



SYNTHÈSE DES BESOINS ET DES ENJEUX LIÉS AUX PROJETS DE TÉLÉSANTÉ

chez les Premières Nations au Québec

LA TÉLÉSANTÉ :
plus qu'une option,
UNE SOLUTION!



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Coordonnateur de projet

Carl Simard, gestionnaire des ressources informationnelles – CSSSPNQL

Rédacteur principal

Maxime Giguère, conseiller en implantation de systèmes et en services aux utilisateurs – CSSSPNQL

Collaborateurs

Isabelle Cornet, conseillère clinique en télésanté et systèmes de gestion de l'information – CSSSPNQL

Marjolaine Sioui, directrice générale – CSSSPNQL

Louise Tanguay, agente de soutien applicatif – CSSSPNQL

Vincent Tapin, administrateur de systèmes, de réseaux et de la sécurité – CSSSPNQL

Graphisme

Marie-Claude Rouleau

Note au lecteur

Veuillez noter que le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but d'alléger le texte.

Remerciements

Enquête 2021 sur les besoins : Barriere Lake, Ekuanitshit, Essipit, Kahnawake, Kanesatake, Kitigan Zibi, Listuguj, Manawan, Mashteuiatsh, Matimekush–Lac-John, Nutashkuan, Odanak, Pakua Shipu, Pessamit, Uashat mak Mani-Utenam, Unamen Shipu et Wemotaci.

Enquête 2020 TI : Ekuanitshit, Essipit, Kahnawake, Kanesatake, Kebaowek, Kitcisakik, Kitigan Zibi, Lac-Simon, Listuguj, Manawan, Mashteuiatsh, Matimekush–Lac-John, Nutashkuan, Odanak, Opitciwan, Pessamit, Pikogan, Timiskaming, Uashat, Wemotaci, Wendake, Wolf Lake et Wôlinak.

Tous droits réservés à la CSSSPNQL

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, à l'adresse www.cssspnql.com. Toute reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction et la diffusion, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de la CSSSPNQL. Sa reproduction ou son utilisation à des fins personnelles, mais non commerciales, est toutefois permise à condition d'en mentionner la source, de la façon suivante :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador 2022. *Synthèse des besoins et des enjeux liés aux projets de télésanté chez les Premières Nations au Québec*, Wendake, 18 pages.

Toute demande doit être adressée à la CSSSPNQL, par courrier ou par courriel, aux coordonnées ci-dessous :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102, Wendake (Québec) G0A 4V0

info@cssspnql.com

ISBN version Web : 978-1-77315-480-0

© CSSSPNQL 2022

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
1. Synthèse de la situation de soins	5
1.1 Besoins en télésanté	5
1.2 Profil des intervenants dans les communautés	6
1.3 Portrait des projets passés de télésanté	7
1.4 Numérisation de la santé	8
2. Enjeux en TÉLÉSANTÉ	9
2.1 Manque de ressources	9
2.2 Acceptation sociale	11
2.3 Manque de soutien	12
2.4 Autres enjeux et défis légaux et administratifs	14
Conclusion	15
Liste des tableaux	16
Bibliographie	17

SYNTHÈSE DES BESOINS ET DES ENJEUX LIÉS AUX PROJETS DE TÉLÉSANTÉ CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC¹

Introduction

La télésanté est un outil répondant efficacement aux besoins en santé. Elle se distingue de la médecine traditionnelle sur deux aspects. D'abord, la télésanté ne nécessite pas une proximité géographique entre les spécialistes offrant les services de santé et les patients recevant ces services. En outrepassant cette contrainte, la télésanté permet une offre de soins indépendante du statut d'isolement géographique de la communauté dans laquelle vit la personne recevant des soins. Ensuite, la télésanté permet une flexibilité quant au temps alloué à une communauté par les spécialistes de santé. Alors que les spécialistes sont traditionnellement rattachés à un établissement de santé, la télésanté leur permet d'offrir un nombre restreint d'heures de services. Dans le contexte d'établissements de soins dans des communautés de petite ou de moyenne taille, une offre de soins sporadiques n'est pas toujours possible ou efficace. La télésanté rend possible une offre de soins spécialisés sporadique.

La télésanté se révèle particulièrement utile pour des communautés des Premières Nations puisque bon nombre d'entre elles sont isolées ou semi isolées, de petite ou moyenne taille. Dans ce contexte, l'objectif de ce document sera de faire un portrait des besoins et des enjeux liés aux projets de télésanté chez les Premières Nations.

