



Unité d'évaluation des
technologies et des
modes d'intervention
en santé (UETMIS)

Centre hospitalier de
l'Université de
Montréal

Analyse des facteurs facilitants et des obstacles à l'intégration de la télésanté dans des services médicaux ciblés

NOTE DE SYNTHÈSE

PRÉPARÉ PAR

Maurice Essome Bouti

Alfons Pomp

Simon Deblois

Septembre 2026

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

Auteurs : Maurice Essome Bouti
Alfons Pomp, M.D., FRCSC, FACS
Simon Deblois, MA, M. Sc.

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

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Bureau B06.8057
1050, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3J3
Téléphone : 514 890-8000, poste 36132
Télécopieur : 514 412-7460
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

« Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Analyse des facteurs facilitants et des obstacles à l'intégration de la télésanté dans des services médicaux ciblés*. Note de synthèse. Préparé par Maurice Essome Bouti, Alfons Pomp et Simon Deblois. Septembre 2026 ».

ISBN 978-2-89528-185-6

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	4
REMERCIEMENTS.....	5
RÉSUMÉ	6
SUMMARY	7
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	8
1 INTRODUCTION	9
1.1 Les facilitateurs et les barrières à l'emploi de la télésanté	9
1.2 Modèle logique opérationnel.....	10
1.2.1 Contexte.....	12
1.2.2 Structures et processus	13
1.2.3 Objectifs des interventions et résultats attendus.....	13
1.3 Question décisionnelle	13
1.4 Questions de recherche.....	13
2 MÉTHODOLOGIE	13
3 RÉSULTATS.....	15
3.1 Contexte d'utilisation de la télésanté	16
3.2 Objectifs et résultats attendus	16
3.3 Facilitateurs à l'utilisation de la télésanté	17
3.4 Barrières à l'utilisation de la télésanté.....	17
3.5 Mesure de la performance.....	18
3.6 Synthèse générale.....	18
4 DISCUSSION.....	19
4.1 Analyse transversale des résultats.....	19
4.2 Principaux constats	19
4.3 Limites et interprétation des résultats	20
5 CONCLUSION	20
6 RECOMMANDATIONS	21
7 RÉFÉRENCES.....	23
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉS	25

MISSION

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies 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 universitaire du CHUM, elle travaille 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.

En plus de s'associer aux médecins, aux pharmaciens, aux membres du personnel infirmier et aux autres professionnels du CHUM, l'UETMIS travaille de concert avec la communauté de pratique. Cette dernière est composée des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé des autres centres hospitaliers universitaires, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi que du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

L'UETMIS participe également au processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique. Elle travaille de concert avec l'équipe de la gestion de l'information à élaborer des tableaux de bord permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques. L'UETMIS propose des pistes de solution contribuant à accroître la performance clinique par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires. Cette démarche est réalisée en collaboration avec les gestionnaires (administratifs et cliniques).

REMERCIEMENTS

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) remercie le Dr Jean Marie Boutin, endocrinologue, la Dre Amal Abdel-Baki, cheffe du Service de santé mentale jeunesse, le Dr Simon Dubreucq, chef du Service de psychiatrie des toxicomanies, Mme Aline Rose, travailleuse sociale et coordonnatrice clinique, Mme Chadia Kombo, adjointe à la Direction générale adjointe - Performance et stratégie numérique (DGAPSN), la Dre Jacynthe Rivest, cheffe du Service de psychiatrie médicale, le Dr Michel Dagenais, chirurgien général, la Dre Céline Odier, directrice du programme de santé neurovasculaire, ainsi que les médecins participant au programme de téléAVC (téléthrombolyse et télétriage), le Dr Zaki El-Haffaf, chef du Service de médecine génique, et le Dr Edmond-Jean Bernard, gastroentérologue, pour leur participation aux enquêtes réalisées dans le cadre de ce projet.

Divulcation de conflit d'intérêts

Aucun conflit à signaler

RÉSUMÉ

Cette enquête qualitative avait pour objectif de documenter les principaux facteurs facilitants et obstacles à l'emploi de la télésanté au sein de différents services cliniques de l'établissement. Au total, huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de cliniciens et de chefs de service issus de spécialités présentant des niveaux variables d'utilisation de la télésanté, notamment en psychiatrie, neurologie, médecine gériatrique, gastroentérologie, endocrinologie et chirurgie.

Les résultats indiquent que la télésanté est désormais intégrée aux pratiques de soins du CHUM, principalement comme modalité complémentaire aux consultations en présentiel. Les bénéfices les plus fréquemment rapportés concernent l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés, en particulier pour les patients résidant en région éloignée, le maintien de la continuité du suivi clinique, la réduction des déplacements et des rendez-vous manqués, ainsi que certains gains organisationnels liés à la planification et à la gestion des activités cliniques. Ces avantages apparaissent particulièrement significatifs en psychiatrie, en médecine gériatrique et en neurologie.

L'enquête met également en évidence plusieurs facteurs favorisant l'adoption de la télésanté, dont l'acceptabilité croissante des technologies numériques, le soutien organisationnel, la présence de leaders cliniques engagés et la familiarité accrue des patients et des professionnels avec les outils de visioconférence. À l'inverse, des obstacles persistants demeurent, notamment les enjeux d'interopérabilité des systèmes, les difficultés technologiques, la fracture numérique affectant certains groupes de patients, les contraintes organisationnelles et les limites inhérentes à l'absence d'examen physique.

De manière générale, la télésanté est perçue comme une modalité pertinente et durable lorsqu'elle est utilisée de façon ciblée et intégrée à des modèles hybrides de soins. Sa consolidation repose toutefois sur le renforcement de la gouvernance, l'amélioration des infrastructures technologiques, la mise en place de mécanismes d'évaluation de la performance et le maintien de l'équité d'accès aux services.

SUMMARY

This qualitative inquiry was designed to document the main facilitators and barriers to the use of telehealth across various clinical services within the institution. Eight semi-structured interviews were conducted with clinicians and department heads from specialties exhibiting varying levels of telehealth utilization, including psychiatry, neurology, genomic medicine, gastroenterology, endocrinology, and surgery.

Our findings indicate that telehealth is now integrated into clinical practice at the CHUM, primarily as a complementary modality to in-person consultations. The most frequently reported benefits include improved access to specialized care—particularly for patients living in remote regions—enhanced continuity of clinical follow-up, reduced travel and fewer missed appointments, as well as certain organizational gains related to the planning and management of clinical activities. These advantages appear especially significant in psychiatry, genomic medicine, and neurology.

Our study highlights several factors that encourage the adoption of telehealth, including the growing acceptability of digital technologies, organizational support, the presence of engaged clinical leaders, and increased familiarity among patients and professionals with videoconferencing tools. Conversely, several persistent barriers remain, such as system interoperability challenges, technological difficulties, the digital divide affecting certain patient groups, organizational constraints, and the limitations inherent to the lack of a physical examination.

