

AOÛT 2021

Les compétences en pratiques collaboratives interprofessionnelles des professionnels de la santé et des services sociaux en contexte de soins virtuels : une étude de portée

Les compétences en pratiques collaboratives interprofessionnelles des professionnels de la santé et des services sociaux en contexte de soins virtuels : une étude de portée est cofinancé par le Conseil de recherches en sciences humaines et le programme Compétences futures du Gouvernement du Canada. Interprofessional Collaboration Competencies of Health and Social Service Professionals in Virtual Care Contexts: A Scoping Review is co-funded by the Social Sciences and Humanities Research Council and the Government of Canada's Future Skills program.



MARIE-EVE POITRAS
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

ARIANE GIRARD
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

YVES COUTURIER
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FRANÇOIS AUBRY
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

This report was produced as part of a project funded by the Future Skills Centre (FSC), with financial support from the Government of Canada's Future Skills Program.

FSC is a forward-thinking centre for research and collaboration dedicated to preparing Canadians for employment success. We believe Canadians should feel confident about the skills they have to succeed in a changing workforce. As a pan-Canadian community, we are collaborating to rigorously identify, test, measure, and share innovative approaches to assessing and developing the skills Canadians need to thrive in the days and years ahead. The Future Skills Centre was founded by a consortium whose members are Toronto Metropolitan University, Blueprint ADE, and The Conference Board of Canada

The opinions and interpretations in this publication are those of the author(s) and do not necessarily reflect those of the Future Skills Centre or the Government of Canada.





AUTEURS

Chercheurs

MARIE-ÈVE POITRAS | Inf., PhD, Professeure, Département de médecine de famille et d'urgence, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Titulaire - Chaire de recherche sur les pratiques optimales professionnelles en soins primaires

Campus Saguenay

305, rue Saint-Vallier, C.P. 221 Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

marie-eve.poitras@usherbrooke.ca | www.poitraslab.com

418-541-1234, poste 3249

YVES COUTURIER | PhD, Professeur, Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

ARIANE GIRARD | Inf., PhD, Stagiaire postdoctorale, VITAM, Centre de recherche en santé durable, Université Laval, Québec, Canada

FRANÇOIS AUBRY | PhD, Professeur, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

Coordonnatrice du projet

PRISCILLA BEAUPRE | MSc., Professionnelle de recherche, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, Québec, Canada

Collaborateurs

VANESSA T.- VAILLANCOURT | MSc., Coordonnatrice de recherche, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, Québec, Canada

JEAN-DANIEL CARRIER | MD, Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

ANAËLLE MORIN | Inf. BSc, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

CAROLINE CORMIER | MSc., Professionnelle de recherche, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, Québec, Canada

AMELIE BOUDREAU | MSc., Professionnelle de recherche, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, Québec, Canada



REMERCIEMENTS

L'équipe souhaite remercier les personnes suivantes pour leur apport significatif à la réalisation de cette étude de portée et à la production de ce rapport : Laurie Fortin, Julie Racine, de même que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) pour l'appui financier. La page couverture a été réalisée par Amélie Fournier, graphiste et infirmière.

Citation suggérée : Poitras M-E, Couturier Y, Beaupré P, Girard A, Aubry F, T Vaillancourt V, Carrier J-D, Fortin L, Racine J, Morin A, Boudreault A, Cormier C. (2021). Les compétences en pratiques collaboratives interprofessionnelles des professionnels de la santé et des services sociaux en contexte virtuel : une étude de portée. Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) Saguenay, QC : Université de Sherbrooke.



MESSAGES CLÉS

- ↓ La collaboration interprofessionnelle en soins virtuels est essentielle à la qualité des soins offerts aux patients.
- ↓ Les professionnels doivent avoir à leur disposition de l'équipement performant et adéquat ainsi que le soutien technique requis pour réaliser la collaboration interprofessionnelle en soins virtuels.
- ↓ La formation initiale et continue des professionnels semblent insuffisante au regard de l'utilisation des technologies en santé.
- ↓ Certaines compétences nécessaires à une bonne collaboration interprofessionnelle, telle que la résolution de conflits, semblent peu mises de l'avant tant par les établissements d'enseignement que par les gestionnaires en milieu de travail.
- ↓ Les principales barrières à la collaboration interprofessionnelle en soins virtuels sont le manque de compétences des professionnels, l'équipement technologique inadéquat et la gestion du changement.
- ↓ Une bonne capacité à communiquer et l'identification d'un champion sont des facteurs facilitant le succès de la collaboration interprofessionnelle en soins virtuels.



RECOMMANDATIONS

Gouvernement

- Permettre aux différents établissements de santé d'investir dans du matériel de télécommunication moderne par des incitatifs financiers considérables permettant l'acquisition d'équipements modernes associés à un soutien technique adéquat.

Établissements d'enseignement

- Promouvoir la formation sur les technologies dans leur cursus scolaire initial.

Établissements de santé

- Fournir davantage de formation continue aux professionnels, selon leurs besoins.
- Mettre à la disposition des professionnels de l'équipement de qualité et moderne afin de favoriser leur utilisation ainsi qu'un soutien technique adéquat.
- Adopter une attitude positive face à la technologie afin d'assurer un leadership positif en ce qui a trait aux formes de collaboration virtuelle.
- Établir une stratégie de suivi et de résolution des conflits interprofessionnels spécifiques au contexte virtuel dans chacun des établissements.

Décideurs

- Soutenir le développement de technologies intégratives favorables à la collaboration interprofessionnelle.
- Éviter l'effet de mode, suivi d'un retour du balancier, en produisant une orientation générale quant aux soins virtuels, associée à des guides de pratique clairs et stables.

Professionnels

- Se mobiliser afin d'accroître leur littératie numérique.
- Établir des stratégies afin de mettre de l'avant les différentes composantes de la collaboration interprofessionnelle en soins virtuels.
- Développer des compétences dans la gestion des risques pour la sécurité des patients et les enjeux éthiques en lien avec les soins virtuels et la collaboration interprofessionnelle.

Chercheurs

- Étudier les effets inattendus (exemple : références aux urgences) des soins virtuels sur les patients et sur les professionnels de la santé et des services sociaux.
- Étudier les effets cognitifs du travail en mode distant sur la collaboration interprofessionnelle.

Patients

- Se préparer aux téléconsultations à l'aide d'outils télé accessibles.

Fournisseurs de technologie en santé

- Faciliter l'interopérabilité entre les outils existants.
- Développer des applications et des plateformes technologiques qui permettent aux professionnels et aux patients d'exploiter les différentes compétences essentielles à la collaboration interprofessionnelle.



TABLE DES MATIERES

Auteurs.....	II
Remerciements	III
Messages clés.....	IV
Recommandations	V
Table des matières	1
Résumé	2
Rapport complet	4
1. Contexte.....	4
2. Objectifs	5
3. Méthodologie.....	6
Devis	6
Identification de la stratégie de recherche	6
Critères d'inclusion et d'exclusion	8
Sélection des études	8
Extraction des données.....	8
Analyse	9
4. Résultats.....	10
4.1 Description de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soins virtuels	12
4.2 L'impact connu de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soins virtuels	13
4.3 Les compétences attendues des professionnels collaborant en contexte de soins virtuels ..	13
4.4 Facilitants et barrières à la collaboration interprofessionnelle en contexte virtuel	16
4.5 Formation initiale des professionnels.....	19
4.6 Éthique et collaboration interprofessionnelle	19
4.7 Engagement du patient.....	19
5. Discussion et répercussions	20
6. Conclusion	21
7. Activités de mobilisation des connaissances	23
Bibliographie	24
Annexe	28



RESUMÉ

Contexte

La collaboration interprofessionnelle (CIP) se produit lorsque des professionnels de la santé et des services sociaux, par exemple œuvrant dans un hôpital ou une clinique médicale, coopèrent avec des collègues (de leur profession ou autres), des patients ou encore des familles. Ils travaillent alors en équipe afin d'offrir les meilleurs soins possibles. Cette collaboration est essentielle car elle permet entre autres, une plus grande implication du patient dans ses soins, une satisfaction plus élevée envers les services obtenus et les professionnels de la santé.

Avec l'arrivée des soins virtuels, intensifiés en raison de la pandémie de COVID-19, les professionnels ont dû changer leur façon de travailler et de communiquer avec leurs collègues. Ces changements ont été rapides et les professionnels n'étaient pas tous prêts et outillés pour le faire. Nous nous sommes donc questionnés concernant les compétences qu'ils devaient posséder afin de conserver cette collaboration avec leurs collègues et ainsi maintenir la qualité des soins offerts en virtuel.

Objectifs

- 1 Décrire les pratiques collaboratives des professionnels en contexte de soins virtuels.
- 2 Dégager les compétences attendues à la CIP en contexte de soins virtuels.
- 3 Identifier les compétences facilitant la CIP en contexte de soins virtuels.
- 4 Formuler des recommandations afin de soutenir l'ajustement des formations initiales et continues en matière de CIP en contexte de soins virtuels.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude de portée afin de dresser un état des connaissances sur le sujet. À l'aide d'une méthode rigoureuse, les écrits scientifiques furent étudiés. En plus, nous avons inclus tous les types d'études ainsi que les ressources numériques disponibles et pertinentes sur les sites internet des organismes, gouvernements et institutions. Cette étude de portée a été conduite en suivant le cadre méthodologique pour les études de portée proposé par Joanna Briggs Institute. Notre recherche documentaire a été réalisée à partir d'articles ayant été publiés entre 2010 et 2021 de quatre concepts intégrés, soient : 1) soins virtuels; 2) professionnels de la santé et des services sociaux; 3) compétence; 4) collaboration interprofessionnelle. En équipe de deux, les membres de l'équipe ont lu les articles scientifiques et parcouru les sites internet afin de sélectionner les plus appropriés. Puis, nous avons extrait de ces documents les éléments en lien avec les compétences interprofessionnelles dans un contexte de soins virtuels, que nous avons consignés dans une grille. Les données ont été analysées à l'aide du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. ([consulter le document](#))



Résultats

La stratégie de recherche nous a permis d'identifier 380 articles et 72 sites web. Après le processus de sélection, 31 articles ainsi que 16 sites web et documents gouvernementaux répondant aux critères d'inclusion ont été retenus. Nous avons formulé certains constats qui ont été regroupés sous les thèmes majeurs suivants :

CIP EN CONTEXTE DE SOINS VIRTUELS : La collaboration interprofessionnelle est déjà bien implantée dans la majorité des établissements de santé. Cependant, la CIP en contexte de soins virtuels est un concept relativement nouveau dans les établissements de soins. Les méthodes collaboratives recensées dans notre étude ont pu être classifiées en deux modèles distincts, soit l'accès à un spécialiste situé dans un site distant et la collaboration entre les professionnels pour le suivi d'un patient par une application mobile.

