RS

EXPÉRIENCES DE SOINS EN TÉLÉSANTÉ LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 : UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS D'USAGERS DE SERVICES AYANT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ET DES MALADIES PHYSIQUES CHRONIQUES

Savannah Dubé, Myreille Bédard, Arnaud Duhoux, Jean-Sébastien Paquette, Amélie M. Achim, Patrick Archambault, Virtue Bajurny, Marie Baron, Mylaine Breton, Marjorie Brochu, Jean-Daniel Carrier, Yves Couturier, Stefany Dufour, Martin Fortin, Morgane Gabet, Marie-Pierre Gagnon, Ariane Girard, Anita Kothari, Audrey L'Espérance, Annie LeBlanc, Marie-Thérèse Lussier, Frances S. Mair, Emily Gard Marshall, Marie-Eve Poitras, Sophie Rivet, Maxime Sasseville, Brigitte Vachon, Sabrina Wong, Matthew Menear

La pandémie de COVID-19 a engendré de profonds changements dans les modalités de prestation des soins de santé, notamment l'adoption rapide de la télésanté. Bien que certaines études aient exploré les avantages et les défis liés à la télésanté en contexte de pandémie, peu d'études se sont penchées sur les expériences de soins en télésanté d'individus vivant avec des troubles de santé mentale et des maladies physiques chroniques. Cet article propose d'explorer les perspectives de 29 usagers de services. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées dans le cadre d'une étude plus large basée sur des méthodes mixtes. Les participants ont été interrogés sur différentes dimensions de leurs expériences de soins, notamment l'accessibilité, la continuité, l'approche centrée sur la personne, ainsi que la globalité. Les transcriptions de ces entrevues ont fait l'objet d'une analyse thématique, à la fois déductive et inductive. Les résultats suggèrent que le virage vers la télésanté a contribué à maintenir l'accessibilité et la continuité des soins de

santé pour la plupart des participants de l'étude. En revanche, ce virage n'a favorisé que de façon limitée une approche des soins centrée sur la personne et la globalité des soins, soulignant la nécessité d'améliorer ces aspects dans un objectif d'amélioration de la qualité et de pérennisation de la télésanté.

Mots-clés : télésanté; COVID-19; expériences de soins; santé mentale; multimorbidité; étude qualitative

Au Québec et à l'international, la télésanté s'est imposée comme une stratégie permettant de maintenir la prestation de services de santé et services sociaux dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et des restrictions sanitaires qui y ont été associées (BAJGAIN *et al.*, 2023; NANDA et SHARMA, 2021). Face à la crise, les systèmes de santé ont dû rapidement évoluer afin d'intégrer la télésanté comme complément aux modalités de prestation de services plus traditionnelles. Cette évolution s'est manifestée par le biais de plusieurs initiatives telles que l'instauration de nouveaux modèles de remboursement pour la télésanté, le déploiement de nouvelles infrastructures technologiques, ainsi que l'ajustement des flux de travail (BRETON *et al.*, 2021b). La télésanté a ainsi été déployée dans une multitude de contextes lors de la pandémie de COVID-19, notamment dans les établissements de soins primaires, les hôpitaux et les services de réadaptation (BAJGAIN *et al.*, 2023; NANDA et SHARMA, 2021). La télésanté peut être définie comme toute interaction entre un usager de services (et/ou un membre de son cercle de soins) et un professionnel de la santé qui se produit à distance, en utilisant une forme de technologie de l'information et de la communication (BRETON *et al.*, 2021b; SHAW *et al.*, 2018). Elle comprend des modalités synchrones telles que le téléphone ou la vidéoconférence, ainsi que des modalités asynchrones telles que les messages textes et les courriels.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, de nombreuses études ont exploré les expériences de télésanté, du point de vue tant des professionnels de la santé que des usagers de services. D'une part, les études ont souligné que la télésanté peut offrir de nombreux avantages, notamment dans l'optique de la prévention de la propagation des virus, ainsi qu'une plus grande facilité d'accès pour les usagers, englobant des facteurs tels que le confort et la réduction des déplacements et des temps d'attente (BAJGAIN *et al.*, 2023; BRETON *et al.*, 2021b; HALAS *et al.*, 2024; NANDA et SHARMA, 2021). D'autre part, les études ont également souligné des inconvénients potentiels : impacts négatifs sur la relation thérapeutique, difficultés pour les professionnels de la santé de mener des évaluations médicales rigoureuses en raison de l'absence d'information visuelle, obstacles technologiques et disparités d'accès liées à la littératie numérique et aux barrières économiques pour les usagers de services. La recherche portant spécifiquement sur la télésanté mentale pendant la pandémie a identifié des avantages et des inconvénients similaires, en insistant sur les difficultés liées à l'établissement ou au maintien de la relation thérapeutique (ASHCROFT *et al.*, 2021; CENITI *et al.*, 2022; LIBERATI *et al.*, 2021; SAN JUAN *et al.*, 2021; WITTEVEEN *et al.*, 2022). Cependant, peu d'études ont exploré les expériences de soins en télésanté du point de vue des usagers de

services présentant un ou plusieurs troubles de santé mentale ainsi que de maladies physiques chroniques, ce que l'on désigne comme la multimorbidité mentale et physique. La multimorbidité mentale et physique est associée à des états de santé moins favorables que ceux des personnes présentant *soit* des troubles de santé mentale *soit* des maladies physiques chroniques, ainsi qu'à une utilisation accrue des services de santé (Druss et Walker, 2011; Egede *et al.*, 2002; Himelhoch *et al.*, 2004; Gunn, 2015; Scott *et al.*, 2009). Cette forme de multimorbidité engendre des besoins de santé plus complexes et nécessite une navigation fréquente entre différents milieux de soins (Menear *et al.*, 2023), ce qui peut influencer les expériences de soins en télésanté de manière unique. De plus, les personnes présentant une multimorbidité mentale et physique sont susceptibles d'avoir été particulièrement vulnérables aux répercussions de la pandémie. Elles étaient non seulement plus à risque de contracter la COVID-19 et de développer une forme grave de la maladie ou des complications (Geng *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2020), mais aussi plus susceptibles de subir des interruptions ou des changements majeurs dans leurs soins (Fikree *et al.*, 2023). En ce sens, il est pertinent de se demander si la télésanté a su répondre de manière adéquate à la diversité et la complexité des besoins de ces usagers tout au long de la pandémie.

Notre étude vise à décrire l'expérience des soins en lien avec la télésanté par des usagers de services présentant une multimorbidité mentale et physique au Québec pendant la pandémie de COVID-19. L'objectif est de documenter globalement les expériences vécues, et plus spécifiquement en ce qui a trait à l'accessibilité et la continuité des soins, à l'approche centrée sur la personne et à la globalité des soins. Dans un contexte où la télésanté demeure une composante du système de santé québécois, comprendre les expériences de télésanté des personnes présentant plusieurs problèmes de santé concomitants est essentiel pour garantir qu'elles reçoivent des soins de qualité, adaptés à leurs besoins spécifiques.

MÉTHODES

Devis et contexte de l'étude

Cette étude qualitative descriptive constitue la première phase de l'étude « COVID-Expérience », qui fait usage de méthodes mixtes et porte sur les expériences de soins d'adultes vivant avec une multimorbidité mentale et physique pendant la pandémie de COVID-19 (Menear *et al.*, 2023). Commencée en février 2022, cette première phase a privilégié un devis qualitatif descriptif (Neergaard *et al.*, 2009; Sandelowski, 2000) afin de recueillir de riches données descriptives sur les expériences de soins des personnes présentant une multimorbidité mentale et physique dans diverses régions de la province de Québec. Ce type de devis est particulièrement favorisé lorsque les chercheurs souhaitent obtenir une description détaillée des phénomènes vécus et rapportés par les participants (Neergaard *et al.*, 2009; Sandelowski, 2000). Les données ont été recueillies auprès d'usagers de services ainsi que de professionnels de la santé. Dans cet article, nous présentons les résultats issus exclusivement des entrevues avec les usagers de services.

