

Conditions de réussite des plans d'intervention de transfert interétablissements par visioconférence : études de cas auprès de la clientèle des personnes ayant subi une lésion médullaire

MARIE-CLAUDE GRISÉ, M.Sc.

*Conseillère, Direction du développement organisationnel
Membre clinicienne/intervenante, CRIR – Institut de réadaptation de Montréal*

HÉLÈNE LEFEBVRE, Ph.D.

*Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Coresponsable, Équipe Interdisciplinaire sur la famille
Chercheure, CRIR – Centre de réadaptation Lucie-Bruneau*

CLAIRE TREMPE, M.Sc.

*Assistante de recherche
CRIR – Institut de réadaptation de Montréal*

Résumé — Dans une préoccupation de continuité des soins et services de réadaptation, il est préconisé d'intégrer un plan d'intervention individualisé conjoint (PIIC) dans le processus de transfert interétablissements de la clientèle. Jusqu'à tout récemment, les PIIC étaient peu envisageables dû à de multiples contraintes. Celles-ci découlaient, entre autres, des difficultés reliées à la rencontre en temps réel de deux équipes multidisciplinaires complètes et des coûts inhérents à l'activité de PIIC. L'arrivée des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC), telle la visioconférence, semblait offrir des avantages pour pallier à ces contraintes. Cependant, le sujet n'était aucunement documenté dans la littérature. La présente étude qualitative, de type descriptif avec études de cas, visait à identifier les facteurs humains, opérationnels et technologiques facilitant et limitant la réalisation d'un PIIC virtuel, à l'aide de la technologie de visioconférence. Huit groupes (personnes ayant subi une lésion médullaire, proches et intervenants) ont ainsi participé à un PIIC de transfert par visioconférence selon différents scénarios. Une grille d'observation et un questionnaire d'appréciation ont été développés pour évaluer les PIIC et recueillir les commentaires et les suggestions d'amélioration de l'activité. Pour les questions ouvertes, les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu et pour les questions fermées, les données ont été compilées à l'aide de statistiques descriptives. Les résultats démontrent que les participants sont généralement satisfaits du déroulement des PIIC de transfert par visioconférence et qu'il existe un intérêt réel à utiliser cette technologie pour une telle activité clinique. De plus, à l'aide des résultats obtenus, l'équipe de recherche a rédigé un cadre de fonctionnement visant à transférer les connaissances acquises aux équipes cliniques qui désireraient poursuivre ce type d'activité dans le futur.

Mots clés — Plan d'intervention individualisé conjoint, transfert interétablissements, nouvelle technologie de l'information et des communications

Conditions for the Success of Inter-Institution Transfer Intervention Plans by Videoconference: Case Studies Involving Clients with Spinal Cord Injuries

Abstract — In order to provide continuity of rehabilitation services and care, it is recommended that a joint individualized intervention plan (JIIP) be integrated into the client inter-institution transfer process. Until very recently, JIIPs could hardly be envisioned because of the many constraints. They arose, among other things, from difficulties related to real-time meetings of two full multidisciplinary teams and the costs inherent in the JIIP activity. The advent of new information and communication technology (NICT), such as videoconferencing, seemed to offer benefits to offset these constraints. However, the subject was not documented in the literature. This qualitative study, which is descriptive with case studies, aimed to identify the human, operational and technological factors facilitating and limiting implementation of a virtual JIIP, using

videoconference technology. Eight groups (people with spinal cord injury, their families and healthcare professionals) participated in a transfer JIIP by videoconference in a number of scenarios. An observation table and assessment questionnaire were developed to evaluate the JIIPs and collect comments and suggestions to improve the activity. For the open questions, data content was analyzed and for the closed questions, data were compiled using descriptive statistics. Results show that participants are generally satisfied with the videoconference transfer JIIP process and that there is genuine interest in using this technology for a clinical activity of this kind. In addition, using the results obtained, the research team developed an operations framework in order to transfer the knowledge acquired to clinical teams wanting to carry out this type of activity in the future.