COMPETENCES COLLABORATIVES : Les compétences générales de la CIP s'appliquent au contexte virtuel. Parmi elles se trouvent les compétences communes aux pratiques collaboratives telles que la communication interprofessionnelle, les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, le travail d'équipe, la clarification des rôles, le leadership collaboratif et la résolution de conflit interprofessionnel. De toutes ces compétences essentielles à développer pour favoriser une collaboration efficace, une seule a été peu citée dans les écrits scientifiques pour le contexte virtuel, soit la capacité à la résolution de conflit interprofessionnel. L'adaptation de ces compétences générales au contexte virtuel demande le développement d'une compétence technologique adéquate, ce qui correspond à un élément essentiel à développer afin d'intégrer plus facilement les acquis de la CIP en contexte virtuel.

FACILITANTS A LA CIP EN CONTEXTE DE SOINS VIRTUELS : Certains éléments se sont révélés facilitateurs à la mise en place d'un système de collaboration efficace en contexte de soins virtuels, notamment la présence d'un champion dans les milieux cliniques, l'évaluation fréquente des besoins en lien avec les technologies, la formation continue des professionnels ainsi que la promotion des avantages reliés à l'utilisation de la technologie. Une bonification dans le cursus scolaire initial chez les différents professionnels de la santé sur les nouvelles technologies et la CIP pourrait également être considéré comme un élément facilitant la collaboration en contexte de soins virtuels.

BARRIERES A LA CIP EN CONTEXTE DE SOINS VIRTUELS : Bien que la majorité des équipes de soins de santé et de services sociaux présentent un désir de collaborer, certains éléments viennent entraver leur capacité à collaborer avec leurs collègues de façon efficace. Par exemple, le manque de connaissance de la technologie, les problématiques d'accès à la technologie, l'absence d'une relation de confiance entre les professionnels distants, la réticence au changement de pratique ainsi que l'absence de financement pour les systèmes technologiques permettant de communiquer virtuellement ont été identifiés comme des barrières dans plusieurs études. Une lacune dans la formation initiale des professionnels en ce qui a trait aux technologies et à la CIP a également été observée, ce qui constitue une barrière importante à la collaboration en l'absence de formation continue.



RAPPORT COMPLET

1. CONTEXTE

La collaboration interprofessionnelle (**CIP**) se définit comme « une pratique qui se produit lorsque plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté afin de prodiguer des soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention »^{1, 2}. Les pratiques collaboratives font parties des pratiques innovantes devant être mises de l'avant pour une meilleure intégration des services de santé et sociaux. On évite ainsi les pratiques en silo ou monoprofessionnelles qui peuvent être défavorables aux patients ayant des besoins de soins nécessitant la présence de plusieurs professionnels de la santé ou des services sociaux³.

Les bénéfices de la CIP ont été largement étudiés par de nombreux auteurs au cours des dernières décennies⁴⁻⁷. Parmi les avantages reconnus, on retrouve notamment l'augmentation de la satisfaction au travail chez les professionnels, la qualité de leur pratique^{8, 9}, l'engagement des patients dans les soins et, par le fait même, une expérience de soins et donc de leur santé plus positive¹⁰. De plus, notons l'amélioration de la pratique clinique et l'optimisation de la prestation des soins que la CIP provoque¹. L'Organisation mondiale de la santé¹¹ rapporte également que la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que l'augmentation de la satisfaction des patients lors de la prise en charge sont des retombées de la CIP. Des bénéfices au niveau des équipes de soins peuvent également être observés, notamment par une augmentation de la satisfaction et de la motivation au travail dans les équipes qui misent fortement sur la collaboration entre les différents professionnels².

Ces connaissances et ces effets ont été montrés pour un contexte de pratique en présentiel. Or, à la faveur de la pandémie et d'avancées technologiques, de plus en plus de professionnels dans les milieux cliniques exercent maintenant leur pratique de façon virtuelle en prodiguant des soins impliquant une interaction entre les patients et les professionnels de la santé qui ont lieu à distance et qui utilisent une forme de technologie de l'information (exemple : Face Time ou tout autre mode de téléconférence) ou des communications (téléphone, courriel)¹². Ces pratiques ont littéralement décuplé depuis 2020, conséquemment à la pandémie de COVID-19¹³. Afin d'aplanir la courbe épidémiologique liée à la pandémie et de protéger les personnes vulnérables, la consultation à distance est même devenue très rapidement une exigence ministérielle^{13, 14}. Les professionnels œuvrant en soins primaires ont été incités à offrir rapidement des soins virtuels afin de répondre aux besoins des usagers. De facto, ces modalités virtuelles d'intervention ont été le canal obligé de la collaboration entre professionnels, alors même que la plupart des technologies employées n'ont pas été conçues dans ce but.

Malgré leur fort potentiel, des critiques et des nuances sont déjà formulées à l'encontre des soins virtuels. Le Collège des médecins du Québec a récemment émis la recommandation de voir tous les patients qui exigent une consultation *de visu*¹⁵ afin d'éviter des effets pervers comme la référence inappropriée aux urgences. On peut également légitimement anticiper des limites qui concernent



spécifiquement leurs effets indésirables sur une CIP (exemple : moins de discussions interprofessionnelles). Malgré ces critiques, les soins virtuels vont fort probablement demeurer monnaie courante au Canada après la pandémie¹⁶. À titre d'exemple, 98 % des professionnels en soins primaires québécois estiment qu'ils utiliseront encore les soins virtuels après la pandémie et 28 % d'entre eux pensent l'utiliser plus de 50 % du temps^{17, 18}.

La crise a donc encouragé, parfois même forcé, les professionnels à modifier leur pratique et à prodiguer davantage de soins et services aux patients en mode virtuel^{7, 19-21}. Mais qu'en est-il des pratiques collaboratives dans ce contexte de virtualité? Peu d'écrits scientifiques abordent cette question. Il est cependant fréquemment rapporté que les échanges entre les patients et les professionnels sont plus difficiles en contexte virtuel qu'en présence¹⁸. Il est donc possible de formuler l'hypothèse que les échanges entre les professionnels en contexte virtuel seraient plus difficiles. Si tel est le cas, il est primordial de se pencher sur la question et d'explorer les effets de la virtualité sur la CIP.

Pour éviter les risques possibles liés à une collaboration déficiente provoquée par le contexte de soins virtuels et ainsi éviter de faire un retour en arrière vers des pratiques monoprofessionnelles, il est essentiel de déterminer quelles sont les compétences en pratiques collaboratives nécessaires à la collaboration virtuelle. Nous avons donc réalisé une étude de portée afin de les identifier.

2. OBJECTIFS

Une étude de portée a été conduite avec la question de recherche suivante :

« QUELLES SONT LES COMPÉTENCES EN PRATIQUES
COLLABORATIVES NÉCESSAIRES AUX INTERVENTIONS VIRTUELLES
RÉALISÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ? »

De cette question, nous avons défini quatre objectifs qui structurent le présent rapport :

- 1 Décrire les pratiques collaboratives des professionnels en contexte de soins virtuel.
- 2 Dégager les compétences attendues à la CIP en contexte de soins virtuels.
- 3 Identifier les compétences facilitant la CIP en contexte de soins virtuels.
- 4 Formuler des recommandations afin de soutenir l'ajustement des formations initiales et continues en matière de CIP en contexte de soins virtuels.



3. METHODOLOGIE

Devis

Nous avons réalisé une étude de portée à partir des écrits scientifiques pertinents pour répondre à la question de recherche et ainsi mieux comprendre quelles sont les compétences en pratiques collaboratives nécessaires aux interventions virtuelles. Cette méthode a permis de capter rapidement les écrits les plus riches, ce qui a facilité la réalisation de cette synthèse rapide en contexte de COVID19. Nous avons inclus tous les types d'études ainsi que les ressources numériques disponibles sur les sites internet des organismes, gouvernements et institutions pertinents. Cette étude de portée a été conduite en suivant le cadre méthodologique pour les études de portée proposé par Joanna Briggs Institute²².

Identification de la stratégie de recherche

Une recherche documentaire par mots-clés a été réalisée pour les articles ayant été publiés entre 2010 et 2021. Les sources électroniques interrogées pour la recherche à l'aide de la plateforme EBSCO étaient : MEDLINE, CINAHL, Social work abstract, APA PsycArticles, APA PsycInfo, APA PsycExtra, Psychology and Behavioral Sciences Collection et SciINDEX. La recherche d'articles a été effectuée avec les mots-clés associés à quatre concepts, soit : 1) soins virtuels; 2) professionnels de la santé et des services sociaux; 3) compétence; 4) collaboration interprofessionnelle.

Tableau 1 : Description de la question de recherche

Terme	Définitions	Exclusions
P Population	Les professionnels de la santé et des services sociaux sont « toute personne qui exerce un métier dans le domaine de la santé ou des services sociaux et qui aborde le diagnostic, les soins continus et la gestion de l'état de santé ainsi que la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et l'acheminement vers des spécialistes des soins de santé ²³ ».	Professionnels exerçant dans un autre contexte que celui de la santé (exemple : milieu scolaire ou juridique)
I Intervention	Télé-intervention comme « une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation ²³ ».	Autre contexte que les soins virtuels (exemple : soins en présence)
C Comparator	Tous	Aucun



Terme	Définitions	Exclusions
O Outcomes	Toute pratique professionnelle efficace réalisée par les professionnels pour favoriser les compétences en pratiques collaboratives en contexte de soins virtuels. La compétence se définit comme une habileté à exercer sa profession selon des standards établis par la profession. Trois types de résultats sont recherchés : 1) les pratiques collaboratives en contexte de soins virtuels; 2) les compétences nécessaires aux pratiques collaboratives en contexte de soins virtuels; 3) les éléments qui facilitent ou qui entravent la CIP en contexte de soins virtuels ou l'acquisition des compétences collaboratives.	Effets cliniques des soins virtuels

Les mots-clés pour chacun des concepts sont présentés à la figure 1.

Une seconde recherche documentaire a été réalisée dans le moteur de recherche Google (www.google.com) afin de recenser la littérature grise. La recherche a été réalisée avec l'aide des mêmes mots-clés utilisés lors de la recherche documentaire d'articles de revues.

