

Les cliniques de mobilité en visioconférence : une expérimentation concluante

ISABELLE BRUNET

Agente en planification

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

JACQUES CORBEIL

Chargé de projets

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Résumé — L'expérimentation de la réalisation de cliniques de mobilité en visioconférence auprès de la clientèle de centres d'hébergement a permis de confirmer que ce moyen de communication est utile et efficace pour la prestation de services cliniques. Nous avons aussi constaté que l'utilisation de ce médium accélère l'accès aux services et facilite le travail des équipes intervenants-experts qui n'ont plus à parcourir de grandes distances pour attribuer une aide technique. Éliminant ainsi les déplacements et les frais qui y sont associés, l'utilisation de la visioconférence représente des avantages économiques et pratiques d'autant plus évidents lorsque l'établissement d'hébergement à desservir est situé à une grande distance du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). Elle favorise également le transfert d'expertise.

Le CRLB met actuellement à contribution son expérience acquise en téléadaptation à d'autres projets aux plans régional et provincial, utilisant la visioconférence pour diverses clientèles, soit celle ayant une lésion médullaire, une sclérose latérale amyotrophique ou une sclérose en plaques.

Mots clés — Téléadaptation, visioconférence, clinique de mobilité

Mobility Clinics by Videoconference: A Conclusive Experiment

Abstract — Experimenting with holding mobility clinics by videoconference with clients in residential homes confirmed that this means of communication is useful and effective for providing clinical services. We also observed that the use of this medium accelerates access to services and facilitates the work of teams of healthcare professionals and experts, who no longer need to travel long distances to provide technical assistance. By thus eliminating travel and its associated costs, the use of videoconferencing represents practical and economic benefits which are even more evident when the residential home to be served is a long distance from the Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). It also promotes sharing of expertise.

The CRLB is currently offering its telerehabilitation experience to other projects regionally and provincially, using videoconferencing for a variety of clients, e.g., spinal cord injuries, amyotrophic lateral sclerosis and multiple sclerosis.

Key Words — Telerehabilitation, videoconference, mobility clinic

Le contexte

En lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)¹, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) s'était donné une orientation spécifique quant à l'utilisation et le développement des technologies pour améliorer son offre de services. Cette volonté s'est en partie concrétisée par la réalisation d'un projet pilote : *La téléadaptation, un support utile et efficace pour la prestation de services d'aides techniques auprès de la clientèle ayant une déficience physique*. Le projet a débuté en janvier 2003 pour pallier à certaines problématiques entourant les cliniques de mobilité externe (CME) mises au programme des aides techniques (PAT) du CRLB. Constituant un service spécialisé d'attribution de fauteuils roulants, de

bases roulantes et de systèmes de positionnement, une CME implique que les intervenants du programme se déplacent auprès de la personne dans son lieu d'hébergement pour évaluer sa situation et faire la recommandation d'équipements répondant à ses besoins. Outre les coûts reliés aux déplacements des intervenants, cette façon de procéder entraîne, dans la plupart des cas, un délai d'attente d'environ 6 à 12 semaines.

Dans une perspective d'amélioration, ce projet pilote visait l'introduction de la visioconférence pour la prestation des services dispensés dans le cadre des CME, en supposant que l'usage de cette technologie permettrait une réduction des déplacements de l'équipe du PAT et, de ce fait, du délai d'attente auquel la clientèle est confrontée. Ce projet visait également une économie de temps et d'argent pour le PAT et un échange d'expertise entre les intervenants des établissements impliqués.

Trois établissements d'hébergement partenaires du PAT, soit l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), les Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) Champlain – Manoir de Verdun et Manoir Cartierville, ont pris part à cette expérimentation. Ces partenaires ont été sélectionnés parmi la liste des établissements bénéficiant des CME en considérant le grand nombre d'utilisateurs desservis annuellement.

Ce projet a été conçu et dirigé par le chargé de projets du CRLB. Comme suggéré par l'approche participative du projet, l'équipe responsable de l'implantation des cliniques de mobilité en visioconférence (CMV) regroupait des personnes de chacun des établissements concernés :

- le gestionnaire du projet (chargé de projets au CRLB);
- le chef du PAT;
- les techniciens en orthèse-prothèse (TOP), les ergothérapeutes et un médecin du PAT;
- les gestionnaires et les ergothérapeutes des CHSLD;
- la conseillère en évaluation.