Overall, telehealth is perceived as a relevant and sustainable modality when used in a targeted manner and integrated into hybrid models of care. Its consolidation, however, depends on strengthening governance, improving technological infrastructure, implementing performance evaluation mechanisms, and maintaining equitable access to services.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CCT	Centre de coordination en télésanté
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CRV	Centre de rendez-vous
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
PSV	Plateforme de soins virtuels
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

1 INTRODUCTION

Les événements de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ont accéléré l'adoption de la télésanté au CHUM, mettant en évidence son potentiel pour assurer la continuité des soins à distance. Dès lors, le CHUM a consolidé son engagement envers la télésanté en l'intégrant comme modalité complémentaire aux approches de soins traditionnelles. Cette évolution n'est pas propre au CHUM : elle a également été observée dans d'autres systèmes de soins, juridictions et pays, notamment aux États-Unis [1]. Toutefois, comme au CHUM, après une période de forte croissance des téléconsultations, l'usage de la télésanté s'est généralement stabilisé, voire a décliné [1].

Dans ce contexte, une enquête a été menée auprès de médecins utilisant la télésanté dans le cadre de leurs activités cliniques, afin de mieux comprendre leurs perceptions des facilitateurs et des barrières à son emploi. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins rattachés à des services cliniques où l'on observe, d'une part, un taux plus élevé de consultations par visioconférence et, d'autre part, des services où le téléphone demeure le mode de consultation privilégié. Les données concernant les taux d'utilisation des deux modes de téléconsultation ainsi que du présentiel ont été fournies par le service de télésanté du CHUM¹.

Il convient de noter que l'usage d'objets connectés permettant le téléchargement de données cliniques vers une plateforme numérique — laquelle permettrait leur interprétation dans le cadre du suivi de certains patients, notamment en endocrinologie — n'est pas actuellement offert au CHUM.

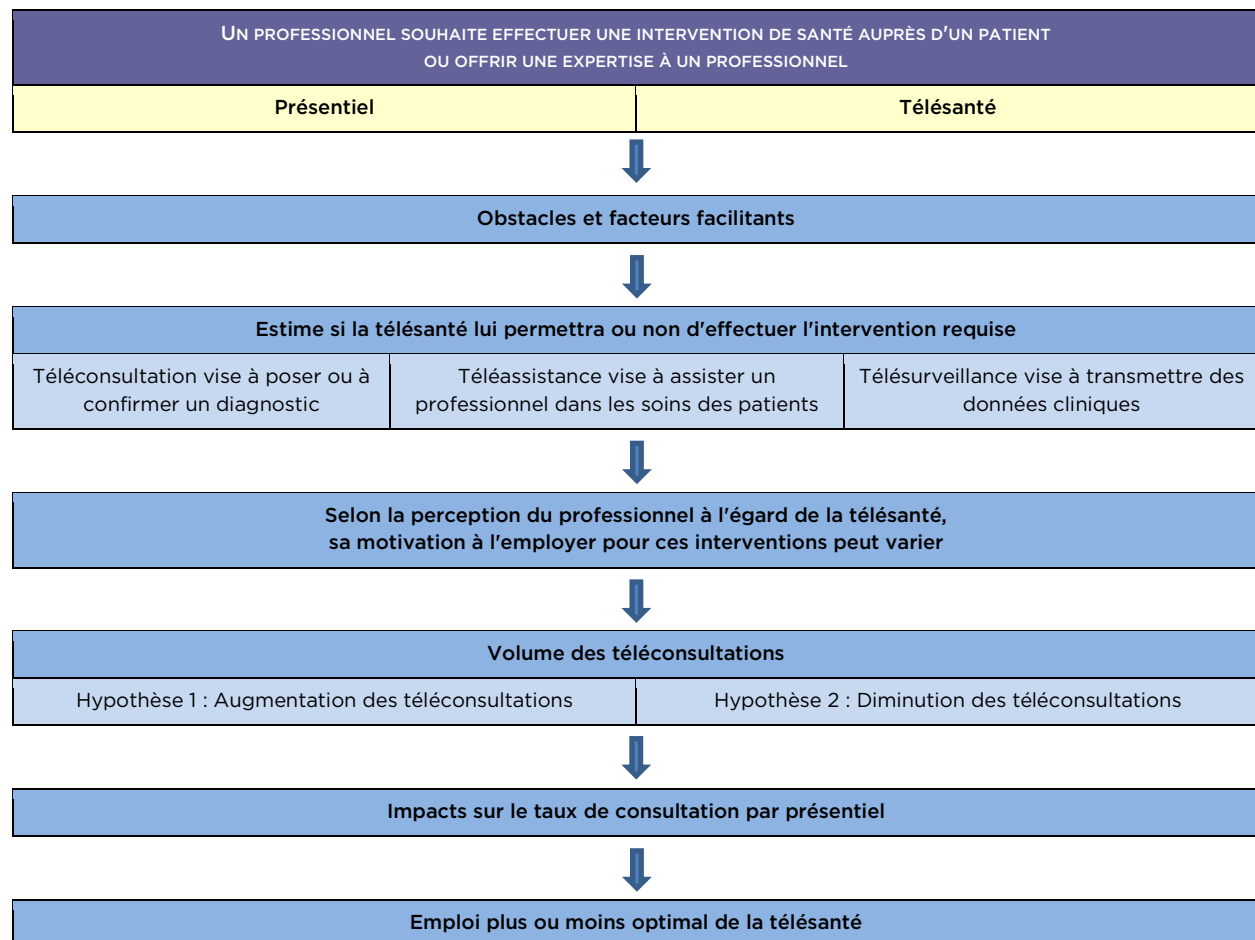
Cette enquête a été réalisée en collaboration avec un étudiant au doctorat en sociologie de l'Université Laval, dans le cadre d'un stage. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue visant à soutenir l'implantation de la télésanté par une meilleure compréhension des éléments contextuels susceptibles d'influencer le taux de téléconsultation. Cette démarche est cohérente avec la politique de télésanté du CHUM, qui reflète une volonté collective d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins, tout en répondant aux orientations ministérielles ainsi qu'aux besoins concrets des patients et des équipes cliniques [2]

1.1 Les facilitateurs et les barrières à l'emploi de la télésanté

La figure 1 ci-après présente le modèle causal de la problématique que l'enquête vise à analyser. Un professionnel souhaite effectuer une intervention de santé auprès d'un patient ou offrir une expertise à un autre professionnel, soit en présentiel, soit par télésanté. Divers éléments contextuels agissent alors comme barrières ou facilitateurs, influençant à la hausse ou à la baisse la motivation du professionnel à recourir à la télésanté pour réaliser cette intervention. Cette motivation contribue ensuite à augmenter ou réduire le volume d'interventions effectuées par télésanté, qu'il s'agisse de téléconsultations ou de télé-expertise. Ainsi, ces facteurs contextuels — facilitateurs et barrières — peuvent, dans une certaine mesure, expliquer le taux d'interventions par télésanté dans les milieux où l'enquête est menée.

¹ <https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/offre-soins-services-virtuels/teleconsultation>.

