites 	<p>meilleure prise en charge du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude contribue à l'analyse de stratégies d'amélioration du transfert des connaissances entre différents niveaux de soins ▪ L'étude souligne une hausse de confiance des généralistes donc une meilleure acceptation d'endosser suivi des patients (point soulevé par l'étude) ▪ Le projet met l'emphase placée sur la rapidité de rappel / de feedback (point soulevé par l'étude) <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le devis de l'étude et les modes d'évaluation auprès des psychiatres ne sont pas détaillés ▪ Entre 15-20 % psychiatres ont pris part à étude => intérêt, représentativité, potentiel d'expansion (point soulevé par l'étude) ▪ Il n'y a pas de mesure de satisfaction des patients et aidants (point soulevé par l'étude) ▪ Il n'y a pas de mesure de résultats en santé mentale (point soulevé par l'étude)
---	---	---	---

Référence Steven E. Wegner et al. (2008). "Estimated Savings From Paid Telephone Consultations Between Subspecialists and Primary Care Physicians"

Questions recherche	Devis	Caractéristiques milieu	P
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les économies engendrées par des consultations téléphoniques avec de pédiatres initiées par des omnipraticiens ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet pilote sur le remboursement de consultation téléphonique. ▪ Identification de services évités ▪ Estimation des coûts évités ▪ Ces données étaient validées en répertoriant les demandes de remboursement Medicaid. ▪ Les omnipraticiens ont également été sondés afin de valider les économies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ États-Unis, Caroline du Nord ▪ Les spécialistes étaient dans des centres tertiaires (6) ▪ Territoire couvert : Caroline du Nord 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population pédiatrique ▪ Toutes les spécialités pédiatriques étaient disponibles <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation téléphonique <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de comparateur <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les consultants devaient indiquer : raison de la consultation, durée, résultat ▪ Résultat : qualité des soins, évitement de consultation formelle, transfert à l'hôpital, transfert à l'urgence, admission. ▪ Des coûts moyens par service étaient basés sur les tarifs de Medicaid ▪ Une fenêtre de 14 jours était utilisée pour déterminer s'il y a bien eu évitement de service
<p>Résultats</p> <p><i>Spécialistes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur une période de 8 mois 47 spécialistes ont soumis 306 formulaires de consultations pour 292 patients. ▪ La raison de consultation la plus fréquente : conseils sur la prise en charge d'une nouvelle condition ou d'une condition existante. ▪ Durée < 30 min (94 %) et < 15 min (62 %) ▪ Amélioration de la qualité des soins (53 %) ▪ Évitement : consultation en personne chez un spécialiste (32 %), transfert à l'hôpital (11 %), admission (5 %), Urgence (5 %) 	<p>Principales conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est rentable de rembourser les spécialistes pour offrir des consultations téléphoniques ▪ Les consultations téléphonique est un moyen pour améliorer la communication et favoriser la co-prise en charge de patients dans des régions éloignées ▪ Les consultations permettent d'éviter des soins inutiles dans le réseau et des déplacements inutiles pour les patients et leurs familles. 	<p>Recommandations pour la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut envisager des modes de rémunération pour les consultations téléphoniques ▪ Il faut mettre en place un système de consultation téléphonique 	<p>Forces et faiblesses</p> <p><i>Forces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit un estimé des économies potentiels ▪ Fournit une appréciation des bénéfices tel que perçues par les spécialistes et les omnipraticiens <p><i>Faiblesses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ On peut se questionner sur la rigueur de l'estimation des coûts évités (une moyenne a été établie sans égard au type de pathologie) ▪ Il n'y a pas de données patients ▪ On n'a pas de groupe contrôle (on aurait pu appliquer ce service à un groupe d'omnipraticiens et pas à un autre et évaluer l'impact avant et après l'intervention dans les 2 groupes)

Référence Steven E. Wegner et al. (2008). "Estimated Savings From Paid Telephone Consultations Between Subspecialists and Primary Care Physicians"

<p>Omnipraticiens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 130 omnipraticiens ont répondu au sondage (65 %) ▪ Discordance dans la perception de l'évitement : 19/70 validé (27 %) <p>Économies</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Globales : 477 254 \$ ▪ Par \$ dépensé pour les consultations téléphoniques : 39 \$ 			
---	--	--	--