Soins virtuels	Professionnels de la santé et des services sociaux	Compétence	Collaboration interprofessionnelle
"telehealth" OR "telemedicine" OR "ehealth" OR "tele-monitoring" OR "telemedical" OR "remote medicine" OR "tele-health" OR "tele-medicine" OR "teleassistance" OR "m-health" OR "mhealth"	"health profession*" OR "nurse" OR "physician" OR "occupational therap*" OR "social worker" OR "communaudy worker" OR "clinician*" OR "psychologist" OR "therapist" OR "family doctor" OR "practitioner" OR "family physician" OR "general practitioner" OR "professional"	"competenc*" OR "ability*" OR "skill"	"interprofession*" OR "collaborat*" OR "interdisciplinary" OR "multidisciplinary" OR "transdisciplinary" OR "team*"

Figure 1 Concepts et mots-clés utilisés de la stratégie de recherche



Critères d'inclusion et d'exclusion

Les articles ont été sélectionnés selon plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion pour la sélection des articles et de la littérature grise étaient :

- ↓ langue anglaise ou française;
publication entre 2010 et 2021;
- ↓ tout article ou site web qui permet de répondre à la question de recherche, soit quelles sont les pratiques collaboratives nécessaires aux interventions en contexte virtuel réalisées par les professionnels de la santé.

Les critères d'exclusion comprenaient l'absence de soins virtuels, l'absence de compétences interprofessionnelles et l'absence de professionnels de la santé. Nous avons également exclu les articles dont nous ne pouvions récupérer le texte intégral par l'intermédiaire des bibliothèques de l'Université de Sherbrooke et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Sélection des études

Avant le processus de sélection des études, deux codeurs (PB et AG) ont effectué une présélection pilote afin de s'assurer qu'ils avaient une compréhension similaire des critères d'éligibilité. Les deux codeurs ont examiné les références de manière indépendante. Une troisième personne (MEP) avait la charge d'arbitrer les divergences entre les deux évaluateurs. Les deux codeurs ont examiné les titres et les résumés et en cas de doute, les articles complets ont été lus pour appliquer les critères de sélection. Les codeurs ont exclu les références qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion susmentionnés et ont conservé toutes les autres références pour une lecture complète. Les codeurs (PB et AG) ont effectué la lecture complète de tous les articles et ont exclu ceux qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Un troisième tour de sélection a été réalisé par deux autres codeurs (VV et MEP) afin de s'assurer de la pertinence des articles sélectionnés. Les articles répondant à tous les critères d'inclusion ont été retenus pour l'extraction des données.

Extraction des données

Les données ont été extraites dans un formulaire électronique piloté et informé par la taxonomie Cochrane adaptée d'EPOC (Effective Practice and Organisation of Care 2015), comprenant les éléments suivants :

- a) caractéristiques générales (exemple : les auteurs, l'année de publication, le pays, la langue);
- b) caractéristiques des études (exemple : conception de l'étude, objectifs, cadre, population);
- c) caractéristiques des cliniques évaluées (exemple : nombre de cliniques qui collaborent, type de clinique).



d) Caractéristiques de la publication en lien avec :

- ↓ les outils utilisés pour les soins virtuels;
- ↓ les pratiques collaboratives en contexte de soins virtuels;
- ↓ la définition de la collaboration;
- ↓ les compétences nécessaires aux pratiques collaboratives en contexte de soins virtuels;
- ↓ les éléments qui facilitent ou qui entravent la CIP en contexte de soins virtuels;
- ↓ les éléments qui facilitent ou entravent l'acquisition de compétences collaboratives en contexte de soins virtuels.

Afin d'extraire ces données, deux grilles d'extraction distinctes ont été construites, soit une pour les données provenant des articles scientifiques et une autre pour les données provenant de la littérature grise. La lecture complète des articles et de la littérature grise (sites internet) et l'extraction de ces documents a été effectuée par un codeur (PB) et la co-extraction a été effectuée par trois codeurs (AM, CC, AB).

Analyse

L'étude de portée permet de synthétiser les preuves de recherche et est utilisée pour regrouper la littérature existante dans un domaine donné²⁴, soit ici les compétences collaboratives en contexte de soins virtuels. Afin d'extraire les informations pertinentes à notre sujet d'étude, un fichier Excel a été créé afin de regrouper les données. Les grilles ont été conçues pour saisir les informations clés des articles et des documents, y compris l'année de publication, le pays concerné, les caractéristiques de l'étude (objectif, population, etc.) ainsi que les éléments spécifiques au sujet de l'étude tels que la description de la collaboration en contexte de soins virtuels, les facilitateurs et les barrières à la CIP en contexte de soins virtuels, les compétences nécessaires à la collaboration en contexte de soins virtuels, etc. Lorsque toutes les données ont été extraites par les codeurs, un document d'annotation qui regroupe les informations importantes par thèmes a été créé par le codeur principal (PB) et présenté aux chercheurs principaux (MEP et YC) et la collaboratrice (VV). Cette rencontre a permis de faire le point sur les résultats préliminaires ainsi que de discuter des thèmes à aborder. Un cercle subséquent de discussions sera également réalisé en septembre 2021 avec l'ensemble des co-checheurs et des utilisateurs des connaissances tel que préconisé par la méthodologie du Joanna Briggs Institute.

Les compétences extraites des articles et des documents provenant de la littérature grise ont été analysées à partir du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme³ (voir figure en annexe).

Les compétences sont définies par l'ensemble des savoirs, des habiletés, des attitudes et des comportements nécessaires à la réussite d'une activité professionnelle, quel que soit la profession de celui qui l'effectue³. Tant en virtuel qu'en présentiel, les professionnels devraient posséder certaines compétences afin qu'ils soient en mesure de collaborer avec leurs collègues de façon efficace. Dans cette étude de portée, les compétences ont été classées et analysées selon les domaines de compétences du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, comme rapporté dans le tableau 2



4. RESULTATS

La stratégie de recherche nous a permis d'identifier 380 articles et 72 sites web. Après le processus de sélection, 31 articles ainsi que 16 sites web et documents gouvernementaux répondant aux critères d'inclusion ont été retenus. Pour illustrer le processus de recherche et de sélection lors de l'étude de portée, nous avons utilisé le diagramme PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*)²² présenté à la figure 2. Tel qu'illustré à la figure 3, 55 % des articles et documents inclus ont été publiés après 2016. La majorité des études (72 %) proviennent des États-Unis ou du Canada (voir figure 4). Tous les articles ont été publiés en anglais et 81 % des documents gouvernementaux et sites web étaient en anglais également. Les autres documents ont été publiés en français.

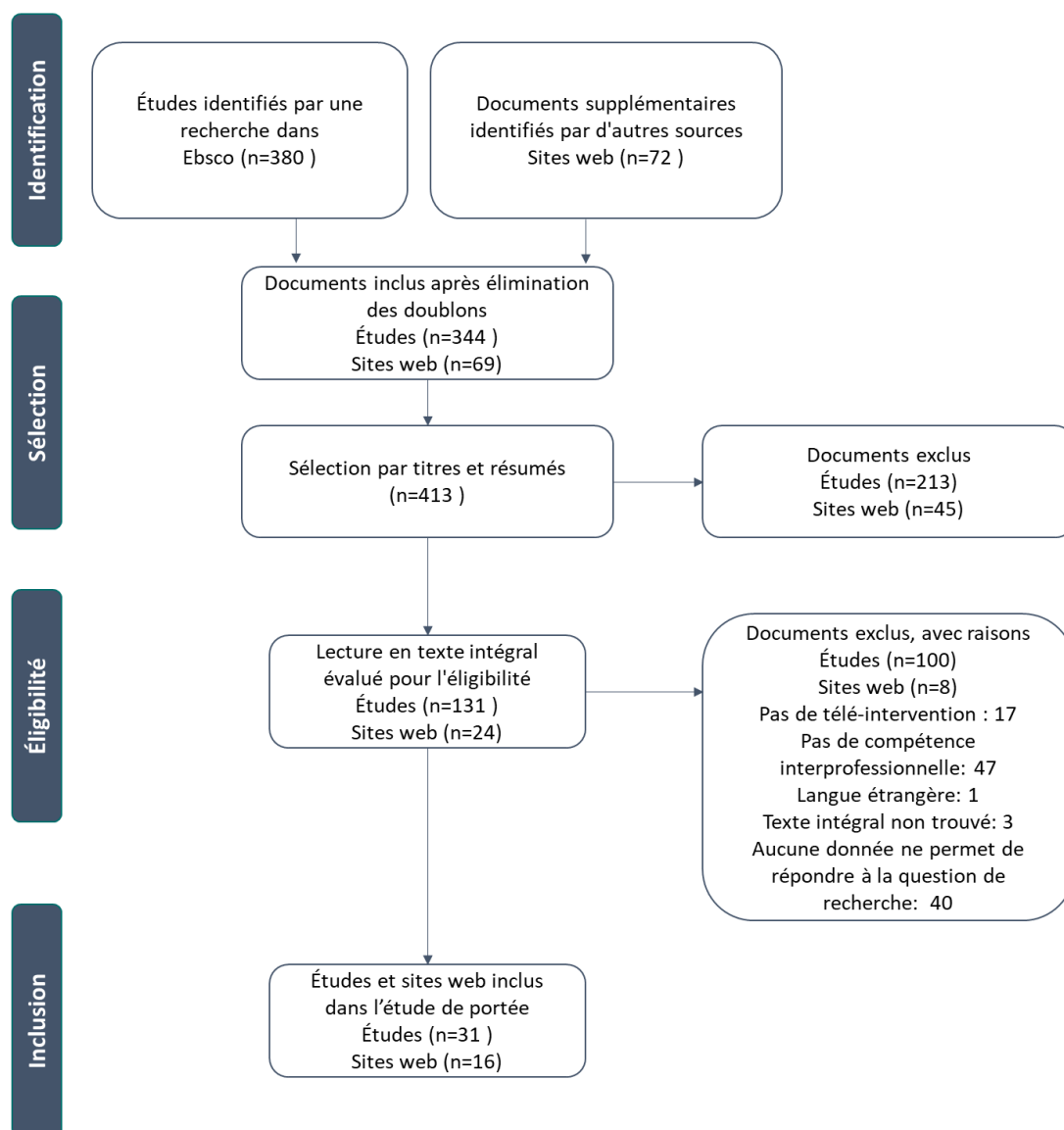


Figure 2 Stratégie de recherche pour identifier les articles et les sites web



Les articles analysés rapportaient l'inclusion de plusieurs professionnels au sein des équipes interprofessionnelles. La majorité d'entre elles incluait des infirmières (85 %) et des médecins (55 %). Les autres professionnels inclus dans les équipes interprofessionnelles mentionnés dans les articles étaient les travailleurs sociaux (30 %), les psychologues/médecins-psychiatres (25 %), les pharmaciens (15 %), les physiothérapeutes (15 %), les autres spécialistes (15 %), les ergothérapeutes (10 %), les professionnels des TIC (10 %), le personnel administratif (5 %), les nutritionnistes (5 %) et les éducateurs spécialisés (5 %).