L'étude COVID-Expériences de soins est imbriquée dans une étude plus large, MAVIPAN (Ma vie et la pandémie au Québec), qui est une étude de cohorte longitudinale de cinq ans (2020-2025) explorant les impacts sociaux et psychologiques de la pandémie à travers le Québec (LEBLANC *et al.*, 2022). MAVIPAN a facilité le recrutement d'un échantillon diversifié de participants pour la phase qualitative descriptive de notre étude.

Cadre conceptuel

Le principal cadre conceptuel ayant guidé cette étude est le modèle du Centre de médecine de famille (CFPC, 2019), un modèle qui illustre les fondements et les fonctions clés des services de soins primaires modernes. Parmi les principales fonctions des soins primaires figure la prestation de soins et de services à la population qui sont : 1) accessibles, 2) en continuité, 3) centrés sur la personne (dispensés en partenariat avec le patient et sa famille), et 4) complets et globaux (CFPC, 2019). Nous avons choisi d'axer l'exploration des expériences de soins des participants autour de ces quatre dimensions de la qualité des soins. Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, nous avons élaboré des définitions précises pour chaque dimension, en nous appuyant sur les travaux conceptuels d'autres auteurs (tableau 1).

TABLEAU 1

Définitions des dimensions des expériences de soins

Dimension	Définition
Accessibilité	La facilité avec laquelle les individus ou groupes sont en mesure de chercher et d'obtenir des services de santé, sociaux ou communautaires qui répondent à leurs besoins (LEVESQUE, HARRIS et RUSSELL, 2013).
Continuité	La mesure dans laquelle une personne bénéficie d'une relation continue avec un professionnel de la santé ou une équipe clinique, ainsi que la cohérence et la coordination des soins de cette personne au fil du temps et entre les différents professionnels (HAGGERTY *et al.*, 2003).
Approche centrée sur la personne	L'expérience d'être traité avec dignité et respect, d'établir des relations de confiance mutuelle, d'être considéré comme un individu unique et d'être encouragé à participer activement dans ses soins (HÅKANSSON EKLUND *et al.*, 2019; PHCPI, 2019).
Globalité	La mesure dans laquelle la personne reçoit une gamme complète de services qui répondent à ses besoins physiques, mentaux, sociaux et autres (BAUGHMAN *et al.*, 2023).

Échantillon et collecte de données

Les participants ont été identifiés parmi les répondants du sondage MAVIPAN âgés de 18 ans ou plus, qui ont déclaré avoir au moins un trouble de santé mentale et au moins une maladie physique chronique. Ils ont ensuite été invités par courriel à participer à des entrevues individuelles semi-dirigées visant à explorer leurs expériences de soins pendant la pandémie. Parmi les 198 personnes contactées, 31 personnes ont accepté de participer à la phase descriptive qualitative de notre étude. Cependant, au cours des entrevues, nous avons constaté que deux participants avaient été classés de manière erronée dans la catégorie des personnes présentant un trouble de santé mentale. Comme ils ont confirmé n'avoir que des maladies physiques chroniques, nous avons décidé de les exclure de cette étude. De plus, trois participants présentant des troubles de santé mentale ont précisé que leurs problèmes physiques n'étaient pas de nature chronique. Nous avons néanmoins choisi de conserver les données de ces trois participants pour nos analyses en raison de la similitude de leurs expériences avec celles des personnes ayant des maladies physiques chroniques. Ces décisions ont mené à un échantillon final de 29 participants pour cette étude (voir le tableau 2 pour les caractéristiques des participants).

TABLEAU 2

Caractéristiques des participants

Caractéristiques	**n (%)**
Genre	
Femme	24 (83)
Homme	3 (10)
Non-binaire	2 (7)
Âge (ans)	
30-39	6 (21)
40-49	10 (35)
50-59	5 (17)
60-69	8 (28)
Région	
Capitale-Nationale	12 (41)
Chaudière-Appalaches	8 (28)
Montréal	4 (14)
Montérégie	2 (7)
Laurentides	1 (3)
Estrie	1 (3)
Outaouais	1 (3)

Suite –

Tableau 2 – Suite

Caractéristiques	n (%)
Troubles de santé mentale*	
Troubles anxieux	17 (59)
Troubles dépressifs	12 (41)
Troubles liés à des traumatismes ou facteurs de stress	10 (35)
Autre (troubles de la personnalité, troubles bipolaires, etc.)	9 (31)
Maladies physiques chroniques*	
Maladies cardiovasculaires	9 (31)
Asthme	8 (28)
Arthrite	6 (21)
Diabète	4 (14)
Fibromyalgie	4 (14)
Autre (dystrophie musculaire, glaucome, etc.)	19 (66)
Nombre de problèmes de santé	
1	3 (10)
2	2 (7)
3	10 (35)
4 ou plus	14 (48)

*Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

Chaque entrevue a été réalisée par deux ou trois membres de l'équipe de recherche, incluant toujours au moins une personne ayant une forte expérience en recherche qualitative et en santé mentale (SD, MM). Le guide d'entretien semi-structuré a été élaboré avec une équipe interdisciplinaire, composée notamment d'individus vivant avec des troubles de santé mentale et/ou des maladies physiques chroniques (patients partenaires). Les questions avaient pour but d'explorer l'état de santé des participants, les types de services qu'ils ont reçus ainsi que leurs expériences de soins pendant et au-delà de la pandémie. Le guide comprenait des questions d'ordre général sur les expériences de soins, telles que « Pourriez-vous nous parler de vos expériences de soins pendant la pandémie? » et « Qu'est-ce qui a été le plus marquant pour vous dans vos expériences de soins depuis le début de la crise? ». Tous les participants ont abordé le thème de la télésanté et les membres de l'équipe ont approfondi ce thème en leur posant des questions relatives à leur appréciation de la télésanté et leurs expériences en la matière. De plus, le guide d'entretien comportait des questions spécifiques sur les expériences de soins en matière d'accessibilité, de continuité, d'approche centrée sur la personne et de globalité des soins de santé mentale et physique pendant la pandémie de COVID-19 (voir tableau 3 pour des exemples de questions).

TABLEAU 3

Exemples de questions d'entrevue sur les expériences de soins

Dimension	Exemples de questions d'entrevue
Accessibilité	Avez-vous remarqué un changement dans l'accès à vos soins pendant la pandémie? Avez-vous subi des interruptions de service? Avez-vous constaté des retards pour vos consultations?
Continuité	Avez-vous constaté une stabilité dans les professionnels de la santé impliqués dans vos soins tout au long de la pandémie, ou y a-t-il eu des changements fréquents?
Approche centrée sur la personne	Au cours de vos interactions avec vos professionnels de la santé pendant la pandémie, avez-vous eu le sentiment d'être traité avec respect? Avez-vous perçu que les soins que vous avez reçus étaient personnalisés, qu'ils tenaient compte de votre situation et de vos besoins spécifiques? Avez-vous été impliqué dans les décisions qui vous concernaient relativement à votre santé?
Globalité	Avez-vous remarqué une différence dans la manière dont vos problèmes de santé physique étaient pris en compte par rapport à ceux de santé mentale? Si oui, comment cela a-t-il affecté vos expériences de soins?

Les entrevues ont été menées et enregistrées via la plateforme Zoom entre février 2022 et juillet 2023, avec des durées variant de 45 à 120 minutes (moyenne = 72 minutes). À la fin de chaque entrevue, des discussions réflexives collaboratives ont eu lieu entre les membres de l'équipe de recherche, portant sur les impressions de chacun sur le contenu de l'entrevue, la dynamique d'interaction avec le participant, les biais potentiels et les facteurs qui auraient pu exercer une influence sur le déroulement de l'entrevue. Par ailleurs, chaque membre de l'équipe de recherche ayant participé aux entrevues s'est assuré de tenir à jour un journal réflexif individuel afin d'approfondir l'analyse de biais personnels potentiels. Les entrevues ont ensuite été transcrites verbatim et anonymisées afin de garantir la confidentialité des participants lors de l'analyse des données. Chaque participant s'est vu offrir une compensation de 50 $ pour le temps consacré à l'entrevue.

Analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique (Braun et Clarke, 2021) en plusieurs étapes. D'abord, les transcriptions des entrevues ont été importées dans NVivo 12 et lues par l'auteure principale (SD) afin de se familiariser avec leur contenu. Ensuite, un ensemble de codes initiaux a été systématiquement appliqué à tous les segments des transcriptions. Deux membres de l'équipe

de recherche (SD, MM) ont ensuite examiné les données de manière indépendante afin de revoir les codes initiaux et d'identifier les tendances récurrentes. Ils se sont ensuite rencontrés pour discuter de leurs interprétations des données et planifier la phase suivante des analyses. Lors de cette rencontre, ils ont convenu que la télésanté représentait un thème central dans les expériences rapportées par les participants et qu'une analyse plus approfondie de ces expériences était pertinente. Ils ont structuré la suite des analyses de la manière suivante : 1) la création de codes pour distinguer les différentes technologies auxquelles les participants ont été exposés et les différents professionnels utilisant ces technologies; 2) une approche de codage déductive catégorisant les expériences des participants en matière de télésanté selon les dimensions prédéfinies des expériences de soins (accessibilité, continuité, approche centrée sur la personne, globalité); et 3) une approche inductive dans laquelle ils ont généré des codes basés sur la nature et le contenu des expériences des participants en matière de télésanté (p. ex., « interactions moins personnelles » ou « prise en charge rapide des problèmes de santé mineurs »). Les codes ont ensuite été rassemblés et organisés dans une série de tableaux selon les différentes dimensions des expériences de soins, puis communiqués aux autres membres de l'équipe de recherche pour les consulter sur l'interprétation des données. La nature interdisciplinaire de l'équipe de recherche (chercheurs, étudiants, cliniciens et patients partenaires ayant différentes expertises disciplinaires) a permis de s'assurer qu'une diversité de perspectives soit prise en compte dans l'analyse des données. Une fois un consensus établi, une série finale de thèmes, accompagnée de codes et d'extraits de verbatim, a été élaborée par l'auteure principale afin d'orienter la rédaction du manuscrit.

Considérations éthiques

Chaque participant a consenti verbalement à participer à cette étude avant d'être interrogé. Cette étude est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale (certificat 2021-2043), comité éthique de référence, ainsi que par les comités d'éthique des institutions collaboratrices.

RÉSULTATS

Les participants interrogés ont décrit des expériences variées en matière de télésanté, impliquant une multitude de professionnels de la santé et divers contextes de soins. Les participants ont rapporté trois types de modalités de télésanté, soit les consultations téléphoniques, les consultations par vidéoconférence et l'échange de courriels. Dans la majorité des cas, les interactions avec les professionnels de la santé se sont déroulées exclusivement à distance pendant la pandémie, mais quelques participants ont reçu une combinaison de soins à distance et en personne (p. ex., un dépistage à distance suivi d'un rendez-vous en personne si un examen physique était jugé nécessaire). Les interactions les plus couramment rapportées étaient celles avec des médecins de famille dans des cliniques de soins primaires (n = 19 participants), principalement par téléphone, et avec des psychologues dans

des cliniques privées, par téléphone ou par vidéoconférence (n = 12 participants). Les participants ont également fait part de leurs expériences avec 12 autres types de professionnels de la santé, y compris des professionnels travaillant dans des services de santé mentale (p. ex., psychiatres, travailleurs sociaux) ainsi que des médecins spécialistes (p. ex., cardiologues, endocrinologues, rhumatologues). La nature des interactions différait considérablement, allant des soins courants à des diagnostics ou des traitements. Dans l'ensemble, les expériences de soins impliquant la télésanté étaient variées : la plupart des participants ont mentionné qu'ils avaient eu des expériences parfois positives, parfois négatives, et ont été en mesure de souligner des avantages et des inconvénients de ce mode de soins.

Accessibilité

Sur le plan de l'accessibilité, quatre thèmes majeurs sont ressortis, suggérant que la télésanté aurait à la fois facilité et entravé l'accès aux soins pendant la pandémie. D'une part, la télésanté a été perçue comme : 1) facilitant l'accès à des soins psychologiques en temps opportun, 2) facilitant l'accès à des soins de santé physique courants ou mineurs, et 3) éliminant les contraintes liées aux déplacements physiques pour recevoir des soins. D'autre part, la télésanté a également été perçue comme : 4) un obstacle à l'obtention de soins appropriés pour certains problèmes de santé physique.

En ce qui concerne les soins de santé mentale, plusieurs participants ont souligné qu'il aurait été plus difficile d'accéder à des soins psychologiques en temps opportun sans l'option des séances virtuelles. La télésanté leur a notamment offert la possibilité de consulter des psychologues situés en dehors de leurs localités respectives, éliminant ainsi toute contrainte liée à la distance géographique. Par exemple, un participant résidant à l'extérieur d'un centre urbain a expliqué : « *On a fait toutes les rencontres [avec le psychologue] par téléphone. […] Donc sinon ça aurait été beaucoup plus long pour avoir un professionnel parce que son bureau était et est encore à [nom de la ville]* » (MM26).

La télésanté a également été identifiée comme un facteur facilitant l'accès aux soins courants pour certaines maladies (p. ex., suivi de diabète) ou pour des problèmes de santé mineurs (p. ex., conjonctivite). Les participants ont remarqué qu'ils étaient en mesure de joindre plus rapidement leurs intervenants par téléphone ou par courrier électronique et ont apprécié la flexibilité que cela procurait :

> [L'infirmière et moi] pouvions nous appeler, on pouvait se parler 15 minutes […], c'était super spontané. Elle m'écrivait un courriel : « Es-tu dispo pour un petit appel ? » « Oui, parfait », on se parle. Je n'avais pas à me déplacer. Chip, chop, on parlait de mes ajustements d'insuline […] On se parlait plus souvent, plus facilement à cause de la télésanté. (MM31)

Plusieurs participants ont également noté l'intérêt pratique de la télésanté et le fait qu'elle permet des gains de temps, notamment en cas de mauvais temps ou lorsque les établissements de santé sont situés loin de leur lieu de résidence. « *Ben, je trouve ça pratique parce que c'était en hiver, donc de me déplacer en plein hiver dans une*

tempête, c'est plus tannant. En tout cas, là j'étais chez nous, dans mon salon, puis j'avais ma consultation, ce qui était très pratique » (MM26). Certains individus atteints de douleurs chroniques ont également mentionné que la télésanté pouvait permettre d'éviter la fatigue physique liée aux déplacements. « *Moi je trouve que pour les gens en douleur chronique, c'est peut-être même mieux, parce qu'on n'est pas obligé de se déplacer. Tu sais, c'est dur pour quelqu'un parfois de se déplacer* » (MM21). Cependant, une participante a souligné que, bien que pratique pour économiser du temps de déplacement, les rendez-vous étaient souvent peu planifiés (p. ex., l'après-midi plutôt qu'à une heure précise), de sorte qu'elle pouvait recevoir des appels à des moments inopportuns et que sa capacité à s'engager pleinement dans la consultation s'en trouvait affectée : « *Qu'est-ce que* [sic] *je trouvais plus difficile, c'est de justement avoir un appel en plein milieu de l'après-midi, pas parce que moi ça me convenait, mais parce qu'eux ils étaient libres. Donc, je dirais que ça c'est quelque chose que j'ai un petit peu moins apprécié, disons, de la télésanté* » (MM12).

