Événements indésirables liés aux soins virtuels

PCSP
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

PROTOCOLE

Investigatrices principales

Ellen Goldbloom, MD, FRCPC, responsable médicale des soins virtuels, agente adjointe de l'information médicale, directrice médicale des soins ambulatoires, endocrinologue pédiatre, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO), professeure adjointe, département de pédiatrie, Université d'Ottawa, chercheuse clinicienne, Institut de recherche du CHEO

Shelley Vanderhout, Dt. P., Ph. D., stagiaire postdoctorale, Instituts de recherche en santé du Canada, Impact sur le système de santé

Co-investigateurs

Imaan Bayoumi, MD, M. Sc., FRCFP, médecin de famille, Équipe de médecine familiale de Queen's, professeure adjointe, département de médecine familiale, Université Queen's

Jill Chorney, Ph. D., R. Psych., psychologue et cheffe de la pratique avancée – changement de comportement, santé mentale et dépendances, IWK Health Centre, professeure agrégée, département de psychiatrie, Université Dalhousie

Megan Cooney, MD, pédiatrie et médecine de l'adolescence, professeure adjointe, pédiatrie et santé de l'enfant, Université du Manitoba, Soins communs Manitoba

David Creery, MD, M. Sc., FRCPC, M. Sc. santé, LCS, directeur médical, sécurité des patients et partenariats familiaux, intensiviste pédiatrique, CHEO, professeur agrégé, département de pédiatrie, Université d'Ottawa, chercheur clinicien, Institut de recherche du CHEO

Janet Curran, Ph. D., inf., détentrice d'une chaire de recherche, Qualité et sécurité des patients, professeure, école de sciences infirmières, Université Dalhousie

Tammie Dewan, MD, M. Sc., FRCPC, professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, Université de Calgary, médecine pédiatrique et soins complexes, chercheuse clinicienne, Alberta Children's Hospital

Olivier Drouin, MD, M. Sc., MSP, FRCPC, pédiatre, service de pédiatrie générale, CHU Sainte-Justine, professeur adjoint de clinique, département de pédiatrie, faculté de médecine et département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Gary Garber, MD, FRCPC, FACP, FIDSA, CFPC, directeur, soins médicaux sécuritaires – recherche, Association canadienne de protection médicale, professeur, département de médecine et école de santé publique et d'épidémiologie, Université d'Ottawa

Sarah Hall, MD, FRCPC, CFPC, cheffe adjointe, affaires professionnelles, département de pédiatrie, Université de Calgary, professeure agrégée de clinique, département de pédiatrie, Université de Calgary, responsable médicale, santé virtuelle, Alberta Health Services

Michael Hill, MD, FRCPC, pédiatre communautaire, réseau de santé pédiatrique et de santé de l'enfant

Brenden Hursh, MD, M. Sc. santé, FRCPC, professeur adjoint de clinique, endocrinologie pédiatrique, BC Children's Hospital et Université de la Colombie-Britannique

Sara Jassemi, MD, FRCPC, professeure adjointe de clinique, santé et médecine de l'adolescent, BC Children's Hospital et Université de la Colombie-Britannique

Kristopher Kang, MD, FRCPC, conseiller en pédiatrie, unités d'hospitalisation et unité des services de protection à l'enfance, BC Children's Hospital

Jim King, MD, M. Sc., FRCPC, agent principal des renseignements médicaux, conseiller en pédiatrie, CHEO, professeur, département de pédiatrie, Université d'Ottawa, chercheur clinicien, Institut de recherche du CHEO

Patricia Li, MD, M. Sc., FRCPC, pédiatre générale, Hôpital de Montréal pour enfants, conseillère en pédiatrie, CLSC de Parc-Extension, chercheuse, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, professeure agrégée, département de pédiatrie, Université McGill

Julia Orkin, MD, M. Sc., FRCPC, médecin hygiéniste, partenariats communautaires intégrés, conseillère en pédiatrie, The Hospital for Sick Children, professeure adjointe, département de pédiatrie, Université de Toronto

Dawn Pickering, cheffe de famille, Institut de recherche du CHEO

Phillippe Robaey, MD, Ph. D., FRCPC, CHEO, professeur de psychiatrie, Université d'Ottawa

Daniel Rosenfield, MD, FRCPC, médecin, urgentologue pédiatre, responsable, soins virtuels, urgentologie pédiatrique, The Hospital for Sick Children, professeur adjoint, Université de Toronto