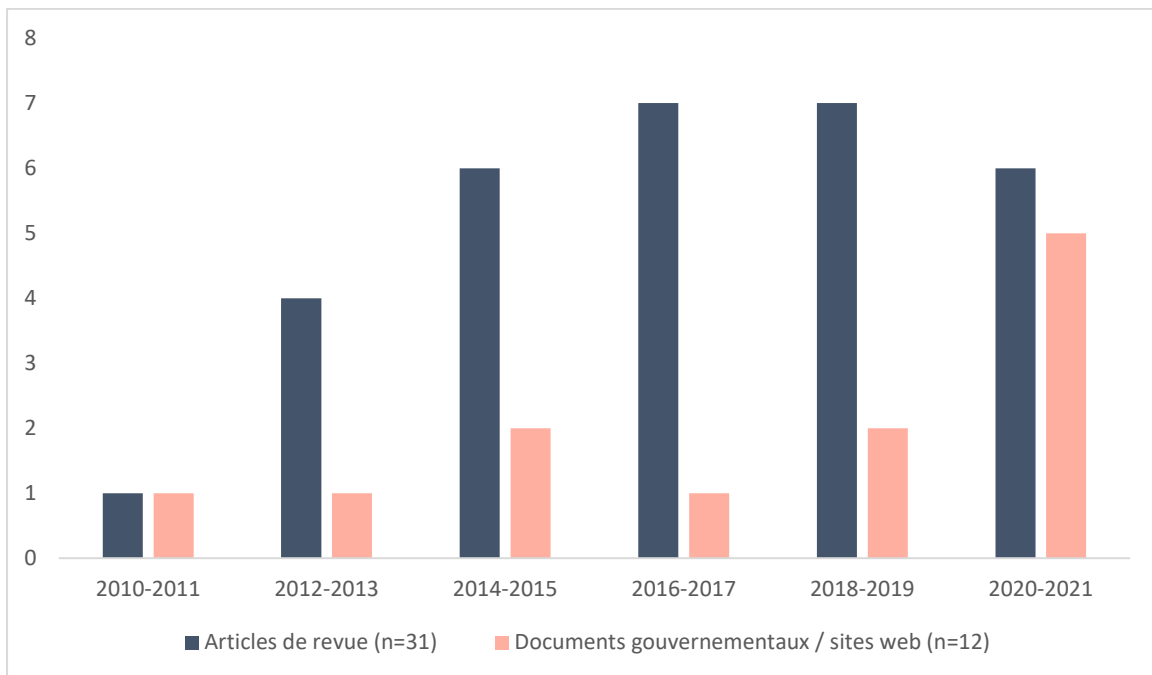


Figure 3 Répartition des années de publication des documents inclus

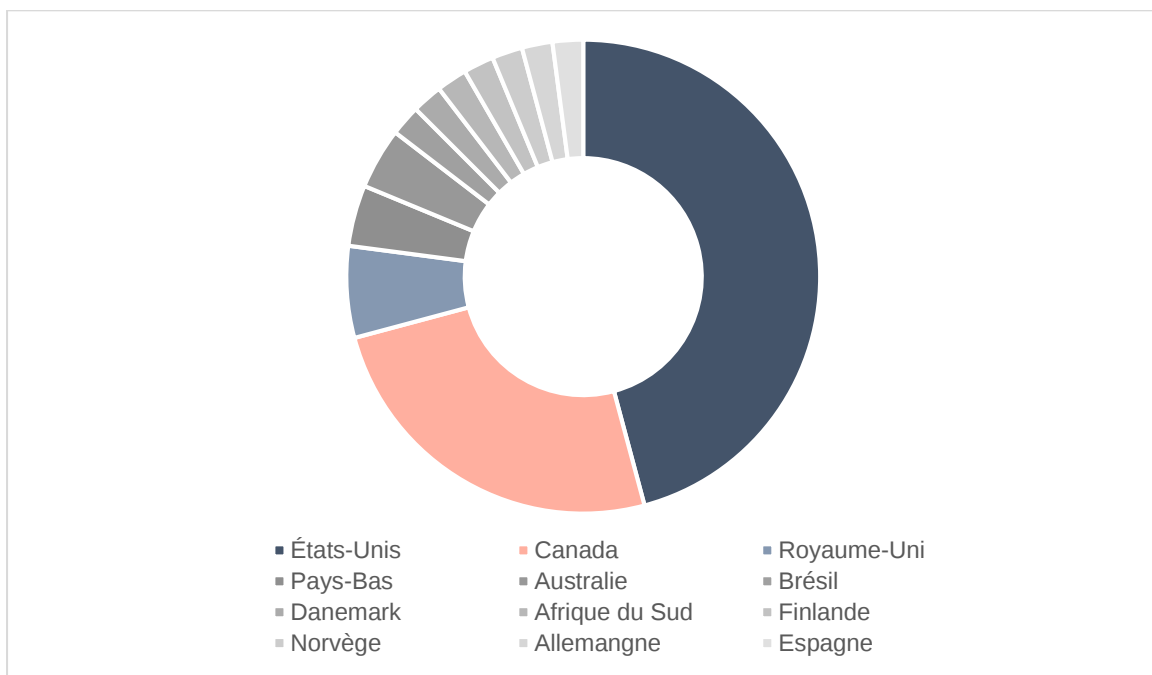


Figure 4 Distribution géographique des articles et des documents inclus



4.1 Description de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soins virtuels

Plusieurs travaux recensés dans le cadre de cette étude de portée concernent la relation entre le patient et le professionnel de la santé en contexte de soins virtuels et peu font directement référence aux compétences collaboratives entre les professionnels. Il a donc été nécessaire de la reconstruire analytiquement. Par exemple, l'étude de Filipova et collaborateurs (2015)²⁵ définit qu'un des bénéfices des soins virtuels consiste à l'amélioration de la CIP. Henry et collaborateurs (2021)²⁶ explorent quant à eux les différentes compétences interpersonnelles à acquérir afin d'optimiser les consultations virtuelles. Les auteurs mentionnent entre autres que la compétence communicationnelle est nécessaire à la pratique des soins virtuels. En effet, elle est primordiale pour une prise de décision partagée avec le patient ainsi que pour favoriser une alliance thérapeutique avec celui-ci. La compétence en communication permet également la présentation et la clarification du rôle de chacun des membres de l'équipe de soins afin de réaliser des rencontres virtuelles efficaces. En contrepartie, les études qui portent sur la collaboration entre les professionnels en contexte de soins virtuels peuvent être catégorisées en deux types de pratiques, soit : 1) l'accès à un spécialiste situé dans un site distant (n=10)^{25, 27-35} et 2) la collaboration entre les professionnels pour le suivi d'un patient à l'aide d'une application mobile ou d'un appareil de soins virtuels (n=10)³⁶⁻⁴⁵.

L'accès à un spécialiste sur un site distant fait référence à une collaboration en temps réel. Par exemple, un gériatre à distance peut guider une infirmière sur place pour les évaluations cognitives, les tests de force et les évaluations physiques chez la patientèle âgée²⁷. Comme les patients âgés présentent généralement une variété de conditions mentales et physiques, une communication étroite entre les infirmières locales et le gériatre est essentielle pour optimiser les soins donnés aux patients²⁷. Également, dans le programme de gestion de perte de poids présenté par Brunacini et collaborateurs (2019)²⁸, des cliniciens satellites internationaux issus de nombreuses disciplines de la santé comme la médecine, la diététique, la psychologie de la santé, la science de l'activité physique et la pharmacie, travaillent ensemble virtuellement pour des collaborations, des consultations et des orientations en fonction des besoins des patients. Les interventions réalisées par chaque membre de l'équipe visent principalement à améliorer l'engagement des patients à l'égard de sa condition²⁸.

La collaboration entre les professionnels pour le suivi d'un patient à via une application mobile ou d'un appareil de soins virtuels pose la question de la faisabilité et des avantages (ou inconvénients) d'utiliser des applications mobiles ou des appareils de soins virtuels. Par exemple, Barakat et collaborateurs (2013)⁴⁵ présentent les compétences nécessaires à l'utilisation d'une technologie de santé en ligne afin d'aider les personnes vieillissantes à demeurer à domicile le plus longtemps possible tandis que L'Espérance et collaborateurs (2016)⁴³ propose une plateforme de gestion du diabète. Brandt et collaborateurs (2018)³⁶ ont quant à eux évalué le succès d'un coaching virtuel sur le changement des habitudes de vie par une équipe interprofessionnelle composée de nutritionnistes, de physiothérapeutes, d'infirmières et d'ergothérapeutes. Les patients qui utilisaient cette application devaient noter leurs objectifs individuels notamment leur activité physique, leur régime alimentaire, leur sommeil, leur douleur, leur respect des objectifs personnels ou toute autre objectif convenu avec le professionnel de la santé³⁶.



4.2 L'impact connu de la collaboration interprofessionnelle en contexte de soins virtuels

Globalement, la collaboration en contexte de soins virtuels entraîne un impact positif pour les patients et les équipes qui ont recours à cette pratique. Un des principaux avantages, selon Allen et collaborateurs (2015)²⁷, est l'effet positif sur l'équité d'accès aux soins dans les communautés rurales ou vulnérables. Grâce à la collaboration à distance, certaines équipes sont désormais mieux outillées pour intervenir lorsque des patients présentent des problématiques de santé complexes²⁹. Le fait d'avoir l'occasion de travailler directement avec des spécialistes ou des professionnels plus expérimentés, malgré le fait qu'ils sont situés à distance, permet aux professionnels d'améliorer leurs compétences en plus de renforcer la confiance des patients envers le plan de soins^{37, 41}.

Pour le patient, un avantage des soins virtuels est l'accès accru à plusieurs professionnels et spécialistes, ce qui permet d'augmenter les services dont il peut bénéficier, et ce, à tout moment et à moindre coût comme présenté dans les études de Nelson et collaborateurs (2011)³¹ et de Slovensky et collaborateurs (2017)⁴⁶. Cela importe particulièrement pour les ressources plus rares dans un territoire.