Figure 1 – Modèle causal de la problématique sur l'appréciation de l'emploi de la télésanté²

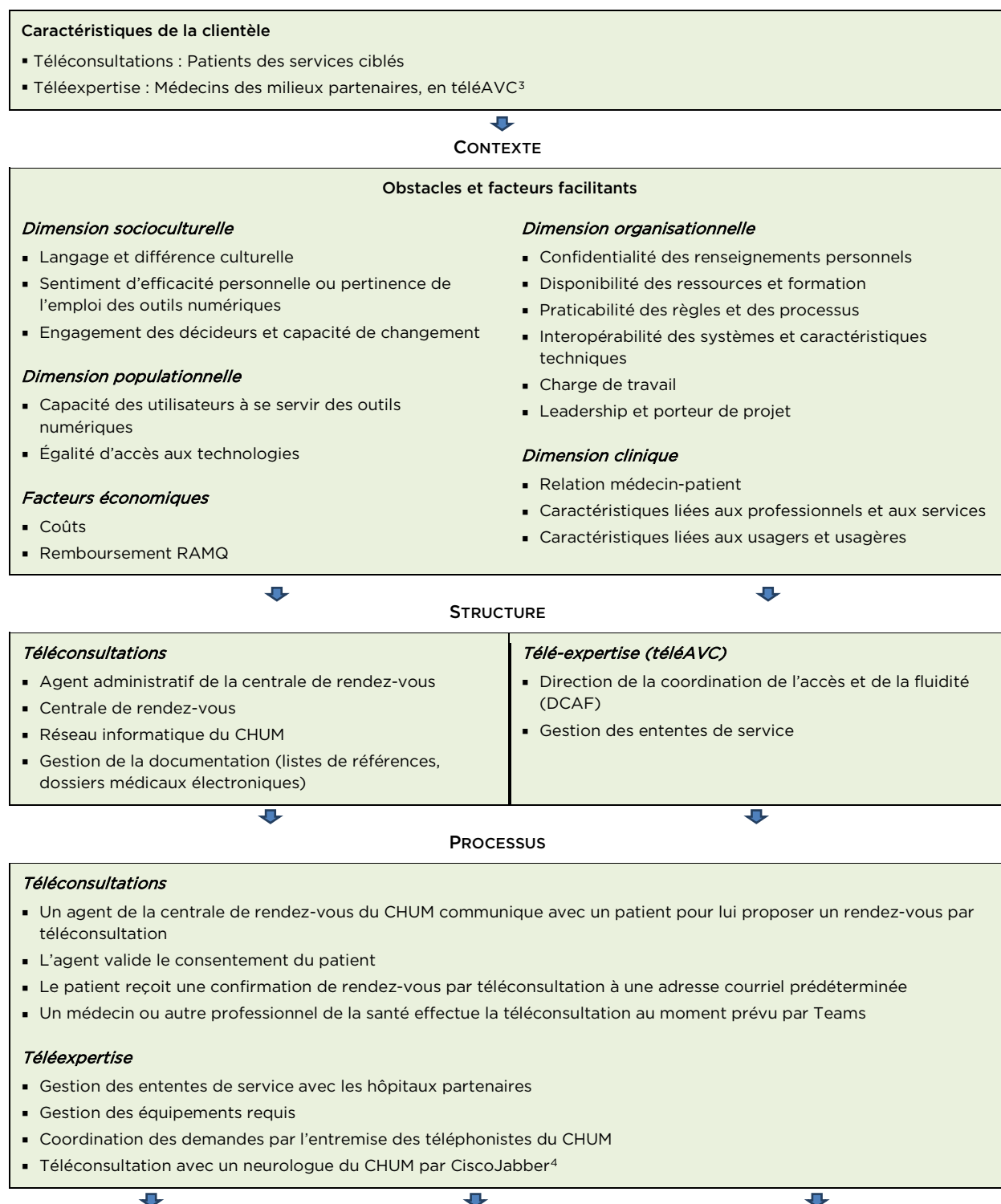


1.2 Modèle logique opérationnel

Le modèle logique opérationnel ci-dessous vise à établir les liens entre les facteurs contextuels et les composantes de l'intervention (éléments structurels et processus) susceptibles d'influencer les résultats attendus ainsi que le taux d'interventions réalisées par télésanté, en proportion du présentiel.

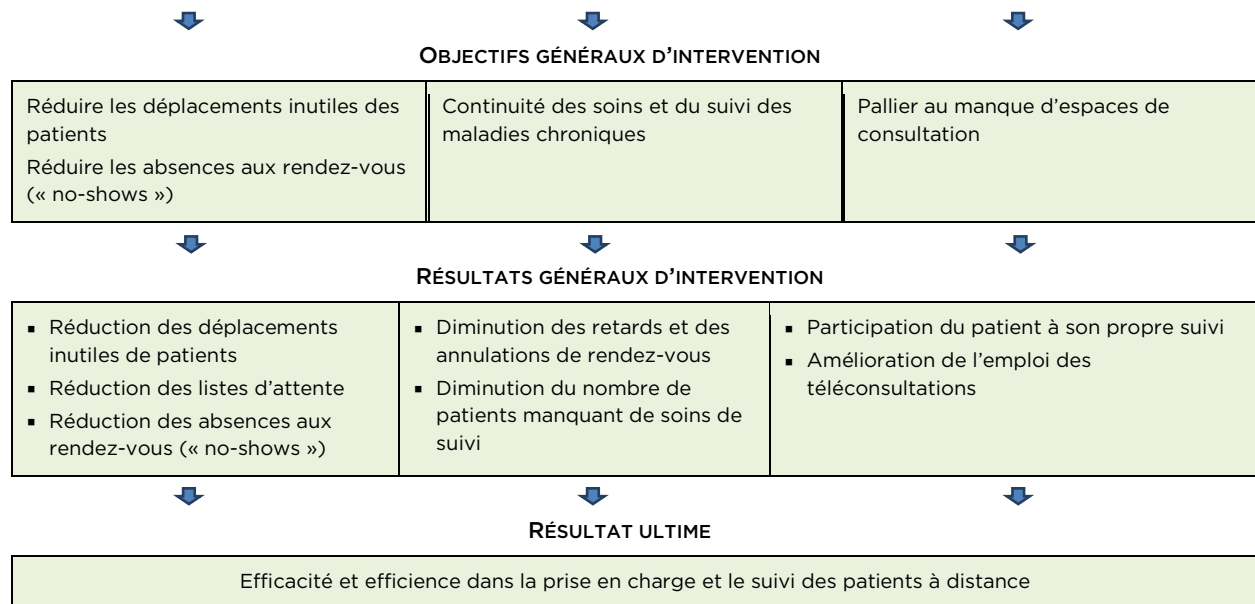
² Il convient de noter que la télésurveillance n'est pas offerte présentement par l'entremise de la plateforme de soins virtuels (PSV) du CHUM.

Figure 2 – Modèle logique général opérationnel des interventions de télésanté réalisées au CHUM



³ Les activités de téléAVC du CHUM comptent deux volets, soit la téléthrombolyse et le télétriage. Elles sont gérées par le programme de santé neuro-vasculaire de l'établissement.

⁴ Cisco Jabber est une application de communications qui permet de regrouper la messagerie instantanée, la téléphonie (appels vocaux et vidéo), la messagerie vocale et le partage de bureau sur une seule interface.