Anne Rowan-Legg, MD, FRCPC, conseillère en pédiatrie, CHEO, professeure agrégée, département de pédiatrie, Université d'Ottawa, chercheuse clinicienne, Institut de recherche du CHEO

Sumeet Sadana, MD, FRCPC, conseillère en pédiatrie, Capital KidZ Medical Centre, Queensway Carleton Hospital, chargée d'enseignement clinique, Université d'Ottawa

Holden Sheffield, MD, FRCPC, chef de pédiatrie, Qikiqtani General Hospital

Sam Wong, MD, conseiller en pédiatrie, Stanton Territorial Hospital, professeur clinicien en pédiatrie, Université de l'Alberta, pédiatre hospitaliste, Stollery Children's Hospital

Kelley Zwicker, M. Sc., MD, FRCPC, professeure adjointe, unité de pédiatrie communautaire, Université d'Ottawa, conseillère en pédiatrie, groupe médical

d'Ottawa, Queensway Carleton Hospital et CHEO, chercheuse clinicienne, Institut de recherche du CHEO

Collaborateurs

Kim Courtney, éducatrice en milieu pédiatrique, CHEO, principale coordonnatrice des familles, Institut de recherche du CHEO

Christine Kouri, équité, diversité, inclusion et indigénisme, CHEO

Alex Petiquan, MD, membre du cercle autochtone du CHEO

Martha Pinheiro-Maltez, inf., qualité et sécurité, CHEO

Cecile Rousseau, MD, professeure et détentrice d'une chaire de recherche du Canada, unité de psychiatrie sociale et culturelle, Université McGill, groupe d'évaluation des soins virtuels, CHEO et Institut de recherche du CHEO

Susannah Taylor, Ph. D., analyste de politiques, Santé Canada

Historique

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à l'adoption rapide et à la priorisation de la prestation de soins virtuels, souvent pour remplacer les rendez-vous médicaux en personne (1,2). En 2021, Solutions for Patient Safety, un réseau de plus de 145 hôpitaux pédiatriques en Amérique du Nord, a constaté ce passage aux soins virtuels au sein de son réseau (3). Au Canada, le renforcement de l'infrastructure de santé électronique et la mise à jour des modalités de rémunération ont facilité ce passage, axé sur la télémédecine synchrone (en temps réel). Les soins virtuels procurent des avantages aux patients et aux familles, y compris un meilleur accès et une commodité accrue, une plus grande satisfaction de la part des patients et des proches, des économies et la possibilité de recevoir des soins flexibles et respectueux de la culture (4). Ils peuvent également contribuer à améliorer les soins axés sur les patients, car ils permettent l'évaluation visuelle de l'environnement familial de l'enfant (5). Ils appuient également l'accès aux soins pendant une pandémie mondiale en contexte de réduction des services en personne (6). De plus, de nombreux patients, de nombreuses familles et de nombreux dispensateurs de soins ont souligné l'intérêt de poursuivre les soins virtuels après la pandémie et l'importance d'harmoniser l'optimisation des soins virtuels avec les priorités nationales en matière de soins (7,8).

Même si elle est souvent perçue comme un substitut idéal aux soins en personne, la prestation des soins virtuels comporte des limites, y compris, entre autres, l'absence d'examen physique, l'incapacité de déceler les indices non verbaux, l'incapacité de toujours garantir le respect de la vie privée, les problèmes de connexion et l'iniquité de l'accès. Ces limites peuvent nuire à la qualité de la prestation des soins virtuels et entraîner des événements indésirables (ÉI) (9). La prestation de soins virtuels asynchrones (10) (p. ex., courriel, messagerie sécurisée), bien qu'elle soit efficiente, pratique et souvent efficace (11,12), est dénuée d'éléments des soins en temps réel, ce qui crée le potentiel d'ÉI. Les systèmes de santé ont dû composer avec des obstacles à la mise en œuvre des soins virtuels, tels qu'une infrastructure et une rémunération inappropriées et, surtout, une absence de directives fondées sur des données probantes sur les

contextes cliniques adaptés aux soins en personne plutôt qu'aux soins virtuels (8).