De plus, les techniciens de chacun des établissements ont soutenu l'équipe d'implantation en ce qui concerne l'installation et l'utilisation de la technologie.

Une mise en œuvre en 4 étapes

Le projet s'est réalisé en 4 étapes principales, soit la préparation, la formation, l'expérimentation et l'évaluation. Chacune de ces étapes comportait diverses activités qui se sont déroulées conformément à ce qui avait été planifié. Notons qu'il s'agit d'une démarche où certaines étapes se sont parfois réalisées en parallèle. C'est le cas de la préparation et de la formation des participants et de l'expérimentation et l'évaluation des CMV.

Étape 1 – La préparation

La préparation consistait d'abord à créer un climat propice au travail d'équipe par des rencontres pour stimuler les participants à s'impliquer dans le projet et à se sentir concernés par sa réussite. Ces rencontres ont permis de valider le plan d'action en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun ainsi que l'échéancier.

À cette étape, il était aussi prioritaire de préciser les mécanismes de communication entre les établissements et le processus de suivi du projet. Le protocole à suivre pour tenir les CMV ainsi que le cadre juridique et éthique ont également fait partie des discussions. Aussi, des principes ont été définis pour encadrer la confidentialité et la sécurité de l'information, la responsabilité professionnelle et le consentement de la personne. Les critères d'aménagement des salles de visioconférence ont été discutés entre les gestionnaires impliqués pour favoriser le choix d'un emplacement adéquat dans les établissements. À cette étape de la préparation, les techniciens en informatique de chacun des établissements se sont chargés des modalités techniques relatives au rehaussement des liens de communication RTSS au niveau C tel que l'exige la visioconférence. L'acquisition des équipements s'est faite selon les directives établies par le MSSS en respectant les normes reconnues.

Étape 2 – La formation

Les intervenants n'ayant jamais utilisé la visioconférence devaient maîtriser cette nouvelle technologie pour réaliser des CMV dans le cadre de cette expérimentation. En début de projet, il a donc été nécessaire pour les intervenants de prendre le temps de comprendre le guide d'utilisation de l'équipement, de réaliser des essais techniques, de manipuler les composantes du système, de vivre des bris de communication et de poser des questions au fournisseur. Cette étape a permis de démystifier la complexité technique de la visioconférence.

Étape 3 – L'expérimentation

Avant d'expérimenter les CMV proprement dites, les intervenants ont réalisé quelques simulations qui ont permis d'observer que le résultat de la CMV équivaut à celui que l'on obtient en cliniques régulières. Selon les intervenants de l'équipe du PAT, les légères différences observées dans les caractéristiques des équipements recommandés seraient davantage liées aux habitudes de travail (préférences personnelles) des TOP, plutôt qu'au fait que l'évaluation ait été réalisée à distance en visioconférence. À la suite de ce test concluant, l'expérimentation s'est poursuivie sur une période de 6 mois conformément au plan d'action et au protocole établi.

Étape 4 – L'évaluation

Comme il s'agissait de la mise en place d'un nouveau mode d'intervention, une évaluation continue s'est avérée nécessaire afin de procéder à des ajustements en cours d'action. Le processus d'évaluation a été planifié et réalisé de façon à pouvoir rendre compte du fonctionnement du projet et de ses résultats. L'évaluation visait aussi à partager les leçons « pratiques » tirées de l'expérimentation, en pensant particulièrement aux équipes qui souhaiteraient entreprendre un projet semblable.

Un rapport d'étape et un rapport final ont été déposés au MSSS. Le contenu de ces documents a été utile au ministère pour l'identification des normes et standards provinciaux de futurs projets cliniques utilisant la technologie de la visioconférence en réadaptation.

Les résultats et les retombées

Les nombreux objectifs poursuivis dans le cadre de ce projet ont été rencontrés. Les actions entreprises ont effectivement permis 1) d'introduire la visioconférence pour la prestation de services de réadaptation; 2) de réduire les déplacements de l'équipe du PAT; 3) de réduire les délais d'attente; 4) de favoriser l'échange d'expertise entre les intervenants et 5) de réaliser des économies de temps et d'argent. Quelques autres résultats et retombées ont été observés, particulièrement en ce qui concerne 6) la continuité des ententes; 7) l'élargissement du territoire; 8) la pratique professionnelle et 9) l'organisation du travail.