Trois sources vont être mobilisées à cet effet. La première est l'enquête sur les besoins des Premières Nations en télésanté menée par la CSSSPNQL en 2021. Cette enquête, effectuée auprès des directeurs de la santé des centres de santé et des postes de soins en 2021, a permis de cibler les principaux besoins en matière de télésanté auprès des communautés. Dix-huit personnes issues de 17 des 24 communautés interrogées y ont répondu; elles provenaient de sept centres de santé, de neuf postes de soins et d'un hôpital; trois sont en région isolée (services médicaux non accessibles par la route), quatre en région semi-isolée (services médicaux accessibles par la route à plus de 90 km) et dix en région non isolée ou urbaine. Parmi celles-ci, huit sont considérées comme de grandes communautés (2 000 résidents et plus), six sont de taille moyenne (de 500 à 1 999 résidents) et trois sont des petites communautés (moins de 499 résidents). Une deuxième source d'information utilisée pour synthétiser les enjeux et les besoins en télésanté sera les bilans des différents projets mis à l'essai au sein des communautés au cours des dernières années, alors que de nombreux projets de télésanté ont eu cours au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Pour chacun d'entre eux, un bilan a été produit. Ils permettront de proposer quelques pistes favorisant la continuité de projets en télésanté. Enfin, une troisième source d'information est le rapport sur l'enquête des besoins en technologie de l'information des Premières Nations 2020.

Après avoir présenté une brève synthèse de la situation de soins dans les communautés (section 2), le document résumera certains enjeux de la télésanté dans le contexte des Premières Nations (section 3).

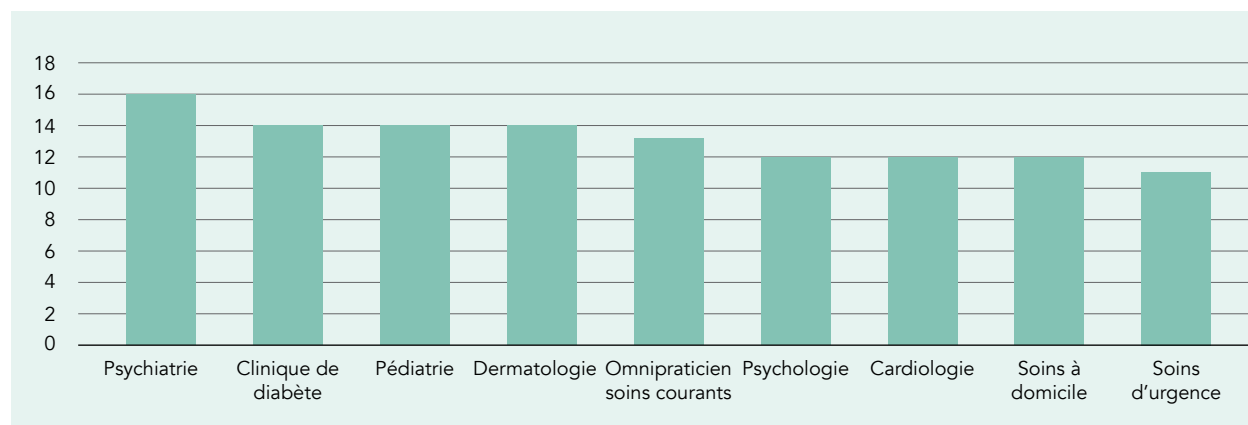
¹ Premières Nations au Québec fait référence ici aux communautés non signataires d'une convention et exclut par le fait même les Cris, les Naskapis et les Inuit.