Les soins virtuels peuvent entraîner des retombées positives sur l'expérience de soins des patients et sur leur santé. Or, lorsqu'elle inclut de la CIP, des effets plus marqués sur l'optimisation des traitements offerts aux patients sont observés. Par exemple, l'étude de Smith- Strøm et collaborateurs (2016)⁴¹ rapporte que la télémédecine en association avec une communication avec d'autres professionnels de la santé améliore les compétences des infirmières à domicile en matière de traitement des plaies en plus d'augmenter la confiance des patients envers les infirmières.

4.3 Les compétences attendues des professionnels collaborant en contexte de soins virtuels

Parmi les six domaines de compétences décrites par le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme³, 23 articles ont rapporté que la communication interprofessionnelle était une compétence essentielle au succès d'une équipe interprofessionnelle en contexte virtuel^{25-27, 29, 30, 32-35, 37-42, 46-51}. Selon le Référentiel national de compétences³, cela est une compétence structurante puisque tous les autres domaines de compétences attendues des professionnels doivent être soutenues par la communication interprofessionnelle. L'autre compétence la plus fréquemment citée dans les articles retenus concerne les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté (voir tableau 2).


Tableau 2 : Compétences rapportées par documents inclus

Compétences rapportées provenant du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme ³	Études et documents inclus dans l'étude Premier auteur (année)
COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE (n=23)	Allen (2015) ²⁷ , Avey (2013) ³⁵ , Barakat (2013) ⁴⁵ , Barbosa (2017) ³⁴ , Bruneau (2020) ²⁹ , Crumley (2018) ³³ , Filipova (2015) ²⁵ , Galpin (2020) ³² , Goran (2012) ³⁷ , Hilty (2020) ²⁶ , Hilty (2018) ⁴⁴ , Kujula (2019) ⁴⁷ , Lazzara (2015) ⁴² , Pappas (2019) ³⁰ , Shortridge (2016) ³⁸ , Skiba (2014) ³⁹ , Slovensky (2017) ⁴⁶ , Smith-Strøm (2016) ⁴¹ , Thye (2018) ⁴⁸ , Wong (2020) ⁴⁰ , Association of American Medical Colleges (2021) ⁴⁹ , Canadian Patient Safety Institute (2020) ⁵⁰ , Virtual Care Task Force (2020) ⁵¹
SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE, SES PROCHES ET LA COMMUNAUTÉ (n=18)	Allen (2015) ²⁷ , Avey (2013) ³⁵ , Brunacini (2019) ²⁸ , Bruneau (2020) ²⁹ , Fraser (2017) ⁵² , Galpin (2020) ³² , Henry (2021) ⁵³ , Hilty (2018) ⁴⁴ , Kujula (2019) ⁴⁷ , Shortridge (2016) ³⁸ , Skiba (2014) ³⁹ , Slovensky (2017) ⁴⁶ , Smith-Strøm (2016) ⁴¹ , van Houwelingen (2016) ⁵⁴ , Vessey (2015) ⁵⁵ , Integrated People-Centred Health Services (2018) ⁵⁶ , American Psychiatric Association (2020) ⁵⁷ , The College of Family Physicians of Canada (2021) ⁵⁸ , Virtual Care Task Force (2020) ⁵¹
TRAVAIL D'ÉQUIPE (n=14)	Allen (2015) ²⁷ , Avey (2013) ³⁵ , Barbosa (2017) ³⁴ , Brunacini (2019) ²⁸ , Bruneau (2020) ²⁹ , Goran (2012) ³⁷ , Hilty (2020) ²⁶ , Pappas (2019) ³⁰ , Shortridge (2016) ³⁸ , Skiba (2014) ³⁹ , Slovensky (2017) ⁴⁶ , Smith-Strøm (2016) ⁴¹ , Vessey (2015) ⁵⁵ , Wong (2020) ⁴⁰ , Virtual Care Task Force (2020) ⁵¹
CLARIFICATION DES RÔLES (n=7)	Corriveau (2020) ⁵⁹ , Crumley (2018) ³³ , Gifford (2012) ⁶⁰ , Goran (2012) ³⁷ , Pappas (2019) ³⁰ , Skiba (2014) ³⁹ , Vessey (2015) ⁵⁵
LEADERSHIP COLLABORATIF (n=6)	Bruneau (2020) ²⁹ , Crumley (2018) ³³ , Nelson (2011) ³¹ , Pappas (2019) ³⁰ , Smith-Strøm (2016) ⁴¹ , Thye (2018) ⁴⁸
RESOLUTION DE CONFLIT INTERPROFESSIONNEL (n=1)	Goran (2012) ³⁷



4.3.1 Compétences essentielles à développer pour faciliter la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle en contexte de soins virtuels

Par ailleurs, pour plusieurs auteurs (n=17)^{26, 29, 31-33, 35, 37-39, 41-47, 54}, une importante compétence spécifique à la CIP en contexte virtuel est la compétence technologique. Cette compétence procédurale est souvent absente ou partielle et nécessite donc une attention particulière. Hilty et collaborateurs (2020)²⁶ rapportent à ce propos que *l'Institute of Medicine* lie étroitement la capacité de travailler en équipe interprofessionnelles et la littératie aux technologies de l'information. Skiba et collaborateurs (2015)³⁹ soulignent également l'importance de l'amélioration continue de la qualité concernant l'utilisation des technologies de communication et des processus de travail d'équipe. Enfin, van Houwelingen et collaborateurs (2016)⁵⁴ soutiennent que le développement continu des compétence est essentiel, notamment en regard du développement rapide des nouvelles technologies. Les professionnels de la santé devraient ainsi posséder toutes les compétences nécessaires pour intégrer les technologies dans leur pratique pour ainsi favoriser les échanges entre collègues en contexte virtuel⁵⁴.

Selon plusieurs auteurs, la compétence communicationnelle, au cœur de toute CIP, constitue également la pierre angulaire des compétences requises pour optimiser la CIP en contexte virtuel (voir tableau 2). D'ailleurs, tel que rapporté par Barakat et collaborateurs (2013)⁴⁵, les professionnels doivent s'engager dans une communication régulière pour faciliter le travail en commun avec d'autres fournisseurs de soins de santé, et ce, malgré le fait que des technologies de santé en ligne soient mises en place. Ces technologies sont souvent instaurées afin de faciliter le partage d'information entre les organisations, mais ce partage ne doit pas s'effectuer au détriment de la communication verbale entre les professionnels⁴⁵.

Une autre compétence rapportée par plusieurs auteurs correspond à la capacité de prodiguer des soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté. En lien avec cet aspect, Henry et collaborateurs (2021)⁵³ estiment que la théorie de la présence sociale permet de fournir un contexte social pour la communication médiatisée par ordinateur ou autre appareil de télécommunication. Selon cette théorie qui stipule que la présence revêt une dimension sociale essentielle, le fait d'être à distance pourrait avoir des implications cognitives sur les soins centrés sur le patient, particulièrement en lien avec la communication verbale et non verbale qui pourrait être différente en contexte de soins virtuels. Enfin, toujours selon cette théorie, le développement d'une relation thérapeutique pourrait être plus difficile à établir en contexte de soins virtuels⁵³. Selon Skiba et collaborateurs (2014)³⁹, les soins centrés sur le patient est l'objectif de la CIP et est au cœur des compétences pour la pratique collaborative en matière d'interprofessionnalisme. Par exemple, des activités de formation interprofessionnelles pourrait favoriser la communication à l'aide du dossier médical électronique et pourrait permettre au professionnel d'identifier des outils permettant d'impliquer les patients dans leurs soins.

La capacité de travailler en équipe représente une autre compétence importante à développer, et ce, tant en présentiel qu'en virtuel. En lien avec le virtuel, Slovensky et collaborateurs (2017)⁴⁶ ont constaté que la capacité de tous les professionnels de la santé à travailler efficacement au sein d'une



équipe de soins de santé intégrée et collaborative, qui valorise la diversité et la compétence culturelle et essentielle à la réussite du modèle de soins de santé actuel. Les auteurs rapportent également qu'une équipe efficace est capable d'utiliser plusieurs modèles de prestation, y compris le modèle virtuel⁴⁶.

La clarification des rôles s'est avéré un élément très important pour plusieurs auteurs de cette étude. En effet, Goran et collaborateurs (2012)³⁷ ont souligné que la proximité entre collègues est primordiale pour former une véritable équipe et qu'il est essentiel de valoriser le rôle, les connaissances et l'expertise que chaque membre peut apporter. Au contraire, tel que rapporté par Corriveau et collaborateurs (2020)⁵⁹, lorsque les professionnels ne perçoivent aucune reconnaissance ou qu'ils ont l'impression de ne recevoir que des commentaires négatifs concernant leur rôle, il peut en résulter un manque de motivation et un niveau de confiance moins élevé. Le niveau de confiance entre les différents membres d'une équipe interprofessionnelle peut donc avoir un impact négatif sur leur désir de collaborer⁵⁹.

Enfin, le volet leadership collaboratif s'est également révélé être une compétence importante à développer pour qu'une équipe de soins soit en mesure d'être efficace en contexte de soins virtuels. En effet, Crumley et collaborateurs (2018)³³ ont rapporté que la télémédecine implique généralement une interaction tripartite entre le patient, le médecin et le télé-expert à distance. Pappas et collaborateurs (2019)³⁰ ont eux aussi rapporté dans leur étude que la télémédecine apparaît être un environnement idéal pour la prise de décision partagée car elle permet aux cliniciens et au patient de communiquer collectivement sur les soins du patient.

4.3.2 Compétence peu visée dans les écrits scientifiques

De toutes les compétences provenant du Référentiel national en matière d'interprofessionalisme³, la résolution de conflits interprofessionnels n'est abordée que par Goran et collaborateurs (2012)³⁷. Les auteurs notent d'ailleurs que lorsqu'il est question de réticence au niveau de la collaboration à distance, il est essentiel de développer des stratégies de communication favorisant les discussions entre les parties, tout en encourageant l'échange et le respect mutuel.

4.4 Facilitants et barrières à la collaboration interprofessionnelle en contexte virtuel

Par l'analyse des articles nous avons extrait les facilitants et les barrières à la CIP. Ils sont présentés dans le tableau 3.

4.4.1 Facilitants

Tout d'abord, les études incluses rapportent que les éléments suivants facilitent la CIP en contexte de soins virtuels : la présence d'un champion dans le milieu clinique^{25, 29, 31, 35, 47}, l'évaluation fréquente des besoins en lien avec les technologies et la formation des professionnels^{34, 37, 40, 45, 59} et la promotion des avantages reliés à l'utilisation de la technologie^{37, 45, 47, 57, 59}.