Key Words – Joint individualized intervention plan, inter-institution transfers, new information and communication technology

Contexte de l'étude

En 1997, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) créait un Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ) en alliant l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM), l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM) et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). Chacun de ces établissements s'est ainsi retrouvé à offrir des services spécialisés qui leur sont spécifiques, à l'une ou l'autre des étapes du continuum de réadaptation de la personne ayant subi une lésion médullaire (LM). Ces étapes (réadaptation précoce, fonctionnelle ou axée sur l'intégration sociale) se réalisent dans des établissements géographiquement éloignés les uns des autres. C'est pourquoi, lors du transfert de la personne ayant subi une LM pour une nouvelle étape de réadaptation, l'équipe traitante doit idéalement procéder à la réalisation d'un plan d'intervention individualisé conjoint (PIIC) avec le futur milieu d'accueil. Les communications intra et interdisciplinaires interétablissements prennent ainsi une importance capitale dans le processus de transfert et sont à la base même de la continuité dans les soins et services de santé. Le PIIC permet à toutes les personnes impliquées (personne ayant subi une LM, proches, intervenants) d'avoir une meilleure vision des étapes qui suivront et de contribuer au transfert de l'alliance thérapeutique. Il vise également à éviter les bris de services en permettant d'optimiser les apprentissages et le maintien des acquis chez la personne ayant subi une LM, de diminuer les délais de prise en charge et de réduire les doublons dans les évaluations.

Inspirée de la philosophie du CEBMOQ, les équipes interdisciplinaires de chaque établissement travaillent selon une approche centrée sur la personne ayant subi une LM et ses proches, et préconisent les principes de l'« *empowerment* » auprès de ceux-ci. La mise en pratique de ces principes impliquent que la personne ayant subi une LM et ses proches participent à l'élaboration des plans d'intervention et collaborent aux communications interétablissements.

Problématique

Le virage ambulatoire pris par le Québec a été accompagné par l'introduction des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC)⁸. C'est dans cette perspective que le MSSS favorisait, dans les années 1990, la résurgence de la télésanté¹⁴. La téléadaptation, quant à elle, fait son apparition au début des années 2000. La téléadaptation, en tant qu'un des domaines d'application de la télésanté, se définit généralement comme étant « *la prestation de services de réadaptation à distance ... par l'entremise de technologies de l'information et de télécommunication* »¹³.

Il importe de noter que, dans la littérature, la téléadaptation semble devenir une avenue intéressante dans l'amélioration de la continuité des soins et services^{13,16}. De plus, les différents auteurs consultés tirent déjà des conclusions favorables quant à l'utilisation des NTIC, les systèmes de visioconférence inclus, auprès de multiples clientèles dont les personnes ayant subi une LM^{16,11,3,7,9,1,12,2}. Les résultats de plusieurs études permettent de mettre en évidence divers facteurs responsables, entre autres, du niveau élevé de satisfaction observé chez ces personnes, leurs proches et les intervenants^{11,9,1,12,2}. Ces études avancent que la téléadaptation augmenterait les communications interdisciplinaires et interétablissements ainsi que le partage des connaissances, faciliterait le processus d'« *empowerment* » et l'approche orientée vers l'utilisateur et permettrait une économie de temps^{16,9,1,15,4}.

À l'IRM, le processus de transfert de la personne ayant subi une LM à l'aide du PIIC, tel que préconisé, est confronté à plusieurs contraintes interférant avec la continuité des soins et services. Celles-ci découlent des difficultés reliées à la transmission de l'information en temps réel, aux déplacements simultanés de 2 équipes interdisciplinaires complètes et aux coûts inhérents à l'activité du PIIC. Les NTIC, telle la visioconférence, semblent donc tout indiquées, comme moyen de communication, pour pallier aux contraintes nommées. Toutefois, ces technologies, et particulièrement la visioconférence, exigent que les professionnels, les personnes ayant subi une LM et leurs proches développent de nouvelles habiletés. Cependant, aucune information n'a été retracée dans la littérature sur les habiletés nécessaires ou sur les conditions de réussite d'un PIIC par visioconférence. S'il advenait que cette technologie satisfasse aux besoins, un cadre de fonctionnement, tenant compte des avantages et limites de cette technologie, devra être développé afin de mettre de l'avant le processus opérationnel nécessaire à l'intégration de la visioconférence en réadaptation, spécifiquement dans un contexte de PIIC.