1 SYNTHÈSE DE LA SITUATION DE SOINS

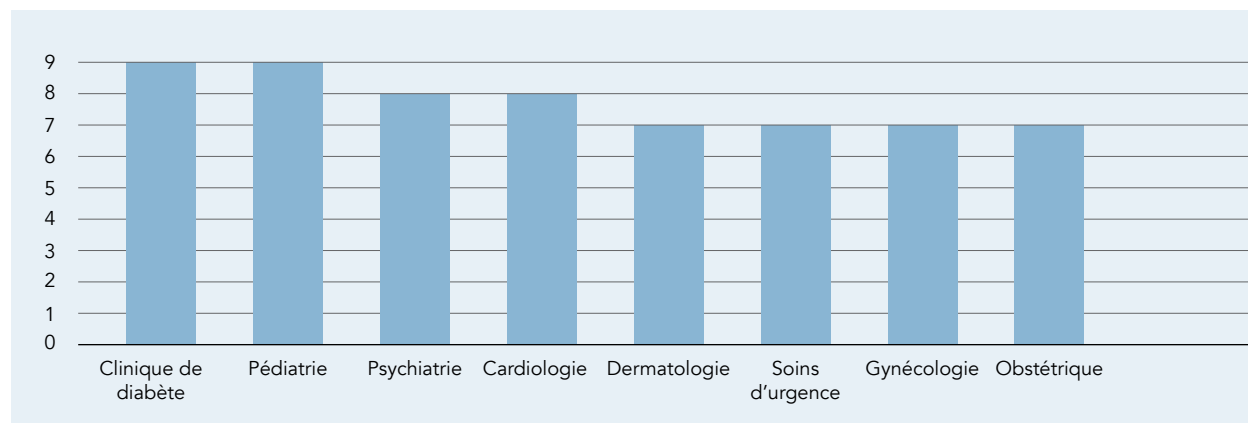
1.1 Besoins en télésanté

L'enquête 2021 des besoins en télésanté a permis de cibler les principaux besoins des communautés. L'une des questions posées était « Quels services spécialisés en télésanté répondraient aux besoins de votre population? ». À cette question, les répondants pouvaient indiquer des besoins ou bien en téléconsultation avec le patient, ou bien en mentorat avec des professionnels. Les résultats obtenus sont les suivants :

Besoins en téléconsultation avec patient



Besoins en mentorat



Malgré les différences minimes entre les besoins en mentorat et les besoins en téléconsultation, ceux-ci sont sensiblement les mêmes : la psychiatrie, la pédiatrie et la clinique de diabète sont les trois principaux besoins mentionnés lors de l'enquête. On constate d'ailleurs que les services les plus demandés pour les deux catégories sont ceux offerts par les professionnels les moins présents dans les communautés : seulement deux communautés avaient accès à un pédiatre, et une seule à un psychiatre.

Pour finir, treize des répondants avaient manifesté un intérêt à implanter une solution de télésanté prochainement.

1.2 Profil des intervenants dans les communautés

Les communautés des Premières Nations ont accès à un nombre restreint de professionnels en santé. Les professionnels auxquels ont accès les communautés ne sont d'ailleurs souvent sur place que comme visiteurs, c'est-à-dire qu'ils ne pratiquent pas dans ces communautés en permanence, mais viennent seulement offrir des services de santé quelques jours par semaine ou par mois. Seul, le personnel infirmier est la ressource stable et régulière en permanence. Le tableau 1 résume la situation pour les 17 communautés interrogées.

Ce contexte nuit à la qualité de soins dans les communautés. Les suivis médicaux peuvent être beaucoup plus difficiles à faire lorsqu'il faut attendre la visite du médecin ou du professionnel. D'ailleurs, ce n'est souvent qu'un seul médecin ou professionnel qui sert une communauté, ce qui nuit aux suivis lorsque cette personne prend sa retraite ou va pratiquer ailleurs. La rareté des médecins et des professionnels de la santé occasionne aussi des difficultés administratives, comme l'accès au Registre de vaccination du Québec, puisque les lois sont pensées en fonction du système médical provincial où des médecins sont présents en permanence. L'accès aux médecins et professionnels est ainsi plus difficile qu'il n'y paraît dans le sondage, puisque ceux-ci offrent seulement des soins à titre de visiteurs occasionnels.

Tableau 1 - NOMBRE DE COMMUNAUTÉS RÉPONDANTES AYANT LES SERVICES DE CES PROFESSIONNELS DE FAÇON PERMANENTE OU EN TANT QUE VISITEUR

Professionnel	Nombre de communautés
Infirmier	17
Médecin généraliste (omnipraticien)	13
Ophtalmologiste	3
Optométriste	3
Inhalothérapeute	2
Physiothérapeute	2
Ergothérapeute	7
Psychologue	11
Psychiatre	1
Nutritionniste	12
Pharmacien	1
Dentiste	9
Hygiéniste dentaire	14
Gynécologue	1
Obstétricien	1
Pédiatre	2
Kinésiologue	3

1.3 Portrait des projets passés de télésanté

Plusieurs projets de télésanté ont été effectués par le passé. Certains avaient été menés seulement par des communautés et leur partenaire, alors que la Commission était plus impliquée dans d'autres projets. Les projets passés sont regroupés dans le tableau 2.