Si la télésanté a semblé avoir eu une influence positive sur l'accessibilité aux soins, elle a également introduit d'importants obstacles à l'accès de certains participants à des soins appropriés à leurs problèmes de santé physique. Pour de nombreux participants dont les problèmes de santé physique nécessitaient des soins en personne, l'impossibilité de prendre rendez-vous pour une consultation en personne a soulevé des préoccupations quant à la pertinence des soins à distance : « *Et donc, [mon médecin de famille] me suit. Normalement, je suis censé le voir une fois par an, mais avec la pandémie, nous n'avions eu que des rendez-vous par téléphone. Je suppose que je n'ai plus besoin de faire mon examen annuel des seins maintenant que je ne l'ai pas vu (rires)! C'est une blague…* » (MM29). Les participants ont expliqué que des soins de santé physique retardés ou inappropriés pouvaient leur causer beaucoup d'anxiété, aggravant parfois les symptômes de leurs troubles de santé mentale :

> Mais en cardiologie, j'avais vraiment des tests qui étaient comme très, très, très dus, c'était là que c'était comme plus compliqué. […] Ça a vraiment beaucoup joué sur l'anxiété, parce que… bien c'est ça là… qu'est-ce que j'ai comme dystrophie musculaire ça peut… Un des symptômes c'est comme « mort soudaine cardiaque » […] je me réveillais pendant la nuit comme « ah, il me semble que je me sens bizarre… Est-ce que j'ai quelque chose? » (MM12)

Ce thème sera davantage approfondi dans la section « globalité », car l'incapacité à accéder à des soins physiques appropriés a également contribué à la perception de soins moins complets chez les participants.

Continuité

En ce qui concerne la continuité des soins, nous avons identifié trois thèmes clés liés à la continuité relationnelle : 1) la contribution de la télésanté au maintien de la continuité relationnelle, 2) l'importance des relations préétablies pour des expériences de télésanté positives, et 3) les ruptures temporaires de la continuité relationnelle en début de pandémie.

Premièrement, bien que la télésanté ait parfois modifié la nature des soins, dans la plupart des cas, elle a permis aux participants de maintenir une continuité relationnelle avec leurs différents professionnels de santé mentale et physique en dépit des mesures sanitaires. Tel que décrit par l'une des participantes, cette continuité n'était pas forcément anticipée :

> Qu'est-ce qui m'a le plus marquée ? Bien, je dirais que c'est la facilité avec laquelle la plupart des professionnels ont vraiment commencé à offrir des services sur Zoom ou sur Teams, ou peu importe là, ça c'est quand même quelque chose. Moi, je m'attendais que vraiment tout allait arrêter, que je n'allais plus du tout avoir accès aux différents professionnels que je vois. (MM12)

Deuxièmement, les expériences en matière de télésanté ont semblé plus positives pour ceux qui bénéficiaient d'une relation préexistante avec leurs intervenants. Certains participants ont explicitement souligné que leur adaptation à la télésanté aurait été plus difficile sans cette relation préétablie :

> Si mettons y'avait lieu que j'aie un contact avec un nouveau médecin [de famille], je ne sais pas comment j'aurais vécu ça… Parce que, quand on se voit, je trouve qu'il y a déjà une étape de plus, on a tout le non verbal qui est là. […] [Le médecin de famille en personne] peut nous évaluer, il est plus en état de voir vraiment quand tu es en douleur; ça paraît vraiment dans la face. Un médecin qui ne te connaît pas, comment tu peux évaluer ça au téléphone? (MM21)

Troisièmement, il convient de noter que certains participants ont connu des ruptures temporaires de la continuité relationnelle en début de pandémie, et ce, principalement dans deux circonstances : 1) lors de la transition des soins en personne vers la télésanté et 2) lorsque les activités de leur professionnel étaient interdites en personne par les autorités sanitaires et incompatibles avec la télésanté. En effet, un sous-ensemble de participants a décrit des situations où, lors de la première vague de la pandémie, ils ont rencontré des difficultés temporaires dans la planification des rendez-vous avec leurs professionnels, en particulier avec leurs médecins de famille, attribuant cette situation à l'adaptation progressive des professionnels de la santé au passage des soins en personne à la télésanté. Une participante a évoqué son impression que les médecins de famille étaient en « standby » :

> Au début là de la première vague, j'avais l'impression que les médecins étaient tous en standby. « On ne peut plus rencontrer de patients, on attend. » Moi, c'est vraiment le feeling que j'avais. […] J'avais l'impression que les médecins étaient toutes [sic] : « Oh, je vais voir un petit peu en télémédecine... », mais j'avais l'impression qu'ils étaient comme en standby. […] Je n'avais pas l'impression que personne travaillait, c'est drôle, tu sais? (MM24)

Par ailleurs, lorsque les activités des professionnels de la santé étaient incompatibles avec la télésanté et considérées comme un service non essentiel par les autorités sanitaires (p. ex., la physiothérapie), les participants ont subi d'importantes ruptures dans la continuité relationnelle jusqu'à ce que les soins en personne puissent reprendre. Comme illustré par une participante, cette situation a induit de l'anxiété chez certains participants et a parfois conduit à une stagnation ou à une régression dans leurs traitements de santé physique :

> Quand que [*sic*] tu fais cette chirurgie-là, de ligaments croisés antérieurs, il faut que tu voies un physiothérapeute de façon très régulière. […] [Cela] [f]ait que mon opération a été en novembre 2019 et j'ai commencé à faire ma physiothérapie. […] Puis là, à partir de mi-mars 2020, je n'ai plus eu accès à ma physiothérapeute, [cela] fait que c'est sûr que ça a été un peu angoissant parce que… c'est très commun comme opération, [cela] fait que c'est très documenté comment […] est supposé[e] être fait[e] la réadaptation, puis tu es supposé d'avoir des exercices, tu sais, à chaque semaine, puis de voir ta physiothérapeute […]. Et là, moi, il y a quand même eu un deux mois de néant… J'ai continué à faire les mêmes exercices que j'avais avant, mais je n'ai jamais évolué parce que là je n'avais pas de personne pour m'aider par rapport à ça. […] Parce qu'au début, le gouvernement n'avait même pas allumé que c'était important ces soins-là aussi! (MM14)

Approche centrée sur la personne

Au cours des entrevues, la notion d'approche centrée sur la personne s'est imposée comme un point central des discussions. Un premier thème prépondérant était la perception que la télésanté compliquait l'établissement ou le maintien de la relation thérapeutique, peu importe le type de professionnel impliqué. Un deuxième thème moins récurrent, mais tout aussi saillant, était l'insatisfaction des participants face au manque de choix de modalités de prestation des soins, ainsi que leur appréciation des cas où il y avait une certaine souplesse dans le choix de la modalité.

En discutant des répercussions de la télésanté sur leurs relations avec les professionnels de la santé, la plupart des participants ont souligné que leurs interactions semblaient moins riches et personnalisées particulièrement par téléphone, mais aussi par vidéoconférence. Ils ont exprimé un sentiment partagé à l'égard du format à distance, qui se traduisait selon eux par une réduction de la qualité de la relation entre les patients et les professionnels. Beaucoup ont lié cette expérience à la réduction ou l'absence de signes non verbaux inhérents aux soins en personne :

> Tu sais, parler au téléphone ça va, mais parce que des fois en personne le non-verbal parle puis le médecin est capable de voir. C'est sûr qu'à la caméra on peut le voir, mais… c'est tout ça, tout le présentiel qui manquait. (MM8)

> En vidéoconférence, on ne ressent pas nécessairement les mêmes choses, on ne voit pas les mêmes… les attitudes. Quand on voit juste la tête, on ne voit pas nécessairement les bras puis on ne sent pas le même feeling à distance qu'en présentiel. (MM9)

D'autres ont également indiqué que les interactions à distance leur semblaient plus « expéditives », de sorte qu'ils se sentaient réticents à exprimer pleinement leurs besoins. Certains participants ont même déclaré avoir l'impression que les professionnels de la santé faisaient preuve de moins d'empathie et de respect à leur égard lors des interactions à distance :