Les défis soulevés par les NTIC se regroupent généralement selon 3 catégories principales : les facteurs humains, opérationnels (incluant les aspects logistiques et procéduraux) et technologiques^{13,11,9,5,17}. Ces éléments ont donc servi de cadre structurant à la présente étude.

Objectifs de l'étude

Objectif général

Cette étude visait à décrire les facteurs inhérents à la réalisation d'un PIIC virtuel à l'aide de la technologie de visioconférence, et à développer un cadre de fonctionnement, fondé sur ces facteurs, afin d'optimiser le déroulement et d'assurer la pérennité, s'il y a lieu, de cette activité clinique interétablissements.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude visaient à :

- 1) identifier les facteurs humains, opérationnels et technologiques facilitant et limitant l'utilisation de la technologie de visioconférence dans un contexte de PIIC auprès de la clientèle des personnes ayant subi une LM;
- 2) explorer la pertinence d'une séance préparatoire pour la personne ayant subi une LM et ses proches avant la séance virtuelle du PIIC.

Méthodologie

Participants

Dix-sept personnes ayant subi une LM et leurs proches ont été recrutés pour participer aux 2 préexpérimentations et aux 6 études de cas (expérimentations), pour un total de 8 PIIC, entre septembre 2004 et décembre 2005. Les personnes ayant subi une LM préparaient leur transfert, de l'IRM vers le CRLB, pour poursuivre leur cheminement de réadaptation. Ces personnes ont été admises dans le projet au fur et à mesure que les congés étaient planifiés. Tout candidat, indépendamment du niveau et de la cause de sa lésion, était considéré comme un participant potentiel. Au-delà de ces 8 PIIC, 4 études de cas ont dû être annulées pour des motifs de réorientation postréadaptation fonctionnelle ou d'indisposition de la personne ayant subi une LM la journée même du PIIC.

Quarante-trois intervenants, soit 90 % de l'ensemble des intervenants impliqués dans les 2 équipes interdisciplinaires de réadaptation ciblées (IRM et CRLB), et 3 partenaires (Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), Centre local des services communautaires (CLSC)) ont aussi participé au projet. Au total, 63 % des intervenants ont participé à 2 PIIC et plus et 30 % ont eu l'occasion de collaborer à 3 PIIC et plus. Le tableau 1 présente quelques caractéristiques des participants.

TABLEAU 1
Caractéristiques des participants

		TOTAL*	
		n	%
Personnes ayant subi une lésion médullaire	Sexe	♂	1 14 %
		♀	6 86 %
	Âge (ans)	41,4 ± 20,4	
Famille – Proches	Sexe	♂	7 70 %
		♀	3 30 %
	Âge (ans)	38,9 ± 11,8	
Intervenants – Partenaires – IRM	Sexe	♂	21 91 %
		♀	2 9 %
	Âge (ans)	38,7 ± 8,9	
Intervenants – Partenaires – CRLB	Sexe	♂	20 83 %
		♀	4 17 %
	Âge (ans)	41,0 ± 12,0	

*Total : 2 préexpérimentations et 6 expérimentations

Pour l'ensemble des personnes ayant subi une LM, le PIIC par visioconférence représentait un premier contact avec la technologie de visioconférence. Quant aux intervenants, 77 % d'entre eux participaient à leur toute première expérience avec cette technologie. Ce pourcentage augmentait à 94 % pour une première expérience dans un contexte de PIIC par visioconférence. Pour les intervenants qui ont eu l'occasion de participer à 2 PIIC et plus, il est intéressant de spécifier que 30 % d'entre eux ont eu l'occasion, durant la période de l'étude, de participer à diverses activités de téléadaptation, indépendamment des PIIC. Une fois la technologie démystifiée, les intervenants semblent devenir davantage disposés à y trouver d'autres utilités dans le cadre de leur travail.