Tableau 2 - ÉNUMÉRATION DES PRINCIPAUX PROJETS PASSÉS EN TÉLÉSANTÉ OÙ LA CESSPNQL A ÉTÉ IMPLIQUÉE ACTIVEMENT OU COMME OBSERVATRICE

N° de projet	Année	Partenaires		Cible	Taille de la communauté	Statut de la communauté
		1	2			
1	2006	CSSSPNQL		Suivi de grossesse	Grande	Semi-isolée
2	2008	RUISSS McGill	Santé Canada	Ophthalmologie	Petite	Semi-isolée
3	2010	Université McGill		Inconnu	Moyenne	Isolée
4	2012	CHAU de l'Hôtel-Dieu de Lévis		Soins de plaies	S. O.	S. O.
5	2013	CH de Roberval		Soins d'urgence	Grande	Semi-isolée
6	2014	Santé Canada	Telus	Suivi du diabète à domicile	Grande	Non isolée
7	2016	Santé Canada		Santé mentale	Petite	Semi-isolée
8	2016	Cabinet privé de psychologue		Santé mentale	Moyenne	Semi-isolée
9	2020	CHUM	CISSS	Toxicomanie	Grande	Semi-isolée
10	2020	Telus		Diabète	Petite	Isolée

Le tableau permet de constater qu'un large éventail de statuts et de tailles de communautés ont participé à des projets de télésanté et que l'offre de soins proposée était aussi variée. D'autres projets en télésanté qui ont eu cours de manière entièrement indépendante de la CESSPNQL ne sont pas mentionnés dans le tableau.

Ce ne sont toutefois pas tous ces projets qui ont abouti à une continuité ou à un large déploiement de la télésanté. Certains d'entre eux se sont arrêtés avant même le déploiement au sein d'une première communauté. D'autres ont été déployés au sein d'une seule communauté et n'ont pas duré. Enfin, certains ont mené au déploiement large et durable – c'est le cas du projet 2 en téléophtalmologie portant sur le dépistage de la rétinopathie diabétique et le projet 1 en obstétrique. Tous les projets de télésanté n'ont toutefois pas eu le même succès, comme le montre le tableau 3.

Tableau 3 - ILLUSTRATION DES PRINCIPALES PHASES ATTEINTES LORS DES PROJETS PASSÉS EN TÉLÉSANTÉ

N° du projet	Phases atteintes lors du projet		
	Démarrage	Déploiement pour une communauté	Continuité ou déploiement pour plusieurs communautés
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Légende

Vert : L'étape du projet a été atteinte.

Gris : L'étape du projet n'a pas été atteinte.

Bleu : L'information consignée dans le bilan de projet ne permet pas de déterminer si la phase a été atteinte ou non.

1.4 Numérisation de la santé

Les deux dernières années ont été l'occasion de numériser une partie du travail de soins. Alors qu'en 2020, seules quatre communautés utilisaient un dossier médical électronique, une grande majorité y a désormais accès. Actuellement, ce sont plus de 20 communautés qui ont accès à un dossier médical électronique.

Les communautés ont d'ailleurs accès à une licence leur permettant d'utiliser le module de télémédecine intégré au dossier médical électronique. Le module est conçu pour qu'un intervenant de la santé – psychologue, médecin, etc. – ayant accès au dossier médical électronique puisse appeler par téléconférence un patient ayant reçu un lien Internet par courriel. Cette fonctionnalité demeure pour le moment très peu utilisée et la conception du module n'est pas entièrement adaptée au contexte des Premières Nations. Néanmoins, il est permis de croire que l'accès à un dossier médical électronique et à un module de télémédecine pourrait contribuer au succès de futures initiatives de télésanté.

2 ENJEUX EN TÉLÉSANTÉ

Plusieurs enjeux spécifiques au contexte de soins des Premières Nations ont freiné les projets passés de télémédecine. La plupart de ces enjeux peuvent être regroupés sous trois axes : les ressources, l'acceptation sociale et le soutien par les partenaires.

2.1 Manque de ressources

Deux types de ressources sont nécessaires au bon fonctionnement des projets en télésanté : des ressources humaines et des ressources technologiques. Autrement, un projet en télésanté n'est pas réalisable. Or, ces deux types de ressources ont par le passé été mentionnées comme des enjeux à la réalisation des projets.

2.1.1 Ressources humaines

Le leadership des projets passés en télésanté reposait souvent sur les épaules d'une seule personne motivée qui avait beaucoup de projets à la fois. La surcharge de travail attribuée à une seule ressource a non seulement nuit à la possible continuité du projet, mais aussi à la difficulté de faire les suivis. Pour cette raison, il est difficile de savoir les raisons précises pour lesquelles les projets ont été arrêtés; si la ressource s'est épuisée, a démissionné ou a changé de poste, il est difficile d'avoir le suivi quant aux principales difficultés rencontrées.