> Il y a des informations que tu ne captes pas au téléphone, puis je pense qu'il y a certaines fois peut-être […] que l'endocrinologue avec qui j'ai eu des échanges des fois un petit peu plus corsés – je pense qu'elle aurait peut-être perçu à certains moments qu'elle dépassait une certaine limite ou qu'elle était comme… Ben, je ne pense pas que son intention c'était d'être blessante, ce n'est clairement pas une mauvaise personne, mais je pense que mon non-verbal lui aurait peut-être dit des fois « oups, ce n'est peut-être pas la bonne méthode » ou « ça ne fonctionne pas ». Tu sais, tu le vois quand un patient se referme ou n'apprécie vraiment pas un commentaire. Mais là, au téléphone, je n'avais pas ça. Puis des fois, je me souviens, des fois qu'elle me parlait et je pleurais au téléphone, puis elle continuait. Je me dis que si j'avais été devant elle, ça aurait été différent. Puis peut-être que ça aurait permis d'être comme un peu plus dans le respect. (MM31)

Une seule participante a identifié un aspect potentiellement positif de ses interactions téléphoniques sur sa relation avec son psychologue en expliquant que, bien qu'elle n'appréciât pas le format et se sentît moins proche de sa psychologue, il y avait des moments où l'absence de signes non verbaux augmentait sa propension à se livrer lors des séances de thérapie :

> Ça me fatiguait un peu, tu sais? D'un autre côté, certains jours, c'était plus facile de parler parce que… justement, je n'avais pas de non-verbal en face de moi. D'autres jours, je trouvais ça très difficile. Tu sais, euh… parce que, justement, tu parles au téléphone. Tu n'as pas le contact, pas la chaleur. J'ai trouvé ça difficile. (MM27)

En ce qui concerne le choix des modalités de prestation de soins, certains participants ont mentionné que l'impossibilité d'opter pour la modalité de leur choix (par la télésanté ou en personne) leur a procuré un sentiment d'insatisfaction et l'impression que leurs besoins en matière de santé n'étaient pas pris en compte de manière adéquate : *« Étant une personne visuelle, j'aime mieux être en présentiel. […] Quand on n'a pas le choix, on n'a pas le choix… […] Mais parler d'un problème de santé à la caméra, j'ai trouvé ça difficile »* (MM8).

Dans deux cas, le refus des participants d'accepter des soins psychologiques à distance en raison de leurs préférences personnelles a entraîné des temps d'attente prolongés pour l'accès à des soins psychologiques en personne. Une autre participante a décrit une rencontre avec un médecin de famille qui a refusé ses demandes de soins en personne :

> Quand j'ai parlé au téléphone avec elle [le médecin de famille], elle était très brusque. […] Cet été, ça a été comme la goutte qui a fait déborder le vase. Déjà qu'en plus je ne pouvais pas être vue, elle m'a dit : « Oui, mais vous comprenez, avec la COVID… » J'ai dit : « Oui, mais moi je travaille en santé en ce moment! » [...] Je veux dire, depuis le début de la COVID que moi je vois des gens en vrai là

> et j'ai dit : « Ben vous savez dans le reste du réseau de la santé, on a quand même continué à voir des gens en vrai parce que certaines choses ne se font pas par téléphone. » J'ai dit ça comme ça. Puis ça, elle ne l'a vraiment pas pris… Elle a commencé à me dire qu'elle n'allait plus me traiter puis que c'était un service qu'elle m'offrait, mais qu'elle n'était pas obligée…[Cela] [f]ait que là, moi j'ai juste dit : « Ah, madame, excusez. » Je voulais quand même avoir au moins une prescription. C'est tellement dur d'avoir un rendez-vous qu'on est comme… on est comme pogné, tu sais? (MM14)

En revanche, lorsque les participants avaient la possibilité de choisir la modalité de prestation de soins, cette possibilité était grandement appréciée. Les participants ont même recommandé que cette flexibilité et possibilité soit préservée à long terme au-delà de la pandémie :

> [Cela] [f]ait que c'est sûr que, la prochaine fois, le prochain rendez-vous [avec le médecin de famille], j'ai même le choix si c'est en présentiel ou par téléphone, le prochain rendez-vous, l'an prochain là. [Cela] [f]ait que je pense que c'est une habitude qu'il faut prendre, ça va être au choix de la personne. [Cela] [f]ait que si je pense que j'ai un problème puis faut que ça prenne qu'on se voit ben là, je n'ai rien qu'à dire : « rendez-vous en présentiel ». (MM15)

Globalité

Nous avons relevé un seul thème dominant concernant la globalité des soins, à savoir la perception que la télésanté se traduisait par des soins de santé mentale et physique incomplets ou moins holistiques. Les participants ont exprimé des préoccupations quant à la portée et à la globalité des soins prodigués via la télésanté.

Comme évoqué précédemment sous la section « accessibilité », de nombreux participants ont rapporté que les professionnels de la santé ont omis certaines activités cliniques qui nécessitaient des soins physiques en personne, tels que les examens de routine ou les soins préventifs, engendrant un sentiment de soins « incomplets ». Par exemple, une participante a exprimé sa frustration de devoir recourir à des consultations téléphoniques pour des examens gynécologiques :

> Quand vous avez demandé tantôt « qu'est-ce qui vous a marqué dans la pandémie? », moi, quand je dis à du monde que j'ai eu deux examens gynécologiques par téléphone (rires), les gens… ils capotent! Tu sais, non pas juste un, mais deux sur deux années différentes. Les gens, ils trouvent ça débile, puis moi aussi. Parce que dans le fond… c'est que non seulement c'est difficile d'avoir accès aux soins, mais en plus ce ne sont pas des soins. (MM14)

En outre, selon les participants, l'absence de rendez-vous en personne pourrait avoir empêché les professionnels de saisir pleinement les aspects émotionnels et psychologiques de leur santé ou le besoin d'examens approfondis :

> Là j'ai recommencé à la voir [la médecin de famille] dans son bureau en présentiel. Mais la première année de la pandémie, c'était par téléphone, à tous les mois. J'ai continué d'avoir mes rendez-vous à tous les mois, mais c'était par téléphone, [cela] fait qu'elle ne pouvait pas me peser. Elle ne pouvait pas voir vraiment comment j'allais… (MM9)

> Puis bon avec le médecin ou psychologue parce que, je veux dire, comme le médecin, tu vas quand même dévier un peu de la conversation un moment donné ou ça va aller plus large. Ce n'est pas juste : « ben écoute j'ai une plaie là », un pansement puis bye bye. Tu sais, pendant qu'il le fait, il parle, puis… tu sais? Ben non, moi ça me dérangeait. (MM27)

Quatre participants ont déclaré que ces limitations étaient plus marquées lors des interactions par téléphone et qu'elles auraient pu être minimisées en recourant aux technologies de vidéoconférence. Ils ont suggéré que, bien que les technologies de vidéoconférence présentent des limites similaires, elles procurent plus d'informations visuelles, ce qui aurait pu atténuer ces difficultés.

DISCUSSION

Pour les individus présentant une multimorbidité mentale et physique qui ont participé à cette étude, l'adoption de la télésanté pendant la pandémie de COVID-19 a présenté des avantages en matière d'amélioration de l'accès aux soins psychologiques et aux soins de santé physique courants ou mineurs, tout en permettant de maintenir une continuité relationnelle avec la plupart de leurs professionnels de la santé. En revanche, la télésanté a également présenté des limites en matière d'accès à des soins appropriés pour certains problèmes de santé physique, ainsi que des lacunes dans la prestation de soins complets et centrés sur la personne. Ces résultats doivent être interprétés en tenant compte du contexte québécois, une province ayant été fortement touchée par la pandémie et qui a mis en place des mesures de confinement et de restriction en matière de soins de santé parmi les plus strictes au Canada (Syed, 2023).