L'introduction de la visioconférence

De façon générale, le CRLB a tenu 3 CMV par mois au cours desquelles ont été rencontrées 3 personnes hébergées par l'un ou l'autre des établissements concernés. Plus précisément, les 15 cliniques tenues durant la période d'expérimentation ont permis d'évaluer les besoins de 38 personnes et d'attribuer une quarantaine d'appareils.

Dans un contexte de démarrage où les imprévus et le travail d'adaptation prennent une place importante, nos résultats sont apparus inférieurs à ceux anticipés. L'intention était de réaliser une CMV par semaine, accueillant chacune environ 8 personnes. Il s'est révélé que cela était trop exigeant, compte tenu que les ergothérapeutes des CHSLD ne pouvaient arriver à préparer un tel nombre de dossiers à ce rythme. Ainsi, nos objectifs « de volume » étaient trop ambitieux.

Cet écart et l'inutilisation de plusieurs plages horaires peuvent aussi être expliqués par la surestimation de l'ampleur de la demande pour les services d'évaluation des besoins d'aides techniques. Elle aurait été confondue avec la

demande de modification des appareils, demande à laquelle nous ne pouvons répondre par le biais de la visioconférence.

Aussi, bien que le potentiel de développement qu'offre la visioconférence dans le contexte des CMV soit envisagé avec optimisme, il ne faut pas perdre de vue que l'introduction de cette nouvelle technologie représente un important changement pour les équipes concernées et requiert un temps d'adaptation. Une part de modestie s'impose ainsi dans la définition des objectifs de performance pour la première année. Il importe également de bien estimer la demande et la disponibilité des ressources.

L'équipe du PAT évite les déplacements

Conformément à l'objectif annoncé, l'introduction de la visioconférence a permis d'éviter les déplacements de l'équipe du PAT pour l'évaluation des besoins de la clientèle et la recommandation d'équipements. Le travail s'effectue sur la base des informations transmises à distance. Nous observons toutefois que certains cas se prêtent difficilement à la visioconférence; le contact direct avec les intervenants est alors nécessaire et peut se faire par le biais d'une clinique de mobilité régulière.

Dans le cadre de notre projet, les personnes n'ayant pas pu être desservies en visioconférence présentaient l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- besoin d'un siège moulé qui nécessite l'utilisation d'un équipement de prise d'empreintes ultraspécialisé (équipement impossible à utiliser par le TOP par l'intermédiaire de la visioconférence);
- déformations (cyphose et lordose) dont la sévérité ne peut être perçue en visioconférence;
- aphasie et émission de sons empêchant la communication;
- forte agitation;
- besoin d'installations et d'ajustements ne pouvant être faits par l'ergothérapeute traitant.

Bien que la visioconférence présente l'avantage d'éviter les déplacements pour l'équipe du PAT, il apparaît essentiel de se réserver la possibilité de faire une rencontre traditionnelle avec la personne pour évaluer ses besoins et faire la recommandation des équipements qui lui conviennent.

La réduction des délais d'attente

Malgré certains résultats plus mitigés, l'introduction de la visioconférence a permis de réduire le délai d'attente normalement requis pour qu'une personne accède à une clinique de mobilité. Comme un établissement doit avoir 4 à 5 usagers nécessitant une aide technique pour que les intervenants du PAT s'y déplacent afin de réaliser une clinique de mobilité externe, cela entraîne un

délai d'attente variant entre 6 et 12 semaines selon le volume d'utilisateurs. Avec l'introduction de la visioconférence, puisqu'aucun déplacement n'est requis, un cas peut être traité dans la semaine qui suit l'identification du besoin. De plus, des utilisateurs d'établissements différents peuvent être vus l'un à la suite de l'autre à l'intérieur d'une même période.