Le manque de ressources humaines conduit beaucoup de communautés à embaucher du personnel d'agence pour faire le travail infirmier. Même s'il a beaucoup de volonté, le personnel d'agence ne peut garantir la même stabilité et la même qualité des suivis que le personnel régulier. De même, la coordination du personnel d'agence demande du temps aux responsables des soins infirmiers qui ne peuvent alors pas se consacrer aux projets de télésanté. Le temps passé à coordonner le personnel d'agence enlève la disponibilité aux responsables de soins infirmiers de s'impliquer dans des projets de télésanté.

Sur le plan des ressources humaines, la situation actuelle n'est pas plus favorable que ce qu'elle était lors des projets passés de télésanté. Ces enjeux de personnel, qui ne sont pas restreints aux Premières Nations au Québec, doivent être pris en compte lors de la proposition de projets en télésanté aux communautés des Premières Nations.

2.1.2 Ressources technologiques

Jusqu'à maintenant, la situation informatique chez les Premières Nations au Québec n'a pas été dûment documentée. Une enquête effectuée en 2020 par la CSSSPNQL a quand même permis de brosser un portrait représentatif de la situation. Nous avons, au cours des années, remarqué un grand retard dans l'intégration des nouvelles technologies, parfois à cause des limitations de la bande passante, parfois à cause du manque de ressources humaines spécialisées qui sont rares en région éloignée, parfois à cause d'un manque de financement dédié à l'informatique et, enfin, parfois à un manque de connaissances en matière de technologies de l'information.

Un facteur à l'origine du retard de la situation technologique est que plusieurs communautés que nous desservons ne profitent que depuis peu de liens Internet rapides et fiables, c'est-à-dire plus de 100 Mbit pour l'ensemble des services publics (conseils de bande, écoles, santé et autres). C'est en juillet 2020, par exemple, que la dernière communauté desservie par la CSSSPNQL, la communauté atikamekw de Wemotaci, a été connectée par fibre optique. On comprend donc que les services infonuagiques tels que Microsoft 365, l'utilisation massive de tablettes dans les écoles, la télésanté, ainsi que toutes les activités nécessitant une bande passante rapide n'ont pu s'implanter que très récemment. Ces services sont une nouveauté dans plusieurs territoires des Premières Nations.

Quant aux ordinateurs, plusieurs constats ont été faits durant l'enquête de 2020 : absence de standardisation du parc informatique, autant dans les achats que dans l'entretien de l'équipement; antivirus souvent absents ou pas adéquatement surveillés; absence d'automatisation pour l'installation des correctifs de sécurité des logiciels et du système d'exploitation; présence de systèmes d'exploitation en fin de vie (Windows XP, Windows 7, Windows 8); présence de systèmes d'exploitation résidentiels (Windows, Windows 7 ou 10 Home Edition). Il demeure difficile de définir un état de la situation exhaustif vu l'absence d'inventaire d'équipement informatique.

Nous avons aussi remarqué une absence de politiques pour encadrer l'utilisation des réseaux sociaux, déterminer le cycle de vie moyen d'un ordinateur, limiter l'utilisation du matériel informatique professionnel à des fins personnelles et réglementer l'accès à la bande passante. L'absence de telles politiques va entraîner des risques pour la sécurité informatique et limiter sérieusement la performance de l'équipement.

Quant aux serveurs, on remarque parfois l'absence de ceux-ci pour le partage des fichiers, de réseaux d'imprimantes gérés de façon centralisée et des règles de gestion automatisées. Sinon, généralement, la situation va dans le même sens que le parc informatique : le matériel qui est en production n'est pas sous garantie; les antivirus sont installés de façon irrégulière ou manuellement et ne sont souvent pas surveillés; les sauvegardes des serveurs virtuels ne sont pas testées et, souvent, on note une absence de surveillance; les points de dépôt des sauvegardes ne sont pas cryptés, sont souvent locaux (pas dans une infrastructure infonuagique); les correctifs de sécurité des serveurs, les migrations de versions et les correctifs des microcodes sont appliqués sur une base manuelle et irrégulière; la présence de systèmes d'exploitation de serveur en fin de vie (MS Windows server 2003, 2008, 2008R2, 2012, 2012R2, 2016, VmWare 5.5, 6.0) ou la présence de licences inadéquates est chose courante.