Protocole expérimental

Huit groupes, chacun formé d'une personne ayant subi une LM, de ses proches, des membres des équipes interdisciplinaires (IRM et CRLB) et d'un partenaire, selon le cas, ont été invités à participer à un PIIC selon 2 scénarios possibles. Le choix du scénario pour chacun des 8 PIIC s'est effectué de façon aléatoire. Selon le scénario identifié, 4 groupes ont participé à un PIIC de transfert (dernier PII-IRM, premier PII-CRLB) sans séance préparatoire, alors que 4 autres groupes ont participé à un PIIC de transfert précédé d'une rencontre préparatoire virtuelle pour la personne ayant subi une LM et ses proches. La rencontre préparatoire servait à présenter la technologie, à expliquer son intérêt dans le contexte d'un PII de transfert et à renforcer les liens avec le futur milieu (CRLB). La durée des PIIC par visioconférence était d'environ 60 minutes (durée habituelle pour un PII).

Instrumentation

Matériel

Deux systèmes de visioconférence de marque Tandberg, modèle 6000, ont été utilisés pour les communications virtuelles lors des PIIC entre l'IRM et le CRLB. La technologie de visioconférence, une des plus récentes parmi les NTIC, offre la possibilité de créer, à distance, un environnement de réunion face à face, grâce à un système de caméras et de moniteurs qui retransmet en temps réel l'image des personnes au site distant. Les paramètres de transmission de l'information choisis ont été, pour un mode synchrone, la norme de codage H.323, la norme de compression vidéo H.263 et une bande passante de 384 Kbps. La figure 1 présente l'équipement utilisé. Les 8 sessions de visioconférence ont été enregistrées sur cassette simultanément dans les 2 établissements.

FIGURE 1

Équipement de visioconférence



Collecte d'informations

Une grille d'observation et un questionnaire d'appréciation ont été développés. Le contenu des 2 outils a été validé lors des préexpérimentations (2 premiers PIIC) et modifié selon les recommandations des participants. La grille d'observation a été utilisée par les observateurs (un par établissement) à chacun des PIIC. Tous les participants ont répondu au questionnaire d'appréciation à la fin de chaque PIIC. Le questionnaire a été traduit en anglais.

Groupe de discussion

À la suite de la synthèse des données recueillies avec la grille d'observation et le questionnaire, une proposition de cadre de fonctionnement a été soumise au groupe de recherche (chercheurs, gestionnaires des équipes cliniques, coordonnateurs cliniques, observateurs) pour discussion. Cette démarche a

permis de valider et de bonifier le cadre de fonctionnement grâce aux commentaires et informations supplémentaires recueillis.

Analyses des données

Grille d'observation

Les PIIC étant enregistrés, ils ont été visionnés par les 2 observateurs afin de contre-valider les données d'observation recueillies dans chacun des établissements. Ces données ont ensuite été compilées de façon qualitative.

Questionnaire

Pour les questions ouvertes, les données ont été étudiées et organisées à l'aide d'analyses de contenu. Pour les questions fermées, les données ont été compilées à l'aide de statistiques descriptives (% , f).