Toutefois, malgré cette innovation, nous rencontrons toujours des délais qui peuvent être attribués, entre autres, au peu de temps dont disposent les ergothérapeutes pour préparer le dossier de l'utilisateur et tenir la clinique. La difficulté pour l'ergothérapeute de contacter le commis responsable de la prise de rendez-vous au PAT peut aussi expliquer certains délais. Nous constatons effectivement que plusieurs personnes ont dû patienter quelques semaines, voire dans certains cas quelques mois, avant d'accéder à une CMV alors que durant ces périodes d'attente, comme nous le notions précédemment, des plages horaires sont demeurées libres. En dépit de ce genre de discordance, la visioconférence permet tout de même d'améliorer la rapidité d'accès aux cliniques de mobilité. Cette rapidité exige, en contrepartie, une plus grande disponibilité des ergothérapeutes et des commis responsables de la prise de rendez-vous au PAT. Même s'il est aisé de parler de la facilité d'accès qu'offre la visioconférence dans le contexte des cliniques de mobilité, les objectifs de réduction des délais d'attente doivent ainsi être définis en considérant la disponibilité des intervenants.

L'échange d'expertise

Le quatrième but fixé quant à l'introduction de la visioconférence a été pleinement atteint. La visioconférence a en effet permis de favoriser la formation et l'échange d'expertise entre les intervenants des établissements partenaires. Les 14 ergothérapeutes impliqués dans les CMV au sein des établissements partenaires bénéficient du soutien des ergothérapeutes du PAT afin de s'approprier leurs outils et leur savoir-faire en ce qui concerne la prise de mesures anthropométriques. Ils se sont munis de la règle traditionnellement utilisée lors des cliniques de mobilité, la manipulant selon les indications transmises par les ergothérapeutes du PAT.

Ces échanges d'expertise ont été possibles grâce à la confiance mutuelle qui s'est installée entre les intervenants du PAT et ceux des CHSLD lors de cliniques de mobilité régulières. Cette confiance a servi de base aux changements de responsabilité qui s'imposaient avec l'introduction de la visioconférence. La réalisation des CMV requiert ainsi une confiance mutuelle entre les intervenants, basée sur la reconnaissance de l'expertise et des compétences de chacun. Le fait d'avoir travaillé ensemble dans le cadre de cliniques traditionnelles est un facteur facilitant et rassurant dans un tel contexte de changement.

Les économies de temps et d'argent

Par rapport au cinquième objectif fixé par l'équipe, l'introduction de la visioconférence dans le cadre des cliniques de mobilité a permis de réaliser des économies de temps et d'argent. L'élimination des déplacements des intervenants du PAT dans le cadre d'une clinique de mobilité à Montréal engendre une économie de temps, des coûts de kilométrage épargnés et une amélioration de clinique de mobilité, étant donné le recours à la visioconférence avec un établissement de Montréal.

Outre le temps et les frais de déplacement, nous notons également que la diminution du temps requis pour traiter un cas par l'entremise de la visioconférence représente également une économie. En effet, grâce à la visioconférence, la durée moyenne de l'intervention auprès d'un usager est passée de 75 à 39 minutes. Bien qu'elle n'ait pas été anticipée initialement, il s'agit là d'une diminution de 48 % du temps d'intervention. Cette différence se traduit par une capacité à desservir plus d'usagers à l'intérieur de la période de temps prévue pour une clinique.

Dans le cas du présent projet, les points de services ont été financés par le MSSS. Il s'agit là d'un avantage considérable incitant les établissements à s'impliquer dans une telle démarche. Toutefois, même sans cette contribution ministérielle, nous estimons que l'installation d'une station de visioconférence peut être un investissement rentable pour la réalisation de cliniques de mobilité. Outre les coûts d'entretien estimés à 1 000 \$ par année, l'amortissement d'une station de visioconférence pour un établissement de Montréal peut se faire en 6 ½ ans, si nous nous basons sur un minimum de 12 cliniques par an.

En comparaison avec les cliniques de mobilité traditionnelles, la visioconférence permet au PAT du CRLB d'économiser temps et argent et de desservir plus de personnes à l'intérieur de la période de temps prévue pour une clinique. Considérant les frais d'entretien des stations, il peut par contre s'agir d'une légère augmentation des coûts pour les établissements desservis.