Pour ce qui est des liens réseau entre les bâtiments, les constats sont moins évidents à démontrer. Nous avons pu remarquer la présence de fibre optique, de câbles réseau souterrains ou aériens et d'antennes radio. Le défi ici réside dans l'expertise requise et les permis nécessaires pour effectuer les travaux d'installation de fibre optique; il faut d'abord faire un travail d'ingénierie, puis demander des permis à Bell ou à Hydro-Québec pour l'utilisation de leurs poteaux, puis commencer le travail des monteurs de lignes, des ressources spécialisées en fusion de fibre optique pour commencer le travail des spécialistes en réseautique. Par conséquent, même si toutes les communautés sont branchées à la fibre optique (c.àd. ont un bâtiment central relié à la fibre optique, comme le conseil de bande ou le centre de santé), cela ne signifie pas que toute la communauté y est reliée; en réalité, beaucoup de domiciles ne le sont pas.

En ce qui concerne l'équipement réseau, on peut voir que, dans la grande majorité des cas, l'équipement est de gamme commerciale (beaucoup de pare-feu de marque Fortinet, de commutateurs de marque Cisco ou Fortinet). Les antennes pour émettre le signal sans fil sont souvent de marque Fortinet ou Ubiquiti. Par contre, lorsqu'il n'y a pas de technicien informatique formé à leur entretien, on remarque l'utilisation de routeurs pour le wifi et de commutateurs de basse qualité.

Finalement, en matière de ressources humaines spécialisées, il y a une grande différence entre chaque communauté. Les communautés qui sont proches des grands centres ont habituellement plus de techniciens informatiques formés que celles qui sont éloignées. D'une communauté à l'autre, les salaires et les avantages sociaux diffèrent de beaucoup. Parfois, c'est une personne qui s'avère plus habile, mais non formée en informatique qui devient le technicien informatique de la communauté entière. Il n'y a souvent pas de service de billetterie pour faciliter le suivi des demandes. En outre, nous avons constaté la présence de consultants pour les travaux plus spécialisés qui offrent leurs services par banques d'heures et demandent une large rétribution pour assurer des suivis par la suite. Cet état de fait, bien que très répandu, n'offre pas de proactivité, mais uniquement de la réactivité. Les consultants sont appelés pour remplir un mandat, mais n'offrent pas de solution permanente pour automatiser ou réduire les interventions (puisqu'ils veulent s'assurer que la communauté dépend d'eux et, ainsi, augmenter leurs honoraires).

D'autres contraintes peuvent affecter la stabilité des technologies. L'ensemble des communautés subissent des problèmes électriques fréquents, ce qui endommage prématurément le matériel informatique et électronique. De même, en absence de redondance, le réseau devient indisponible en cas de panne ou de bris.

Tous ces facteurs sapent directement la stabilité des technologies. D'une part, il peut être difficile de commencer un projet de télésanté si les conditions préalables ne sont pas présentes, s'il n'y a pas d'ordinateur à jour avec un réseau suffisamment fort pour faire de la téléconsultation ou si un prérequis du projet est un Internet à domicile à haute vitesse, par exemple. D'autre part, il est difficile de pérenniser un projet de télésanté en ne sachant pas si les conditions technologiques préalables à sa réussite seront remplies pour toute la durée du projet. L'équipement et les logiciels peuvent devenir désuets ou endommagés et l'expertise requise pour régler ces problèmes pourrait être absente.

2.2 Acceptation sociale

Pour la population, deux visions de la télésanté s'opposent. D'un côté, il y a une crainte ou une indifférence face à la télésanté. La télésanté ne procure pas certains avantages de la médecine traditionnelle. Par exemple, le transport médical offre un déplacement sans frais vers un grand centre, ce qui permet de pallier l'isolement qui pouvait être vécu dans les petites communautés éloignées. Ce bénéfice est perdu avec la télésanté et peut freiner l'adhésion aux projets de télésanté par la population. De plus, il y a une crainte quant à la fiabilité et à la stabilité de la technologie. Les obstacles technologiques toujours présents conduisent à un découragement envers les technologies. Il est alors difficile de faire accepter des projets de télésanté sachant que la stabilité technologique préalable à leur réussite ne sera pas en place.

Par contre, la télésanté procure l'avantage de l'accessibilité aux soins médicaux par et pour la communauté. Comme le montre [la vidéo sur le dépistage de la rétinopathie diabétique](#), les soins dispensés localement sont culturellement et linguistiquement adaptés, contrairement aux soins donnés dans les grandes villes. Chez les aînés surtout, il y a une crainte (largement justifiée) envers la médecine des non-Autochtones, alors que la télésanté permet d'offrir des soins adaptés à la population locale directement dans la communauté. En outre, compte tenu des délais d'accessibilité largement imposés dans le réseau de la santé provinciale, les soins de télésanté offerts dans les communautés sont d'ailleurs généralement plus rapides et plus efficaces que les soins nécessitant du transport.