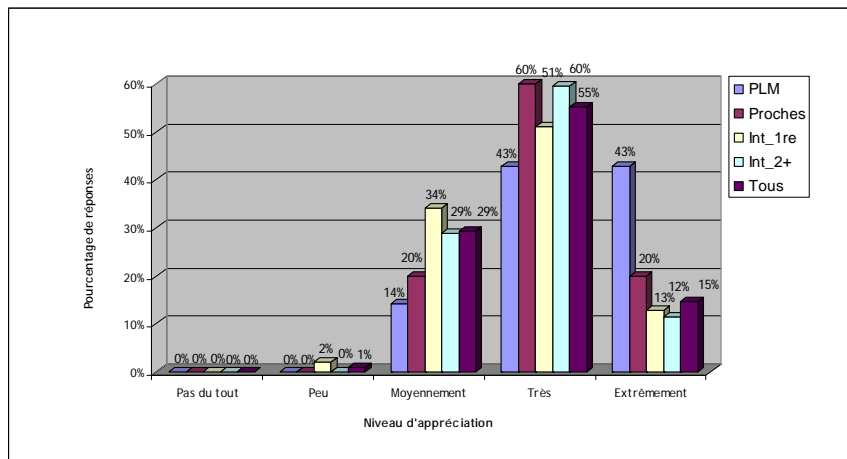
Résultats et discussion

Facteurs humains

Lorsque confrontées à de nouvelles façons de faire ou de nouvelles technologies, les personnes concernées doivent réaliser de nouveaux apprentissages. En période de changement, l'état dans lequel se trouvent ces personnes doit être considéré afin de faciliter leur adaptation au nouveau contexte. Dans la présente étude, les participants, avant de débiter les PIIC, ont dit se sentir anxieux, nerveux et impatients de commencer l'activité. Cet état a évolué, pour la plupart, vers le calme et la détente, même si certains intervenants sont demeurés inconfortables, gênés et intimidés durant toute la durée des PIIC. À la fin des PIIC, il est constaté qu'après une rencontre d'environ 60 minutes, presque tous les participants se disent satisfaits, soulagés et mieux renseignés. Cela se traduit, entre autres, par une « appréciation générale des PIIC par visioconférence très élevée, voire même extrêmement élevée » chez 76 % des participants (moyenne des résultats obtenus pour les sous-groupes de participants, soit les personnes ayant subi une LM, les proches, les intervenants ayant participé à un seul PIIC et ceux ayant participé à plusieurs PIIC, les partenaires). La figure 2 illustre le niveau d'appréciation tel qu'il a été évalué à l'aide du questionnaire.

FIGURE 2

Appréciation générale de la rencontre du PIIC par visioconférence



L'analyse de données supplémentaires démontre que la plupart des personnes ayant subi une LM et leurs proches ont particulièrement apprécié la convivialité de la rencontre. Selon leur perception, les intervenants semblaient à l'aise même s'il y avait un peu trop « d'officiel » par moment. De plus, selon eux, le contexte personnel de la personne ayant subi une LM a été pris en compte et les intervenants se sont centrés sur les objectifs du PIIC. Certaines personnes ayant subi une LM et leurs proches ont aussi mentionné que la rencontre du PIIC par visioconférence leur avait donné l'assurance d'un arrimage quant aux services offerts par les 2 établissements. De même, ils ont mentionné que l'information transférée, sur les services et activités disponibles au futur établissement de réadaptation, permettait de comprendre et d'échanger sur les raisons du transfert. Le fait de pouvoir mettre un visage sur un nom a aussi semblé être un facteur positif de ce type de rencontre. Malgré tout, il y a place à l'amélioration, et quelques proches ont exprimé le désir que les intervenants parlent davantage des progrès ou de l'évolution en général de la personne ayant subi une LM lors de ces rencontres. Pour leur part, les intervenants et les partenaires ont mentionné que les PIIC permettent de « confirmer le travail entrepris » et « les interventions à poursuivre avant le transfert » de même que de « favoriser un transfert harmonieux » en partageant des informations précieuses et utiles. Cependant, il est quand même noté que certains intervenants peuvent, à l'occasion, tenir des propos trop longs et poser des questions considérées moins pertinentes. Pour ce qui est de laisser une place centrale aux personnes ayant subi une LM et à leurs proches, les intervenants en sont très satisfaits et se disent concentrés sur les besoins et objectifs de ceux-ci durant la rencontre. Quant à la future équipe,