La continuité des ententes

En parallèle des attentes du projet, d'autres retombées sont à constater. En effet, le succès du projet pilote a permis la continuité des ententes pour la réalisation des CMV au sein de 2 des 3 établissements partenaires de la région de Montréal. Un des établissements préfère reprendre la formule traditionnelle des cliniques de mobilité et abandonner l'usage de la visioconférence pour l'attribution des aides techniques à sa clientèle. Les principales raisons invoquées quant à ce choix sont l'augmentation des responsabilités, la somme et la complexité du travail associé à la préparation et la réalisation des CMV ainsi que les risques d'erreurs accrus lorsque la prise de mesures

anthropométriques assumée par les ergothérapeutes traitants plutôt que par les intervenants du PAT.

Bien que la visioconférence réponde aux exigences pratiques du travail d'évaluation des besoins et de recommandation d'aides techniques et qu'elle offre certains avantages « nouveaux », sa survie repose en partie sur le type et l'ampleur des incidences qu'elle peut avoir sur l'organisation du travail des intervenants. Lorsqu'elle présente plus d'inconvénients que d'avantages et que les intervenants n'y trouvent pas leur compte, la visioconférence perd ainsi de son intérêt et de son sens. À l'inverse, lorsque les avantages de l'introduction de cette technologie paraissent évidents, la continuité est facilement assurée. Une grande part du défi de l'introduction de la visioconférence réside ainsi dans l'adaptation des façons d'organiser le travail et dans la qualité de l'accompagnement offert aux ergothérapeutes dans l'apprentissage de leurs nouvelles tâches et responsabilités.

L'élargissement du territoire

À la suite du succès obtenu par les CMV réalisées avec les établissements de Montréal, les CMV avec les établissements de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ont débuté. Cette expérience marque certainement le début d'un nouveau mode de pratique et d'organisation pour l'attribution d'aides techniques dans cette région.

Cette nouvelle façon de faire permet maintenant aux intervenants du PAT du Centre de réadaptation La Maison (CRLM) à Rouyn-Noranda de bénéficier à distance de l'expertise du médecin spécialiste du CRLB, sans que ce dernier ait à parcourir plus de 600 kilomètres pour se rendre auprès d'eux et prescrire les équipements dont la clientèle a un besoin urgent. Ce changement représente un progrès considérable puisque, depuis une dizaine d'années, le médecin spécialiste se déplace dans cette région environ tous les 2 mois pour y demeurer 2 semaines afin d'y rencontrer les personnes à desservir et pallier au manque de médecins autorisés à prescrire des aides techniques.

De plus, la visioconférence permet au médecin spécialiste à Montréal et aux intervenants du PAT à Rouyn-Noranda de rejoindre à distance les usagers de 6 autres établissements de la région, soit les Centres hospitaliers de Val d'Or, d'Amos, de La Sarre et de Ville-Marie ainsi que les CHSLD des Aurores Boréales en Abitibi Ouest et de Macamic-Urfy.

Facilitant ainsi la rencontre des principaux acteurs concernés, l'utilisation de la visioconférence améliore prodigieusement la rapidité d'accès aux services d'attribution d'aides techniques dispensés par le CRLM sur son territoire et élimine les coûts reliés aux déplacements, sans compromettre la qualité des interventions auprès de l'utilisateur. Selon notre calcul, la tenue de CMV entre le CRLB et le CRLM représente des économies plus importantes que celles que

nous avons déterminées pour la région de Montréal. Nous estimons à environ 830 \$ le montant économisé, soit 500 \$ pour le temps de déplacement et 330 \$ pour les frais de transport et d'hébergement.

L'utilisation de la visioconférence représente donc des avantages économiques et pratiques d'autant plus évidents pour un centre de réadaptation très éloigné des centres d'hébergement à desservir puisqu'elle permet d'éliminer les frais de déplacement. En ce sens, elle constitue un apport important non seulement pour le réseau montréalais, mais aussi pour les autres régions du Québec puisqu'elle facilite grandement l'accès à un service spécialisé peu disponible dans la province.

En dehors des objectifs poursuivis, d'autres résultats ont également pu être observés spécifiquement en ce qui concerne la pratique professionnelle et l'organisation du travail.