1.2.1 Contexte

- **Dimension socioculturelle :** La langue, les différences culturelles, un faible sentiment d'utilité ou de pertinence des outils numériques, ainsi que la résistance au changement de certaines parties prenantes peuvent constituer des obstacles à l'utilisation des solutions numériques.
- **Dimension populationnelle :** Des barrières liées aux caractéristiques et aux capacités des utilisateurs et utilisatrices — notamment la littératie numérique, les limitations physiques ou cognitives, ou encore l'absence d'un accès équitable aux technologies de santé numérique et à Internet — ont été observées [4].
- **Dimension clinique :** L'emploi de la télésanté peut représenter un obstacle au développement de la relation médecin-patient. Plusieurs enjeux sont également liés au comportement des professionnels de la santé et des services sociaux lors des échanges, pouvant se traduire par une participation plus limitée ou une tendance à exclure les usagers. À l'inverse, les professionnels peuvent aussi encourager les usagers à recourir à la télésanté. Des préoccupations ont été soulevées concernant les données de télésurveillance saisies manuellement par les usagers ou les risques de mauvaise manipulation des capteurs.
- **Dimension organisationnelle :** Les enjeux liés à la vie privée et à la sécurité des données constituent des obstacles à l'emploi de la télésanté, tant pour les téléconsultations que pour l'utilisation d'applications ou d'appareils connectés. Le manque de ressources humaines formées à la télésanté représente également une barrière. Par ailleurs, la disponibilité de plages horaires réservées, de locaux adaptés (calmes et assurant la confidentialité), d'outils de communication adéquats, de solutions de partage et de stockage des données, ainsi que de procédures de maintenance des équipements, contribue à des téléconsultations de bonne qualité. Un soutien formel et informel de la part des fournisseurs d'équipement peut faciliter l'implantation.

L'interopérabilité des données et certaines caractéristiques techniques constituent des enjeux significatifs. L'impact de la télésanté sur la charge de travail, de même que la présence d'un leader ou d'un porteur de projet dans son implantation, sont aussi des facteurs importants.

- **Dimension économique :** Les coûts élevés des technologies, les modalités de remboursement des consultations, ainsi que les dépenses liées à l'achat et à l'entretien des équipements peuvent agir comme des barrières à l'emploi des technologies numériques, dont la télésanté.

1.2.2 Structures et processus

Deux types de structures encadrent les activités de télésanté. Les téléconsultations sont coordonnées par la centrale de rendez-vous du CHUM, qui gère les listes de rendez-vous et communique avec les patients afin de proposer et d'organiser des téléconsultations avec des professionnels du CHUM, par l'entremise de la plateforme Teams.

Quant aux activités visant à offrir de l'expertise à distance (téléexpertise), elles sont coordonnées par la Direction de la coordination de l'accès et de la fluidité (DCAF), qui gère les ententes de service avec un réseau d'hôpitaux partenaires disposant des technologies requises pour la tenue des consultations avec les neurologues du CHUM. Les équipements nécessaires sont installés sur un chariot amené au chevet du patient afin de recueillir l'ensemble des données requises à la consultation, incluant les images.

À l'heure actuelle, un seul service offre de la téléexpertise au CHUM : le service de neurologie pour la téléAVC. Les activités de téléAVC sont réalisées à l'aide de la plateforme Cisco Jabber.

1.2.3 Objectifs des interventions et résultats attendus

En considérant les objectifs énoncés dans la politique de télésanté du CHUM et à la suite d'une discussion menée avec la Direction générale adjointe – Performance et stratégie numérique (DGAPSN), plusieurs objectifs généraux propres à l'ensemble des interventions de télésanté, qu'il s'agisse de téléconsultation ou de téléexpertise, ont été identifiés et regroupés dans le schéma ci-haut afin de structurer le guide d'entrevue. Les principaux résultats généraux attendus y sont également formulés.

Toutefois, des objectifs et résultats plus spécifiques peuvent être poursuivis par les services cliniques participant à l'enquête. Ces objectifs et résultats ont été discutés et validés au cours de l'enquête.

1.3 Question décisionnelle

Quels sont les facilitateurs et les barrières à l'emploi de la télésanté au CHUM ?

1.4 Questions de recherche

Quels sont les facteurs facilitants et les obstacles à l'utilisation de la télésanté dans les services ciblés ?

- Services dans lesquels le taux d'intervention par télésanté est élevé
- Services dans lesquels le taux d'intervention par télésanté est faible

2 MÉTHODOLOGIE

Une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins spécialistes représentant des services ciblés du CHUM a été réalisée. Cette approche s'est imposée en raison de l'objectif de l'étude, qui vise à apprécier les facilitateurs et les barrières à l'emploi de la télésanté tels que perçus par les parties prenantes. Le recours à des entretiens semi-dirigés permet en effet de recueillir des données techniques et contextualisées, via Teams, grâce à l'enregistrement et à la transcription des discours, puis au traitement et à l'analyse des verbatims.

Cette démarche favorise une compréhension approfondie des pratiques, des perceptions et des enjeux organisationnels associés à l'utilisation de la télésanté au CHUM.

Un devis de recherche post-test avec groupe témoin non équivalent a été utilisé pour la réalisation des enquêtes auprès des médecins, afin d'apprécier les facilitateurs et les barrières à l'emploi de la télésanté au CHUM [3]. Ce choix s'explique par le fait que l'appréciation suit l'implantation de la télésanté dans les milieux ciblés et qu'une seule mesure a été effectuée pendant les entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien.

Le devis utilisé est le suivant : $X O_2 / O_2$ où X représente l'implantation de la télésanté et O les observations. Les observations propres à chacun des milieux dans lesquels une enquête a été menée ont été comparées entre elles.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans les huit services médicaux suivants, sélectionnés en fonction des taux d'utilisation de la télésanté observés par la Direction de l'informatisation clinique et académique du CHUM.

MILIEUX AVEC TAUX DE TÉLÉCONSULTATION PAR VISIOCONFÉRENCE PLUS ÉLEVÉS	MILIEUX AVEC TAUX DE TÉLÉCONSULTATION PAR VISIOCONFÉRENCE PLUS FAIBLE
Médecine génique	Chirurgie hépatobiliaire
Neurologie	Endocrinologie
Psychiatrie des toxicomanies Psychiatrie jeunesse Psychiatrie médicale	Gastroentérologie

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans les huit services cliniques mentionnés ci-dessus auprès des parties prenantes. Un guide d'entretien semi-dirigé identique a été utilisé pour chaque entretien, qu'il soit individuel ou en groupe. Ce format a été privilégié en raison de sa flexibilité et de sa capacité à s'adapter à la dynamique propre à chaque échange, tout en assurant une cohérence méthodologique et une comparabilité des données recueillies. La méthodologie classique décrite par Patton a été appliquée [5]. Le guide d'entretien semi-dirigé figure en annexe du présent rapport.

Principales sections de l'enquête et du guide d'entretien semi-dirigé

Le guide d'entretien semi-dirigé vise à apprécier les cinq catégories de facteurs suivantes :

- **Facteurs socio-culturels** : Langage et différences culturelles ; sentiment d'utilité ou de pertinence des outils numériques ; résistance au changement ; engagement des décideurs.
- **Facteurs populationnels** : Capacités des utilisateurs et utilisatrices ; enjeux d'équité.
- **Facteurs cliniques** : Relation médecin-patient ; caractéristiques liées aux professionnels (volonté personnelle d'utiliser les outils, soutien à apporter aux patients) ; caractéristiques liées aux patients (saisie manuelle des données).
- **Facteurs organisationnels** : Atteinte à la vie privée ; manque de ressources ; manque de formation ; absence de règles et de processus ; interopérabilité des systèmes ; charge de travail.
- **Facteurs économiques** : Coûts ; enjeux de remboursement.