La présence d'un membre de l'équipe qui prend le rôle de champion revient très souvent comme ingrédient clé de la réussite de la CIP en contexte de soins virtuels^{25, 29, 31, 35, 47}. Par exemple, tel que



mentionné par Filipova et collaborateurs (2015)²⁵, le fait d'avoir un membre du personnel qui soit le « champion » de la télémédecine pourrait sensibiliser les membres du personnel à l'utilité des soins virtuels. Le champion est entre autres responsable d'organiser des réunions mensuelles avec le personnel sur l'utilisation de la télémédecine²⁵.

Plusieurs auteurs ont également rapporté qu'il est primordial que les professionnels soient formés adéquatement à la communication à distance^{34, 37, 40, 45, 59}. Il y a donc un besoin en terme de formation et le fait d'y répondre de façon adéquate constitue un facilitant majeur à l'adoption de nouvelles pratiques collaboratives³⁴. Corriveau et collaborateurs (2020)⁵⁹ expliquent également que la pratique et l'expérience sont perçues comme cruciales pour le développement des compétences collaboratives en contexte virtuel car la pratique consolide les acquis et l'expérience renforce et facilite la pratique ultérieure. Le fait d'être formé adéquatement permet également d'adopter une attitude positive et confiante envers la technologie, ce qui a une influence positive sur le développement des compétences³⁷.

Enfin, le fait de disposer d'un équipement fiable, précis et facile d'utilisation^{57, 61} ainsi que d'un soutien professionnel d'une personne compétente en informatique et technologie⁴⁰ sont d'autres éléments qui facilitent la mise en œuvre d'une collaboration en contexte virtuel efficiente et efficace.

4.4.2 Barrières

Du côté des barrières, les auteurs ont noté plusieurs éléments qui ont été perçus comme des barrières à la collaboration en contexte virtuel. Par exemple, le manque de connaissances de la technologie est un élément identifié dans six études^{34, 35, 41, 43, 45, 59}. Dans celle de Corriveau et collaborateurs (2020)⁵⁹, ce manque de connaissances a entraîné chez les infirmières une diminution de la motivation, une augmentation de l'anxiété et l'annulation de cliniques de formation virtuelles. Ce manque de connaissances peut être expliqué en partie par le manque d'enseignement de l'informatique dans les cursus respectifs des professionnels de la santé³⁹ et par un défaut de soutien technologique. Les difficultés technologiques ont d'ailleurs été identifiés comme un des plus grand défi à la mise en place d'un système efficace de collaboration en contexte de soins virtuels^{29, 34, 40}. Bruneau et collaborateurs (2020)²⁹ ont décrit qu'une mauvaise qualité sonore et une mauvaise connexion internet étaient considérées comme des freins importants. Wong et collaborateurs (2020)⁴⁰ ont également décrit que des problématiques sont souvent rapportées concernant la qualité du son et de l'image lors des vidéoconférences entre les professionnels, ce qui peut entraver la qualité de la collaboration.

Six études ont rapporté que l'absence d'une relation de confiance entre les professionnels est une condition défavorable aux soins virtuels^{26, 34, 36, 38, 52, 57}. Cette relation de confiance semble d'ailleurs plus difficile à établir virtuellement³⁶. Par exemple, dans l'étude de Barbosa et collaborateurs (2017)³⁴, les professionnels ont déclaré que la distance complique le processus de communication parce qu'il est plus difficile de développer une relation de confiance en contexte virtuel en raison de l'absence d'interactions interpersonnelles en personne³⁴. Il semble également que la difficulté de bien prendre en considération la dimension non verbale qu'entraîne le travail en virtuel peut rendre la communication plus difficile³⁴. Cela confirme que la distance physique entre les professionnels lors des interactions à distance peut compromettre la richesse et la complexité du contact visuel, des



regards, de la posture, des expressions faciales et du positionnement du corps, c'est-à-dire des indices qui pourraient modifier le sens des expressions verbales^{34, 45}. En présence d'une relation professionnelle préexistante, il est plus facile pour les professionnels de se diriger vers un collègue pour collaborer virtuellement⁵².

Une autre barrière à la CIP porte sur la gestion du changement lors de la mise en place d'une nouvelle technologie ou d'une nouvelle méthode de travail au sein d'une équipe. L'Espérance et collaborateurs (2016)⁴³ rapporte que l'utilisation d'une nouvelle plateforme virtuelle collaborative demandait beaucoup de temps et alourdissait leur charge de travail⁴³. Les professionnels ont indiqué qu'il fallait faire un effort supplémentaire pour répondre aux téléchargements de résultats de diabète des patients en dehors des heures de consultation ainsi que pendant les heures de consultation⁴³. Le soutien technique offert aux professionnels est donc essentiel afin que le virtuel ne soit pas une cause d'alourdissement de la charge cognitive au travail. Une autre barrière identifiée concerne l'absence de financement pour les soins basés sur la santé en ligne^{25,45}. Effectivement, Filipova et collaborateurs (2015)²⁵ rapportent qu'en raison des nombreuses priorités financières concurrentes et de l'absence d'incitatifs financiers, les institutions de soins de santé sont moins enclines à investir dans des systèmes technologiques qui permettent de communiquer virtuellement. Ceci entraîne un retard important dans la prestation de soins virtuels de même que dans la collaboration entre les professionnels à distance⁴⁵.

Tableau 3 : Barrières et facilitateurs à la CIP en contexte de soins virtuels

Facilitants	Barrières
Présence d'un champion dans le milieu clinique ^{25, 29, 31, 35, 47}	Manque de connaissance de la technologie ^{34, 35, 41, 43, 45, 59}
Réalisation d'activité favorisant l'engagement de l'équipe interprofessionnelle ^{25, 28}	Manque de temps ^{34, 43}
Évaluer régulièrement les besoins et les exigences en matière de formation dans le contexte des technologies émergentes changeantes et fournir la formation nécessaire aux professionnels ^{34, 37, 40, 45, 59}	Manque de confiance des professionnels en leur propres compétences ³⁷
Promouvoir les avantages à l'utilisation de la technologie pour collaborer par un leadership positif et une attitude confiante envers la technologie ^{37, 45, 47, 57, 59}	Relation de confiance plus difficile à établir ^{26, 34, 36, 38, 52, 57}
Disposer d'un équipement technologique fiable et précis ^{57, 61}	Réticence à la collaboration / réticence au changement ^{29, 37, 45, 61}
Disposer du soutien professionnel d'une personne compétente et disponible pour résoudre les problèmes technologiques (exemple : professionnel de l'informatique et des technologies) ⁴⁰	Difficultés technologiques (qualité du son, lenteur du réseau) ^{29, 34, 40, 43, 45, 61}



4.5 Formation initiale des professionnels

Plusieurs études ont rapporté des lacunes importantes concernant la formation initiale des professionnels pour en contexte virtuel^{29, 34, 38, 39, 41, 43, 46, 47}. Slovensky et collaborateurs (2017)⁴⁶ stipulent entre autres, que trop souvent, les établissements d'enseignement partent du principe que les cliniciens vont acquérir des compétences en contexte virtuel « sur le tas » ou que les étudiants qui ont grandi avec la technologie peuvent faciliter la transition vers les pratiques professionnelles avec les technologies. Cependant, des études rapportent que la pratique collaborative virtuelle est un phénomène technologique majeur en croissance rapide et encore méconnu par les professionnels, ce qui mérite une réforme éducative importante des programmes d'études en santé^{39, 46}. Wong et collaborateurs (2020)⁴⁰ ont d'ailleurs constaté que la formation à l'animation de téléconférences interprofessionnelles chez les résidents en médecine avait augmenté la probabilité déclarée d'utiliser ce type de collaboration dans le futur.

4.6 Éthique et collaboration interprofessionnelle

Le partage d'information relative aux patients dans un système de santé en ligne soulève des questions chez les utilisateurs à propos de la vie privée et de la confidentialité des patients⁶². Lorsque le professionnel de la santé est tenu d'impliquer d'autres professionnels alors qu'il prend des décisions liées aux soins, il doit s'assurer que les informations sur la santé du patient sont partagées de façon responsable⁶³. À ce propos, selon Barakat et collaborateurs (2013)⁴⁵, il est pertinent de se référer à la norme ISO 13606 Informatique de santé – Communication du dossier de santé informatisé⁶⁴. Pourtant, bien qu'une norme soit créée pour pallier les problématiques éthiques, cette composante ainsi que la protection et la sécurité des données n'apparaissent pas comme des compétences communes selon Thye et collaborateurs (2018)⁴⁸. Les risques pour la sécurité des patients et la réputation des professionnels sont toutefois réels⁶⁵. Des mesures doivent être prises par les organisations pour atténuer ces risques⁶⁵. Il est recommandé par Lewis et collaborateurs (2014)⁶⁵ de débiter par l'éducation des professionnels de la santé sur les risques posés par les applications médicales ou de santé, et ce, avant d'être face à une situation où un patient a été lésé lors de l'utilisation d'une application médicale ou de santé.

Au Canada, les différentes associations médicales telles que le Collège des médecins de famille du Canada, l'association médicale Canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada⁵¹ ont d'ailleurs émis la recommandation d'élaborer un cadre pour la protection de la vie privée et la sécurité afin de soutenir le développement des soins virtuels pancanadiens⁵¹.

4.7 Engagement du patient

Selon Pappas et collaborateurs (2019)³⁰, le modèle de soins centrés sur le patient mettant l'accent sur l'autonomie du patient, le consentement éclairé et la responsabilisation permet d'augmenter l'engagement de ceux-ci à l'égard de leur plan de traitement. C'est d'ailleurs un élément qui a été abordé par plusieurs auteurs analysés par la présente étude de portée^{30, 36, 39, 41, 43, 48, 51, 66}. Effectivement, en contexte virtuel, les patients estiment que leur participation à un programme de soins collaboratifs leur permet de jouer un rôle plus actif dans leur plan de soins⁴³. Certains patients



et professionnels estiment qu'une rencontre initiale en personne est essentielle afin d'initier le coaching numérique entre le patient et le professionnel³⁶ et d'établir une forte relation empathique entre le patient et le professionnel³⁶.

L'Espérance et collaborateurs (2016)⁴³ ont également décrit certains avantages pour les patients offerts par la technologie tels que le renforcement de l'autonomie en matière d'autogestion de la maladie, le renforcement des liens avec le professionnel ainsi que la perception d'un meilleur contrôle de la maladie. Les patients de l'étude de l'Espérance et collaborateurs (2016)⁴³ se sont également heurtés à certains obstacles tels que des difficultés technologiques, des enjeux de littératie et d'inégalités numériques, provoquant une sous-utilisation de la technologie faute de connaissances ou en raison de malaises à poser des questions.

5. DISCUSSION ET REPERCUSSIONS

Afin que le nouveau contexte virtuel de soins ne soit pas responsable de faire régresser les institutions de santé en matière de CIP, les gestionnaires et les décideurs devraient fournir au personnel de soins la formation et les outils nécessaires à collaborer de manière efficace dans un tel contexte. Également, les établissements d'enseignement devront travailler en amont pour fournir aux étudiants une formation adéquate en termes de technologie numérique et de compétences collaboratives.

Les compétences nécessaires à la CIP sont bien documentées, tel décrit dans le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme³. Ces compétences peuvent facilement se transposer tant dans un contexte présentiel que virtuel. La façon de les opérationnaliser diffère toutefois que les professionnels soient en personne ou en soins virtuels. La majorité des compétences nécessaires pour une CIP efficace ont aussi été décrites dans les écrits analysés par notre étude. Or, un résultat intéressant de cette étude est la quasi-absence d'études traitant de la résolution de conflits interpersonnels en contexte de soins virtuels. Il s'agit pourtant d'une partie importante de la réussite des équipes au quotidien et de la qualité des soins offerts aux patients.⁶⁷ Une incapacité à résoudre des conflits en milieu de travail entraîne une augmentation du taux d'absentéisme et plus de roulement de personnel,⁶⁸ en plus d'une baisse de performance et d'engagement^{69, 70}. Alors que le travail en présentiel offre plus d'occasions spontanées de résolution de conflits, le travail en virtuel exige une préméditation et une préparation à échanger qui ne sont pas forcément mise de l'avant par les professionnels ou les gestionnaires.

Un autre problème rencontré et bien documenté dans cette étude réfère à l'accessibilité et les inégalités numériques. Bien que le progrès technologique améliore l'utilisation des technologies pour réaliser les soins virtuels, il semble que des enjeux reliés à l'accès à de l'équipement approprié et un manque de soutien technique entrave le déploiement efficace de la CIP en contexte de soins virtuels⁷¹. Tel que rapporté dans les études incluses, les instances politiques doivent s'assurer que les professionnels et les patients possèdent les conditions optimales pour utiliser le virtuel pour communiquer avec leurs collègues. Ils doivent compter sur un accès internet et du matériel performant ainsi que sur une personne disponible fournissant un soutien technique adéquat. Le virage



technologique et la pandémie de la COVID-19 accentue ces besoins et l'urgence d'y répondre. Il est en effet possible d'observer une certaine inégalité d'accès numérique, notamment entre les régions urbaines et rurales ou selon les classes sociales ou les types de professionnels. Cette disparité est bien documentée dans les écrits scientifiques, particulièrement aux États-Unis, au Canada et en Australie⁷²⁻⁷⁵. Compte tenu du fait que les professionnels vivant dans les régions éloignées bénéficient souvent de services de technologie numérique de plus piètre qualité que ceux vivant dans des régions urbaines, il est possible que la collaboration en contexte de soins virtuels en soit impactée négativement et qu'elle renforce les inégalités de santé⁷⁶. Par exemple, la communication pourrait être plus difficile à établir entre les professionnels des régions rurales et les spécialistes des milieux urbains. Afin que les soins prodigués dans un contexte virtuel n'aient pas d'impact négatif sur la CIP, il est impératif que les professionnels fournissant les soins de santé soient en mesure de bénéficier d'un accès suffisant aux technologies numériques ainsi qu'à un soutien technique adéquat⁷¹.

Le gouvernement, les ordres professionnels et les institutions académiques devront mieux former et encadrer les professionnels à la CIP en contexte de soins virtuels. Notre étude démontre clairement que les professionnels ne se sentent pas complètement compétents à utiliser les outils technologiques dans une perspective de CIP en contexte virtuel. De plus, l'idée préconçue que les professionnels plus jeunes ayant grandi avec la technologie détiennent ces compétences semble fausse⁴⁶. Il faut donc que les institutions d'enseignement incluent le développement des compétences reliées à la CIP en contexte de soins virtuels au curriculum initial des futurs professionnels de la santé. De plus, les ordres professionnels doivent encadrer et promouvoir la formation continue visant le développement et le maintien de ces mêmes compétences.

6. CONCLUSION

Cette étude de portée visait à explorer les compétences que doivent posséder les professionnels de la santé et des services sociaux afin de maintenir une pratique collaborative interprofessionnelle lorsqu'ils exercent en contexte de soins virtuels. Avec la progression fulgurante des soins virtuels en raison de la pandémie de COVID-19, il est essentiel de se prémunir contre un retour vers des pratiques en silo qui seraient valorisées par des technologies trop peu sensibles à la CIP.

Le premier constat de cette étude révèle que les soins virtuels sont de prime à bord avantageux à la fois pour le patient mais aussi pour les professionnels. En effet, ceux-ci ont le potentiel de rendre plus équitables les soins accessibles aux patients (exemple : rural par rapport à urbain) en plus d'offrir une occasion de développement de compétences pour les professionnels en étant en contact avec d'autres professionnels.

Afin de maintenir une CIP efficiente, plusieurs compétences devant être développées, consolidées ou adaptées au contexte virtuel ont été identifiées par cette étude de portée.

Afin de favoriser le transfert de compétences à la CIP acquises dans le passé, la compétence technologique est la pierre d'assise d'une CIP adaptée en soins virtuels. En effet, lorsqu'elle est



déficiente, l'utilisation des outils technologiques devient un irritant majeur et freine la communication entre les professionnels et donc la CIP. En plus d'une formation adéquate, les écrits scientifiques proposent l'identification d'un « champion » dans le milieu afin de faciliter l'implantation des soins virtuels et pour motiver les professionnels à utiliser les outils technologiques. D'ailleurs, il est également démontré que les infrastructures technologiques doivent être appropriées et performantes afin de permettre aux professionnels d'exercer leur pratique et de collaborer avec leurs collègues.

Parmi les compétences générales présentées par le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, la communication interprofessionnelle est la plus citée dans les écrits explorés. Cette dernière est donc reconnue comme étant primordiale à la CIP en contexte de soins virtuels. La communication entre les professionnels ayant déjà établi une relation de confiance semble d'ailleurs plus facile que lorsqu'il n'y a pas de relation préexistante lors du passage à la CIP en contexte virtuel. Les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté ainsi que le travail d'équipe sont également largement explorés. La classification des rôles et le leadership collaboratif quant à eux semblent être moins présents et pourraient faire l'objet d'une étude plus approfondie. Enfin, la présence d'une stratégie de résolution de conflits interprofessionnels, n'ayant été abordée que dans une seule étude, devrait être davantage explorée puisque les soins virtuels n'entraînent pas moins de conflits entre les collègues que les soins en présentiel.

Au regard de cette étude de portée, il semble important d'explorer les outils technologiques qui permettraient non seulement de prodiguer les soins virtuels mais également de favoriser la CIP. Ces outils doivent être réfléchis pour soutenir la CIP et l'intersectorialité et non seulement pour faciliter le contact avec quelqu'un à distance. Une meilleure réflexion en amont de la création de ces outils permettrait également de les rendre compatibles avec d'autres outils actuellement utilisés dans le cadre de la pratique des professionnels de la santé (exemple : outils pour évaluation, dossiers électroniques). Une intégration des outils ou à tout le moins leur plus grande convergence, permettrait d'en diminuer le nombre à utiliser et augmenter l'agilité des professionnels.

Enfin, il semble évident que les soins virtuels sont bien présents et ne sont pas près de disparaître. Ainsi, il est indispensable de mieux accompagner les professionnels à intégrer cette nouvelle pratique dans leur quotidien, en les soutenant dans le développement de leurs compétences et en leur fournissant une infrastructure adéquate. Les soins virtuels représentent davantage que le simple fait de pouvoir parler à quelqu'un qui n'est pas au même endroit. Ils doivent être pensés et conçus pour refléter ce qui se passe dans les milieux cliniques sans laisser de côté certaines composantes de la pratique.



7. ACTIVITES DE MOBILISATION DES CONNAISSANCES

Afin de maximiser l'utilisation des constats de cette étude de portée, nous avons prévu plusieurs stratégies de mobilisation des connaissances. Nous privilégierons différents médiums et formats afin de rejoindre le plus large éventail d'auditoire possible.

Nous produirons en premier lieu une page vulgarisée (*onepage*) résumant les résultats de l'étude qui pourra être partagée sur les médias sociaux de la Chaire de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires ([Facebook](#) et [Twitter](#) : 536 abonnés). Puis, une capsule vidéo sera produite en collaboration avec les utilisateurs de connaissances de cette étude, Laurie Fortin et Julie Racine afin d'aider les milieux à cibler des priorités de travail pour améliorer la CIP en contexte virtuel. Ces dernières pourront également proposer des modèles de transfert de connaissances adaptés aux milieux concernés.

Une note de synthèse (*policy brief*) présentera des options politiques pour faire face aux problématiques soulevées par cette étude. Ces recommandations pourront aider les décideurs du ministère de la Santé et des Services sociaux à choisir la meilleure option.

Un article scientifique est actuellement en rédaction et sera publié au cours de la prochaine année. Les résultats seront également présentés dans le cadre du congrès de la *Collaborative Family Healthcare Association* en automne 2021 et de la Journée annuelle de Réseau-1 Québec en 2022.

L'ensemble des outils de transfert de connaissances sera également disponible sur le site web de la Chaire de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires (poitraslab.com).



BIBLIOGRAPHIE

1. Reeves, S., et al., *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes*. The Cochrane database of systematic reviews, 2017. **6**(6): p. CD000072-CD000072.
2. Glardon, O.-J., *Rapport du groupe thématique " Interprofessionnalité"*. 2018: Éditions universitaires européennes.
3. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. 2010.
4. Carney, P.A., et al., *The benefits of interprofessional learning and teamwork in primary care ambulatory training settings*. Journal of Interprofessional Education & Practice, 2019. **15**: p. 119-126.
5. Supper, I., et al., *Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors*. Journal of public health, 2015. **37**(4): p. 716-727.
6. Goldman, J., et al., *Interprofessional collaboration in family health teams: an Ontario-based study*. Canadian Family Physician, 2010. **56**(10): p. e368-e374.
7. Carrier, J., Poitras, ME., Girard, A., Lesage, A., Cormier, C., & Berbiche, D., *Outpatient follow-up practices and the well-being of primary care and mental health nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey*. International journal of Nursing Studies. . 2021.
8. Couturier, Y. and L. Belzile, *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. 2018: Les Presses de l'Université de Montréal.
9. Johnson, K.F. and L. Mahan, *A qualitative investigation into behavioral health providers attitudes toward interprofessional clinical collaboration*. The journal of behavioral health services & research, 2019. **46**(4): p. 636-647.
10. Fortin, M., et al., *Scaling up patient-centered interdisciplinary care for multimorbidity: a pragmatic mixed-methods randomized controlled trial*. The Annals of Family Medicine, 2021. **19**(2): p. 126-134.
11. Hopkins, D., *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. 2010: WHO.
12. Lemire, F. and J. Sisler, *L'intégration des soins virtuels en médecine de famille*. Canadian Family Physician, 2020. **66**(2): p. 151-151.
13. Ministère de la santé et des services sociaux, *Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19*. 2020.
14. Opatrny L, Forgues M, and F. R, *Plan provincial de reprise des activités cliniques secteur première ligne médicale*. 2020, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), : Québec.
15. Collège des médecins du Québec, *Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19*. 2020: Québec.
16. Poitras ME et al., *Changement des pratiques de suivi et bien-être des infirmières en contexte COVID-19*. 2020.
17. Breton, M. and C. Hudon, *La première vague de Covid-19 au Québec et les soins primaires*. Rev Med Suisse, 2020. **16**: p. 2131-2134.
18. Schwamm, L.H., et al., *Virtual care: new models of caring for our patients and workforce*. The Lancet Digital Health, 2020. **2**(6): p. e282-e285.
19. Jnr, B.A., *Use of telemedicine and virtual care for remote treatment in response to COVID-19 pandemic*. Journal of Medical Systems, 2020. **44**(7): p. 1-9.
20. Jones, M.S., et al., *Inpatient transition to virtual care during COVID-19 pandemic*. Diabetes technology & therapeutics, 2020. **22**(6): p. 444-448.
21. Wong, A., et al., *Patient care during the COVID-19 pandemic: Use of virtual care*. Journal of Medical Internet Research, 2021. **23**(1): p. e20621.



22. Tricco, A., et al., *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation*. Ann Intern Med, , 2018(169): p. 467–473.
23. Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et de services sociaux*. Publication Québec, 2020.
24. Grant, M.J. and A. Booth, *A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies*. Health information & libraries journal, 2009. **26**(2): p. 91-108.
25. Filipova, A.A., *Health information exchange capabilities in skilled nursing facilities*. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 2015. **33**(8): p. 346-358.
26. Hilty, D., et al., *A framework for competencies for the use of mobile technologies in psychiatry and medicine: scoping review*. JMIR mHealth and uHealth, 2020. **8**(2): p. e12229.
27. Allen, M., et al., *Nurses: Extending Care through Telehealth*. Journal of Communication and Computer, 2015. **12**: p. 117-122.
28. Brunacini, K., *Implementation of a virtual patient-centered weight loss maintenance behavior competency assessment in adults with obesity*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2019. **31**(12): p. 752-759.
29. Bruneau, M.-A., et al., *A coaching tele-consultation service to improve care for behavioral and psychological symptoms of dementia: A pilot study*. 2020.
30. Pappas, Y., et al., *Diagnosis and decision-making in telemedicine*. Journal of patient experience, 2019. **6**(4): p. 296-304.
31. Nelson, E.-L., T. Bui, and S. Sharp, *Telemental health competencies: Training examples from a youth depression telemedicine clinic*, in *Technology innovations for behavioral education*. 2011, Springer. p. 41-47.
32. Galpin, K., et al., *Expert consensus: Telehealth skills for health care professionals*. Telemedicine and e-Health, 2020.
33. Crumley, I., et al., *What do emergency medicine and burns specialists from resource constrained settings expect from mHealth-based diagnostic support? A qualitative study examining the case of acute burn care*. BMC medical informatics and decision making, 2018. **18**(1): p. 1-12.
34. Barbosa, I.d.A. and M.J.P.d. Silva, *Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication?* Revista brasileira de enfermagem, 2017. **70**: p. 928-934.
35. Avey, J.P. and R.L. Hobbs, *Dial in: Fostering the use of telebehavioral health services in frontier Alaska*. Psychological services, 2013. **10**(3): p. 289.
36. Brandt, C.J., et al., *Determinants of successful eHealth coaching for consumer lifestyle changes: qualitative interview study among health care professionals*. Journal of medical Internet research, 2018. **20**(7): p. e9791.
37. Goran, S.F., *Making the move: From bedside to camera-side*. Critical Care Nurse, 2012. **32**(1): p. e20-e29.
38. Shortridge, A., et al., *Simulating interprofessional geriatric patient care using telehealth: a team-based learning activity*. MedEdPORTAL, 2016. **12**.
39. Skiba, D.J., et al. *Infusing informatics into interprofessional education: the iTEAM (Interprofessional Technology Enhanced Advanced practice Model) project*. in *Nursing Informatics*. 2014.
40. Wong, R., et al., *Expanding telehealth competencies in primary care: A longitudinal interdisciplinary simulation to train internal medicine residents in complex patient care*. Journal of graduate medical education, 2020. **12**(6): p. 745-752.
41. Smith-Strøm, H., et al., *An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management—essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers*. International journal of medical informatics, 2016. **94**: p. 59-66.
42. Lazzara, E.H., et al., *Utilizing telemedicine in the trauma intensive care unit: does it impact teamwork?* Telemedicine and e-Health, 2015. **21**(8): p. 670-676.



43. L'Esperance, S.T. and D.J. Perry, *Assessing advantages and barriers to telemedicine adoption in the practice setting: A MyCareTeam™ exemplar*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2016. **28**(6): p. 311-319.
44. Hilty, D.M., et al., *The need to implement and evaluate telehealth competency frameworks to ensure quality care across behavioral health professions*. Academic Psychiatry, 2018. **42**(6): p. 818-824.
45. Barakat, A., et al., *eHealth technology competencies for health professionals working in home care to support older adults to age in place: outcomes of a two-day collaborative workshop*. Medicine 2.0, 2013. **2**(2).
46. Slovensky, D.J., D.M. Malvey, and A.R. Neigel, *A model for mHealth skills training for clinicians: meeting the future now*. Mhealth, 2017. **3**.
47. Kujala, S., T. Heponiemi, and P. Hilama, *Clinical Leaders' Self-Perceived eHealth Competencies in the Implementation of New eHealth Services*, in MEDINFO 2019: Health and Wellbeing e-Networks for All. 2019, IOS Press. p. 1253-1257.
48. Thye, J., et al. *What are inter-professional ehealth competencies?* in GMDS. 2018.
49. Association of American Medical Colleges, *Telehealth Competencies Across the Learning Continuum*. 2021.
50. Canadian Patient Safety Institute, *The Safety Competencies*. 2020.
51. Virtual Care Task Force, *Virtual Care - Recommendations for Scaling up Virtual Medical Services* 2020.
52. Fraser, S., et al., *Use of telehealth for health care of Indigenous peoples with chronic conditions: a systematic review*. 2017.
53. Henry, B.W., et al., *Development of the Teaching Interpersonal Skills for Telehealth Checklist. Evaluation & the Health Professions*, 2021: p. 0163278721992831.
54. van Houwelingen, C.T., et al., *Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study*. Nurse education today, 2016. **39**: p. 50-62.
55. Vessey, J.A., et al., *Enhancing care coordination through patient-and family-initiated telephone encounters: A quality improvement project*. Journal of pediatric nursing, 2015. **30**(6): p. 915-923.
56. Integrated People-Centred Health Services, *Continuity and coordination of care - A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. 2018.
57. American Psychiatric Association. *Collaborative Care Fits COVID-19 Workflows*. 2020; Available from: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2020.7a32>.
58. The College of Family Physicians of Canada, *Virtual Care in the Patient's Medical Home*. 2021.
59. Corriveau, G., Y. Couturier, and C. Camden, *Developing Competencies of Nurses in Wound Care: The Impact of a New Service Delivery Model Including Teleassistance*. The Journal of Continuing Education in Nursing, 2020. **51**(12): p. 547-555.
60. Gifford, V., et al., *Continuing education training focused on the development of behavioral telehealth competencies in behavioral healthcare providers*. Rural and Remote Health, 2012. **12**(4): p. 2108.
61. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Fiche d'information - Télésanté*.
62. Katsikas, S., J. Lopez, and G. Pernul, *The challenge for security and privacy services in distributed health settings*. Studies in health technology and informatics, 2008. **134**: p. 113-125.
63. Khan, W.A., et al. *Healthcare standards based sensory data exchange for Home Healthcare Monitoring System*. in 2012 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. 2012. IEEE.
64. 13606, I., *Informatique de santé — Communication du dossier de santé informatisé*. 2019.
65. Lewis, T.L. and J.C. Wyatt, *mHealth and mobile medical apps: a framework to assess risk and promote safer use*. Journal of medical Internet research, 2014. **16**(9): p. e210.



66. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Fiche d'information - Télésanté*.
67. Cullati, S., et al., *When Team Conflicts Threaten Quality of Care: A Study of Health Care Professionals' Experiences and Perceptions*. Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes, 2019. **3**(1): p. 43-51.
68. Brooks, A.M.T., N. Polis, and E. Phillips, *The new healthcare landscape: Disruptive behaviors influence work environment, safety, and clinical outcomes*. Nurse Leader, 2014. **12**(1): p. 39-44.
69. Massey, A.P., M.M. Montoya-Weiss, and Y.-T. Hung, *Because time matters: Temporal coordination in global virtual project teams*. Journal of management information systems, 2003. **19**(4): p. 129-155.
70. Kankanhalli, A., B.C. Tan, and K.-K. Wei, *Conflict and performance in global virtual teams*. Journal of management information systems, 2006. **23**(3): p. 237-274.
71. Institut national de santé publique du Québec, *Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population?* . 2021.
72. Borg, K., et al., *Digital Inclusion & Health Communication: A Rapid Review of Literature*. Health Commun, 2019. **34**(11): p. 1320-1328.
73. Cheng, C., et al., *Applying the electronic health literacy lens: systematic review of electronic health interventions targeted at socially disadvantaged groups*. Journal of medical Internet research, 2020. **22**(8): p. e18476.
74. Jones, L., K. Jacklin, and M.E. O'Connell, *Development and use of health-related technologies in indigenous communities: critical review*. Journal of medical Internet research, 2017. **19**(7): p. e256.
75. Schmidt, D. and S.A. Power, *Offline World: the Internet as Social Infrastructure among the Unconnected in Quasi-Rural Illinois*. Integrative Psychological and Behavioral Science, 2021. **55**(2): p. 371-385.
76. Cortelyou-Ward, K., et al., *Navigating the digital divide: barriers to telehealth in rural areas*. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 2020. **31**(4): p. 1546-1556.



ANNEXE