Les changements observés dans la pratique professionnelle

Dans le cadre du projet, nous considérons « la pratique professionnelle » comme les façons de faire qui régissent le fonctionnement des cliniques de mobilité. Cela comprend l'information sur laquelle l'ergothérapeute, le TOP et le médecin se basent ainsi que les installations, les équipements et les méthodes qu'ils utilisent pour évaluer les besoins d'aide technique et faire la recommandation d'équipements. En lien avec cette définition, nous observons que les installations nécessaires à la réalisation de la clinique de mobilité ont connu un changement avec l'introduction de la visioconférence. Alors qu'une clinique traditionnelle réalisée en face à face ne requiert qu'une salle d'examen équipée minimalement de quelques chaises et d'une table de travail, une clinique réalisée en visioconférence requiert 2 locaux (un au CRLB et un au site-usager) équipés et aménagés de façon particulière. En plus d'être équipés de 2 écrans de télévision, de caméras, d'un microphone, d'une prise-réseau et d'un téléphone, les locaux utilisés pour la réalisation des CMV sont insonorisés, dotés d'un éclairage ajusté, aménagés (murs et plancher) de couleurs spécifiques contrastantes.

De plus, une salle de visioconférence dédiée et à proximité des locaux d'ergothérapie est un incontournable pour une équipe qui souhaite développer ce mode d'intervention. La salle de visioconférence où se déroulent les cliniques de mobilité peut toutefois être polyvalente si la station y est installée en permanence, de façon à éviter les problèmes techniques occasionnés par les branchements et débranchements fréquents des composantes électroniques de l'appareil et surtout, éviter la perte de temps associée à cette opération.

Avec l'introduction de la visioconférence, l'information sur laquelle se fonde la recommandation d'aide technique est obtenue sans que les intervenants du PAT ne rencontrent en personne l'ergothérapeute traitant et

l'utilisateur. En effet, les intervenants se réfèrent à la situation qu'ils perçoivent à l'écran et à l'information que peut leur transmettre verbalement l'ergothérapeute présent auprès de la personne pour confirmer ou compléter ce qu'ils observent. Le processus d'information sur lequel est fondée la décision n'est donc plus le même puisque, traditionnellement, les intervenants du PAT se référaient à ce qu'ils percevaient lors de leur contact direct avec la personne concernée. Comme nous l'avons déjà mentionné, ce changement présente toutefois une limite. En effet, il arrive qu'exceptionnellement, l'information perçue à l'écran et celle fournie verbalement par l'ergothérapeute présent auprès de l'utilisateur ne suffisent pas à l'évaluation des besoins et à la recommandation d'équipements. Dans ces situations, la visioconférence ne peut donc pas remplacer le contact direct entre les intervenants et l'utilisateur.

Toutefois, les gains se font à un autre niveau d'information. Lorsque les intervenants du PAT doivent se déplacer pour réaliser une CMV en CHSLD, il leur est impossible de transporter l'éventail des appareils susceptibles de répondre aux besoins de l'utilisateur. À défaut d'avoir les modèles devant lui, l'utilisateur est ainsi restreint à faire son choix d'appareil en consultant un catalogue illustré. La visioconférence offre davantage de possibilités à cet égard puisqu'il est facile pour les intervenants du PAT de placer les appareils (fauteuils, bases roulantes et autres) devant la caméra afin que l'utilisateur puisse les voir à l'écran. La démonstration permet de distinguer clairement les différents composants et accessoires d'un appareil et de mettre en évidence leur facilité de manipulation. Du point de vue des intervenants, il s'agit là d'un gain significatif fort apprécié. Malgré l'absence de contact physique entre les intervenants du PAT et l'utilisateur, la visioconférence offre certains avantages novateurs dont celui de répondre aux exigences pratiques du travail d'évaluation des besoins et de recommandation d'aides techniques.

Les changements observés dans l'organisation du travail

L'introduction de la visioconférence a également engendré d'importantes transformations quant à l'organisation du travail; en effet, presque tout est organisé différemment pour la réalisation des cliniques de mobilité. Dans le cadre du présent projet, nous considérons l'organisation du travail comme la façon selon laquelle sont partagées les responsabilités des personnes impliquées dans la préparation et la réalisation des cliniques. Elle comprend aussi les procédures, l'agenda, les modes de transmission de l'information élaborés et mis de l'avant pour assurer le bon fonctionnement des cliniques.

LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS. Nous constatons qu'à la suite de l'introduction de la visioconférence, le partage des responsabilités entre les intervenants des

établissements d'hébergement et ceux du PAT n'est plus le même. À titre d'exemple, la responsabilité de prendre les mesures anthropométriques a été relayée aux ergothérapeutes traitants. À ce niveau, lors des CMV, la responsabilité de l'ergothérapeute du PAT consiste essentiellement à guider l'ergothérapeute traitant dans la prise de mesures ou à valider les mesures prises antérieurement. Ce transfert de responsabilité représente un enjeu important puisqu'une erreur dans la prise de mesures anthropométriques peut être lourde de conséquences (un appareil fabriqué selon des mesures inexactes ne pourra répondre aux besoins de l'utilisateur). Précisons toutefois que, parmi les erreurs décelées dans le cadre de l'expérimentation, aucune n'a porté à conséquence.

Alors que le rôle de l'ergothérapeute traitant était secondaire lors des cliniques régulières, il se trouve maintenant au premier plan, au centre des échanges. De par sa connaissance de la situation de l'utilisateur, l'ergothérapeute traitant joue un rôle stratégique dans le déroulement de la clinique. Il s'assure de l'exactitude des informations transmises aux intervenants du PAT concernant les besoins de l'utilisateur, rassure ce dernier et s'assure qu'il comprenne bien ce qui se passe. Dans un tel contexte de changement, l'ouverture des intervenants face à la transformation de leurs responsabilités respectives prend une place centrale dans le succès du projet. Et plus encore si nous considérons que la concrétisation des CMV repose en grande partie sur la capacité d'adaptation dont ont fait preuve les intervenants des 3 CHSLD ainsi que sur leurs initiatives personnelles. Sans cette attitude proactive, les CMV ne peuvent se développer et se maintenir au sein des établissements.

LES MODES DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION. La communication est à la base du processus des cliniques de mobilité : pour réaliser le travail d'évaluation des besoins et de recommandation des équipements, les intervenants doivent évidemment pouvoir s'échanger les informations requises. Avec l'introduction de la visioconférence, les intervenants du PAT, l'utilisateur et son ergothérapeute traitant ne peuvent plus se transmettre l'information en personne; mais la caméra, l'écran, les microphones, le télécopieur et même le téléphone prennent une importance qu'ils n'avaient pas en clinique traditionnelle. La qualité de transmission du son, de l'image et des documents s'avère ainsi un facteur déterminant. Ce qui paraît à première vue sans importance (bruits de fond, ombrages, couleur des pages d'un formulaire, etc.) peut, dans la pratique, constituer de réels obstacles au déroulement et au succès de la clinique.

LES PROCÉDURES. Alors que les cliniques de mobilité traditionnelles fonctionnaient selon des procédures informelles, l'introduction de la

visioconférence a nécessité l'adoption de procédures formelles. Cette formalisation a été nécessaire pour assurer que soient réalisées les nouvelles tâches relatives à la préparation et à la réalisation des cliniques. De ce fait, la formalisation des procédures réduit les risques de confusion ou d'omissions pouvant être nuisibles aux opérations.

L'AGENDA. L'introduction de la visioconférence a permis d'assouplir les exigences pour l'inscription d'usagers à l'agenda des cliniques de mobilité, facilitant ainsi l'accès rapide à ce service. Dans une perspective d'optimisation du processus, la planification de l'agenda doit être associée à un réel exercice de coordination qui tient compte de la réalité des ergothérapeutes traitants qui ont besoin d'un certain temps de préparation des dossiers.

La perception des participants

De façon générale, l'usage de la visioconférence lors des cliniques de mobilité a été bien accepté par les usagers et les intervenants. Quelques-uns y ont toutefois perçu certains aspects dérangeants qui méritent une attention particulière, car ils représentent des pistes pour l'amélioration du fonctionnement des cliniques.