Ces six catégories de facteurs permettent d'apprécier les facilitateurs et les barrières à l'emploi de la télésanté au CHUM à travers les dimensions suivantes :

- **Données socio-démographiques** : Visent à recueillir des informations sur les cliniciens (formation, trajectoire professionnelle, expérience, ancienneté au CHUM), afin de mieux comprendre leur rôle au sein des équipes.

- **Contexte d'utilisation de la télésanté dans le service :** Permet de confirmer les types d'interventions de télésanté employés par l'équipe.
- **Objectifs et résultats attendus :** Les principaux objectifs et résultats attendus sont décrits dans le modèle logique présenté ci-haut. Toutefois, des objectifs plus spécifiques au service ou à certaines sous-populations de patients peuvent également être poursuivis. Les questions de cette section visent à confirmer les objectifs généraux et spécifiques, ainsi que les résultats attendus.
- **Facilitateurs à l'utilisation de la télésanté :** Visent à documenter les facilitateurs observés dans le milieu, en tenant compte de ceux identifiés par l'INESSS selon les cinq dimensions de son cadre d'appréciation de la valeur. À noter qu'aucun facilitateur économique n'est documenté dans le rapport de l'INESSS.
- **Barrières à l'utilisation de la télésanté :** Visent à documenter les barrières à l'emploi de la télésanté dans le milieu, en s'appuyant sur celles identifiées par l'INESSS selon les cinq dimensions de son cadre d'appréciation de la valeur.
- **Mesure de la performance :** Permet de déterminer si le service effectue une mesure de la performance des interventions de télésanté, et de préciser les modalités utilisées.

3 RÉSULTATS

Les huit entretiens semi-dirigés montrent que la télésanté est désormais intégrée à la majorité des spécialités étudiées au CHUM, mais selon des modalités très différentes. Son rôle varie d'un simple outil de suivi clinique à une infrastructure essentielle de prestation des soins spécialisés. Les résultats révèlent à la fois les bénéfices importants de cette modalité et les conditions organisationnelles nécessaires à son succès.

Les participants occupent des postes de cliniciens experts ou de chefs de service dans des spécialités présentant des réalités organisationnelles et cliniques très différentes. Cette diversité est importante puisqu'elle permet d'illustrer que l'utilité de la télésanté dépend fortement du contexte clinique.

Trois grands profils émergent :

- **Services principalement ambulatoires**

- Psychiatrie médicale
- Psychiatrie des toxicomanies
- Psychiatrie jeunesse
- Médecine génique

Ces services suivent des patients sur une longue période et ont rapidement trouvé dans la télésanté un moyen de maintenir la continuité des soins.

- **Services de suivi médical spécialisé**

- Gastroentérologie
- Endocrinologie
- Chirurgie hépatobiliaire

Ces spécialités utilisent la télésanté de manière plus sélective, puisqu'une grande partie de leurs activités repose sur l'examen physique ou sur des procédures techniques.

- **Service à vocation provinciale**

- Neurologie vasculaire

La neurologie constitue un cas particulier de l'emploi de la télésanté au CHUM.

3.1 Contexte d'utilisation de la télésanté

Émergence accélérée durant la pandémie

Presque tous les participants décrivent la pandémie de COVID-19 comme le principal moteur d'adoption de la télésanté. Plusieurs soulignent qu'une réflexion existait déjà auparavant, mais que la pandémie a levé les résistances organisationnelles et forcé l'implantation rapide des solutions numériques.

Modèles d'utilisation variés

- **Psychiatrie** : Dans les trois services psychiatriques, la télésanté est devenue un outil clinique courant. Elle est employée pour les évaluations, les suivis réguliers, les ajustements pharmacologiques, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec les familles, la collaboration avec les ressources communautaires et, dans certains cas, les suivis judiciaires.
- **Génétique** : La génétique utilise la télésanté pour les suivis, les retours de résultats, les consultations à distance, certaines activités de conseil génétique et le suivi des maladies métaboliques.
- **Gastroentérologie et chirurgie** : Ces spécialités utilisent davantage le téléphone que la visioconférence. La télésanté est réservée à la communication de résultats, au suivi de patients connus, à certaines discussions postopératoires et aux situations où l'examen physique n'est pas requis.
- **Neurologie** : La télésanté est employée par les services de télé-AVC, de télétrombolyse et pour certains suivis spécialisés.
- **Endocrinologie** : L'entretien semi-dirigé révèle une réalité qui n'a pas été observée dans les autres spécialités. L'emploi de la télésanté tend à être associé à l'accès aux données numériques pouvant être transmises ou non par des dispositifs interconnectés. En l'absence de transferts de données standardisées, ces dispositifs sont actuellement peu utilisés. La visioconférence offre peu de valeur ajoutée par rapport au téléphone.

3.2 Objectifs et résultats attendus

Amélioration de l'accès aux soins

Il s'agit de l'objectif le plus fréquemment évoqué. La télésanté permet d'offrir des services spécialisés à des patients éloignés et d'augmenter l'accès dans des régions où l'expertise est rare. Dans plusieurs cas, elle améliore directement l'équité d'accès aux soins spécialisés.

Continuité du suivi

La continuité des soins représente le deuxième objectif majeur. Les participants soulignent que la télésanté permet un contact plus rapide, une meilleure fréquence de suivi, une réduction des ruptures de soins et une meilleure stabilité clinique.

Réduction des déplacements

Cet avantage est particulièrement important pour les patients immunosupprimés, les personnes vivant loin de Montréal, celles ayant des limitations fonctionnelles ou celles suivies dans des centres résidentiels.

Réduction des absences aux rendez-vous (« no-shows »)

Certains répondants rapportent une amélioration de la présence aux rendez-vous, particulièrement en psychiatrie et en génétique.

Gains organisationnels

Les participants évoquent également une meilleure gestion des cliniques, une utilisation plus efficace des espaces physiques et une capacité accrue de recevoir des patients en consultation.

3.3 Facilitateurs à l'utilisation de la télésanté

Facteurs socioculturels

L'acceptabilité de la télésanté a considérablement augmenté. Plusieurs participants mentionnent que les patients sont désormais familiers avec Microsoft Teams, que les cliniciens sont beaucoup plus à l'aise qu'au début de la pandémie et que les gestionnaires soutiennent davantage l'utilisation des plateformes numériques.

Facteurs populationnels

Les principaux facilitateurs populationnels sont la familiarité numérique des jeunes adultes, la forte motivation des patients vivant en région éloignée, le désir d'éviter les déplacements et la flexibilité offerte aux familles.

Facteurs cliniques

Les avantages cliniques les plus fréquemment rapportés sont le maintien plus régulier du contact, la possibilité d'inclure plusieurs intervenants, l'accès facilité aux proches aidants, une meilleure coordination des soins et la possibilité d'évaluer certains aspects du contexte de vie du patient.

Par exemple, en médecine génétique, la pandémie de COVID-19 a été un facteur déclencheur de l'utilisation de la télésanté, selon le spécialiste interrogé : « *Puis, une fois que la COVID a éclos. Du coup, on nous a proposé de d'utiliser la télésanté que nous utilisons pour les patients. Donc, avec une priorisation pour les personnes qui sont éloignées pour rendre moins distant l'accès aux soins en génétique. Donc, nous utilisons la communication téléphonique pour les cas simples et on privilégie la visioconférence pour les cas pour lesquels on a besoin de voir certains aspects avec le patient* ».