Les résultats concernant l'accessibilité mettent en évidence des implications à la fois positives et négatives de la télésanté. En ce qui concerne les implications positives, la capacité de la télésanté à améliorer l'accessibilité en augmentant la disponibilité des professionnels et en éliminant le besoin de déplacement physique a déjà été rapportée dans d'autres études (Ashcroft *et al.*, 2021; Breton *et al.*, 2021a; Hedden *et al.*, 2023). Or, nos résultats mettent en lumière que le virage vers la télésanté a également permis aux usagers de services d'obtenir certains services – tels que des soins psychologiques – auprès de professionnels situés en dehors de leur localité. Cette innovation revêt une importance particulière considérant la hausse de la demande pour les services en santé mentale pendant la pandémie et les difficultés d'accès croissantes aux soins de santé mentale locaux (Ashcroft *et al.*, 2021; Spagnolo *et al.*, 2022). Quant aux implications négatives, nos résultats concernant les inconvénients de la télésanté en matière d'accès à des soins appropriés pour certains problèmes de santé physique identifiés dans notre étude sont également conformes à la littérature existante (Breton *et al.*, 2021a; Breton *et al.*,

2021b; BAJGAIN *et al.*, 2023; CHAN-NGUYEN *et al.*, 2022b; HALAS *et al.*, 2024; NANDA et SHARMA, 2021; POITRAS *et al.*, 2022). Par exemple, dans l'étude qualitative de BRETON *et al.* (2021a), des médecins de famille du Québec et du Massachusetts ont souligné la difficulté de fournir des soins appropriés en l'absence d'un examen physique. Cependant, notre étude apporte un complément d'information en soulignant les retombées potentielles de ces inconvénients sur la santé mentale des usagers de services, certains participants ayant souligné que les délais ou l'impossibilité d'accéder à des soins en personne pour des problèmes de santé physique avaient provoqué des sentiments d'anxiété ou exacerbé les symptômes de leurs problèmes de santé mentale.

Les résultats relatifs à la continuité révèlent que la télésanté a facilité le maintien de la continuité relationnelle entre les participants et leurs professionnels de la santé, malgré la disponibilité limitée des services en personne pendant la pandémie. Les participants ont exprimé leur soulagement de ce que la plupart des intervenants ont été en mesure d'effectuer une transition harmonieuse vers la télésanté. À l'instar des résultats d'une étude antérieure menée auprès de professionnels de la santé de la première ligne (HEDDEN *et al.*, 2023), la présence de relations préétablies avec les professionnels de la santé a influencé positivement les expériences des participants avec la télésanté. Toutefois, des ruptures temporaires dans la continuité relationnelle ont également été soulevées, principalement au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19, alors que les professionnels adaptaient leurs pratiques à la télésanté. Des ruptures se sont notamment manifestées au début de la pandémie, lorsque les autorités sanitaires ont restreint l'accès aux soins en personne pour les services jugés non urgents ou essentiels. Ces ruptures ont provoqué de l'anxiété chez certains participants et entravé la progression des traitements, soulignant l'importance d'une plus grande flexibilité dans le choix de la modalité de prestation de soins la plus appropriée dans le cadre des stratégies de lutte contre la propagation des virus.

Les perspectives de nos participants quant aux lacunes de la télésanté en matière d'approche centrée sur la personne ont mis l'accent sur les défis liés à l'établissement et au maintien de la relation thérapeutique à distance, ainsi que sur la flexibilité limitée dans le choix de modalités de prestation des soins. De nombreuses études ont également relevé des difficultés à favoriser et maintenir le lien thérapeutique propre aux soins centrés sur la personne dans un contexte de télésanté (ASHCROFT *et al.*, 2021; BAJGAIN *et al.*, 2023; BRETON *et al.* 2021a; CENITI *et al.*, 2022; CHAN-NGUYEN *et al.*, 2022a, 2022b; HALAS *et al.*, 2024; LIBERATI *et al.*, 2021; POITRAS *et al.*, 2022; SAN JUAN *et al.*, 2021; WITTEVEEN *et al.*, 2022). Or, peu d'études se sont intéressées aux stratégies efficaces pour entretenir une relation thérapeutique de qualité à distance, mettant ainsi en évidence le besoin d'approfondir les connaissances à ce sujet. Notre étude illustre également le fait que les préférences des usagers en matière de choix de modalité de prestation de soins ont souvent été ignorées pendant la pandémie de COVID-19. ALAMI *et al.* (2021) ont mis en évidence une problématique similaire en début de la pandémie, notant que de nombreux usagers de services au Québec ont été [traduction] « téléconsultés sans leur consentement » (p. 3). Toutefois, quand le choix leur a été donné, les participants de notre étude ont grandement apprécié la possibilité de décider de

la modalité de prestation des soins. Alors que la télésanté s'inscrit toujours dans les pratiques de soins au Québec, ce constat concorde avec une étude antérieure menée par Poitras *et al.* (2022) sur les perceptions des usagers de services vivant avec des maladies chroniques à l'égard des téléconsultations, soulignant l'importance de donner la priorité aux approches centrées sur le patient qui permettent aux individus de prendre des décisions éclairées sur la modalité de prestation de leurs soins.

Les participants ont systématiquement exprimé des préoccupations quant à la prise en charge holistique de leurs problèmes de santé à distance, révélant une lacune importante en matière de globalité des soins. L'absence de présence physique lors des interactions en télésanté a semblé entraver la capacité des professionnels à fournir des soins holistiques aux usagers de services. Bien que les participants aient suggéré que ces inconvénients auraient pu être atténués avec l'utilisation de technologies de vidéoconférence, ils ont également reconnu que de telles technologies ne permettaient pas d'éliminer entièrement ces inconvénients. Ces résultats font écho à certaines études ayant souligné les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé pour mener des évaluations rigoureuses à distance et/ou le manque d'examens physiques complets dans les contextes de télésanté (Ashcroft *et al.*, 2021; Bajgain *et al*., 2023 Breton *et al*., 2021a; Breton *et al*., 2021b; Ceniti *et al*., 2022; Chan-Nguyen *et al*., 2022b; Halas *et al.*, 2024; Hedden *et al*., 2023; Liberati *et al.*, 2021; Nanda et Sharma, 2021). Il existe actuellement d'importantes lacunes dans la littérature concernant la prestation de soins holistiques dans les contextes de télésanté. Cela englobe notamment les lacunes liées à la manière d'atteindre une prise en charge globale grâce à des modèles de soins collaboratifs et interprofessionnels dispensés à distance (Poitras *et al*., 2024). Il serait particulièrement important de combler ces lacunes pour les personnes présentant une multimorbidité mentale et physique, lesquelles nécessitent souvent des soins coordonnés et collaboratifs pour répondre à leurs besoins de santé variés et en constante évolution.

Limites

Cette étude présente plusieurs limites. Premièrement, l'étude COVID-Expériences a exploré les expériences de soins des participants de manière plus globale et ne s'est pas concentrée exclusivement sur les expériences de télésanté. Une étude plus ciblée sur ce thème nous aurait probablement permis d'explorer certains aspects (p. ex., l'influence des différentes modalités de télésanté) plus en profondeur et nos objectifs ainsi que nos approches théoriques et méthodologiques auraient possiblement été différents. Deuxièmement, bien que notre échantillon soit varié en matière d'âge et de types de problèmes de santé mentale et physique, il présente une faible diversité en ce qui a trait à d'autres aspects importants tels que le genre, l'ethnicité ou le lieu de résidence (urbain ou rural). Certains groupes, notamment ceux ayant une faible littératie numérique ou une maîtrise limitée de la langue française ou anglaise, sont également sous-représentés dans l'échantillon actuel. Il s'agit d'une limite importante compte tenu des barrières auxquelles ces groupes ont dû faire face pour accéder à la télésanté pendant la pandémie et au-delà

(ASHCROFT *et al.*, 2021; BAJGAIN *et al.*, 2023; BRETON *et al.*, 2021a, 2021b; CENITI *et al.*, 2022; CHAN-NGUYEN *et al.*, 2022a, 2022b; HALAS *et al.*, 2024; LIBERATI *et al.*, 2021; SAN JUAN *et al.*, 2021; WITTEVEEN *et al.*, 2022). Enfin, il convient de souligner que les expériences de nos participants se sont inscrites dans le contexte d'une pandémie mondiale qui a provoqué une hausse considérable des symptômes de stress et d'anxiété chez de nombreuses personnes présentant des troubles de santé mentale et/ou de santé physique (MURPHY *et al.*, 2021). Puisque ce contexte unique a certainement pu influencer les expériences de nos participants en matière de télésanté, il serait bénéfique d'explorer davantage les expériences en dehors des périodes de crise. Ces études pourraient offrir des perspectives plus complètes sur l'efficacité de la télésanté et les défis reliés.