Les soins virtuels peuvent être utilisés dans divers contextes cliniques, mais pour certains patients, il est impossible de respecter la norme des soins dans un environnement exclusivement virtuel (13). On ne sait pas si ces patients peuvent être classés en groupes caractéristiques. Les soins virtuels ont été évalués dans des contextes cliniques bien précis, comme le diabète pédiatrique (14), l'asthme pédiatrique (15) et l'urgentologie (16). La plupart des publications scientifiques jusqu'à présent se sont limitées aux expériences individuelles des patients, des familles ou des proches et des dispensateurs de soins (17,18). Cependant, les répercussions des soins virtuels sur les résultats cliniques en pédiatrie demeurent largement inconnues, et les données probantes sur leur équité, leur qualité, leur sécurité et leur rapport coût-efficacité se font rares. Fait important, il n'existe pas d'évaluation systématique des ÉI liés aux soins virtuels, probablement à cause du manque d'outils d'évaluation validés, de terminologie uniforme et de structures d'évaluation conviviales, qui complique les comparaisons et l'analyse des données.

Il y a des avantages aux soins virtuels, mais on ne sait pas s'ils sont responsables d'ÉI qui auraient été évités si les soins avaient été prodigués en personne. Il n'existe pas encore d'évaluation coordonnée et approfondie des soins virtuels. La surveillance constitue une méthodologie appropriée pour recueillir des données sur les ÉI qu'on présume liés aux soins virtuels et pour fournir des données empiriques opportunes et détaillées sur les répercussions involontaires des soins virtuels. De plus, la présente étude pourrait permettre d'extraire de l'information qui aidera les pédiatres, les autorités sanitaires et les systèmes de santé à prendre des décisions fondées sur des données probantes pour orienter les recommandations et les programmes en matière de prestation des soins pour les enfants et les adolescents qui reçoivent des soins virtuels.

Méthodologie

Au moyen de la méthodologie établie du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), environ 2 800 pédiatres et pédiatres surspécialisés au Canada recevront un formulaire de déclaration mensuelle par voie électronique et seront invités à déclarer les nouveaux cas d'enfants et d'adolescents qui ont consulté à cause d'un ÉI **présumé être lié** aux soins virtuels au cours du mois précédent. Les pédiatres qui décèlent des cas seront appelés à remplir un questionnaire détaillé. Puisque la causalité est difficile à déterminer, les soins virtuels « présumés être liés » à un ÉI représentent l'instance des soins qui a précédé l'ÉI et peut l'avoir entraîné.

Afin de s'assurer d'un suivi local approprié et d'une amélioration continue de la qualité, les participants se feront rappeler de déclarer également les ÉI à leur système local habituel de déclaration d'un incident de sécurité. Ceux qui signalent un cas seront également informés que la déclaration d'un ÉI à la présente étude ne sera pas associée à des mesures réglementaires, juridiques ou punitives, mais sera analysée dans un esprit d'amélioration de la qualité. Les données sur les ÉI seront regroupées pour éviter de les lier à des personnes en particulier (p. ex., patient, parent, dispensateur de soins).

Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18e anniversaire) qui consulte à cause d'un nouvel événement indésirable (ÉI) associé à des préjudices que le médecin déclarant présume être lié à des soins virtuels.

Comme le définit le lexique sur les soins virtuels au Canada (en anglais) (26), l'exécution des soins virtuels peut être :

synchrone : Utilisation de la technologie pour permettre aux individus ou aux équipes soignantes de fournir des soins aux patients en direct ou en temps réel (p. ex., téléphone, vidéo)

asynchrone : Utilisation de la technologie pour permettre aux individus ou aux équipes soignantes d'interagir avec le patient par des méthodes qui n'exigent pas d'interactions en temps réel (p. ex., messagerie électronique ou vocale, trousse à outils pour les patients, analyse des dossiers médicaux des patients)

Critères d'inclusion

Déclarer SEULEMENT les types suivants d'ÉI présumés être liés à des soins virtuels :

Mauvais diagnostic : Les limites des soins virtuels à évaluer les patients sont responsables d'une erreur, d'une omission ou d'un retard de diagnostic.

Urgence sans la capacité d'intervenir : Le dispensateur de soins virtuels décèle une urgence clinique ou sociale, mais n'est pas en mesure d'offrir rapidement des soins d'urgence.

Des exemples d'ÉI sont énumérés ci-dessous pour contribuer à mettre en évidence la définition de cas. Cette liste n'est pas exhaustive, et les participants sont invités à déclarer TOUT événement qui, à leur avis, respecte la définition de cas.

Mauvais diagnostic

- L'absence d'examen physique pendant l'évaluation virtuelle est responsable :
  - de la non-observation d'une perte de poids et la détérioration de l'état d'un patient ayant un trouble des conduites alimentaires nécessitant une hospitalisation;
  - d'un retard de diagnostic de tumeur cérébrale chez un patient ayant une puberté précoce;
  - d'une présentation tardive à l'urgence à cause d'une otite moyenne aiguë bilatérale et d'une mastoïdite chez un patient qu'on avait cru atteint d'une infection des voies respiratoires supérieures à l'évaluation virtuelle initiale;
  - d'une présentation tardive à l'urgence nécessitant une hospitalisation et une exsanguinotransfusion à cause d'une hyperbilirubinémie néonatale non décelée à l'évaluation virtuelle initiale;
  - d'une présentation tardive de traumatisme crânien attribuable à la maltraitance chez un nourrisson ayant des ecchymoses, qui aurait donné lieu à une demande d'évaluation de maltraitance suscitée par l'évaluation virtuelle de coliques.
- L'incapacité de parler en privé avec l'adolescent a donné lieu à :

PROTOCOLE

- un diagnostic tardif d'infection transmise sexuellement ayant dégénéré en maladie inflammatoire pelvienne;
- la non-divulgation de symptômes de dépression et un diagnostic tardif nécessitant une hospitalisation.

Urgence sans la capacité d'intervenir

- Idéation suicidaire active pendant une évaluation virtuelle nécessitant une hospitalisation, mais l'incapacité d'établir une connexion avec les proches, suivie d'une consultation à l'urgence à cause d'une surdose d'acétaminophène exigeant un traitement
- Détérioration clinique aiguë (p. ex., hypotension, niveau de conscience réduit à cause de la progression d'un sepsis) constatée pendant un rendez-vous virtuel sans possibilité d'offrir des soins de soutien (et à cause des soins virtuels prévus, le patient ou la famille ont attendu avant de solliciter des soins aigus en personne)

Critères d'exclusion

- ÉI non présumés être liés aux soins virtuels
- Incident évité de justesse (*near miss*) : Incident lié à la sécurité du patient qui n'a pas touché le patient et qui n'a donc pas causé de préjudice.
- Incident sans préjudice : Incident lié à la sécurité du patient dont le patient a souffert, mais qui n'a pas causé de préjudice perceptible
- Événement causé par des problèmes de connexion qui ont nui aux soins du patient, mais n'ont pas entraîné de préjudice.
- ÉI liés à une violation de la vie privée

Objectifs

1) Comprendre le fardeau et la nature des ÉI décelés présumés être liés à la prestation des soins virtuels auprès de la population pédiatrique du Canada.
2) Décrire les types d'ÉI décelés présumés être liés aux soins virtuels.
3) Décrire toute association entre, d'une part, les caractéristiques cliniques et sociodémographiques et, d'autre part, la probabilité d'ÉI lié à des soins virtuels, s'il y a lieu.
4) Mieux faire connaître les ÉI liés à des soins virtuels et promouvoir la déclaration aux systèmes institutionnels en place afin de favoriser l'amélioration continue de la qualité.

Durée

De février 2023 à janvier 2025

Nombre prévu de cas

Jusqu'à présent, aucune étude n'a rendu compte de l'incidence ou de la prévalence des ÉI liés aux soins virtuels. Puisque les considérations en matière de sécurité des patients sont largement absentes des publications scientifiques qui évaluent les soins virtuels (25), il est difficile de prédire le nombre prévu de cas. Cependant, d'après l'estimation établie en clinique, un maximum 100 cas sont anticipés par année.

Limites de l'étude

La méthodologie du PCSP dépend du dépistage des ÉI présumés être liés à un rendez-vous virtuel. La présente étude ne saisira pas les ÉI non décelés ni les ÉI qui ne sont pas considérés comme liés aux soins virtuels. Les ÉI seront signalés par les participants d'après la présomption d'un lien à des soins virtuels, mais il pourrait être impossible d'en confirmer la causalité. La présente étude vise à accumuler des données sur les ÉI responsables de préjudices observés par les pédiatres et les surspécialistes qui participent au PCSP et non ceux constatés par les patients, leur famille, leurs proches ou d'autres dispensateurs de soins. De plus, comme il est établi que le PCSP est un système à déclaration volontaire, il est entendu que les cas confirmés ne seront pas tous signalés.