Pour les soins en personne, comme pour la télésanté, des enjeux de confidentialité ne doivent pas être ignorés. Souvent, surtout dans les petites communautés, tout le monde se connaît, incluant le personnel des centres de santé. La population peut être alors plus réticente à consulter pour certains types de soins, ceux pour lesquels on veut préserver une forme de confidentialité, par exemple pour une ITSS ou un suivi en psychologie. Spécifiquement pour la télésanté, la population peut être réticente à faire une téléconsultation à domicile, parce que les maisons sont parfois intergénérationnelles, ou à se déplacer au centre de santé pour la téléconsultation où les murs ne sont pas toujours insonorisés. Il n’y a donc pas toujours, autant en personne qu’à distance, la possibilité de consulter tout en préservant la confidentialité, ce qui peut être un obstacle lors de l’implantation de nouveaux programmes de soins.

2.3 Manque de soutien

Même si la télésanté demande des ressources humaines et technologiques, il peut arriver que les partenaires des projets de télésanté fournissent comme soutien une partie des ressources nécessaires pour le bon fonctionnement des projets. Or, les projets sont rarement « clefs en main », c’est-à-dire que les communautés doivent débloquer des ressources pour les mettre en place. Ces projets peuvent comprendre des coûts fixes, comme l’équipement à acheter, ou des coûts récurrents, comme les licences payées annuellement ou les formations à dispenser aux nouveaux intervenants. D’autres contraintes technologiques ne tombent pas sous la catégorie des coûts, c’est le cas du temps d’adaptation d’un outil technologique pour la réalité des Premières Nations – par exemple, pour remplacer les noms des structures (CIUSSS, etc.) utilisés dans une application du réseau de santé provincial par leurs équivalents du réseau des Premières Nations. D’ailleurs, certaines contraintes technologiques ne peuvent pas toujours être outrepassées. Par exemple, en absence d’un système d’inventaire et de techniciens informatiques qualifiés, il n’est pas garanti que des ordinateurs envoyés au début d’un projet en télésanté vont demeurer à jour pour toute la durée du projet. Enfin, l’implantation d’un programme de télésanté apporte aussi une charge en ressources humaines qui ne tombe pas sous la catégorie des coûts. Toute la coordination du projet, la gestion de l’adaptation et la formation du personnel demandent une charge de travail humain.

Pour faciliter l’implantation des projets en télésanté, il est possible pour les partenaires de prendre en charge une partie des coûts et des responsabilités technologiques et humaines. Or, lors des projets passés en télésanté, beaucoup de ces responsabilités retombaient entre les mains de la communauté et constituaient une charge de travail supplémentaire importante. Le tableau 4 montre que les projets où ces responsabilités étaient prises en charge par les partenaires sont minoritaires.

Tableau 4 - NIVEAU ET DOMAINES DE PRISE EN CHARGE DES RESPONSABILITÉS LIÉES AU PROJET DE TÉLÉSANTÉ PAR LES PARTENAIRES DE LA COMMUNAUTÉ

N° du projet	Prise en charge des responsabilités par les partenaires (CSSSPNQL ou autres; exclus : la communauté)		
	Coûts	Autres facteurs technologiques	Autres facteurs humains
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Légende

- Vert :** La responsabilité a été prise en charge par un partenaire du projet (CSSSPNQL ou autres).
- Gris :** La responsabilité reposait sur la communauté en question.
- Bleu :** L'information consignée dans le bilan de projet ne permet pas de déterminer à qui était attribuée la responsabilité, ou la responsabilité était partagée entre la communauté et ses partenaires.

Ce portrait rappelle que, lors de la planification, il est important de prendre en considération les différentes contraintes technologiques et humaines en plus des coûts. Il y a plus de chances que les projets n'aboutissent pas si ces obstacles n'ont pas été pris en considération lors de la planification.

2.4 Autres enjeux et défis légaux et administratifs

D'autres enjeux ont été mentionnés lors des projets passés en télésanté ou lors de l'enquête de 2021. Outre les enjeux déjà mentionnés, certains défis proviennent directement du volet légal et administratif. Parfois, il peut arriver qu'une subvention exceptionnelle soit accordée à un projet particulier, par exemple un dossier médical électronique, et que les autres projets doivent être écartés le temps de l'utilisation de la subvention.