Facteurs organisationnels

Les facilitateurs organisationnels les plus importants sont le soutien administratif — plusieurs services insistent sur l'organisation de la prise de rendez-vous, l'envoi des liens à la suite d'un rendez-vous et la gestion des communications avec les patients. La présence de porteurs de projets ou de cliniciens fortement impliqués peut également favoriser l'adoption de la télésanté. Enfin, le soutien technique offert aux équipes contribue à structurer le travail des cliniciens, qui rapportent moins de difficultés dans la prise en charge des patients lors des téléconsultations via Microsoft Teams.

3.4 Barrières à l'utilisation de la télésanté

Barrières technologiques

Il s'agit du thème le plus récurrent. Les participants rapportent des systèmes peu intégrés, l'utilisation de plusieurs plateformes distinctes, des processus d'authentification complexes, des problèmes de connexion ainsi que des difficultés liées à la transmission des données.

Barrières liées aux patients

Les principaux obstacles sont la faible littératie numérique, les difficultés cognitives, l'absence d'un ordinateur ou d'un téléphone adéquat, un accès insuffisant à Internet et la précarité sociale. Par exemple, la cheffe de service de psychiatrie médicale du CHUM souligne : « *...On a quand même des patients qui ne sont pas familiers avec l'utilisation soit d'une caméra, qui n'ont jamais utilisé Teams ou même une modalité de visioconférence.* »

Puis ça, c'est vraiment une barrière. Pour certains patients-là, on va se retrouver à convertir ça en téléphone, parce que là le patient n'est pas venu, parce qu'il ne savait pas qu'il avait un rendez-vous en visioconférence ».

Barrières cliniques

Tous les services reconnaissent que la télésanté ne peut remplacer complètement le présentiel. Les limites les plus fréquemment citées sont l'impossibilité de réaliser un examen physique complet, la diminution du non-verbal, les limites de l'alliance thérapeutique et la difficulté à observer certains signes cliniques subtils.

Barrières organisationnelles

Les participants rapportent un manque d'intégration des systèmes, des procédures administratives lourdes, un soutien technique insuffisant, des difficultés dans la gestion des rendez-vous et un manque de ressources humaines dédiées.

Barrières économiques

Les préoccupations économiques concernent la rémunération médicale, le financement des infrastructures, le soutien aux projets innovants et l'absence de financement pour certaines activités de suivi de la qualité.

3.5 Mesure de la performance

L'analyse des huit entretiens semi-dirigés révèle unanimement une faiblesse importante des mécanismes actuels de suivi. La plupart des services ne disposent pas d'indicateurs formels, ne produisent pas de rapports spécifiques, ne distinguent pas systématiquement les résultats liés à la télésanté et ne disposent pas de ressources dédiées à l'évaluation. Les indicateurs les plus souvent proposés par les répondants sont : le taux de rendez-vous manqués, l'accès aux soins, les délais, la satisfaction des patients, la continuité des soins, les résultats cliniques, les volumes d'activité et la qualité globale des soins.

3.6 Synthèse générale

Enfin, l'analyse des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de cliniciens issus de différentes spécialités du CHUM met en évidence une diversité d'usages, de perceptions et de conditions d'utilisation de la télésanté. Cette diversité reflète la complexité de son déploiement, en tenant compte à la fois des facilitateurs et des barrières liés aux soins par téléconsultation dans les services cliniques enquêtés, comme l'illustrent les verbatims recueillis.

Selon la clinicienne en psychiatrie jeunesse, certaines circonstances présentent des facilitateurs pour les téléconsultations : *« Mais nous, c'est beaucoup pour faire des suivis, donc des suivis soit médicaux psychiatriques ou psychosociaux. Puis, dans le contexte où on essaie un rendez-vous en présentiel, tu sais, il y a des jeunes qui travaillent, ils vont à l'école. Puis, quitter le travail pour venir à des rendez-vous, ce n'est pas évident-là... ».*

Ce spécialiste argumente sur les circonstances propices aux téléconsultations : *« Puis, on peut faire à ce moment-là des visites en télé médecine. Il y a beaucoup de fois des jeunes qui manquent leur rendez-vous. Puis là, plutôt que de perdre la place, d'annuler le rendez-vous, des fois, on va essayer de les rejoindre en télé médecine aussi ».*

Et d'autres circonstances qui sont des barrières à l'emploi de la télésanté : *« Je te dirais que des fois, ça peut être simple comme avoir un bureau seul par exemple parce que si tu veux faire la télé médecine mais tout le monde a des bureaux à Cubicule tu ne peux pas vraiment faire ça... fait que, tu sais avoir la possibilité, l'emplacement, les conditions pour le faire, ça je trouve que c'est important ».*

Ce service privilégie la téléconsultation par Teams que les appels téléphoniques : *« L'objectif de la téléconsultation en visioconférence, c'est de pouvoir, dans des situations où le résultat est un peu compliqué à donner, même si c'est un résultat négatif, de voir le non-verbal. Donc, pour moi, c'est comme très important de pouvoir lire un peu le froncement des sourcils de l'expression du visage, pour pouvoir approfondir les*

explications, tandis que sur une consultation par téléphone, ça, c'est complètement raté parce qu'on ne sait pas comment le patient a compris les résultats ».

En psychiatrie médicale, selon l'état de santé de certains patients, les cliniciens sont amenés à employer la télésanté : «Mais c'est arrivé dans quelques situations, entre autres pendant la pandémie, d'utiliser la télésanté lorsque les patients en isolement, par exemple, pour faire une entrevue alors qu'il était dans sa chambre à l'étage. J'ai pour ma part eu quelques patients qui étaient, vous savez, dans un état d'immunosuppression sévère. Et où, on tentait de minimiser même les contacts ».

4 DISCUSSION

4.1 Analyse transversale des résultats

L'analyse transversale de l'enquête menée au CHUM montre que la télésanté fait l'objet d'une appropriation progressive mais inégale selon les contextes cliniques et organisationnels. Elle est principalement perçue comme une modalité complémentaire aux soins en présentiel plutôt que comme un substitut, ce qui concorde avec les orientations ministérielles québécoises en matière de télésanté. Les résultats révèlent également une forte convergence avec les travaux de l'INESSS concernant les principaux facteurs facilitants et obstacles à son implantation [4].

L'étude indique que la télésanté est appréciée pour son potentiel d'amélioration de l'accès aux services et de la continuité des soins. Toutefois, sa pérennisation demeure tributaire de plusieurs facteurs organisationnels, technologiques et cliniques. L'expérience des professionnels est influencée par la qualité des soins pouvant être offerts à distance, la relation thérapeutique, le déroulement des consultations virtuelles et les enjeux d'équité d'accès.

Bien que les consultations virtuelles soient jugées particulièrement pertinentes dans certaines situations cliniques, comme la téléAVC, leur intégration durable exige un soutien organisationnel adéquat, des infrastructures technologiques adaptées et une prise en compte des inégalités liées à l'accès et à l'usage des outils numériques [1].