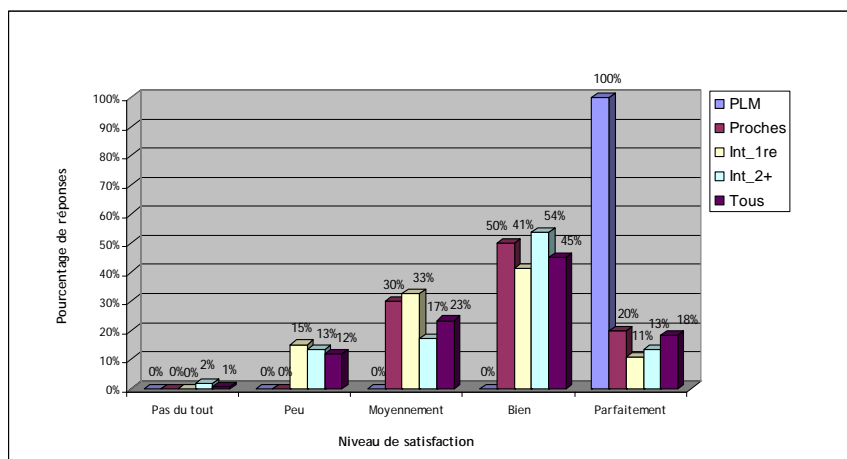
elle apprend à mieux connaître les personnes ayant subi une LM et leurs proches et est ainsi apte à les reconnaître et à se préparer à les accueillir de façon personnalisée. De plus, « les futurs intervenants ont la possibilité de se faire leur propre image de la personne ayant subi une LM » et sont, par conséquent, « moins influencés par les propos entendus au préalable ». Finalement, le contact visuel en temps réel, permis par la technologie, facilite « l'appréciation de la dynamique personnelle et familiale de la personne ayant subi une LM ».

Au-delà de l'appréciation générale, la « satisfaction de la participation personnelle aux discussions pour le PIIC » a été évaluée auprès de l'ensemble des participants. Les résultats obtenus sont présentés à la figure 3.

De façon unanime, les personnes ayant subi une LM se disent parfaitement satisfaites de leur participation à leur PIIC. Par contre, les proches, tout comme les intervenants, ont une opinion plus partagée face à leur participation. Malgré le fait que 70 % des proches soient « bien ou parfaitement satisfaits », plusieurs ont mentionné être intimidés par la caméra et le fait d'être filmés, et un proche a ajouté être dérangé par les « discours trop professionnels ». Plusieurs intervenants ont aussi souligné l'effet intimidant de la caméra auquel s'ajoute la gêne de s'exprimer devant autant de personnes à la fois. Cet inconfort devrait, selon certains, s'atténuer avec la pratique. L'attitude figée et formelle, mentionnée par quelques intervenants, inhiberait la spontanéité et limiterait la participation dans les échanges. De plus, certains étaient « mal à l'aise de poser des questions en présence de la personne ayant subi une LM ». De futurs intervenants se sont aussi dit mal préparés pour le PIIC par visioconférence, n'ayant pas obtenu toutes les informations nécessaires sur la condition de la personne ayant subi une LM, ce qui peut contribuer à limiter les échanges. D'ailleurs, plusieurs personnes ayant subi une LM ont déploré le fait que certains intervenants n'aient pas pris la parole alors que tous auraient eu l'occasion de le faire. Il est très intéressant d'observer que les personnes ayant subi une LM n'ont pas du tout ressenti d'intimidation liée à la technologie. Au contraire, leur niveau de satisfaction laisse supposer une participation à l'image des principes d'« *empowerment* » préconisés en milieu clinique. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs études, dont une étude suédoise datant de 2003. Dans ce projet de recherche, des personnes atteintes de cancer participaient pour la première fois à une rencontre virtuelle multidisciplinaire interétablissements. Ces personnes ont spécifié, en grande majorité, que ni la technologie ni la présence d'une vingtaine d'intervenants ne les avait « impressionnées », dans le sens d'intimider. Elles s'étaient senties bien écoutées et considéraient faire partie prenante de la rencontre. Les commentaires recueillis à la suite de leur participation ont d'ailleurs encouragé la poursuite de ce type de rencontre de façon systématique pour la clientèle¹⁵.

FIGURE 3

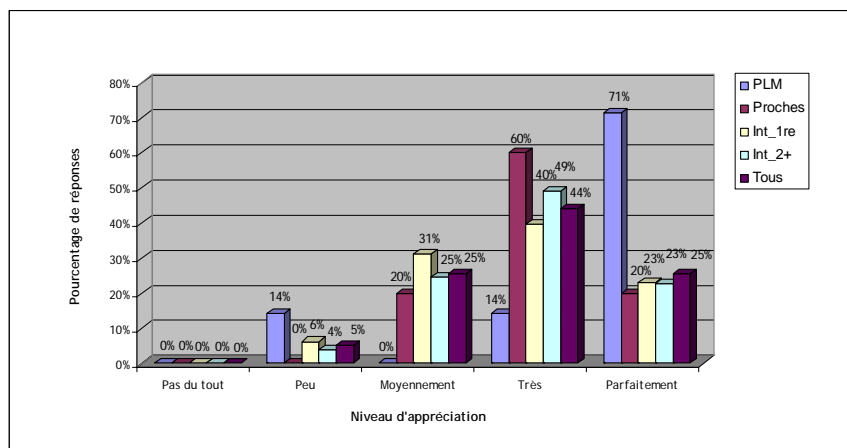
Satisfaction de la participation personnelle aux discussions durant le PIIC par visioconférence