Il peut aussi arriver que le volet télésanté de certaines pratiques professionnelles ne soit pas reconnu aux fins de remboursement. Par exemple, l'intervention d'un optométriste est seulement un acte professionnel reconnu en contexte présentiel, ce qui limite la possibilité de téléoptométrie. En effet, à moins d'avoir accès à un optométriste qui travaille bénévolement, si l'acte professionnel n'est pas reconnu, alors il est impossible de créer un système de télésanté. Au moins trois des dix projets passés ont mentionné cet obstacle. D'ailleurs, le paiement des actes cliniques et la réglementation sont aussi un enjeu pour la télésanté ailleurs dans le Canada et aux États-Unis (University of Saskatchewan College of Nursing, 2017).

Notons également que l'accès à certains systèmes informatiques provinciaux, pourtant recommandé ou de surcroît, obligatoire pour certains professionnels, ne soit pas autorisé à être utilisé sur territoire fédéral, ou en sont réglementés de façon accrue, ce qui n'encourage pas les professionnels ou les organisations à commencer un processus d'acquisition.

CONCLUSION

Plusieurs leçons apprises des projets passés en télésanté et des enquêtes réalisées dans les dernières années pourraient être utiles pour les projets éventuels. Ces leçons, que l'on distingue sur le plan de la santé, des technologies et des ressources humaines, sont les suivantes :

Santé

- Les communautés n'ont actuellement pas accès ou ont seulement un accès limité à des spécialistes en santé en mode présentiel.
- Le souci de confidentialité module les pratiques de soins traditionnelles et de télésanté.
- Les projets de télésanté qui ne fonctionnent pas et, de manière plus large, tous les obstacles technologiques, nuisent à l'acceptation sociale de la télésanté.
- Certaines barrières législatives peuvent ralentir ou même freiner complètement les projets de télésanté.
- La télésanté permet des soins dans la communauté qui sont culturellement et linguistiquement adaptés; elle n'est pas seulement une solution de deuxième rang.

Ressources technologiques et humaines

- Le réseau Internet n'est pas toujours branché par fibre optique à domicile, n'a souvent pas de redondance en cas de panne, et l'absence d'Internet à domicile pour un bon nombre de communautés limite les possibilités de télésanté dans certaines communautés.
- L'équipement informatique (réseau, ordinateurs, logiciels) n'est pas toujours à jour, rapide et sécurisé.
- Les techniciens informatiques, lorsqu'il y en a, sont souvent surchargés et n'ont pas toujours une formation suffisante pour occuper ce poste.
- Les ressources humaines sont déjà trop surchargées pour veiller efficacement à la coordination des projets de télésanté.
- L'instabilité du personnel infirmier nuit aux suivis de soins et de projets.
- Les partenaires en télésanté n'offrent pas toujours de soutien pour pallier le manque de ressources et ce ne sont pas tous les problèmes qui peuvent être réglés par le soutien des partenaires de projet.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1

Nombre de communautés répondantes ayant les services de ces professionnels de façon permanente ou en tant que visiteur page.....6

TABLEAU 2

Énumération des principaux projets passés en télésanté où la CSSSPNQL a été impliquée activement ou comme observatrice7

TABLEAU 3

Illustration des principales phases atteintes lors des projets passés en télésanté8

TABLEAU 4

Niveau et domaines de prise en charge des responsabilités liées au projet de télésanté par les partenaires de la communauté13

BIBLIOGRAPHIE

Références

CSSSPNQL (2012). *La téléconsultation en soins de plaies*. Non publié.

CSSSPNQL (2016). *Dépistage de la rétinopathie diabétique* [vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=V7NwChcdol4>

CSSSPNQL (2016). *Téléophtalmologie. Service de dépistage de la rétinopathie diabétique chez les Premières Nations au Québec : Évaluation de 2010 à 2015*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/h5Dz3SGCBjnJ3qa>

CSSSPNQL (2020). *Enquête TI PN régionale*. Non publié.

CSSSPNQL (2021). *Rapport de l'enquête sur les besoins en télésanté dans les communautés des Premières Nations au Québec*. Non publié.

CSSSPNQL (2008-2022). *Journaux de bord*. Non publié.

University of Saskatchewan College of Nursing (2017). *Telehealth in Northern and Indigenous Communities Report from the Telehealth Forum*. <https://nursing.usask.ca/documents/telehealth/2017telehealthreport.pdf> (en anglais seulement)

VISION

Les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations sont en santé, ont un accès équitable à des soins et à des services de qualité, et exercent leur autodétermination et autonomie culturelle.

MISSION

Accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination.

LA TÉLÉSANTÉ :
plus qu'une option,
UNE SOLUTION!



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR