

La télésanté au Québec : quel est l'encadrement prévu pour la consultation vidéo?

Emmanuelle Lévesque and Bartha Maria Knoppers

Volume 49, Number 1, 2019

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1081061ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1081061ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke

ISSN

0317-9656 (print)

2561-7087 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lévesque, E. & Knoppers, B. M. (2019). La télésanté au Québec : quel est l'encadrement prévu pour la consultation vidéo? *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 49(1), 77–129. <https://doi.org/10.7202/1081061ar>

Article abstract

Video consultation is increasingly being used to provide telehealth services to patients. However, while the supply of telehealth services is increasing, there are few legal and deontological standards aimed specifically at regulating it. The difficulty in identifying applicable standards may have been a barrier to the deployment of telehealth services. We have conducted an analysis that allows us to identify certain standards applicable to a video consultation. First, we explain the similarity of obligations for professionals between face-to-face practice and telehealth practice. Next, we identify the standards applicable to seven themes that raise particular issues in telehealth, namely: the place where services are provided; confidentiality; consent; the relevance of face-to-face practice; the technological skills and abilities; the medical record, and; the continuity of services.

La télésanté au Québec : quel est l'encadrement prévu pour la consultation vidéo?

par **Emmanuelle LÉVESQUE***
et **Bartha Maria KNOPPERS****

La consultation vidéo est de plus en plus utilisée pour prodiguer des services de télésanté aux patients. Or, si l'offre en télésanté augmente, les normes juridiques et déontologiques qui ont précisément pour objet de l'encadrer se font rares. La difficulté liée à la mise en évidence des normes applicables pourrait avoir été un frein à la mise en œuvre des services de télésanté. Nous avons mené une analyse qui permet de dégager certains standards applicables à une consultation vidéo. D'abord, nous expliquons la similarité des obligations pour les professionnels entre la pratique en présence et la pratique par télésanté. Ensuite, nous précisons les normes applicables dans le cas de sept thèmes qui soulèvent des enjeux particuliers en matière de télésanté, soit le lieu où les services sont rendus, la confidentialité, le consentement, la pertinence de la rencontre en personne, les compétences et les habiletés technologiques, le dossier médical ainsi que la continuité des services.

* Avocate et associée académique, Centre de génomique et politiques, Faculté de médecine, Université McGill. La rédaction du présent article a été rendue possible dans le contexte du projet PERSPECTIVE I&I financé par Génome Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, Génome Québec, la Fondation du cancer du sein du Québec, la Fondation du CHU de Québec, le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, le ministère de l'Économie et de l'Innovation du Québec de même que le Fonds pour la recherche en Ontario. Aucun de ces organismes n'est intervenu dans le contenu du texte qui suit.

** Directrice, Centre de génomique et politiques, Université McGill et professeure, Faculté de médecine, Université McGill.

Video consultation is increasingly being used to provide telehealth services to patients. However, while the supply of telehealth services is increasing, there are few legal and deontological standards aimed specifically at regulating it. The difficulty in identifying applicable standards may have been a barrier to the deployment of telehealth services. We have conducted an analysis that allows us to identify certain standards applicable to a video consultation. First, we explain the similarity of obligations for professionals between face-to-face practice and telehealth practice. Next, we identify the standards applicable to seven themes that raise particular issues in telehealth, namely: the place where services are provided; confidentiality; consent; the relevance of face-to-face practice; the technological skills and abilities; the medical record, and; the continuity of services.

SOMMAIRE

Introduction	81
I. Similarité des obligations professionnelles	86
II. Lieu de prestation des services	88
III. Confidentialité	92
A) Médecins et infirmières.....	95
B) Choix du lieu.....	97
C) Choix de l'environnement technologique.....	98
IV. Consentement	102
V. Pertinence de la rencontre en personne	111
VI. Compétences et habiletés technologiques	116
VII. Dossier médical	119
A) Services de télésanté hors Établissement.....	120
B) Services de télésanté en Établissement	122
VIII. Continuité des services	124
Conclusion	128

Introduction

La télésanté, qui regroupe l'ensemble des services de santé fournis par des moyens de communication électronique¹, fait de plus en plus partie de la réalité des citoyens. Une entreprise privée offrant des consultations médicales vidéo annonçait récemment qu'elle atteindrait bientôt 400 000 clients, soit 1 % de la population canadienne². À l'heure actuelle, la télésanté est considérée comme une avenue ayant beaucoup de potentiel, notamment quant à l'amélioration de l'accès aux soins pour les populations géographiquement éloignées³.

Depuis quelques années, la consultation vidéo est utilisée couramment pour prodiguer des services de télésanté aux patients, ce qui inclut d'avoir recours à des plateformes de communication grand public comme Skype et FaceTime⁴. Malgré tout, une enquête menée en 2016 auprès de professionnels de la santé et des relations humaines a conclu qu'environ 90 % des personnes sondées au Québec n'utilisaient jamais de système vidéo pour communiquer avec leurs patients⁵. Depuis le mois de mars

¹ Frédéric PÉRODEAU, « La télémédecine : enjeux juridiques et déontologiques », (2008) 287 *Tendances en droit de la santé* 45, 46-47.

² Mathieu PERREAULT, « Télémédecine privée: une brèche dans le système public? », *La Presse*, 23 janvier 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/202001/22/01-5257901-telemedecine-privee-une-breche-dans-le-systeme-public.php>.

³ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, *Avis. La télésanté clinique au Québec : un regard éthique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, p. 12; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, *Prise de position de l'AMM sur l'éthique en télémédecine*, éd. amendée, Reykjavik, 2018, préambule; CENTRE FACILITANT LA RECHERCHE ET L'INNOVATION DANS LES ORGANISATIONS, À L'AIDE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, *Ma première ligne numérique en santé – Rapport du CEFRIO*, CEFRIO, 2016, p. 6 (ci-après « CEFRIO »); COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication*, Montréal, CMQ, 2015, p. 23.

⁴ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Les communications électroniques et les renseignements personnels*, éd. révisée, 2016, en ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2013/using-electronic-communications-protecting-privacy>; CEFRIO, préc., note 3, p. 14.

⁵ CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC et CEFRIO, *Percées du numérique dans la pratique professionnelle en santé et relations humaines*, 2016, en ligne :

2020, la pandémie de coronavirus a toutefois donné un élan inespéré pour changer radicalement cette situation, certaines plateformes de consultation vidéo ayant été implantées à la grandeur du Québec en un temps record⁶. La création du Réseau québécois de la télésanté⁷, la publication d'un guide sur les téléconsultations adapté à la pandémie⁸ et la mise en place de la consultation vidéo par l'entremise des plateformes commerciales recommandées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en quelques mois, témoignent de l'essor qu'a connu la télésanté en 2020⁹.

Le Québec a été un précurseur en matière de télésanté¹⁰. Les premières initiatives à ce sujet ont vu le jour, de façon ponctuelle, au courant des années 90¹¹. Au début des années 2000, l'offre de services de télésanté des Établissements du réseau de la santé et des services sociaux (ci-après « Établissements »)¹² s'est ensuite formellement organisée par l'intermédiaire des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) du Québec¹³. En 2005, le législateur a introduit le concept de télésanté dans

<<https://cefrio.qc.ca/media/1444/percees-numerique-pratique-professionnelle-sante.pdf>>, p. 10 et 21.

⁶ Agathe BEAUDOUIN, « Téléconsultation : quand demain devient (vite) aujourd'hui », *Santé inc.*, 1^{er} mai 2020, en ligne : <<https://santeinc.com/2020/05/teleconsultation-quand-demain-devient-vite-aujourd'hui/>>; Matthieu PERREAULT, « La télémédecine à la rescousse », *La Presse*, 19 mars 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-19/la-telemedecine-a-la-rescousse>>.

⁷ RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA TÉLÉSANTÉ, en ligne : <<https://telesante.quebec/>>.

⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19 – Guide à l'intention des médecins*, CMQ, 2020, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-covid-19.pdf?t=1602332683557>>.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide de soutien pour la mise en œuvre des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec dans le contexte de pandémie*, éd. 14 mai 2020, Québec, Gouvernement du Québec, 2020.

¹⁰ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 6.

¹¹ *Id.*, p. 25-26.

¹² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 79 (ci-après « LSSSS »).

¹³ CEFRIO, préc., note 3, p. 24.

la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)¹⁴, qui a été modifiée en 2005¹⁵ :

Art. 108.1 On entend par « services de télésanté » une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, 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. Toutefois, cette expression ne comprend pas les consultations par téléphone¹⁶.

Ce faisant, le Québec a été la première province canadienne à adopter un cadre juridique spécifique sur la télésanté¹⁷. L'offre de services numériques à domicile devrait s'accélérer au cours des prochaines années, notamment en raison de la *Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023* qui souhaite proposer plus de services numériques aux citoyens « à partir des appareils qu'ils utilisent au quotidien¹⁸ ». La présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec disait d'ailleurs en décembre 2019 vouloir « offrir davantage de solutions de téléconsultation et de télémédecine¹⁹ ». C'était sans savoir le virage rapide que prendrait trois mois plus tard le système de santé québécois devant la pandémie de coronavirus.

¹⁴ LSSSS, préc., note 12.

¹⁵ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2005, c. 32.

¹⁶ LSSSS, préc., note 12, art. 108.1 al. 2.

¹⁷ F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 48; Mylène BEAUPRÉ, « Réflexions sur l'encadrement juridique de la télésanté après la loi 83 », dans S.F.C.B.Q., *Après le projet de loi 83 : un nouveau réseau de la santé*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2006, p. 83, à la p. 85.

¹⁸ SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR, *Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 15.

¹⁹ Diane FRANCOEUR, « Entente avec les médecins spécialistes : c'est très pertinent, la pertinence », *La Presse*, 18 décembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/debats/opinions/201912/17/01-5254112-entente-avec-les-medecins-specialistes-cest-tres-pertinent-la-pertinence-.php>>.

Or, si l'offre de consultations par télésanté augmente, les normes juridiques et déontologiques qui ont précisément pour objet de l'encadrer se font rares. Il faut toutefois noter l'élaboration dans l'urgence de quelques normes québécoises, et ce, dans la foulée de la pandémie de coronavirus pour encadrer de manière particulière cette situation d'exception²⁰. Pourtant, la télésanté soulève des enjeux spécifiques au regard, par exemple, de la détermination du lieu où les services sont rendus, des compétences technologiques exigées des utilisateurs et de la continuité des services. La difficulté d'identifier les normes d'encadrement applicables pourrait avoir été un frein au déploiement des services de télésanté²¹, bien que dans le contexte de la pandémie de coronavirus « les services liés à la COVID-19 fournis par correspondance ou par voie de télécommunication par des professionnels de la santé [soient] considérés comme des services assurés²² ». L'implantation de la télésanté requiert parfois d'adapter les normes de pratique²³. Or, même lorsque l'évaluation des aspects juridiques fait partie du modèle d'évaluation multidisciplinaire de la télésanté retenu, ces aspects sont rarement analysés²⁴.

L'instauration de balises légales et déontologiques pour soutenir les professionnels de la santé dans l'implantation de la télésanté est ainsi un besoin réel et immédiat. En 2014, la Commission de l'éthique en science et en technologie recommandait la formulation de lignes directrices et de normes technologiques pour les différents contextes cliniques de la télésanté²⁵. En 2017, l'Association médicale mondiale préconisait « l'élaboration de normes éthiques, de guides pratiques, de

²⁰ Voir, par exemple, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Règles de bonnes pratiques dans le contexte pandémique*, en ligne : <<https://telesante.quebec/bonnepratique.html>>.

²¹ Geneviève TREMBLAY MCCAIG, « L'influence du droit constitutionnel à la vie privée dans le domaine de la télémédecine », (2003) 29 *Queen's L.J.* 326, 328.

²² Décret 177-2020 du 13 mars 2020, G.O. II, 18 mars 2020, 12A.

²³ CEFRIO, préc., note 3, p. 6.

²⁴ Kristian KIDHOLM et al., « The Model for Assessment of Telemedicine (MAST): A Scoping Review of Empirical Studies », (2017) 23-9 *Journal of Telemedicine and Telecare* 803.

²⁵ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 60.

législations nationales et d'accords internationaux sur des sujets relatifs à la télémédecine²⁶ ».

Étant engagées dans le projet PERSPECTIVE²⁷ sur l'évaluation du risque du cancer du sein, nous avons été interpellées par l'encadrement juridique et déontologique de la consultation vidéo dans le contexte québécois. Nos précédents travaux de recherche ont démontré que la consultation vidéo devrait être un moyen à prioriser pour permettre aux médecins (spécialistes ou non) et aux infirmières d'offrir des consultations au sujet du dépistage du cancer du sein²⁸. Selon le scénario priorisé, les femmes de la population générale (sans diagnostic de cancer du sein) se verraient offrir une consultation vidéo afin d'estimer leur risque et de se faire prescrire un dépistage adapté en conséquence, c'est-à-dire des examens d'imagerie médicale. Devant la rareté des normes juridiques et déontologiques encadrant cette pratique au Québec, nous avons mené une analyse qui permet de dégager certains standards applicables à une consultation vidéo de ce type. Nous avons effectué une recherche des normes légales et déontologiques existantes, sans inclure toutefois les décisions judiciaires.

Dans le présent texte, nous expliquerons d'abord la similarité des obligations pour les professionnels entre la pratique en présence et la pratique par télésanté. Ensuite, nous préciserons les normes applicables dans le cas de sept thèmes qui soulèvent des enjeux particuliers lorsque des consultations sont menées au moyen d'une offre de télésanté, soit le lieu où les services sont rendus, la confidentialité, le consentement, la pertinence de la rencontre en personne, les compétences et les habiletés technologiques, le dossier médical de même que la continuité des services.

²⁶ ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3.

²⁷ GÉNOME CANADA, *Évaluation personnalisée du risque pour la prévention et le dépistage précoces du cancer du sein : intégration et mise en œuvre*, en ligne : <<https://www.genomecanada.ca/fr/evaluation-personnalisee-du-risque-pour-la-prevention-et-le-depistage-precoces-du-cancer-du-sein>>.

²⁸ Emmanuelle LÉVESQUE et al., « Organizational Challenges to Equity in the Delivery of Services within a New Personalized Risk-based Approach to Breast Cancer Screening », (2018) *New Genetics and Society* 13-16.

I. Similarité des obligations professionnelles

L'un des premiers constats au sujet de la télésanté est que la nature intrinsèque de la prestation des soins n'est pas modifiée par l'ajout d'une interface électronique de communication. La télésanté constitue une modalité, parmi d'autres, de la prestation des soins. Le téléphone et le télécopieur ont d'ailleurs été intégrés aux services de santé il y a plusieurs années et ils ont été considérés « comme [de] simples accessoires à la pratique médicale²⁹ ». Bien que la télésanté permette de prodiguer des soins à distance par l'entremise d'une communication virtuelle, son essence première demeure le soutien et la prise en charge de la santé d'un patient. La télésanté n'est donc « qu'un nouveau moyen de délivrer l'acte médical en tant que tel³⁰ ».

Les normes actuelles indiquent que les obligations professionnelles des prestataires de soins ne seraient pas modifiées en raison de la télésanté³¹. Le Conseil interprofessionnel du Québec précise ce qui suit : « Le professionnel qui utilise la télépratique est régi par les mêmes lignes directrices, protocoles, normes et standards de pratique généralement reconnus pour la pratique en présentiel³² ».

²⁹ G. TREMBLAY MCCAIG, préc., note 21, p. 329.

³⁰ Sophie BRISSON, *L'évolution de l'obligation de soigner du médecin qui pratique la télémédecine*, mémoire de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2005, p. 37, en ligne : <<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/10696>>.

³¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, *Référentiel sur la télémédecine*, FMRAC, 2019, préambule, en ligne : <<http://fmrac.ca/fmrac-framework-on-telemedicine/>>; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, *Un outil d'aide à la décision : télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relations humaines*, Montréal, CIQ, 2016, p. 7, en ligne : <<https://www.professions-quebec.org/fr/principaux-dossiers-encadrement/outil-d-aide-a-la-decision-telepratique-et-gestion-du-dossier-numerique-en-sante-et-en-relations-humaines>>; voir aussi S. BRISSON, préc., note 30, p. 114.

³² CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 31, p. 7.

Lorsqu'une relation de soins s'engage avec un patient, « les obligations habituelles qui découlent d'une telle relation s'imposent aux parties, que les activités médicales se déroulent dans un environnement physique ou dans un environnement électronique³³ ». Le médecin qui pratique la télésanté « se trouve généralement soumis aux mêmes standards de pratique que le médecin "ordinaire"³⁴ », y compris les « principes d'éthique médicale³⁵ ». De l'avis du Collège des médecins, « les mêmes normes déontologiques s'imposent aux médecins qui exercent par télémédecine³⁶ ».

Bien que la similarité des obligations professionnelles entre la rencontre en personne et la télésanté touche toutes les obligations, certains aspects sont nommés précisément, par exemple : la qualité de la relation³⁷, la confidentialité³⁸, le consentement³⁹, le suivi du patient⁴⁰, la tenue du dossier médical⁴¹, la compétence⁴² et l'établissement du diagnostic⁴³.

Puisque les obligations professionnelles se révèlent identiques, peu importe le type de pratique privilégiée, « la majorité des questions soulevées par l'exercice de la télémédecine pourront être résolues en appliquant et en adaptant les principes juridiques connus et appliqués à la

³³ M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97.

³⁴ S. BRISSON, préc., note 30, p. 114.

³⁵ ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3.

³⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13.

³⁷ *Id.*, p. 13; M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97.

³⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, préambule.

³⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13; M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97.

⁴⁰ *Id.*; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, préambule.

⁴¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13; M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, art. 3.

⁴² FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, préambule.

⁴³ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13.

pratique traditionnelle de la médecine⁴⁴ ». Toutefois, comme nous le verrons dans notre analyse, ces principes doivent être modulés et adaptés pour bien répondre aux spécificités d'une communication virtuelle.

II. Lieu de prestation des services

La télésanté se distingue par le fait que c'est une activité « délocalisée (le médecin et le patient ne sont pas situés au même endroit) et dématérialisée (le médecin et le patient ne sont pas en présence physique l'un de l'autre)⁴⁵ ». Cette double caractéristique apporte des défis importants sur le plan juridique⁴⁶. Rappelons que, traditionnellement, la détermination des règles juridiques applicables à une situation dépend du lieu où les actes juridiques se produisent.

Déterminer le lieu où des services de télésanté sont réputés être rendus s'avère essentiel parce que la réponse ainsi obtenue a un impact direct sur la façon d'établir les normes applicables, notamment « les règles entourant la pratique médicale, les privilèges de pratique selon le lieu d'exercice (en établissement ou en pratique privée), les standards de pratique applicables eu égard à l'exercice de la médecine ainsi que les tribunaux compétents lors de poursuites en responsabilité⁴⁷ ».

Lorsqu'une consultation vidéo met en scène des participants installés dans des pays différents, il peut être plus complexe de déterminer les normes applicables. Dans ces cas, différentes normes s'appliqueront parfois de façon concurrente. Par exemple, la Fédération des ordres de médecins du Canada s'attend qu'un médecin se conforme aux normes de la province qui lui a délivré son permis d'exercice, en plus des normes de

⁴⁴ F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 81.

⁴⁵ M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 87.

⁴⁶ Geneviève TREMBLAY, « Le phénomène d'émergence de la normativité dans le domaine de la télémédecine : du pluralisme juridique au constructivisme », (2000-2001) 32 *Revue de droit de l'Université d'Ottawa* 155, 161.

⁴⁷ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, par. 349.

la province où réside le patient⁴⁸. Une autre approche proposée serait que chaque juridiction délivre une accréditation permettant expressément de pratiquer la télésanté sur son territoire⁴⁹. Dans un contexte transfrontalier, doubler les exigences réglementaires pour exercer la télésanté peut toutefois constituer une contrainte qui complexifie l'offre de service et pourrait dissuader d'offrir les services de télésanté⁵⁰.

Selon le scénario de consultation vidéo que nous étudions, le patient et le professionnel de la santé seraient tous deux situés dans la même juridiction, soit au Québec.

En vertu de l'article 108.2 de la LSSSS, les services de télésanté fournis par un Établissement sont considérés comme étant rendus « à l'endroit où exerce le professionnel de la santé ou des services sociaux consulté⁵¹ ». Ainsi, dans la mesure où un professionnel de la santé d'un Établissement est engagé dans la prestation de services de télésanté, ces derniers sont réputés être rendus à l'endroit où exerce celui qui offre la téléconsultation⁵². Cette position du législateur aurait été motivée par la volonté de régler la question de la facturation et d'encadrer la qualité du travail des professionnels par les instances en place dans les Établis-

⁴⁸ FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, préambule.

⁴⁹ INTERNATIONAL BAR ASSOCIATION SECTION ON LEGAL PRACTICE, *Draft International Convention on Telemedicine and Telehealth*, 1999, en ligne : <<http://medicalawfirm.com/2018/01/02/draft-international-convention-on-telemedicine-and-telehealth/>>.

⁵⁰ Raymond W. PONG et John C. HOGENBIRK, « Licensing Physicians for Telehealth Practice: Issues and Policy Options », (1999) 8 *Health Law Review* 3, 8.

⁵¹ LSSSS, art. 108.2 al. 1.

⁵² *Id.*, art. 108.2. L'endroit où exerce le professionnel signifie, à notre avis, le rattachement juridique du professionnel avec un lieu d'exercice, et non le lieu physique d'exercice. Ainsi, les services de télésanté rendus aux patients d'un établissement par un professionnel de la santé lié contractuellement à cet établissement, mais qui se trouve physiquement ailleurs (par exemple chez lui ou dans sa clinique privée), seraient considérés comme étant rendus à l'établissement. Cette interprétation permet de respecter l'esprit de la LSSSS qui cherche à encadrer, de façon spécifique et au bénéfice des patients, les soins fournis par les établissements.

sements, comme par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens⁵³. Ainsi, les professionnels de la santé devront respecter toutes les normes applicables dans l'Établissement en question, comme si les soins étaient donnés de façon traditionnelle à l'intérieur de cet Établissement. Le rattachement avec un Établissement fera notamment en sorte que le patient sera considéré comme un usager de l'Établissement visé et pourra donc bénéficier des droits consentis à cet égard⁵⁴.

Une lecture trop rapide des articles de la LSSSS portant sur la télésanté pourrait amener à penser que l'objectif est d'encadrer tous les services de télésanté, même ceux qui sont donnés sans rattachement avec un Établissement. En effet, l'article 108.2 de la LSSSS prévoit des normes sur la tenue du dossier médical lorsqu'« un professionnel qui exerce ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement » participe aux services de télésanté. Malgré cette allusion à la participation d'un professionnel non rattaché à un Établissement, nous croyons que l'objectif de cet article est de superviser uniquement la télésanté qui a cours dans un Établissement. D'abord, la LSSSS prévoit que les soins de santé et les services sociaux sous son autorité sont ceux qui sont fournis par les Établissements qui relèvent du gouvernement⁵⁵, à l'exclusion des cabinets privés de professionnels ou des centres médicaux spécialisés privés⁵⁶. Ensuite, l'allusion à la présence d'un professionnel non affilié à un Établissement dans l'article 108.2 LSSSS concerne uniquement l'obligation d'avoir un dossier médical distinct du dossier ouvert par l'Établissement. Nous verrons plus loin que la constitution d'un dossier médical par *chacun* des intervenants d'une téléconsultation est une obligation en soi. Pour notre part, nous estimons que l'intention du législa-

⁵³ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, 2^e sess., 37^e légis., 5 décembre 2006, « Étude détaillée du projet de loi n° 33 - *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* », p. 20-21 (M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux).

⁵⁴ Par exemple, le droit à l'information (LSSSS, art. 4) et le droit de porter plainte au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (LSSSS, art. 34).

⁵⁵ LSSSS, art. 79.

⁵⁶ LSSSS, art. 95 et 333.1.

teur était de régir les situations où un professionnel de la santé non affilié à un Établissement s'ajoute à une consultation organisée par ce dernier, par exemple un médecin spécialiste fournissant une expertise additionnelle, ou un médecin de famille se joignant à une téléconsultation organisée par un médecin spécialiste d'un Établissement. Le scénario où un médecin de famille et son patient (tous deux en région éloignée) rejoignent ensemble par consultation vidéo un médecin spécialiste (situé dans un centre urbain) est d'ailleurs celui qui avait été mentionné par le ministre lors des discussions sur le projet de loi qui a mené à l'adoption de l'article 108.2⁵⁷. L'interprétation de ce dernier, qui fait dépendre son applicabilité de la participation d'un Établissement, est aussi celle qu'a retenue le Collège des médecins du Québec⁵⁸.

En ce qui concerne les services de télésanté fournis hors Établissement, il n'existe pas de disposition dans les lois québécoises, comme on en relève dans la LSSSS, qui établirait précisément le lieu où les services sont présumés avoir été rendus. S'appuyant sur sa mission de protection du public⁵⁹, le Collège des médecins du Québec considère que les services médicaux rendus hors Établissement le sont au lieu où se trouve le patient :

Ainsi, le Collège est d'avis que, lorsqu'un médecin exerce en télémédecine, le territoire où l'acte médical est réputé comme posé est celui où se trouve le patient, et non celui où le médecin exerce, sauf dans la situation où les services rendus à distance sont offerts par un établissement de santé du Québec⁶⁰.

⁵⁷ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission des affaires sociales*, 1^{re} sess., 37^e légis., 12 octobre 2005, « Étude détaillée du projet de loi n^o 83 – *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* », p. 45-47 (M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et de Services sociaux).

⁵⁸ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 10-12.

⁵⁹ *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 23.

⁶⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 10; réitéré dans COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 9.

III. Confidentialité

Assurer la confidentialité et protéger la vie privée des patients sont des enjeux cruciaux associés à l'utilisation de toute technologie de communication électronique dans le domaine de la santé. Il n'est pas surprenant de lire que ces enjeux sont des considérations « incontournables pour l'acceptabilité de la télésanté⁶¹ ». Dans un rapport de 2010 sur l'utilisation des technologies électroniques en santé, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mentionnait que les « questions relatives à la sécurité et à la protection de la vie privée ont été le plus grand défi à relever » dans toutes les études de cas analysés⁶².

Les attentes en matière de protection de la vie privée peuvent varier selon le type d'information transmise et les circonstances de l'échange. En règle générale, les attentes quant à la confidentialité des renseignements personnels touchant la santé « sont très élevées en raison de la nature de cette information⁶³ ». Cette nature, c'est-à-dire le caractère hautement sensible de l'information médicale, les classerait dans une catégorie à part⁶⁴. Les attentes de protection de la vie privée seraient tout aussi élevées à l'égard de l'information divulguée en contexte de télésanté qu'en contexte médical traditionnel⁶⁵. Toutefois, une plus grande vigilance serait nécessaire dans le cas de la télésanté en raison des « risques auxquels la dématérialisation, la délocalisation et, particulièrement, la mise en réseaux de l'information télé-médicale l'exposent⁶⁶ ».

⁶¹ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 37.

⁶² ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé, Le rôle des technologies de l'information et des communications*, 2010, p. 114, en ligne : <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ameliorer-l-efficacite-du-secteur-de-la-sante_9789264084636-fr>.

⁶³ G. TREMBLAY MCCAIG, préc., note 21, p. 342.

⁶⁴ Geneviève TREMBLAY, « Télémédecine : l'intégration des TIC à la pratique médicale versus la protection de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels », dans S.F.C.B.Q., vol. 184, *Développements récents en droits administratif et constitutionnel*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003, p. 89, à la p. 114.

⁶⁵ *Id.*, p. 106.

⁶⁶ *Id.*

Plusieurs normes spécifiques sur la télésanté soulignent la nécessité de protéger la confidentialité au moment de la prestation de soins⁶⁷. Au Québec, l'information échangée entre les patients et les professionnels de la santé, et détenue par ceux-ci, bénéficie d'une protection solide découlant de plusieurs dispositions juridiques.

D'abord, le respect de la vie privée est un principe fondamental inscrit dans la *Charte des droits et libertés de la personne*⁶⁸ et dans le *Code civil du Québec*⁶⁹. Les organismes publics (par exemple, les Établissements)⁷⁰ et les entreprises privées (par exemple, les cliniques médicales)⁷¹ doivent protéger les renseignements personnels provenant du patient qu'ils utilisent ou ceux qu'ils obtiennent d'un accès non autorisé

⁶⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 16; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 31, p. 11 et 12; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 67-72; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *La consultation par vidéoconférence : quand est-ce le bon choix?*, 2015, en ligne : <<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2015/videoconferencing-consultation-when-is-it-the-right-choice>>; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, p. 1-4; NATIONAL INITIATIVE FOR TELEHEALTH, *National Initiative for Telehealth Framework of Guidelines*, 2003, p. 37; voir, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, *Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie*, p. 14, en ligne : <<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+de+pratique+concernant+l'exercice+de+la+télépsychologie/5175fd35-d45b-4cbe-99e3-e46ff5079552>>; voir, par analogie, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, *Normes de télépratique pour les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux*, 2017, art. 3.02, en ligne : <https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/normes_de_telepratique_pour_les_travailleurs_sociaux_et_les_therapeutes_conjugaux_et_familiaux.pdf>; ACCRÉDITATION CANADA, *Trousse COVID-19 – Télésanté*, 2020, p. 4.

⁶⁸ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 5.

⁶⁹ *Code civil du Québec*, art. 35.

⁷⁰ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, art. 3, 7 et 53.

⁷¹ *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, c. P-39.1, art. 3, 10 et 13.

par un tiers. Ils sont aussi tenus d'adapter leurs mesures de sécurité à la *sensibilité* des renseignements personnels et au *support* utilisé :

[Il leur faut] prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu, notamment, de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support⁷².

En milieu hospitalier, il est également établi que « le dossier d'un usager est confidentiel⁷³ ». La *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*⁷⁴ dispose que la confidentialité des renseignements d'un document doit être protégée par « un moyen approprié au mode de transmission, y compris sur des réseaux de communication⁷⁵ ». En contexte de télésanté, les mesures de sécurité devraient donc être appropriées à la nature spécifique des renseignements médicaux – qui peuvent être parmi les plus sensibles – et au support électronique utilisé pour les recueillir et les communiquer.

Par ailleurs, une consultation vidéo pourrait amener un échange de renseignements personnels avec un organisme de l'extérieur du Québec, et ce, même si la consultation avait lieu entre un patient et un médecin se trouvant tous deux au Québec. Cette situation pourrait se produire lorsque l'interface de communication enregistre certains renseignements personnels sur des serveurs situés dans une autre province ou un autre pays, par exemple en utilisant des services infonuagiques. Dans cette situation, les organismes publics et les entreprises privées possèdent des obligations particulières au regard de la protection des renseignements personnels à l'extérieur du Québec. Avant de confier le mandat à une

⁷² *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, préc., note 70, art. 63.1; *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, préc., note 71, art. 10.

⁷³ LSSSS, art. 19.

⁷⁴ *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*, RLRQ, c. C-1.1.

⁷⁵ *Id.*, art. 34 al. 1.

entreprise de l'extérieur du Québec de détenir ou d'utiliser des renseignements personnels, un organisme public doit s'assurer que les renseignements en question bénéficieront d'une protection équivalente à celle qu'offre la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*⁷⁶. Quant aux entreprises privées, leurs obligations sont moins larges⁷⁷. Elles doivent tout de même obtenir des garanties que les renseignements personnels ne seront pas utilisés à des fins non pertinentes par rapport à l'objet du mandat et qu'ils ne seront pas communiqués à des tiers sans le consentement des personnes visées (sauf exceptions prévues par la loi)⁷⁸.

Il est intéressant de regarder plus en profondeur trois aspects de la confidentialité en télésanté : les obligations des médecins et des infirmières, le choix du lieu pour tenir la consultation vidéo et le choix de l'environnement technologique.

A) Médecins et infirmières

Les professionnels de la santé possèdent des obligations spécifiques découlant de leur statut au regard de la confidentialité de l'infor-

⁷⁶ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, préc., note 70, art. 70.1. Au sujet des enjeux découlant de l'hébergement de données dans des pays qui n'offrent pas des garanties suffisantes de confidentialité, il est intéressant de noter qu'un projet de loi présentement à l'étude propose de raffermir les critères actuels et de publier une liste des États qui offrent une protection équivalente à celle du Québec : *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, projet de loi n° 64, 1^{re} sess., 42^e légis. (Qc), art. 27.

⁷⁷ Jean-François DE RICO, « L'infonuagique, la protection des renseignements personnels et les droits d'accès des gouvernements », (2014) *Repères* 243, en ligne : <<https://www.lccjti.ca/files/sites/105/2014/11/DeRicoJFInfonuagiqueEYB2014REP1480.pdf>>.

⁷⁸ *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, préc., note 71, art. 17, al. 1. Nous n'avons pas abordé la situation de la communication de listes nominatives aux fins de prospection commerciale et philanthropique puisqu'ici les renseignements ne seraient pas fournis dans cet objectif.

mation. Ils doivent prioritairement protéger le secret professionnel de l'information qui leur est communiquée⁷⁹.

En ce qui concerne le médecin, le contrat médical qui existe entre lui et son patient inclut l'obligation de respecter le secret médical⁸⁰. Le médecin doit notamment « prendre les moyens raisonnables pour que soit préservé le secret professionnel lorsqu'il utilise [...] les technologies de l'information⁸¹ » et agir prudemment « en s'informant et en mesurant les risques de l'utilisation d'une technologie de l'information par rapport au degré de sensibilité de l'information à transmettre⁸² ». Les exigences s'étendent même au choix des appareils et des systèmes de communication électroniques utilisés par le médecin. Ainsi, lorsque ce dernier transmet des informations contenues dans des dossiers médicaux, « incluant par des moyens technologiques, [il] doit utiliser des méthodes, des appareils ou des systèmes protégeant la confidentialité de ces informations⁸³ ». Il importe que la technologie utilisée par le médecin « soit sécuritaire et qu'elle permette que la consultation se déroule dans un environnement où la confidentialité des échanges sera protégée⁸⁴ ».

L'infirmière est aussi tenue de préserver le secret des « renseignements de nature confidentielle qui viennent à sa connaissance dans l'exercice de sa profession⁸⁵ ». Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* prévoit des exigences spécifiques lorsque l'infirmière souhaite faire un enregistrement vidéo ou audio d'un patient : celle-ci doit obtenir

⁷⁹ *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 68, art. 9; *Code des professions*, préc., note 59, art. 60.4.

⁸⁰ Pierre TRUDEL et France ABRAN, « Les enjeux et risques juridiques des échanges d'information dans la relation patient-médecin dans l'espace santé TELUS », Montréal, Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal, 2016, p. 55, en ligne : <<http://pierretrudel.openum.ca/files/sites/6/2018/05/crdpEspaceSante%CC%811-2-16.2.pdf>>, (page consultée le 8 février 2020); *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c. M-9, r. 17, art. 20.

⁸¹ *Id.*, art. 20 al. 8.

⁸² P. TRUDEL et F. ABRAN, préc., note 80, p. 58.

⁸³ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ, c. M-9, r. 20.3, art. 11.

⁸⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 23.

⁸⁵ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c. I-8, r. 9, art. 31.

une autorisation écrite dudit patient, qui spécifie l'usage projeté⁸⁶. En fait, la technologie utilisée au moment d'une consultation vidéo offre souvent l'opportunité d'enregistrer son contenu, audio ou vidéo. Ce type d'information médicale, plutôt nouveau, pourrait d'ailleurs susciter chez le patient « des inquiétudes particulières relatives à la confidentialité de la scène de consultation, à la sécurité de la scène, de même qu'à son intégrité⁸⁷ ».

B) Choix du lieu

Les lieux où sont situés le professionnel de la santé et le patient qui participent à une consultation vidéo sont susceptibles d'influer sur la confidentialité. Le caractère hautement mobile des technologies de communication sans fil permet actuellement, tant au médecin qu'au patient, de participer à une consultation de leur domicile, de leur lieu de travail ou d'un lieu public. Une technologie de communication sécuritaire devient peu utile si, au point d'origine, la consultation peut être entendue par des tiers non autorisés.

Dans le domaine de la télésanté, les installations physiques où les actes sont accomplis « doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière⁸⁸ ». Comme le choix des locaux pour tenir une consultation vidéo peut compromettre la confidentialité, les participants doivent « se trouver dans un endroit privé où le patient peut communiquer confortablement des renseignements confidentiels et où le médecin peut donner des conseils et évaluer le patient⁸⁹ ». La façon dont une salle de consultation vidéo est organisée et son insonorisation sont des éléments à considérer pour assurer la confidentialité⁹⁰. Évidemment, dans un contexte d'exception comme la pandémie de coronavirus, certaines de ces exigences peuvent devenir difficiles à maintenir. Malgré tout, il est recommandé d'encourager les patients à « prendre des mesures pour

⁸⁶ *Id.*, art. 32.1.

⁸⁷ M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 100.

⁸⁸ F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 78.

⁸⁹ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67.

⁹⁰ NATIONAL INITIATIVE FOR TELEHEALTH, préc., note 67, p. 37.

participer aux consultations de soins virtuels dans un espace facilitant le maintien de la confidentialité⁹¹ », et il est demandé de choisir les salles utilisées en Établissement en s'assurant du respect de la confidentialité⁹².

De la même manière que tout médecin a l'obligation d'aménager son cabinet de consultation « de façon à ce que les conversations entre lui, son personnel et la personne qui le consulte ne puissent être perçues par d'autres⁹³ », il devrait tenir la consultation vidéo dans un lieu qui en assure le caractère confidentiel. Le Collège des médecins suggère que le médecin participe à la consultation vidéo à partir d'« un lieu avec le caractère professionnel qui s'impose, un lieu où la confidentialité est respectée⁹⁴ ».

C) Choix de l'environnement technologique

Déterminer si la configuration technologique (ordinateur, connexion à Internet, réseau sans fil, etc.) utilisée par chaque patient protège correctement la confidentialité n'est pas à la portée de tous. La complexité des connaissances requises pour y arriver s'avère impressionnante. Par exemple, il faudrait que les patients soient capables de déterminer si leur réseau sans fil comporte un protocole de chiffrement, et si celui-ci convient dans les circonstances⁹⁵. Il ne serait pas suffisant de supposer que, puisque les patients se servent de la configuration sans fil de leur domicile, ils ont nécessairement la sécurité requise. Leur réseau domestique n'est peut-être pas chiffré de façon idéale, ou encore ils pourraient avoir recours à un réseau sans fil public mais sans y prêter attention (par exemple, un réseau ouvert offert par une Ville⁹⁶). Même les

⁹¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20.

⁹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 9, p. 3.

⁹³ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, préc., note 83, art. 37 al. 1.

⁹⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13-14.

⁹⁵ BARREAU DU QUÉBEC, *Guide des TI – Gestion et sécurité des technologies de l'information pour l'avocat et son équipe*, section « Réseautique », en ligne : <<http://guideti.barreau.qc.ca>>.

⁹⁶ Voir, par exemple, le réseau public sans fil implanté par la VILLE DE MONTRÉAL, « Mtl-WiFi Accès sans fil et gratuit », *Ville de Montréal*, 7

outils simplifiés sur la sécurisation des réseaux sans fil, et qui ont été conçus pour un large public par des organismes gouvernementaux⁹⁷, sont complexes et font référence à des concepts technologiques qui freineront la compréhension chez de nombreux patients. Quand on consulte les statistiques produites à ce jour sur le sujet, il faut conclure qu'une proportion importante de patients n'auraient pas les compétences technologiques nécessaires. En ce qui concerne la littératie dans des environnements technologiques, 19 % des Québécois ne réussiraient pas à dépasser le niveau 1 (qui consiste, par exemple, à repérer dans des textes relativement courts une information identique ou analogue à celle qui figure dans la question d'évaluation)⁹⁸. Cette proportion monterait à 29 % chez les immigrants récents et à 49 % chez les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires⁹⁹. Quant à la résolution de problèmes dans des environnements technologiques, 50 % des personnes interrogées ne dépasseraient pas le niveau 1 (où l'on doit, par exemple, savoir résoudre des problèmes simples et bien définis, sans inférence ni transformation de l'information)¹⁰⁰.

Pour pallier ces enjeux, il semble déraisonnable de demander au professionnel de la santé de devenir un expert en technologies de communication électronique et de soutenir chaque patient dans l'évaluation de la sécurité de sa configuration technologique. Le temps et l'expertise requis pour faire ce type d'évaluation sont incompatibles avec le rôle des professionnels de la santé. Il n'est pas non plus pensable de

décembre 2019, en ligne : <http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?pageid=5798,142082927&_dad=portal&_schema=PORTAL>.

⁹⁷ U.S. FEDERATED TRADE COMMISSION, « Securing your Wireless Network », *Federal Trade Commission*, septembre 2015, en ligne : <<https://www.consumer.ftc.gov/articles/0013-securing-your-wireless-network>>; PENSEZ CYBERSÉCURITÉ, « La protection de votre réseau sans fil à domicile », Gouvernement du Canada, 6 mars 2020, en ligne : <<https://www.pensezcybersecurite.gc.ca/cnt/prtct-dvcs/hm-ntwrks-fr.aspx>>.

⁹⁸ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXI^e siècle*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 69.

⁹⁹ *Id.*, p. 81 et 187.

¹⁰⁰ *Id.*, p. 69 et 70.

privilégier une approche où les patients accepteraient volontairement la situation la plus à risque, par exemple que l'information puisse être facilement captée par des tiers. Le médecin ne peut s'en remettre entièrement à l'acceptation des risques par le patient¹⁰¹. En effet, cela reviendrait à n'offrir presque aucune expectative de confidentialité, ce qui serait incompatible avec les devoirs des professionnels de la santé. Il appartient donc au médecin d'évaluer si les technologies de l'information utilisées permettent de préserver le secret professionnel¹⁰². Lorsque l'utilisation de réseaux non protégés peut compromettre la vie privée de patients, il est d'ailleurs suggéré au médecin d'« éviter d'utiliser la vidéoconférence¹⁰³ » et d'« envisager de tenir une consultation en personne¹⁰⁴ ». Nous discuterons plus en détail de l'acceptation des risques par le patient dans la section IV de notre texte et des obligations du médecin en regard de la technologie dans la section VI.

Tous ces éléments nous amènent au constat que la sécurité des échanges électroniques ne devrait pas s'appuyer sur des évaluations individuelles de la sécurité, mais plutôt sur des moyens de communication électronique offerts de façon standard par les prestataires de services de santé. C'est d'ailleurs l'approche adoptée par le Québec pendant la pandémie à coronavirus¹⁰⁵ ainsi que par le Réseau de télémédecine de l'Ontario¹⁰⁶ et la Haute Autorité de santé en France¹⁰⁷, où l'on demande

¹⁰¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 17-18.

¹⁰² P. TRUDEL et F. ABRAN, préc., note 80, p. 58.

¹⁰³ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67.

¹⁰⁴ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4.

¹⁰⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 9, p. 2, 9 et 10; RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA TÉLÉSANTÉ, *Guide de l'utilisateur pour une rencontre virtuelle à domicile – REACTS*, en ligne : <https://telesante.quebec/guidereacts/pdf/info/React_guide_usagers_vf.pdf>; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Téléconsultation – Procédure d'utilisation de l'application Teams en tant qu'invité sur ordinateur ou appareil mobile*, Québec, Gouvernement du Québec, 27 avril 2020; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 4.

¹⁰⁶ ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK, « Your eVisit Appointment », Government of Ontario, janvier 2019, en ligne : <https://support.otn.ca/sites/default/files/your-evisit-appointment.pdf>.

simplement aux patients d'avoir un ordinateur connecté à Internet, sans exigence de configuration touchant la sécurité¹⁰⁸.

Or, le choix de moyens de communication électronique qui protègent bien la confidentialité nécessite la vérification de nombreux éléments de sécurité ainsi qu'un audit régulier pour s'assurer de la fiabilité des mesures en place¹⁰⁹. Bien que les professionnels de la santé puissent avoir certaines obligations relativement à leurs compétences technologiques de base, comme nous le verrons plus loin, ces compétences n'incluent certainement pas l'évaluation technologique détaillée des plateformes de communications sur le marché. Toutefois, les professionnels de la santé pourraient respecter leur obligation de confidentialité en choisissant des interfaces qui sont offertes par les Établissements de santé¹¹⁰, et dont la sécurité a déjà été évaluée, ou qui sont certifiées par les

¹⁰⁷ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Téléconsultation. Fiche d'information du patient*, Saint-Denis (France), Haute Autorité de santé, mai 2019, en ligne : <https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058481/fr/teleconsultation-fiche-d-information-du-patient>.

¹⁰⁸ Le cryptage des télécommunications est un moyen utilisé pour offrir un niveau acceptable de protection de la confidentialité pendant des téléconsultations à domicile, selon l'ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK, *Position Paper on Wireless Communications Technology in a Telemedicine Environment*, 2010 (mis à jour en 2012), p. 2, en ligne : <https://support.otn.ca/sites/default/files/otn_position_statement_on_wireless_technology_in_the_tm_environmentl.pdf>; ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, art. 3.02. De telles interfaces qui cryptent toute l'information échangée (voix, image, documents) et la rendent inutilisable pour des tiers existent sur le marché. Par exemple, la plateforme Reacts se présente comme offrant une consultation vidéo cryptée de bout en bout : REACTS, *Reacts – Remote Augmented Communication, Training and Supervision*, Montréal, REACTS, 2017, p. 10 et 19, en ligne : <https://www.iitreacts.com/Content/documents/Reacts_collaboration_securitaire_FR.pdf>.

¹⁰⁹ ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK, préc., note 108, p. 5.

¹¹⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 23. Les professionnels de la santé n'ont souvent pas de balises précises dans le choix de la technologie; par exemple, le Collège des médecins du Québec indique ceci (p. 23) : « Dans cette perspective, sans être proscrits, les applications ou les logiciels du type Skype ou FaceTime, par exemple, doivent être utilisés avec prudence. À l'opposé, les visioconférences supportées par les Réseaux universitaires intégrés de santé

autorités de santé¹¹¹. Pour favoriser la tenue de consultations vidéo pendant la pandémie de coronavirus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé de faire usage des plateformes qu'il avait retenues¹¹². La certification des technologies de l'information est d'ailleurs un outil à la disposition des pouvoirs publics, qui « atténu[e] les risques et renforce la confiance des utilisateurs¹¹³ ». Lorsque la télésanté est offerte par un Établissement, on peut imaginer une situation où il y aurait une responsabilité complémentaire de la part des professionnels de la santé qui y exercent et de l'Établissement lui-même quant aux options technologiques utilisées.

IV. Consentement

La prestation de soins de santé nécessite, sauf exception, que le patient fournisse préalablement son consentement éclairé¹¹⁴. Traditionnellement, cette autorisation porte sur les examens et les traitements que les professionnels de la santé prodiguent au patient. En matière de télésanté, le processus de consentement doit être adapté aux spécificités de la prestation de soins à distance¹¹⁵. Un nouvel aspect s'ajoute dès lors : le consentement doit aussi porter sur l'utilisation d'un moyen de communication électronique¹¹⁶.

(RUIS), qui utilisent la plateforme (RTSS), font appel à une technologie beaucoup plus sécuritaire ».

¹¹¹ Par exemple, le Bureau de certification et d'homologation du ministère de la Santé et des Services sociaux évalue les services technologiques afin d'assurer notamment la protection de la sécurité de l'information et des renseignements personnels : BUREAU DE CERTIFICATION ET D'HOMOLOGATION, *Cadre de gestion de la certification et de l'homologation des produits et services technologiques du secteur de la santé et des services sociaux*, Québec, MSSS, 2013, p. 7 et 10, en ligne : <[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf400b3e56c01aaf9985257c5a006cb0e8/\\$FILE/2013-026_Annexe%20\(2013-12-30\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf400b3e56c01aaf9985257c5a006cb0e8/$FILE/2013-026_Annexe%20(2013-12-30).pdf)>.

¹¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20.

¹¹³ OCDE, préc., note 62, p. 108.

¹¹⁴ C.c.Q., art. 11; LSSSS, art 9.

¹¹⁵ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 40.

¹¹⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 14; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 5; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN

Le recours à un moyen de communication électronique implique d'obtenir l'accord du patient quant à une modalité inhabituelle de la prestation de soins. En comparaison de la consultation en personne – qui est familière aux patients –, la télésanté entraîne des risques additionnels à la confidentialité. En ce sens, il est nécessaire de s'assurer que le patient est d'accord pour s'exposer à ces risques supplémentaires. Le risque accru en matière de sécurité de l'information constitue un des éléments principaux qui distinguent la télésanté de la prestation de soins en personne¹¹⁷.

SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 50; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 9, p. 4; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3, art. 4; ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK, *Consent to Participate in a Telemedicine Consultation Checklist*, p. 1, en ligne : <https://support.otn.ca/sites/default/files/consent_to_participate_in_a_telemedicine_consultation_checklist_-_english.pdf>; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, p. 2; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, *Un outil d'aide à la décision : télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relations humaines*, Montréal, CIQ, 2016, p. 10-11, en ligne : <https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYY3Q7Y2h7Qix1Qmll4X3Rf/asset/files/CIQ_telepratique_dossier_numerique_vf_2016-10-06.pdf>; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Fiche mémo. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise*, Saint-Denis (France), Haute Autorité de santé, 2018, en ligne : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf>; voir aussi, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 11.

¹¹⁷ ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 5.

Normalement, un médecin doit obtenir un consentement éclairé en s'assurant que le patient a « reçu les explications pertinentes [en vue de sa] compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles » des soins qu'il s'apprête à recevoir¹¹⁸. Le contrat médical qui se forme entre le médecin et le patient suppose « l'obligation de renseigner¹¹⁹ ». Cette dernière « a pour but premier le respect de l'autonomie du patient », celui-ci fournissant ensuite un consentement éclairé¹²⁰. S'agissant d'une obligation positive, elle force le médecin à prendre l'initiative de fournir les renseignements appropriés : c'est dire qu'il ne doit pas attendre les questions du patient. Cette obligation s'accorde parfaitement avec l'obligation complémentaire du médecin de « faciliter la prise de décision du patient¹²¹ ». Quant à l'infirmière, lorsqu'elle est responsable d'obtenir un consentement, elle doit « fournir au client toutes les informations requises¹²² ».

Il existe une jurisprudence et une doctrine abondantes quant aux risques associés aux soins que les professionnels de la santé sont tenus, ou non, de divulguer à chaque patient¹²³. Bien qu'aucun consensus ne se dessine sur les pourtours précis de cette obligation délicate et complexe¹²⁴, il faut noter que la nature, la probabilité et la gravité des risques constituent des éléments toujours pris en considération au moment d'évaluer l'obligation d'informer¹²⁵. Le Collège des médecins du Québec recommande ainsi à ses membres de dévoiler :

¹¹⁸ Code de déontologie des médecins, préc., note 80, art. 28 et 29.

¹¹⁹ P. TRUDEL et F. ABRAN, préc., note 80, p. 55.

¹²⁰ S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI, et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 47, par. 180.

¹²¹ Code de déontologie des médecins, préc., note 80, art. 29.

¹²² Code de déontologie des infirmières et infirmiers, préc., note 85, art. 41.

¹²³ Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, par. 315-329.

¹²⁴ Pour un aperçu des différentes positions sur la divulgation des risques aux patients, voir Patrice DESLAURIERS et Emmanuel PRÉVILLE-RATELLE, « La responsabilité médicale et hospitalière », dans *Collection de droit 2019-2020*, École du Barreau du Québec, vol. 5, *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2019, p. 155, aux p. 165-170.

¹²⁵ Préc., note 123, par. 317.

- les risques probables et prévisibles, en toutes circonstances;
- les risques rares, si graves et particuliers au patient;
- les risques connus de tous, si particuliers au patient;
- les risques importants, si graves et déterminants dans la décision;
- les risques accrus, lorsqu'un choix est possible¹²⁶.

Tous ces critères ont bien sûr été mis au point essentiellement dans le contexte d'une divulgation du risque d'atteinte à l'intégrité physique, comme lors d'un traitement médical invasif. En effet, les dispositions sur lesquelles s'appuie l'obligation d'obtenir le consentement font habituellement écho à la protection de l'intégrité et de l'invulnérabilité de la personne humaine¹²⁷. Bien que ces critères n'aient pas été déterminés au regard du risque à la confidentialité ou à la sécurité de l'information, ils nous semblent tout de même pertinents dans le contexte de la télésanté.

D'abord, il faut mentionner que le droit à l'intégrité de la personne dépasse la sphère corporelle : il s'étend à l'intégrité « physique, psychologique, morale et sociale¹²⁸ ». Bien que l'atteinte dans la sphère psychologique, morale ou sociale doive présenter une certaine intensité et une apparente durabilité pour affecter le droit à l'intégrité¹²⁹, il est possible d'envisager des situations où un bris de confidentialité en matière de télésanté serait de nature à porter atteinte à l'intégrité du patient. Par exemple, la révélation non intentionnelle d'une condition médicale stigmatisante, comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), pourrait avoir des impacts majeurs et durables sur plusieurs sphères de la

¹²⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin et le consentement aux soins*, document de référence, Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec, 2018, p. 25, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>>.

¹²⁷ R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 123, par. 424; voir dans le *Code civil du Québec* le chapitre premier (« De l'intégrité de la personne ») du titre deuxième (« De certains droits de la personnalité »).

¹²⁸ *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211, par. 95.

¹²⁹ Emmanuelle LÉVESQUE, « Les exigences légales entourant le consentement dans la recherche avec des enfants et des adultes inaptes : une piste de solution aux difficultés posées par les articles 21 et 24 C.c.Q. », (2006) 51 *R.D. McGill*. 385, 396-398.

vie d'un patient. Des conséquences similaires pourraient découler advenant la révélation non intentionnelle d'événements victimisants, comme le fait d'avoir subi des abus sexuels ou de la violence psychologique. On doit également considérer que la captation et la rediffusion non autorisées de la consultation vidéo pourraient influencer sur l'intégrité psychologique, morale ou sociale du patient.

En plus, bien que les critères actuels de divulgation des risques médicaux n'aient pas été élaborés dans le contexte de risques rattachés à la confidentialité, les obligations du professionnel de la santé au regard du secret professionnel forcent aussi la révélation de risques accrus liés à la confidentialité. Comme nous l'avons vu, le professionnel de la santé assume des obligations importantes relativement à la protection du secret professionnel et de la confidentialité de l'information que lui confie son patient. Si le professionnel de la santé exerce dans des conditions qui ne lui permettent pas d'assurer le même niveau de protection que d'habitude aux informations qui lui sont confiées, il devrait en informer son patient et obtenir son consentement éclairé. Les sources que nous avons consultées sont d'avis que le recours à la télésanté augmente les risques liés à la confidentialité¹³⁰ ou pose des risques spécifiques¹³¹. Seul un patient correctement informé que la prestation de soins par télésanté pose un risque additionnel quant à la confidentialité sera en mesure d'accepter ou de refuser la modalité de la télésanté.

Les sources qui s'expriment au sujet du consentement en matière de la télésanté suggèrent de renseigner le patient sur une variété d'éléments, parfois différents de l'un à l'autre. Ainsi, plusieurs aspects sont liés au contexte des soins : par exemple, la prise en charge à distance de patients avec de sérieux bouleversements émotifs nécessite de les

¹³⁰ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 67; ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 5; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Formulaire type de consentement à l'utilisation d'un moyen de communication électronique*, p. 2, en ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/advice-and-publications/risk-management-toolbox/com_16_consent_to_use_electronic_communication_form-f.pdf>.

¹³¹ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67.

informer des services accessibles en cas de crise¹³². Aux fins de notre analyse, nous avons retenu seulement les éléments pertinents relativement à une consultation vidéo dans un contexte d'évaluation du risque de cancer du sein. Toute patiente qui reçoit des services de télésanté devrait être informée :

- des avantages et des risques liés à l'utilisation de la technologie¹³³;
- de la protection de sa confidentialité ou de sa vie privée¹³⁴;
- du risque d'accès par des tiers non autorisés¹³⁵;
- de l'emplacement où exerce le professionnel de la santé¹³⁶;
- de l'éventualité d'une défaillance technique qui empêcherait la consultation¹³⁷;

¹³² ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹³³ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 17-18; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 5-6; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 50; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 10-11; voir, par analogie, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹³⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 15; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3, art. 4; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 50; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 10-11; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 116; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques*, 2019, p. 12, en ligne : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf>; voir par analogie : ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9; ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 5.

¹³⁵ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 15; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 50; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 130, p. 2; INTERNATIONAL BAR ASSOCIATION SECTION ON LEGAL PRACTICE, préc., note 49.

¹³⁶ FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, art. 2.

¹³⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 9, p. 4; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3, art. 4; voir aussi lorsqu'un

- des modalités de coordination des soins avec d'autres professionnels de santé¹³⁸, y compris la transmission de renseignements à d'autres professionnels de la santé¹³⁹;
- de l'enregistrement de la consultation¹⁴⁰ ou de l'absence d'enregistrement¹⁴¹;
- de l'importance d'éviter de discuter de sujets plus délicats (ex. : maladies stigmatisantes comme le VIH)¹⁴²;
- des autres façons d'avoir une consultation (ex. : en personne)¹⁴³;
- du type de technologie utilisée et de ses limites¹⁴⁴ ou des modalités pratiques de la téléconsultation¹⁴⁵.

Comme la télésanté est, par sa nature même, une pratique qui s'effectue loin des patients, le consentement verbal à cet égard semble une façon de faire largement acceptée¹⁴⁶. Il est alors approprié de documenter dans le dossier médical le consentement verbal obtenu et les outils ayant

auteur soulève l'enjeu sans prendre position : F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 70-71.

¹³⁸ ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3, art. 4; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 116.

¹³⁹ NATIONAL INITIATIVE FOR TELEHEALTH, préc., note 67; F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 70-71; voir, par analogie, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁴⁰ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 49-50; *Code de déontologie des infirmières et des infirmiers*, préc., note 85, art. 32.1.

¹⁴¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20.

¹⁴² ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 130, p. 2.

¹⁴³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 116; voir, par analogie, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁴⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 5; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 10-11.

¹⁴⁵ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 134, p. 12.

¹⁴⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 6; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 10-11; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK, préc., note 116, p. 1; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 116.

servi à ce sujet¹⁴⁷, par exemple un aide-mémoire. Toutefois, lorsqu'une infirmière souhaite effectuer un enregistrement vidéo d'une consultation, elle est tenue d'obtenir le consentement écrit du patient¹⁴⁸. Par ailleurs, lorsqu'il n'est pas prévu d'enregistrer la consultation vidéo, il est utile d'en informer le patient, car cela diminue les risques¹⁴⁹. Cette manière de procéder peut aussi rassurer les patients qui craignent que l'enregistrement vidéo ne soit visionné par d'autres professionnels de la santé qui ont accès à son dossier médical.

Prenant en considération les éléments mentionnés ci-dessus, l'ensemble de notre analyse et les formulaires de consentement consultés, nous avons conçu un modèle de formulaire de consentement qui pourrait servir en contexte québécois. Le modèle proposé dans l'encadré ci-dessous pourrait être utilisé de multiples façons, par exemple en format électronique (à remplir à l'écran), en format verbal ou en format imprimable (à remplir et à envoyer par courriel).

¹⁴⁷ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67.
¹⁴⁸ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 85, art. 32.1.
¹⁴⁹ ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK, préc., note 116.

Modèle de formulaire de consentement pour consultation vidéo

Consentement à utiliser une technologie électronique pour une consultation



Nous vous proposons une consultation vidéo avec un professionnel de la santé. La technologie électronique utilisée permet de se voir et de se parler en direct.

 Cette technologie, qui utilise Internet, pourrait entraîner des risques additionnels à votre confidentialité.

Nous avons mis en place des mécanismes afin de protéger votre confidentialité. Cependant, il existe toujours un faible risque que des personnes non autorisées interceptent et enregistrent la consultation.

Si vous n'êtes pas à l'aise pour faire une consultation vidéo, vous pouvez demander une consultation en personne.

Au moment d'une consultation vidéo, vous devez :

- être dans un endroit où vous pouvez discuter d'aspects privés (par exemple: votre chambre) ;
- considérer une consultation en personne si des sujets plus sensibles doivent être discutés (par exemple: sida, abus de drogues, maladie mentale).

Veuillez indiquer votre choix ci-dessous:

- J'accepte** d'utiliser cette technologie électronique.
- Je refuse** d'utiliser cette technologie électronique et je demande une consultation en personne.

Information supplémentaire:

- Cette consultation vidéo est offerte par [nom de l'établissement]. Un dossier médical à votre nom y sera détenu.
- La consultation **ne sera pas** enregistrée. Un résumé de la consultation sera transmis à votre médecin de famille ou à votre infirmière praticienne spécialisée.
- Si un problème technique interrompt la consultation, nous vous joindrons par téléphone pour continuer la consultation de cette façon.

Dans certains cas d'exception, il pourrait être approprié d'enregistrer la conversation et de modifier le formulaire en conséquence. Source des images : téléconsultation par Bold Yellow, du Noun Project; cadenas par Maxim Kulikov, du Noun Project ([https:// thenounproject.com/](https://thenounproject.com/)).

V. Pertinence de la rencontre en personne

Souvent considérée comme un désavantage de la télésanté, l'absence de contact réel entre le patient et le professionnel de la santé ferait obstacle à une communication efficace. Cependant, il n'est pas clair à savoir si l'absence de contact réel en matière de télésanté nuit à la qualité de la relation entre le professionnel de la santé et le patient¹⁵⁰. De nombreuses autres raisons pourraient expliquer que l'absence de contact en personne soit perçue comme désavantageuse, par exemple lorsque le patient n'a pas les compétences technologiques requises¹⁵¹. Il est primordial de reconnaître que la télésanté pourrait apporter aux patients à la fois des avantages et des désavantages, lesquels dépendront largement du contexte et des caractéristiques de chaque personne¹⁵². Ainsi, les avantages ou les désavantages ressentis par certains patients pourraient ne pas trouver écho chez d'autres qui évoluent dans un contexte différent ou qui présentent des caractéristiques diverses.

Devant l'incertitude liée aux avantages et aux inconvénients de la prestation virtuelle de soins, les rédacteurs des normes de conduite sont réticents à la voir comme équivalente à la prestation de soins en personne : dans certains cas, on va même jusqu'à privilégier fortement la consultation en personne. Ainsi, affirmant que « [la] consultation par un patient en présence du médecin demeure la norme à privilégier¹⁵³ », l'Association médicale mondiale a formulé la recommandation suivante : « La télémédecine ne devrait pas être considérée comme équivalente aux soins dispensés en personne et ne devrait pas être utilisée dans le seul but de diminuer les coûts¹⁵⁴. »

¹⁵⁰ NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, *Medical Profiling and Online Medicine: The Ethics of "Personalized Healthcare" in a Consumer Age*, Londres, 2010, p. 138; Ross D. SILVERMAN, « Current Legal and Ethical Concerns in Telemedicine and e-Medicine », (2003) 9 *Journal of Telemedicine and Telecare* 67; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 37.

¹⁵¹ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 57-59.

¹⁵² NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, préc., note 150, p. 138.

¹⁵³ ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3.

¹⁵⁴ *Id.*, 3^e recommandation.

Le Collège des médecins du Québec a adopté une position similaire en estimant « préférable » que la consultation vidéo soit une étape subséquente à la première évaluation faite en personne par un autre professionnel de la santé¹⁵⁵. Il rappelle à cet égard que les mêmes normes s'imposent aux médecins qui exercent la télésanté, et que celle-ci ne supplée pas l'examen physique¹⁵⁶. Pour la Commission de l'éthique en science et en technologie, la télésanté « ne remplace pas la prestation de soins en personne, mais en est un complément¹⁵⁷ ». Dans une approche plus audacieuse, certains organismes n'hésitent pas à énumérer aux patients, sans nuancer, des situations où ils considèrent que « les soins virtuels sont appropriés », comme la « santé mentale » et les « infections urinaires [et les] sinusites »¹⁵⁸.

Comme conséquence des réticences de la majorité des organismes, les normes exigent d'évaluer la pertinence de recourir à la télésanté avant de l'utiliser avec un patient¹⁵⁹. Le professionnel de la santé qui songe à recourir à la télésanté devrait donc préalablement « juger de la pertinence d'une téléconsultation¹⁶⁰ ». Ainsi, le médecin devrait évaluer « la pertinence de la télé médecine pour prodiguer des soins¹⁶¹ » et « décider s'il est avisé de s'en servir dans chaque situation précise¹⁶² ». On lui demande de se baser sur son jugement professionnel pour déterminer

¹⁵⁵ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 13.

¹⁵⁶ *Id.*

¹⁵⁷ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 4.

¹⁵⁸ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA et COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, « Guide sur les soins virtuels à l'intention des patients », juin 2020, p. 5, en ligne : <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Guide-sur-les-soins-virtuels_mar2020_F.pdf>.

¹⁵⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 6-7; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 9; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67; FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, art. 4; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., notes 116 et 134, p. 13; voir, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁶⁰ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 134, p. 13.

¹⁶¹ FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, art. 4 b).

¹⁶² ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4.

« quand il convient de prodiguer des soins en mode virtuel et quand il est souhaitable ou nécessaire de voir leur patient en personne¹⁶³ » et pour évaluer « quand les rencontres virtuelles peuvent se substituer aux rencontres en personne¹⁶⁴ ». Dans le contexte de la pandémie de coronavirus, la rencontre virtuelle semble avoir été envisagée plus facilement comme une solution de rechange acceptable à la rencontre en personne vu l'importance de diminuer les possibilités de contamination¹⁶⁵. En tout temps, le médecin devrait être « conscient des difficultés spécifiques et des incertitudes éventuelles qui se posent lorsqu'il est en contact avec le patient par télécommunication¹⁶⁶ » et « être prêt à recommander une consultation en sa présence s'il estime qu'elle est dans l'intérêt du patient¹⁶⁷ ». Il faut évidemment que le médecin qui évalue « la pertinence de délivrer l'acte médical au moyen des technologies de l'information et des communications [possède] une compétence suffisante pour le faire¹⁶⁸ ».

À vrai dire, le professionnel de la santé devrait s'assurer que les avantages de la consultation vidéo et ses désavantages s'équilibrent. Pour effectuer cette évaluation, le professionnel de la santé pourrait notamment prendre en considération les éléments suivants :

- la situation clinique du patient¹⁶⁹;
- la capacité du patient à utiliser les outils informatiques¹⁷⁰;

¹⁶³ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67.

¹⁶⁴ RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA TÉLÉSANTÉ, *Guide du professionnel – Rencontre virtuelle REACTS*, p. 1, en ligne : <https://telesante.quebec/guidereacts/pdf/info/Reacts_guide_professionnel_vf.pdf>.

¹⁶⁵ Voir, par exemple, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 9.

¹⁶⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 4; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3, art. 14.

¹⁶⁷ *Id.*

¹⁶⁸ S. BRISSON, préc., note 30, p. 114.

¹⁶⁹ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 134, p. 13; voir, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁷⁰ RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA TÉLÉSANTÉ, préc., note 164, p. 1; CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 8; HAUTE AUTORITÉ DE

- l'accès à d'autres ressources pour le suivi¹⁷¹;
- la cohérence avec les services rendus en personne¹⁷²;
- les difficultés à saisir la communication non verbale¹⁷³;
- la nature de la consultation¹⁷⁴;
- l'endroit où se trouve le patient¹⁷⁵;
- la capacité du patient à communiquer à distance¹⁷⁶.

Enfin, l'un des éléments primordiaux à retenir concernant la pertinence d'offrir la télésanté est son impact éventuel sur les personnes vulnérables. Bien qu'elle ait le potentiel de remédier à des situations d'inégalités (ex. : meilleur accès aux soins pour des populations isolées¹⁷⁷), cette forme de prestation des soins pourrait accentuer des vulnérabilités existantes chez certains groupes (ex. : moins d'accès aux soins dans le cas des personnes ayant des difficultés cognitives¹⁷⁸). Pensons également à des personnes plus âgées, marginalisées ou moins à l'aise avec la technologie. La Commission de l'éthique en science et en technologie a proposé quelques questions pour tenir compte des situations de vulnérabilité en matière de télésanté; plusieurs sont pertinentes dans le contexte de notre analyse :

- La personne a-t-elle les capacités cognitives nécessaires pour bien comprendre les avantages et les inconvénients de l'intervention en télésanté qui lui est proposée?

SANTÉ, préc., note 134, p. 13; voir, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁷¹ FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, art. 4 c); voir, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁷² ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3.

¹⁷³ NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, préc., note 150, p. 131.

¹⁷⁴ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 67.

¹⁷⁵ *Id.*

¹⁷⁶ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 134, p. 13.

¹⁷⁷ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 12; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 23; CEFRIO, préc., note 3, p. 6; ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, préc., note 3, préambule;

¹⁷⁸ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 57-59; NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, préc., note 150, p. 136; OCDE, préc., note 62, p. 46.

- La personne a-t-elle le niveau de littératie nécessaire pour bien utiliser la technologie sur le plan technique et bien comprendre comment agir dans le nouveau contexte, sur le plan clinique?
[...]
- La personne pourrait-elle accepter une intervention en télésanté parce que cela lui semble être la seule manière d’obtenir des soins dont elle a besoin, même si elle est mal à l’aise par rapport à la technologie, qu’elle souffre du manque de proximité physique, etc.¹⁷⁹?

Le professionnel de la santé devrait donc être sensible aux situations de vulnérabilité et s’assurer que le patient possède les capacités lui permettant de tirer bénéfice d’une consultation qui n’a pas lieu en personne. Les capacités touchant la communication à distance et le recours à des outils informatiques s’avèrent cruciales : pour bien les évaluer, il importe de considérer l’état cognitif, l’état psychique, l’état physique (vue, audition, etc.) et la langue d’usage¹⁸⁰. De façon similaire, les travailleurs sociaux qui utilisent la télésanté se font recommander de prendre en considération « la capacité intellectuelle, émotionnelle et physique du client d’utiliser les technologies numériques et électroniques dans le cadre de la prestation de services, mais également sa capacité de comprendre les risques potentiels et les limites de ces services¹⁸¹ ». Pour pallier l’impact négatif de la télésanté sur les personnes vulnérables, il pourrait être pertinent que « des mesures adaptées aux niveaux cognitifs des différents usagers soient mises en place afin de les informer adéquatement et de façon significative des enjeux et risques¹⁸² ».

¹⁷⁹ COMMISSION DE L’ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE, préc., note 3, p. 58.

¹⁸⁰ *Id.*, p. 14.

¹⁸¹ ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 9.

¹⁸² P. TRUDEL et F. ABRAN, préc., note 80, p. 53 et 73.

VI. Compétences et habiletés technologiques

En vertu de son code de déontologie, le médecin doit « s’acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence¹⁸³ ». Il assume presque en toutes circonstances une obligation de *moyen* à l’égard de ses propres actions professionnelles¹⁸⁴. Le médecin serait soumis exceptionnellement à une obligation de *résultat*, c’est-à-dire qu’il devrait obligatoirement produire le résultat escompté¹⁸⁵, à l’égard des appareils qu’il utilise, bien que ni la doctrine ni la jurisprudence ne soient constantes sur les critères d’application de cette exception¹⁸⁶. Il faut donc garder à l’esprit que les règles pourraient différer si un appareil de télécommunication était impliqué dans un préjudice causé à un patient, par exemple en cas de mal fonctionnement d’un serveur informatique.

Ainsi, la norme de conduite qui s’applique habituellement au médecin est objective. Pour évaluer si ce dernier a correctement agi, il sera comparé à un praticien raisonnablement compétent et habile placé dans les mêmes circonstances que le médecin en cause¹⁸⁷ ou, autrement dit, à un médecin raisonnablement prudent, diligent et compétent¹⁸⁸. Cette norme s’applique, en règle générale, à toutes les facettes de sa pratique médicale :

¹⁸³ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 80, art. 5.

¹⁸⁴ S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 47, par. 55; Patrice DESLAURIERS et Emmanuel PRÉVILLE-RATELLE, « La responsabilité des professionnels », dans *Collection de droit 2020-2021*, École du Barreau du Québec, vol. 5, *Responsabilité*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2020, p. 155, aux p. 157-159.

¹⁸⁵ P. DESLAURIERS et E. PRÉVILLE-RATELLE, préc., note 184, p. 157.

¹⁸⁶ S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 47, aux par. 159-174; Luc de la SABLONNIÈRE et Marie Nancy PAQUET, « La responsabilité hospitalière et l’utilisation du matériel », dans S.F.P.B.Q., vol. 343, *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 104-109, 113 et 122; M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 100-101; Robert P. KOURI et Catherine RÉGIS, « La limite de l’accès aux soins telle que posée par l’article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : véritable exutoire ou simple mise en garde? », (2013) 72 *R. du B.* 177.

¹⁸⁷ S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 47, par. 66.

¹⁸⁸ P. DESLAURIERS et E. PRÉVILLE-RATELLE, préc., note 184.

l'obligation de renseigner, l'obligation de soigner, l'obligation de suivre et l'obligation de protéger le secret professionnel¹⁸⁹. Ainsi, le médecin doit respecter les règles de l'art reconnues¹⁹⁰ et « recourir à la bonne pratique médicale, se conformer aux données acquises de la science ou encore aux standards généralement reconnus dans le milieu¹⁹¹ ».

Transféré dans le contexte de la télésanté, ce principe signifie que le médecin devrait agir comme un médecin raisonnablement compétent qui applique les standards généralement reconnus du milieu médical touchant l'utilisation des technologies de communication. Les sources consultées nous indiquent que les standards auxquels doit se conformer le médecin ne concernent pas uniquement la façon de fournir la prestation de soins à distance, mais incluent en outre ses compétences et les habiletés technologiques¹⁹².

Premièrement, deux normes générales sur la conduite du médecin peuvent aider à clarifier son rôle concernant les compétences et les habiletés technologiques en matière de télésanté. Dans sa pratique usuelle, le médecin doit « tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter [...] toute personne compétente¹⁹³ ». Dans le contexte de la télésanté, cette exigence force le médecin à prendre en considération ses compétences technologiques et les moyens technologiques mis à sa disposition afin de décider des modalités de la consultation à distance (par exemple, le choix du système de télécommunication). Le médecin doit « respecter la limite de ses connaissances technologiques et ne pas hésiter à contacter un

¹⁸⁹ S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 47, par. 66.

¹⁹⁰ P. DESLAURIERS et E. PRÉVILLE-RATELLE, préc., note 184, p. 156.

¹⁹¹ S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 47, par. 62.

¹⁹² CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 15; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4; S. BRISSON, préc., note 30, p. 128; F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 82; voir, par analogie, ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 6.

¹⁹³ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 80, art. 42.

professionnel des télécommunications » au besoin¹⁹⁴. Lorsque ses compétences technologiques ne sont pas suffisantes pour s'assurer qu'il respecte ses obligations légales et déontologiques, il devrait notamment consulter une personne compétente dans le domaine des technologies de communication. Par ailleurs, le médecin doit aussi en tout temps « s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances [...] susceptibles de compromettre la qualité de son exercice¹⁹⁵ ». Suivant cette obligation déontologique, le médecin devrait éviter d'offrir des services de télésanté s'il ne possède pas les compétences et les habiletés technologiques permettant de garantir la qualité de sa pratique.

Deuxièmement, des normes élaborées précisément pour l'exercice de la télésanté permettent d'éclairer la conduite du médecin raisonnablement compétent et habile en matière de consultation à distance. D'abord, tout médecin devrait se renseigner afin de bien connaître la technologie qu'il s'apprête à utiliser et de déterminer les risques posés par celle-ci :

[Les médecins qui comptent utiliser la télésanté devraient] s'informer adéquatement sur les technologies qu'ils comptent utiliser, sur les risques inhérents à leur utilisation ainsi que sur les méthodes ou les solutions assurant la prévention ou la réduction de ces risques [...] Le médecin porte la responsabilité de mesurer les avantages et les risques à échanger de l'information avec un patient ou un collègue en utilisant des moyens technologiques¹⁹⁶.

Ainsi, les médecins devraient « se tenir au courant des nouveautés et se renseigner au sujet des questions de sécurité et de protection des renseignements personnels propres à leur milieu de pratique¹⁹⁷ ». Par analogie, il est demandé aux psychologues qui utilisent la télépsychologie d'analyser les risques liés à cette approche et de « chercher à obtenir une formation appropriée ou à consulter des experts en la matière lorsqu'ils

¹⁹⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 5.

¹⁹⁵ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 80, art. 43.

¹⁹⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 17-18.

¹⁹⁷ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4.

ont besoin de connaissances supplémentaires pour mener une analyse des risque¹⁹⁸ ».

Troisièmement, le médecin devrait être en mesure d'utiliser correctement la technologie de communication envisagée. En faisant écho à l'obligation de moyen qui incombe au médecin, on peut dire que « l'utilisation de la technologie requiert un degré de compétence raisonnable à l'égard du maniement de l'équipement¹⁹⁹ ». Le médecin qui exerce la télésanté doit « s'assurer qu'il a la compétence, les capacités et les connaissances nécessaires afin de respecter les obligations déontologiques et juridiques qui lui sont imposées²⁰⁰ ». Il « doit notamment acquérir des compétences technologiques afin d'utiliser adéquatement le matériel technique²⁰¹ ». Par exemple, le médecin devrait se former « à l'utilisation des outils de communication à distance [et] à la gestion des pannes en cas d'incidents techniques sur le réseau ou sur le matériel de télémédecine²⁰² ». D'une façon similaire, il est demandé aux psychologues qui exercent la télépsychologie de connaître les gestes à accomplir pour avoir recours à la technologie de façon sécuritaire, comme « crypter les données confidentielles [et] utiliser des mots de passe impossibles à déchiffrer²⁰³ ».

VII. Dossier médical

Comme la télésanté dématérialise en quelque sorte la prestation de soins, cette situation soulève des questions quant à la création et à la conservation du dossier médical. Traditionnellement, ce dossier est créé et conservé au lieu où le patient se trouve lorsqu'il reçoit des soins. Or, lorsque ce dernier participe à une consultation vidéo à partir de son domicile, et ne se déplace peut-être jamais dans le lieu où le professionnel de la santé pratique, des adaptations à cette règle sont nécessaires. D'une

¹⁹⁸ ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 15.

¹⁹⁹ S. BRISSON, préc., note 30, p. 128.

²⁰⁰ F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 82.

²⁰¹ CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC, préc., note 116, p. 15.

²⁰² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 134, p. 11.

²⁰³ ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, préc., note 67, p. 15.

façon générale, la constitution d'un dossier médical pour chaque patient qui bénéficie de services de télésanté est un standard basé sur la similarité des principes applicables à la prestation de soins en personne et à distance²⁰⁴. Une véritable relation médecin-patient s'établissant avec la consultation à distance, « les informations médicales, quelles qu'elles soient, recueillies lors de la pratique de la *télémédecine*, font partie du dossier médical du patient²⁰⁵ ». Dans le cas de la prestation de soins à distance, la tenue des dossiers doit se dérouler « de façon équivalente à ce qui est fait en médecine traditionnelle en tenant compte des éléments particuliers à la télémédecine et avec les adaptations nécessaires²⁰⁶ ».

Nous verrons ci-dessous les distinctions qui s'imposent au regard de la constitution du dossier médical selon que les services de télésanté sont fournis hors Établissement ou en Établissement.

A) Services de télésanté hors Établissement

Des services de télésanté peuvent être offerts sans la participation d'un Établissement : ce sera le cas, par exemple, par l'entremise d'un cabinet privé de professionnels ou d'un centre médical spécialisé (comme ceux qui offrent des services de chirurgie de la hanche)²⁰⁷. Dans ce contexte, comme nous l'avons expliqué plus haut, l'article 108.2 de la LSSSS²⁰⁸ ne s'applique pas. Il faut alors s'en remettre aux règles générales qui encadrent les professionnels de la santé.

Le médecin doit constituer un dossier médical « pour toute personne qui le consulte, qu'elle s'adresse directement à lui, lui soit dirigée ou soit rejointe par lui, peu importe l'endroit de la consul-

²⁰⁴ FÉDÉRATION DES ORDRES DES MÉDECINS DU CANADA, préc., note 31, p. 3.

²⁰⁵ M. BEAUPRÉ, préc., note 17, p. 97.

²⁰⁶ F. PÉRODEAU, préc., note 1, p. 72. Voir aussi COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 9.

²⁰⁷ LSSSS, art. 79, 94, 95 et 333.1.

²⁰⁸ *Id.*, art. 108.1 et 108.2.

tation²⁰⁹ ». Les dispositions de la LSSSS sont assez englobantes pour inclure toute consultation vidéo à partir du domicile du patient, peu importe la façon dont le patient a été dirigé vers le médecin. Celui-ci pourrait notamment être tenu de verser au dossier médical les autorisations légales obtenues au moment de la consultation vidéo et un compte rendu de toute communication avec le patient²¹⁰. En effet, toute « communication écrite, téléphonique ou électronique avec le patient devrait être soigneusement notée au dossier²¹¹ ». Le processus d'obtention du consentement à utiliser un moyen de communication électronique doit être documenté dans le dossier médical, peu importe la forme de ce consentement :

Le médecin devrait obtenir le consentement éclairé du patient à la communication électronique, et documenter ce consentement dans le dossier médical du patient au moyen d'une note, d'un formulaire de consentement signé ou d'une entente stipulant les conditions d'utilisation de ce mode de communication²¹².

Enfin, lorsque des images radiologiques sont échangées ou lorsque des consultations vidéo sont enregistrées, le médecin doit aussi les ajouter au dossier médical²¹³.

Quant à l'infirmière, elle est tenue de constituer un dossier pour chacun de ses patients²¹⁴. Toutefois, si elle exerce au sein d'un organisme du gouvernement ou d'une personne morale, le dossier conçu par cet organisme ou cette personne morale sert de dossier officiel et elle peut

²⁰⁹ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, préc., note 83, art. 4.

²¹⁰ *Id.*, art. 6.

²¹¹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*, (2013), p. 14, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-04-01-fr-redaction-et-tenue-des-dossiers-milieu-extrahospitalier.pdf>>.

²¹² ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, préc., note 4.

²¹³ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 3, p. 28.

²¹⁴ *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, c. I-8, r. 14, art. 2.

simplement y ajouter des éléments²¹⁵. Il pourrait s'agir du dossier médical déjà tenu par la clinique médicale où elle travaille. L'infirmière pourrait devoir joindre au dossier « une copie de tout contrat de service ou la description de toute entente particulière concernant la nature et les modalités d'une intervention de soins²¹⁶ ». Au sujet de ce dernier élément, on peut penser que le résumé de l'entente conclue avec le patient relativement aux modalités des services de télésanté constitue précisément un élément qui devrait être inclus au dossier.

B) Services de télésanté en Établissement²¹⁷

Lorsqu'un Établissement participe à la prestation de services de télésanté, celui-ci doit tenir un dossier d'utilisateur pour chaque personne ayant reçu de tels services²¹⁸. Les professionnels de la santé doivent « consigner toutes les consultations de soins virtuels au dossier des patients », y compris le consentement²¹⁹.

Les éléments devant minimalement figurer au dossier d'utilisateur sont listés dans un règlement²²⁰ qui en établit le contenu en fonction du type d'Établissement prestataire de services (centre hospitalier, centre de services sociaux, etc.)²²¹. Les éléments suivants devraient notamment apparaître dans le dossier d'utilisateur : le résumé des entrevues par des

²¹⁵ *Id.*, art. 3 (1).

²¹⁶ *Id.*, art. 2 (6).

²¹⁷ Il nous paraît peu pertinent de nous référer au document rédigé en 2005 par le Collège des médecins qui fait référence à des normes adoptées avant l'inclusion de la télésanté dans la LSSSS, même si ce texte comporte certaines précisions sur la télémédecine. Cette publication demande notamment de noter l'équipement informatique utilisé au moment de la consultation : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, (2005), p. 35, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2005-12-01-fr-tenue-des-dossiers-par-medecin-en-centre-hospitalier-de-soins-generaux-et-specialises.pdf>>.

²¹⁸ LSSSS, art. 108.2 et 505 al. 1 (24).

²¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20.

²²⁰ *Id.*

²²¹ *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ, c. S-5, r. 5, art. 53-59.

professionnels, le document confirmant l'obtention du consentement pour des services offerts par l'Établissement et « le document attestant le consentement du bénéficiaire à la prise par l'établissement de photographies, films ou enregistrements le concernant²²² ».

Lorsqu'un médecin affilié à un Établissement participe à des services de télésanté, il n'a pas à produire de son côté le dossier d'usager, car celui-ci tient lieu de dossier médical²²³. Le médecin doit toutefois y ajouter les éléments que nous avons vus plus haut au sujet du médecin qui exerce hors Établissement, cette obligation ne dépendant pas du lieu d'exercice²²⁴. La situation est la même pour l'infirmière affiliée à un Établissement lorsqu'elle prend part à des services de télésanté : il ne lui est pas nécessaire de créer un dossier du patient en parallèle. En effet, le dossier tenu par l'organisme ou la personne morale pour qui elle travaille joue ce rôle²²⁵. L'infirmière devra donc intégrer simplement au dossier d'usager les éléments que nous avons vus plus haut au sujet de l'infirmière qui exerce hors établissement car ces obligations ne dépendent pas du lieu d'exercice²²⁶.

Il reste donc la situation d'un professionnel de la santé qui n'est rattaché à aucun Établissement, mais qui participe aux services de télésanté offerts par un Établissement. Cela peut être, par exemple, le médecin de famille (exerçant exclusivement en cabinet) qui est invité à se joindre à une téléconsultation organisée entre le médecin d'un Établissement et leur patiente à tous les deux. La LSSSS prévoit que le profes-

²²² *Id.*, art. 53 (22).

²²³ *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, préc., note 83, art 2 al. 2.

²²⁴ *Id.*, art. 4 et 6.

²²⁵ *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, préc., note 214, art. 3(1).

²²⁶ *Id.*, art. 2; ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Pratique infirmière dans le secteur privé Balises professionnelles, déontologiques et juridiques*, 2017, p. 14, en ligne : <<https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1477-pratique-inf-secteur-prive-balises-web.pdf/9c2f1291-e345-f70f-a93f-8156327b871a>>.

sionnel de la santé doit tenir un dossier pour chaque « personne à qui sont rendus de tels services, conformément [...] aux normes relatives à la tenue des dossiers adoptées par règlement pris par le Conseil d'administration de l'ordre auquel ce professionnel appartient²²⁷ ». Ainsi, que ce soit un médecin ou une infirmière, le professionnel de la santé devra constituer un dossier sur le patient conformément aux règles exposées plus haut.

VIII. Continuité des services

Le professionnel qui offre une consultation vidéo n'est pas nécessairement celui qui accompagne le patient sur une base régulière; il peut apparaître ponctuellement pour un épisode de soins. C'est le cas lorsque la consultation vidéo est offerte par quelqu'un qui n'est pas le médecin omnipraticien désigné par le patient pour le « prendre en charge et assurer le suivi de [ses] problèmes de santé²²⁸ », habituellement appelé « médecin de famille²²⁹ », ni l'infirmière praticienne spécialisée qui effectue la prise en charge en partenariat avec l'omnipraticien²³⁰. Dans ce contexte particulier de télésanté, l'enjeu de la continuité des soins apparaît clairement.

La LSSSS prévoit que chaque patient a le droit d'obtenir la continuité des services de santé qui sont délivrés par un Établissement²³¹ : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des

²²⁷ LSSSS, art. 108.2.

²²⁸ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Inscription auprès d'un médecin de famille (document d'information)*, formulaire n° 4107, en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4107.pdf>>.

²²⁹ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Inscription auprès d'un médecin de famille*, formulaire n° 4096, en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4096.pdf>>.

²³⁰ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Démarches pour l'inscription d'un patient*, en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/demarche-inscription-patient.aspx>>.

²³¹ LSSSS, art. 100.

services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, *avec continuité* et de façon personnalisée et sécuritaire²³². »

Précisons que le droit à la continuité s'applique également lorsque les services de télésanté sont offerts par un professionnel de la santé juridiquement rattaché à un Établissement, mais qui n'y est pas physiquement au moment d'offrir les services de télésanté à un usager.

L'exercice du droit à la continuité des services doit toutefois tenir compte « des ressources humaines, matérielles et financières²³³ » dont dispose l'Établissement, y compris les ressources « informationnelles et technologiques » dans le cas de la télésanté²³⁴.

En vertu de son code de déontologie, le médecin qui a examiné un patient est responsable du suivi médical requis, « à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place²³⁵ ». Quand le médecin dirige son patient vers un collègue, il doit « assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que cet autre médecin n'a pas pris celui-ci en charge²³⁶ ». Le médecin s'acquitte ainsi, auprès de son patient, d'une obligation de suivi jusqu'à ce « qu'il ait pris des mesures pour qu'un suivi de qualité soit assuré au patient²³⁷ ». Le médecin doit de plus « faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient²³⁸ ».

Quant à l'infirmière, elle n'a traditionnellement pas l'obligation d'effectuer un « suivi médical » au même titre que le médecin. Toutefois, elle semble devoir se conformer à une certaine obligation quant au suivi et à la continuité des soins infirmiers qu'elle procure au patient. En effet, en vertu de son code de déontologie, l'infirmière doit :

²³² LSSSS, art. 5 (l'italique est de nous).

²³³ LSSSS, art. 13.

²³⁴ P. TRUDEL et F. ABRAN, préc., note 80, p. 55-56.

²³⁵ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 80, art. 32.

²³⁶ *Id.*, art. 33.

²³⁷ P. TRUDEL et F. ABRAN, préc., note 80, p. 55-56.

²³⁸ *Code de déontologie des médecins*, préc., note 80, art. 37.

- assurer la surveillance clinique et le suivi requis par l'état de santé du patient;
- prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et les traitements du patient²³⁹.

Il faut toutefois considérer que certaines infirmières ont un champ d'exercice qui inclut des activités médicales habituellement exercées par un médecin, comme l'infirmière autorisée à prescrire²⁴⁰ et l'infirmière praticienne spécialisée²⁴¹.

D'abord, certaines infirmières sont autorisées à prescrire des examens, des pansements, des produits, des médicaments ou de la contraception²⁴². Elles doivent alors avoir rempli des exigences particulières concernant leur formation et obtenu une attestation spécifique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec²⁴³. L'infirmière autorisée à prescrire doit satisfaire à des obligations quant au suivi et à la continuité des soins liés à la prescription. Lorsqu'elle prescrit un examen ou une analyse de laboratoire, elle doit « assurer le suivi requis par l'état du client, à moins de s'être assuré[e] qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place²⁴⁴ ».

Ensuite, certaines infirmières ont un certificat de spécialiste d'« infirmière praticienne spécialisée » qui les autorise à exercer des actes autrement réservés aux médecins, comme prescrire (des examens, des médicaments ou des traitements) et amorcer le traitement de maladies

²³⁹ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 85, art. 44.

²⁴⁰ *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, RLRQ, c. M-9, r. 12.001, art. 1.

²⁴¹ *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. M-9, r. 23.1, art. 1.

²⁴² *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, préc., note 240, art. 2-5.

²⁴³ *Id.*, art. 7 et 8.

²⁴⁴ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, préc., note 85, art. 44.1.

chroniques²⁴⁵. À titre d'illustration, la « prise en charge » et le « suivi » font partie des responsabilités de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne :

Conformément aux objectifs poursuivis par la réglementation applicable à cette spécialité, [l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne] assume de façon autonome *l'entière responsabilité de la prise en charge et du suivi des cas cliniques* qui relèvent de sa compétence, sous réserve de son obligation d'orienter la personne vers un médecin partenaire²⁴⁶.

Il semble donc se dessiner, pour l'infirmière autorisée à prescrire et l'infirmière praticienne spécialisée, une obligation de suivi à l'égard des activités médicales qu'elles exercent, c'est-à-dire les activités habituellement réservées au médecin. Cela constitue la suite logique de l'exercice, par une autre catégorie de professionnels, d'activités qui confèrent au médecin une obligation de suivi. Peu importe qui exerce les activités médicales auprès d'un patient, le besoin de suivi s'avère toujours présent, et ce, dans l'optique d'assurer la sécurité du patient et de lui offrir des soins de qualité.

Dans le contexte de la télésanté, les médecins et les infirmières auront l'obligation d'assurer un certain suivi ou la continuité des soins, en fonction du type d'activité qu'ils exerceront. La continuité des soins est une exigence qui existe aussi en matière de télésanté, où elle inclut de garantir « une consultation en personne en temps opportun lorsque cela est

²⁴⁵ *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée*, RLRQ, c. I-8, r. 8, art. 1; *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c. I-8, art. 36.1; *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, préc., note 241, art. 4.

²⁴⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première. Lignes directrices*, 2019, p. 47, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2019-07-23-fr-lignes-dir-ips-premiere-ligne.pdf>> (l'italique est de nous).

cliniquement indiqué dans un environnement de soins approprié, des suivis, des analyses de laboratoires²⁴⁷ ».

Cette obligation à l'égard du patient peut être remplie lorsque le professionnel de la santé se charge lui-même du suivi rendu nécessaire après la consultation vidéo ou encore lorsqu'il s'assure que d'autres ressources effectueront ce suivi. En outre, ces professionnels devront communiquer les informations nécessaires aux autres professionnels de la santé engagés dans la prise en charge du patient, comme le médecin de famille²⁴⁸.

Conclusion

Un établissement hospitalier de la région de Montréal a annoncé récemment qu'il allait implanter une plateforme de consultation vidéo dans le but « d'intensifier son virage numérique²⁴⁹ ». Certaines entreprises privées offrent déjà aux Québécois des consultations vidéo²⁵⁰, tandis que d'autres planifient de le faire prochainement²⁵¹.

La pandémie de coronavirus a donné un essor inattendu à l'implantation de la vidéo consultation dans le système de santé québécois²⁵². Pourtant, la couverture par la Régie de l'assurance maladie

²⁴⁷ ACCRÉDITATION CANADA, préc., note 67, p. 4. Voir aussi COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 8, p. 6 et 9.

²⁴⁸ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, préc., note 134, p. 13.

²⁴⁹ « Le CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal déploie la plateforme Reacts comme outil de communication sécurisé », communiqué, en ligne : <<https://www.newswire.ca/fr/news-releases/le-ciuss-s-du-nord-de-l-ile-de-montreal-deploie-la-plateforme-reacts-comme-outil-de-communication-securise-899579779.html>>.

²⁵⁰ Clinique Go, en ligne : <<https://cliniquego.com/teleconsultation-sante/>>; Mapple, en ligne : <www.getmapple.ca>.

²⁵¹ « Un service de télémédecine propulsé par l'IA maintenant offert aux Canadiens », en ligne : <<https://www.newswire.ca/fr/news-releases/un-service-de-telemedecine-propulse-par-l-ia-maintenant-offert-aux-canadiens-891435498.html>>.

²⁵² A. BEAUDOUIN, préc., note 6; M. PERREAULT, préc., note 6.

du Québec des soins offerts par télésanté est encadrée depuis 2007²⁵³. Si le remboursement des services de télésanté ne causait pas problème, des éléments ont certainement freiné sa mise en œuvre. Le besoin d'avoir des balises juridiques et déontologiques claires fait assurément partie de ces obstacles, comme nous l'avons vu plus haut.

Notre analyse a démontré que les principes généraux – en droit médical et en déontologie – qui sont connus des professionnels de la santé et des juristes trouvent application dans le domaine de la télésanté. Cette dernière exige surtout une mise en application en contexte nouveau de principes existants et bien ancrés dans la pratique des professionnels.

Nous avons tenté dans notre texte de dégager certaines balises pour des enjeux juridiques et déontologiques soulevés par l'implantation de la consultation vidéo avec des médecins ou des infirmières au Québec. Évidemment, en fonction du contexte, la télésanté peut donner lieu à beaucoup d'autres enjeux qui n'ont pas été abordés ici, par exemple le droit d'exercice dans une relation médecin-patient transfrontalière et la détermination du droit applicable en cas de litige²⁵⁴. D'autres travaux seront utiles pour éclairer les praticiens et les décideurs quant à la mise en place d'une offre de services élargie en matière de télésanté.

²⁵³ *Décret 329-2007 concernant le Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, (2007) 139 G.O. II, 1991, art. 1. Ce décret a modifié l'alinéa (d) de l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, r. 5.

²⁵⁴ Robert P. KOURI et Sophie BRISSON, « Les incertitudes juridictionnelles en télémédecine, où est posé l'acte médical? », (2004-2005) 35 *R.D.U.S.* 521; G. TREMBLAY, préc., note 46.