La perception des usagers

Nous notons des commentaires plutôt positifs de la part des personnes qui ont vécu l'expérience d'une CMV. Plusieurs d'entre elles ont mentionné le côté « pratique » de cette nouvelle façon de faire. Bien que la plupart se disent confortables avec l'équipe et la démarche, quelques personnes ont exprimé leur inquiétude de « passer à la télé » et d'autres ont dit qu'ils n'ont pas aimé « se voir à l'écran ». La surprise de se voir en gros plan a effectivement été difficile pour certaines personnes, surtout lorsque leur état de santé et leur condition physique étaient altérés. Il s'avère donc essentiel de bien préparer les personnes à la visioconférence. Une visite de la salle et la vue de certaines photos illustrant le système et les intervenants à l'œuvre à l'écran se sont avérées de bons moyens d'appivoiser la technologie et d'éviter l'effet de surprise. Une autre façon d'éviter le « choc de se voir en gros plan » consiste à utiliser la fonction « mortaise » qui permet de réduire l'image et de la situer au coin de l'écran sur lequel on aperçoit les intervenants du PAT.

La perception négative que la personne peut avoir d'elle-même doit à tout prix être évitée, car elle peut avoir des conséquences non souhaitables sur le processus de réadaptation. Il importe donc de faire une préparation adéquate et d'ajuster le mode de fonctionnement des cliniques favorisant le contact positif avec la visioconférence.

La perception des intervenants

Dans l'ensemble, les commentaires des intervenants impliqués témoignent de l'efficacité et de l'utilité de la visioconférence. Malgré qu'elle soit parfois associée à un alourdissement de la tâche, les ergothérapeutes des établissements d'hébergement considèrent que la visioconférence constitue un changement positif puisqu'elle représente un avantage sur le plan des délais et des déplacements. Comme mentionné précédemment, les intervenants de l'un des établissements impliqués ont toutefois la perception que ce changement entraîne une perte nette de moyens professionnels, préférant conserver les avantages dont ils bénéficient lorsque l'équipe du PAT se déplace au sein de leur établissement et prend en charge la clinique de mobilité.

Notons également qu'en début de projet, plusieurs ergothérapeutes traitants ont manifesté leur insécurité face à la possibilité d'erreurs lors de la prise de mesures anthropométriques. Dès lors, la possibilité d'offrir de la formation et de l'accompagnement avait été avancée par les intervenants du PAT à titre de solution. Toutefois, pour la plupart des ergothérapeutes traitants concernés, cette crainte s'est dissipée avec la pratique. Il convient de rappeler d'ailleurs que, parmi les quelques erreurs décelées lors de l'expérimentation, aucune n'a porté à conséquence.

Au PAT, les intervenants déplorent la perte du contact avec la personne et ressentent aussi une « perte de contrôle » sur la clinique du fait qu'ils n'ont plus la responsabilité de prendre les mesures anthropométriques. Ils disent toutefois s'y être accoutumés en cours d'expérience. Aussi, puisqu'elle permet d'éviter les déplacements et implique un transfert de responsabilités vers les ergothérapeutes traitants, les intervenants du PAT perçoivent que la visioconférence a grandement allégé leur tâche.

Conclusion

Ce projet pilote et l'exercice d'évaluation qui y est associé se sont avérés fort enrichissants au plan pratique : les nombreuses leçons tirées de la période de mise en œuvre ont pu profiter à l'amélioration du fonctionnement des cliniques favorisant ainsi la satisfaction des personnes desservies. De plus, le succès de l'introduction de la visioconférence pour la réalisation des cliniques de mobilité à Montréal et dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue incite le CRLB à envisager de nouvelles perspectives d'utilisation de cette technologie et à entreprendre diverses initiatives en ce sens. Considérant qu'une grande part du défi de l'introduction de la visioconférence réside dans l'adaptation des façons d'organiser le travail, les observations et conclusions faites à ce niveau dans le cadre du présent projet serviront certainement de base à la planification de nouveaux partenariats et à la définition des normes de fonctionnement qui

s'imposent. Il apparaît ainsi évident que les informations et témoignages apportés par les intervenants et les usagers auront été d'une grande utilité tout au long de la démarche et constituent de réelles références pour le succès de projets futurs.

Référence

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. Québec : Gouvernement du Québec.