*
* *

Cette étude a exploré les expériences de soins en matière de télésanté d'adultes québécois présentant des troubles de santé mentale et des maladies physiques au cours de la pandémie de COVID-19, mettant en lumière des expériences variées en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité, l'approche centrée sur la personne et la globalité des soins. Les participants ont mentionné à la fois des avantages et des inconvénients liés à la télésanté. Nos résultats suggèrent que la télésanté a facilité l'accès à certains types de soins, mais qu'elle a représenté un obstacle pour d'autres. Elle a également joué un rôle important dans le maintien d'une continuité relationnelle avec les professionnels de la santé tout au long de la pandémie. Notre étude met également en lumière les limites de la télésanté dans la prestation de soins globaux et centrés sur la personne. Les recherches futures et les décideurs publics devraient ainsi davantage se concentrer sur des stratégies visant à soutenir la mise en place et le maintien de relations thérapeutiques significatives entre les patients et les professionnels de la santé, et favoriser des approches holistiques ainsi qu'une plus grande flexibilité et la possibilité de choisir parmi différentes modalités de prestation des soins disponibles. Si la télésanté représente un exemple concret de la capacité du système de santé à innover et à s'adapter rapidement face à un contexte inédit, elle doit continuer à s'adapter afin de répondre aux besoins diversifiés de toutes les populations.

Savannah DUBÉ
VITAM Centre de recherche en santé durable
savannah.dube.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

Myreille BÉDARD
Patiente partenaire
myreilleb@videotron.ca

Arnaud DUHOUX
Université de Montréal
arnaud.duhoux@umontreal.ca

Jean-Sébastien PAQUETTE
VITAM Centre de recherche en santé durable
jspaquette.lab@gmail.com

Amélie M. Achim
VITAM Centre de recherche en santé durable
amelie.achim@fmed.ulaval.ca

Virtue Bajurny
Patiente partenaire
vbajurny@gmail.com

Mylaine Breton
Université de Sherbrooke
mylaine.breton@usherbrooke.ca

Jean-Daniel Carrier
Université de Sherbrooke
jean-daniel.carrier@usherbrooke.ca

Stefany Dufour
VITAM Centre de recherche en santé durable
stefany.dufour.1@ulaval.ca

Morgane Gabet
VITAM Centre de recherche en santé durable
morgane.gabet@umontreal.ca

Ariane Girard
Université de Sherbrooke
ariane.girard2@usherbrooke.ca

Audrey L'Espérance
École nationale d'administration publique
audrey.lesperance@enap.ca

Marie-Thérèse Lussier
Université de Montréal
marie.therese.lussier@umontreal.ca

Emily Gard Marshall
Dalhousie University
emily.marshall@dal.ca

Sophie Rivet
VITAM Centre de recherche en santé durable
sophie.rivet.1@ulaval.ca

Patrick Archambault
VITAM Centre de recherche en santé durable
patrick.m.archambault@gmail.com

Marie Baron
Institut national de la recherche scientifique
marie.baron@inrs.ca

Marjorie Brochu
VITAM Centre de recherche en santé durable
marjorie.brochu@usherbrooke.ca

Yves Couturier
Université de Sherbrooke
yves.couturier@usherbrooke.ca

Martin Fortin
Université de Sherbrooke
martin.fortin@usherbrooke.ca

Marie-Pierre Gagnon
VITAM Centre de recherche en santé durable
marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Anita Kothari
Western University
akothari@uwo.ca

Annie LeBlanc
VITAM Centre de recherche en santé durable
annie.leblanc@fmed.ulaval.ca

Frances S. Mair
University of Glasgow
frances.mair@glasgow.ac.uk

Marie-Eve Poitras
Université Sherbrooke
marie-eve.poitras@usherbrooke.ca

Maxime Sasseville
VITAM Centre de recherche en santé durable
maxime.sasseville@fsi.ulaval.ca

Brigitte VACHON
Université de Montréal
brigitte.vachon@umontreal.ca

Matthew MENEAR
Université Laval
matthew.menear.1@ulaval.ca

Sabrina WONG
University of British Colombia
sabrina.wong@ubc.ca

NOTICES BIOGRAPHIQUES

Savannah Dubé est anthropologue et professionnelle de recherche au Centre de recherche en santé durable VITAM au sein de l'équipe de Matthew Menear. Elle coordonne des projets de recherche visant à mieux comprendre et améliorer les expériences de soins des personnes présentant des troubles de santé mentale, ainsi que l'organisation des soins et services de première ligne.

Matthew Menear est professeur adjoint au département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université Laval et chercheur régulier au Centre de recherche en santé durable VITAM. Ses travaux de recherche visent à optimiser les trajectoires de soins et de services pour les personnes présentant des troubles de santé mentale et à promouvoir des soins et services intégrés et centrés sur la personne.

ABSTRACT

Savannah DUBÉ, Myreille BÉDARD, Arnaud DUHOUX, Jean-Sébastien PAQUETTE, Amélie M. ACHIM, Patrick ARCHAMBAULT, Virtue BAJURNY, Marie BARON, Mylaine BRETON, Marjorie BROCHU, Jean-Daniel CARRIER, Yves COUTURIER, Stefany DUFOUR, Martin FORTIN, Morgane GABET, Marie-Pierre GAGNON, Ariane GIRARD, Anita KOTHARI, Audrey L'ESPÉRANCE, Annie LEBLANC, Marie-Thérèse LUSSIER, Frances S. MAIR, Emily GARD MARSHALL, Marie-Eve POITRAS, Sophie RIVET, Maxime SASSEVILLE, Brigitte VACHON, Sabrina WONG, Matthew MENEAR, Experiences with telehealth care during the COVID-19 pandemic: a qualitative studyof service users with mental health disorders and chronic physical illnesses

The COVID-19 pandemic has led to significant transformations in health care delivery, notably in the shift towards telehealth. While previous studies have shed light on the benefits and challenges of the rapid shift to telehealth, few studies have explored the telehealth care experiences of individuals with co-existing mental and physical health conditions. This article sets to explore the telehealth care experiences of 29 service users during the COVID-19 pandemic. Through semi-structured interviews conducted as part of a broader mixed-methods study, participants were asked about the accessibility, continuity, person-centredness and comprehensiveness of their care. Interview transcripts were analyzed using a mixed inductive-deductive approach. Findings suggest that telehealth helped maintain accessibility and

continuity of care for many participants. There was also a perception that it raised challenges with respect to the person-centredness and comprehensiveness of care, highlighting areas that can be targeted for quality improvement.

Keywords: telehealth; COVID-19; care experiences; mental health; multimorbidity; qualitative study

BIBLIOGRAPHIE

Alami, Hassane *et al.*

2021 « A "Not So Quiet" Revolution: Systemic Benefits and Challenges of Telehealth in the Context of COVID-19 in Quebec (Canada) », *Frontiers in Digital Health*, 3. [https://www.frontiersin.org/journals/digital-health/articles/10.3389/fdgth.2021.721898/full], consulté le 4 mai 2024.