4.2 Principaux constats

- **Organisationnel et technologique.** L'intégration réussie de la télésanté repose sur sa capacité à s'insérer dans les flux de travail existants. Les principaux obstacles identifiés concernent la charge de travail, l'interopérabilité limitée des systèmes informatiques, le manque de ressources et les besoins de formation. Une gouvernance claire et un encadrement structuré apparaissent essentiels pour garantir la qualité et la sécurité des soins [6].
- **Clinique.** La télésanté est particulièrement utile pour les suivis de patients stables, la communication de résultats et le maintien du lien thérapeutique à distance. Ses limites demeurent toutefois importantes lorsque la situation clinique requiert un examen physique ou l'observation d'indices non verbaux. Son utilisation doit donc être ajustée au contexte clinique.
- **Populationnel.** La télésanté améliore l'accès aux soins, notamment pour les personnes éloignées géographiquement ou ayant des contraintes de déplacement. Cependant, des inégalités persistent en raison de la fracture numérique, liée à la littératie numérique, à l'accès aux technologies et aux compétences nécessaires pour utiliser les outils numériques.
- **Socioculturel et relationnel.** La télésanté transforme la relation médecin-patient. Si certaines interactions deviennent plus fonctionnelles et moins propices à la lecture du non-verbal, plusieurs contextes — notamment en santé mentale ou lors de suivis prolongés — montrent que la relation thérapeutique peut être maintenue, voire renforcée.

- **Économique et gouvernance.** Les données mettent en lumière des enjeux liés au financement, à l'évaluation de la performance, à la standardisation des pratiques et aux investissements en infrastructures. Ces dimensions sont déterminantes pour la pérennité des solutions numériques.

4.3 Limites et interprétation des résultats

L'étude comporte certaines limites, notamment son caractère qualitatif, l'absence de données longitudinales et le recours à des données auto-déclarées. Malgré cela, elle met en évidence la complexité de l'implantation de la télésanté et la nécessité d'analyser conjointement les effets observés, les mécanismes d'action et le contexte de mise en œuvre. Les résultats montrent que la télésanté génère à la fois des effets attendus (amélioration de l'accès, optimisation du suivi) et des effets inattendus, tels qu'une augmentation de la charge organisationnelle ou une redéfinition des pratiques cliniques. Son évaluation doit donc dépasser la seule mesure des objectifs initiaux pour intégrer l'ensemble de ses effets et leur évolution dans le temps.

Les huit entretiens révèlent que la télésanté est désormais perçue comme une composante normale de l'offre de soins spécialisés du CHUM. Toutefois, son utilité varie selon les spécialités. En psychiatrie et en génétique, elle constitue une modalité clinique majeure contribuant à l'accessibilité, à l'équité et à la continuité des soins. En neurologie, elle représente une infrastructure essentielle permettant un accès provincial à l'expertise spécialisée. En gastroentérologie, en chirurgie hépatobiliaire et en endocrinologie, elle est davantage utilisée comme outil complémentaire, principalement pour les suivis simples et la communication de résultats.

Le constat transversal est que la télésanté est jugée utile, efficace et durable lorsqu'elle est employée de manière ciblée, flexible et complémentaire au présentiel. À l'inverse, les participants rejettent l'idée d'un remplacement complet des consultations en personne, en raison des limites persistantes liées à l'examen clinique, à la relation thérapeutique et aux contraintes technologiques actuelles.

Enfin, l'enquête conclut que la télésanté au CHUM représente une transformation organisationnelle et clinique en cours, marquée par des gains importants en accessibilité et en continuité des soins, mais aussi par des défis persistants liés aux dimensions technologiques, organisationnelles et populationnelles. Sa consolidation repose sur une institutionnalisation des pratiques soutenue par une gouvernance adaptée, des mécanismes d'évaluation, la formation des acteurs et la promotion de l'équité d'accès. La télésanté doit ainsi être appréhendée comme une intervention complexe, contextuelle et évolutive, dont les résultats dépendent étroitement du milieu dans lequel elle est implantée.

5 CONCLUSION

Les résultats de l'enquête démontrent que la télésanté s'est progressivement intégrée aux pratiques de soins et constitue aujourd'hui une modalité complémentaire au présentiel. Elle contribue à améliorer l'accès aux services, à réduire les déplacements des patients et à soutenir la continuité des soins, particulièrement dans le cadre des suivis cliniques. Les résultats confirment ainsi son potentiel comme levier d'innovation organisationnelle au sein du système de santé. Cette intégration s'inscrit dans la continuité des orientations ministérielles visant à améliorer l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des soins, tout en maintenant des standards élevés de qualité clinique [6].

Toutefois, ces résultats mettent en évidence des limites importantes, en cohérence avec les constats de la littérature scientifique et des rapports institutionnels. Parmi celles-ci figurent les contraintes liées à l'absence d'examen physique, les enjeux organisationnels, les difficultés technologiques et les inégalités d'accès aux outils numériques, incluant la charge de travail et la planification des activités. Les obstacles technologiques — notamment l'interopérabilité des systèmes et la qualité des infrastructures — ainsi que les inégalités d'accès pour certains groupes de patients, en lien avec la fracture numérique, constituent également des limites significatives [4].

Pour favoriser une intégration durable et équitable de la télésanté, il apparaît nécessaire de renforcer la gouvernance, d'améliorer les mécanismes d'évaluation, de développer des modèles hybrides de soins et d'offrir un meilleur accompagnement aux professionnels et aux patients. Il importe également de souligner son potentiel en tant que complément au présentiel, tout en rappelant les limites associées aux situations cliniques nécessitant un examen direct ou une interaction approfondie avec le patient. Plus largement, cette enquête s'inscrit dans la volonté du CHUM de promouvoir des pratiques de télésanté sécuritaires et centrées sur le patient, tout en favorisant une utilisation optimale des ressources et une amélioration continue de la qualité des soins. Elle constitue ainsi un outil d'aide à la décision pour soutenir le développement et l'optimisation des services de télésanté dans les différents secteurs cliniques de l'établissement.

6 RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats de l'enquête, plusieurs recommandations sont formulées afin de soutenir une utilisation optimale de la télésanté au CHUM. Elles s'inscrivent dans une perspective d'amélioration continue des pratiques de téléconsultation, en tenant compte des dimensions clinique, organisationnelle, technologique et populationnelle.

Renforcer la dimension organisationnelle de la télésanté

- Intégrer systématiquement la télésanté dans les trajectoires de soins, en évitant les circuits parallèles de prise de rendez-vous.
- Développer des protocoles cliniques et organisationnels harmonisés, adaptés aux différents services et types d'intervention.
- Clarifier les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la planification, la prestation et le suivi des services de télésanté.

Ces actions sont cohérentes avec les orientations organisationnelles visant une implantation structurée et intégrée des services numériques au sein des établissements de santé [6].

Développer un système d'évaluation de la performance

- Mettre en place des indicateurs standardisés permettant de mesurer : l'accès aux soins ; la qualité et la confidentialité des services ; l'expérience patient et l'expérience des cliniciens ; les impacts organisationnels (ex. efficacité, délais, absences aux rendez-vous (« no-shows »)).
- Favoriser une approche d'évaluation multidimensionnelle intégrant les dimensions clinique, organisationnelle, économique et populationnelle.

Ces recommandations répondent au manque de cadres d'évaluation homogènes identifié dans les travaux de l'INESSS [4].

Promouvoir des modèles de soins hybrides

- Privilégier des modèles hybrides combinant téléconsultations et consultations en présentiel, selon : la condition clinique du patient ; le type d'intervention ; le contexte organisationnel.
- Définir des critères de pertinence clinique pour orienter le choix entre téléconsultation et consultation en présentiel.