Étant donné ces limites, il est impossible d'estimer l'incidence minimale d'ÉI liés aux soins virtuels, et la présente étude ne pourra peut-être pas en décrire toute l'étendue.

Approbation déontologique

- Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada
- Comité d'éthique de la recherche du CHEO

Analyse et publication

Les données liées aux objectifs 1 et 2 seront analysées au moyen de statistiques descriptives. Des sommaires descriptifs des caractéristiques démographiques des patients, y compris le contexte des soins virtuels, seront préparés. Les variables dichotomiques seront résumées par des pourcentages, les variables continues généralement réparties seront résumées par des moyennes et des écarts-types, et les variables continues qui ne sont pas généralement réparties seront résumées par des médianes et des plages. Pour ce qui est de l'objectif 3, la régression logistique multivariée permettra de déterminer le lien entre, d'une part, les caractéristiques cliniques et sociodémographiques et, d'autre part, le risque d'ÉI, et les rapports de cotes et l'indice de confiance à 95 % seront calculés. L'analyse des données sera effectuée au moyen du logiciel R, au plus tard six mois après la fin de l'étude.

Application du savoir

Les résultats de l'étude contribueront à accumuler des données probantes sur les soins virtuels pédiatriques et à éclairer les directives sur une utilisation sécuritaire et efficace des soins virtuels en pédiatrie. Plus précisément, ils contribueront à déterminer quand et pour qui les soins virtuels ne peuvent pas remplacer les soins en personne de manière appropriée.

Des rapports annuels et définitifs seront publiés dans les Résultats du PCSP et distribués à tous les participants. Les résultats de l'étude terminée seront présentés à des congrès scientifiques nationaux et internationaux et soumis en vue d'être publiés dans des revues scientifiques révisées par un comité de lecture ayant un vaste auditoire de dispensateurs de soins pédiatriques.

L'équipe de recherche collaborera avec la Société canadienne de pédiatrie pour que les résultats soient transformés en ressources qui soutiendront les dispensateurs de soins pédiatriques.

Un représentant des patients et des familles fait partie des co-investigateurs afin de s'assurer que l'étude est conçue conjointement pour saisir les détails importants des soins axés sur les patients. Outre ce partenariat, l'équipe de recherche collabore étroitement avec des comités consultatifs canadiens de jeunes, de proches et de familles afin de diffuser les résultats et d'ainsi faire connaître les données probantes derrière les décisions qui orientent les modalités de la prestation des soins, en plus des préférences des patients et des familles.

Références

1. Kim JW, Lame M, Szalay L, Lefchak B, Johnsson B, Gogia K et coll. Telemedicine Surge for Pediatric Patients in Response to the COVID-19 Pandemic in New York City. Telemed J E Health. Octobre 2021;27(10):1105–10.
2. Howie F, Kreofsky BL, Ravi A, Lokken T, Hoff MD, Fang JL. Rapid Rise of Pediatric Telehealth During COVID-19 in a Large Multispecialty Health System. Telemed J E Health. Janvier 2022;28(1):3–10.
3. Children's Hospitals' Solutions for Patient Safety. Children's Hospitals Working Together to Eliminate Harm [Internet]. c2022 [cité le 12 août 2022]. Récupéré à https://www.solutionsforpatientsafety.org/
4. Brophy PD. Overview on the Challenges and Benefits of Using Telehealth Tools in a Pediatric Population. Adv Chronic Kidney Dis. Janvier 2017;24(1):17–21.
5. Curfman A, McSwain SD, Chuo J, Yeager-McSwain B, Schinasi DA, Marcin J et coll. Pediatric Telehealth in the COVID-19 Pandemic Era and Beyond. Pediatrics. Septembre 2021;148(3):e2020047795.
6. McGillion MH, Parlow J, Borges FK, Marcucci M, Jacka M, Adili A et coll. Post-discharge after surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) technology versus standard care: randomised controlled trial. BMJ. Le 30 septembre 2021;374:n2209.
7. Gouvernement de l'Ontario. Équipes Santé Ontario : Manuel d'instructions concernant les solutions numériques pour la santé Ontario. Toronto : Gouvernement de l'Ontario, 2022:141. Récupéré à https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/dig_health_playbook_fr.pdf
8. Association médicale canadienne. Document de discussion sur les soins virtuels au Canada [Internet]. Ottawa : AMC, 2019. [cité le 12 août 2022]. Récupéré à https://www.cma.ca/fr/document-de-discussion-sur-les-soins-virtuels-au-canada
9. Balmuri N, Onel KB. Glitches in the utilization of telehealth in pediatric rheumatology patients during the COVID-19 pandemic. Pediatr Rheumatol. Le 15 octobre 2020;18(1):78.

10. Digital Health Canada - Virtual Care Resources [Internet]. [cité le 1er mars 2022]. Récupéré à https://www.digitalhealthcanadamembers.com/Virtual-Care-Resources
11. de Jong CC, Ros WJ, Schrijvers G. The effects on health behavior and health outcomes of Internet-based asynchronous communication between health providers and patients with a chronic condition: a systematic review. J Med Internet Res. Le 16 janvier 2014;16(1):e19.
12. Chung S, Panattoni L, Chi J, Palaniappan L. Can Secure Patient-Provider Messaging Improve Diabetes Care? Diabetes Care. Le 14 août 2017;40(10):1342–8.
13. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario - Accueil [Internet]. [cité le 12 août 2022]. Récupéré à https://www.cpso.on.ca/fr
14. Fung A, Irvine M, Ayub A, Ziabakhsh S, Amed S, Hursh BE. Evaluation of telephone and virtual visits for routine pediatric diabetes care during the COVID-19 pandemic. J Clin Transl Endocrinol. Décembre 2020;22:100238.
15. Papadopoulos NG, Custovic A, Deschildre A, Mathioudakis AG, Phipatanakul W, Wong G et coll. Impact of COVID-19 on Pediatric Asthma: Practice Adjustments and Disease Burden. J Allergy Clin Immunol Pract. Septembre 2020;8(8):2592-9.e3.
16. Reid S, Bhatt M, Zemek R, Tse S. Virtual care in the pediatric emergency department: a new way of doing business? CJEM. Janvier 2021;23(1):80–4.
17. Burke BL, Hall RW. Section on Telehealth Care. Telemedicine: Pediatric Applications. Pediatrics. Juillet 2015;136(1):e293-308.
18. Young K, Gupta A, Palacios R. Impact of Telemedicine in Pediatric Postoperative Care. Telemed J E Health. Novembre 2019;25(11):1083–9.
19. Shaker MS, Oppenheimer J, Grayson M, Stukus D, Hartog N, Hsieh EWY et coll. COVID-19: Pandemic Contingency Planning for the Allergy and Immunology Clinic. J Allergy Clin Immunol Pract. Mai 2020;8(5):1477-88.e5.
20. Mack DP, Chan ES, Shaker M, Abrams EM, Wang J, Fleischer DM et coll. Novel Approaches to Food Allergy Management During COVID-19 Inspire Long-Term Change. J Allergy Clin Immunol Pract. Octobre 2020;8(9):2851–7.
21. Chuo J, Macy ML, Lorch SA. Strategies for Evaluating Telehealth. Pediatrics. Le 1er novembre 2020;146(5):e20201781.
22. Reeves JJ, Ayers JW, Longhurst CA. Telehealth in the COVID-19 Era: A Balancing Act to Avoid Harm. J Med Internet Res. Le 1er février 2021;23(2):e24785.
23. Kramer GM, Luxton DD. Telemental Health for Children and Adolescents: An Overview of Legal, Regulatory, and Risk Management Issues. J Child Adolesc Psychopharmacol. Avril 2016;26(3):198–203.
24. Sharma A, Feuer V, Stuart BK, Folk JB, Doan BT, Kulkarni CA et coll. Home-Based Telemental Health: A Proposed Privacy and Safety Protocol and Tool. J Child Adolesc Psychopharmacol. Septembre 2021;31(7):464–74.

25. McLean S, Sheikh A, Cresswell K, Nurmatov U, Mukherjee M, Hemmi A et coll. The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. PLOS One. 2013;8(8):e71238.

26. CHIEF Executive Forum. Virtual Care in Canada: Lexicon. Digital Health Canada. c2022. Récupéré à https://digitalhealthcanada.com/wp-content/uploads/2022/06/Virtual-Care-National-Lexicon-v-JAN2521.pdf

PCSP
PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

PROTOCOLE