Ashcroft, Rachelle *et al.*

2021 « Primary Care Teams' Experiences of Delivering Mental Health Care During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study », *BMC Family Practice*, 22, 143. [https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01496-8], consulté le 4 mai 2024.

Bajgain, Bishnu *et al.*

2023 « Patient-Reported Experiences and Outcomes of Virtual Care during COVID-19: A Systematic Review », *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 7, 1 : 126.

Baughman, Derek *et al.*

2023 « Defining Comprehensiveness in Primary Care: A Scoping Review », *Journal of Primary Health Care*, 15, 3 : 253-261.

Braun Virginia et Victoria Clarke

2021 *Thematic analysis: A practical guide*, London, Sage Publications Ltd.

Breton, Mylaine *et al.*

2021a « Telehealth Challenges during COVID-19 as Reported by Primary Healthcare Physicians in Quebec and Massachusetts », *BMC Family Practice* 22, 1 : 192.

2021b « Telehealth in Primary Healthcare: A Portrait of its Rapid Implementation during the COVID-19 Pandemic », *Health Policy*, 17, 1 : 73-90.

Ceniti, Amanda *et al.*

2022 « "One Degree of Separation": A Mixed-Methods Evaluation of Canadian Mental Health Care User and Provider Experiences with Remote Care During COVID-19 », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67, 9 : 712-722.

Chan-Nguyen, Sophy *et al.*

2022a « Patient and Caregiver Perspectives on Virtual Care: A Patient-Oriented Qualitative Study », *CMAJ Open*, 10,1 : E165–72.

2022b « Virtual Care Access and Health Equity during the COVID-19 Pandemic, a Qualitative Study of Patients with Chronic Diseases from Canada », *Digital Health,* 8. [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20552076221074486], consulté le 4 mai 2024.

College of Family Physicians of Canada (CFPC)

2019 *A new vision for Canada: Family Practice–The Patient's Medical Home 2019*, Mississauga, Ontario, College of Family Physicians of Canada.

DRUSS, Benjamin G. et Elizabeth REISINGER WALKER

2011 « Mental Disorders and Medical Comorbidity », *The Synthesis Project, Research Synthesis Report*, 21 : 1-26.

EGEDE, Leonard E. *et al.*

2002 « Comorbid Depression is Associated with Increased Health Care Use and Expenditures in Individuals with Diabetes » *Diabetes Care*, 25, 3 : 464-470.

FIKREE, Shireen *et al.*

2023 « The Association Between Patients' Frailty Status, Multimorbidity, and Demographic Characteristics and Changes in Primary Care for Chronic Conditions During the COVID-19 Pandemic: a Pre-Post Study », *Family Practice*, 40, 4 : 523-530.

GENG, JinSong *et al.*

2021 « Chronic Diseases as a Predictor for Severity and Mortality of COVID-19: A Systematic Review with Cumulative Meta-Analysis », *Frontiers in medicine*, 8 : 588013.

GUNN, Jane

2015 « Designing Care for People with Mixed Mental and Physical Multimorbidity », *BMJ*, 350 : h712.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.*

2003 « Continuity of Care: A Multidisciplinary Review », *BMJ*, 327 : 1219.

HÅKANSSON EKLUND, Jakob *et al.*

2019 « "Same Same or Different?". A Review of Reviews of Person-Centered and Patient-Centered Care », *Patient Education and Counseling,* 102,1 : 3-11.

HALAS, Gayle *et al.*

2024 « Patients' and Caregivers' Experiences of Virtual Care in a Primary Care Setting during the COVID-19 Pandemic: A Patient-Oriented Research Study », *Digital Health,* 10 : 1-22.

HEDDEN, Lindsay *et al.*

2023 « "There's Nothing like a Good Crisis for Innovation": A Qualitative Study of Family Physicians' Experiences with Virtual Care During the COVID-19 Pandemic », *BMC Health Services Research*, 23 : 38.

HIMELHOCH, Seth *et al.*

2004 « Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical services Among Medicare Beneficiaries », *Medical Care*, 42, 6 : 512-521.

LEBLANC, Annie *et al.*

2022 « For a Structured Response to the Psychosocial Consequences of the Restrictive Measures Imposed by the Global COVID-19 Health Pandemic: The MAVIPAN Longitudinal Prospective Cohort Study Protocol », *BMJ Open*, 12, 4 : e048749.

Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris et Grant Russell

2013 « Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations », *International Journal for Equity in Health* 12, 18. [https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18], consulté le 4 mai 2024.

Liberati, Elisa *et al*.

2021 « Remote Care for Mental Health: Qualitative Study with Service Users, Carers and Staff during the COVID-19 Pandemic », *BMJ Open,* 11, 4 : e049210.

Menear, Matthew *et al*.

2023 « Understanding the Impacts of the COVID-19 Pandemic on the Care Experiences of People with Mental-Physical Multimorbidity: Protocol for a Mixed Methods Study », *BMC Primary Care*, 24, 1 : 154.

Murphy, Louise *et al*.

2021 « The Impact of the COVID-19 Pandemic and its Related Restrictions on People with Pre-Existent Mental Health Conditions: A Scoping Review », *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, 4 : 375-394.

Nanda, Mehak et Rajesh Sharma

2021 « A Review of Patient Satisfaction and Experience with Telemedicine: A Virtual Solution During and Beyond COVID-19 Pandemic », *Telemedicine and E-Health,* 27, 12 : 1325-1331.

Neegaard, Mette Asbjoern *et al.*

2009 « Qualitative description – the Poor Cousin of Health Research? », *BMC Medical Research Methodology,* 9 : 52.

Poitras, Marie-Eve *et al.*

2022 « Chronic Conditions Patient's Perception of Post-COVID-19 Pandemic Teleconsulting Continuation in Primary Care Clinics: A Qualitative Descriptive Study », *BMJ Open,* 12 : e066871..

2024 « Collaborative Practice Competencies Needed for Telehealth Delivery by Health and Social Care Professionals: A Scoping Review », *Journal of Interprofessional Care,* 38, 2 : 331-345.

Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)

2019 « High-Quality Primary Health Care: Coordination », *Improvement Strategies.* [https://improvingphc.org/comprehensiveness]

Sandelowski, Margarete

2000 « Whatever Happened to Qualitative Description? », *Research in Nursing & Health* 23, 4 : 334-340.

San Juan, Norha Vera *et al.*

2021 « Service User Experiences and Views Regarding Telemental Health during the COVID-19 Pandemic: A Co-Produced Framework Analysis », *PLOS ONE,* 16, 9 : e0257270.

Scott, K. M. *et al.*

2009 « Mental-Physical Co-Morbidity and its Relationship with Disability: Results from the World Mental Health Surveys », *Psychological Medicine,* 39, 1 : 33-43.

Shaw, James *et al.*

2018 « Virtual Care Policy Recommendations for Patient-Centred Primary Care: Findings of a Consensus Policy Dialogue Using a Nominal Group Technique », *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 9 : 608-615.

SPAGNOLO, Jessica *et al*.

2022 « Perceptions on Barriers, Facilitators and Recommendations Related to Mental Health Service Delivery During the COVID-19 Pandemic in Quebec, Canada: A Qualitative Descriptive Study », *BMC Primary Care*, 23 : 32.

SYED, Iffath U.

2023 « Canada's Fight Against COVID-19: Constitutionalism, Laws, and the Global Pandemic », dans: Nadav MORAG (dir.), *Impacts of the COVID-19 Pandemic : International Laws, Policies, and Civil Liberties*, Hoboken, N J, John Wiley & Sons, Inc., p. 339-358.

WANG, Bolin *et al.*

2020 « Does Comorbidity Increase the Risk of Patients with COVID-19: Evidence from Meta-Analysis », *Aging*, 12, 7 : 6049-6057.

WITTEVEEN, A. B. *et al*.

2022 « Remote Mental Health Care Interventions during the COVID-19 Pandemic: An Umbrella Review », *Behaviour Research and Therapy*, 159 : 104-226.