Cette approche est conforme aux balises ministérielles, qui considèrent la télésanté comme une modalité complémentaire devant être articulée avec le présentiel [6].

Réduire les inégalités d'accès à la télésanté

- Développer des stratégies visant à limiter la fracture numérique, notamment : accompagnement des patients dans l'utilisation des outils numériques ; soutien technique préconsultation ; adaptation des outils aux capacités des usagers.
- Mettre en place des mesures pour assurer l'équité d'accès, en tenant compte des populations vulnérables (ex. personnes âgées, patients à faible littératie numérique).

Ces actions sont cohérentes avec la politique du CHUM sur l'utilisation de la télésanté.

Améliorer l'infrastructure technologique et l'interopérabilité

- Favoriser le développement de systèmes interopérables permettant une intégration fluide des données dans les dossiers médicaux électroniques.
- Simplifier les outils utilisés afin de réduire la multiplicité des plateformes et d'améliorer leur convivialité.
- Assurer la conformité des technologies aux exigences de sécurité, de confidentialité et de traçabilité des données.

Renforcer la formation et l'accompagnement des acteurs

- Développer des programmes de formation adaptés aux besoins des cliniciens, portant sur : l'utilisation des outils numériques ; la communication clinique à distance ; les bonnes pratiques en télésanté.
- Offrir un accompagnement continu (soutien technique et clinique) pour favoriser l'appropriation des pratiques.

Intégrer davantage la perspective des patients

- Impliquer les patients partenaires dans la conception des services, l'évaluation des pratiques et l'amélioration continue de la télésanté.
- Développer des mécanismes systématiques de collecte de l'expérience patient (ex. questionnaires, indicateurs de satisfaction).

Cette recommandation répond à la sous-représentation actuelle de la perspective des usagers dans les processus d'évaluation des technologies numériques en santé [4].

Soutenir la gouvernance et le leadership en télésanté

- Renforcer le rôle des instances de gouvernance dans la planification stratégique de la télésanté.
- Identifier et soutenir des leaders cliniques et organisationnels (« champions ») pour favoriser l'adhésion des équipes.
- Assurer un alignement avec les orientations provinciales et institutionnelles.

Une gouvernance claire est reconnue comme un facteur clé de succès dans l'implantation des solutions numériques [4].

7 RÉFÉRENCES

1. Patel, M., et al., Barriers to Telemedicine Use: Qualitative Analysis of Provider Perspectives During the COVID-19 Pandemic. *JMIR Hum Factors*, 2023. 10: p. e39249.
2. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Politique concernant la télésanté (en cours de validation). 2025, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); Montréal.
3. Brousselle, A., et al., L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition. 2011: Les presses de l'Université de Montréal.
4. Brahimi, L., Legendre, Claire-Marie, Goetghebeur, Mireille, Pomey, Marie-Pascale, Lochhead, Louis, Gagné, Véronique, Auclair, Yannick, Demers-Payette, Olivier, Martin, Mélanie, Ganache, Isabelle and Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec); Évaluation et implantation des solutions numériques en santé: regard sur la participation des usagers. 2023, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS): Québec (QC).
5. Patton, M.Q., Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice. 2014: Sage publications.
6. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, Lexique télésanté au Québec. 2023, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

ANNEXE

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉS

Guide d'entretiens semi-dirigés - pour analyser les obstacles et facteurs facilitants de la télésanté au CHUM (basée sur les 5 dimensions).

Nom (s) et titre (s) d'emploi

Date et heure de l'entretien

Autorisation pour l'enregistrement : ☐

THÈMES	QUESTIONS PRINCIPALES	QUESTIONS DE RELANCE	RÉPONSES
Données socio-démographiques	▪ Pouvez-vous nous décrire vos rôles dans l'équipe ? ▪ Depuis quand travaillez-vous au CHUM ? ▪ Présentez-vous : Quel est votre rôle, services, ancienneté au CHUM ?		
Contexte de l'utilisation de la télésanté dans le service	▪ Comment employez-vous la télésanté ? ▪ Quels outils des téléconsultations utilisez-vous ?	À quelle(s) fin(s) ? ▪ Par exemple, pour offrir de la télé-expertise à un médecin ou un autre professionnel à distance du CHUM ? ▪ Pour effectuer de la télésurveillance ou du suivi à distance ? Est-ce que tous les membres de l'équipe emploient la télésanté ou seulement certains ?	
Objectifs et résultats attendus	▪ Quels sont les objectifs de service que vous poursuivez eu égard aux téléconsultations ? ▪ Quels sont les résultats attendus ?	▪ Réduire les déplacements inutiles des patients ? ▪ Réduire les absences aux rendez-vous (« no-shows ») ? ▪ Continuité des soins et du suivi des maladies chroniques ? ▪ Pallier au manque d'espaces de consultation ? ▪ Autres ?	
Facilitateurs à l'utilisation de la télésanté	▪ Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent l'emploi de la télésanté dans votre pratique ?	Facteurs socio-culturels ▪ Changement et engagement des décideurs peuvent-ils faciliter les interventions par télésanté ? Facteurs populationnels ▪ Les capacités des utilisateurs peuvent-elles faciliter ? ▪ L'équité d'accès ? Facteurs cliniques ▪ Relation médecin-patient : création du lien de confiance ▪ Caractéristiques liées aux professionnels : volonté personnelle liée à l'utilisation; soutien à apporter aux patients ▪ Caractéristiques liées aux patients : saisie manuelle des données	

THÈMES	QUESTIONS PRINCIPALES	QUESTIONS DE RELANCE	RÉPONSES
		Facteurs organisationnels ▪ Disponibilité des ressources ▪ Formation ▪ Règles et processus clairs ▪ Leadership et porteur de projet ▪ Y a-t-il des facilitateurs propres à des types d'intervention spécifiques (téléconsultation, télésurveillance, etc.) ?	
Barrières à l'utilisation de la télésanté	▪ Quels sont les facteurs qui constituent des barrières à l'emploi de la télésanté dans votre pratique ?	Facteurs socio-culturels ▪ Langage et différences culturelles ▪ Sentiment d'efficacité ou de pertinence de l'emploi des outils numériques ▪ Résistance au changement et engagement des décideurs Facteurs populationnels ▪ Limitations des utilisateurs ▪ Absence d'équité Facteurs cliniques ▪ Relation médecin-patient : création du lien de confiance ▪ Caractéristiques liées aux professionnels : volonté personnelle liée à l'utilisation; soutien à apporter aux patients ▪ Caractéristiques liées aux patients : saisie manuelle des données Facteurs organisationnels ▪ Atteinte à la vie privée ▪ Manque de ressources ▪ Manque de formation ▪ Absence de règles et de processus ▪ Interopérabilité des systèmes ▪ Charge de travail Facteurs économiques ▪ Coûts élevés ▪ Enjeux de remboursement	
La mesure de la performance concernant les téléconsultations et la téléexpertise	▪ Mesurez-vous la performance des interventions qui sont faites par la télésanté ?	▪ Y-a-il des indicateurs de suivi mis en place ? ▪ Qui s'en occupe ? ▪ Y-a-il des rapports annuels de suivi de la performance ? ▪ Résultats discutés lors de réunions de service ?	