À l'aide du questionnaire d'appréciation, des informations ont aussi été obtenues sur « l'appréciation de l'ambiance lors des échanges pour le PIIC ». En se référant à la figure 4, il est possible de constater que les personnes ayant subi une LM et leurs proches ont un niveau d'appréciation plus élevé que les intervenants en général. En moyenne, 83 % des personnes ayant subi une LM ainsi que leurs proches ont mentionné que l'ambiance était « très ou parfaitement appropriée » pour les échanges lors du PIIC, comparé à une moyenne de 68 % pour les intervenants. Le haut niveau d'appréciation des personnes ayant subi une LM et de leurs proches semble relié à leur perception d'une atmosphère détendue et respectueuse lors de la rencontre ainsi qu'à l'ouverture des intervenants face à leurs questions, pour lesquelles ils auraient globalement obtenu des réponses satisfaisantes. Quoique plusieurs intervenants ont émis des commentaires semblables en ajoutant les éléments de transparence dans le transfert des informations et de sensibilisation au fonctionnement spécifique de chacun des établissements, plusieurs autres sont ambivalents en regard de la nouvelle technologie et font valoir des opinions contraires. Pour ces derniers, une « impression que tout n'a pas été dit » persiste et un malaise est signifié par les 2 équipes quant au fait de « sentir la future équipe en arrière-plan ».

FIGURE 4

Appréciation de l'ambiance lors des échanges durant le PIIC par visioconférence



Il est bien reconnu dans la littérature que les cultures des établissements sont un défi majeur en télémédecine^{5,17}. Toutefois, cet aspect s'estompe avec le temps et l'adaptation à la technologie, comme à la présence d'une autre équipe, se fait assez rapidement. Un autre commentaire important exprimé par les 2 équipes consiste en le « manque d'intimité avec la personne ayant subi une LM et ses proches ». Ce commentaire semble exprimer des attentes et comportements liés aux vestiges de « l'approche expert » que les intervenants tentent de délaissier progressivement au profit de l'approche d'« empowerment ». Ce changement d'approche est d'autant plus souhaitable en télésanté où, pour parvenir à un fonctionnement en réseau, il faut absolument rompre avec l'idée de « c'est mon patient » et avec le principe d'exclusivité qui s'y rattache⁶.

Facteurs opérationnels

Les aspects opérationnels des PIIC particulièrement appréciés par les personnes ayant subi une LM et leurs proches sont autant la présence simultanée des 2 équipes interdisciplinaires que le fait que les rencontres pour les PIIC ont été bien organisées. Pour eux, la future équipe semblait bien informée. L'absence de certains participants a toutefois été mal perçue par les personnes ayant subi une LM et par les intervenants, surtout lorsqu'il s'agissait de l'homologue de ces derniers. Les retards et départs prématurés ont été mal tolérés, tout comme le bavardage et les appels téléphoniques et de téléavertisseurs en cours de rencontre. Ces situations ne sont pas plus acceptables lors de réunions conventionnelles, mais il semble que l'ajout de la technologie de

visioconférence ait amplifié tout ce qui est inconvenable lors de rencontres de groupe.

Pour le volet de l'animation, les participants mentionnent que le droit de parole a été généralement respecté et que des synthèses et mises au point utiles ont été faites régulièrement. Cependant, certains intervenants ne savent pas quand prendre la parole et ne savent pas non plus où regarder (le moniteur ou la caméra ou les personnes présentes sur place, etc.) lorsque vient leur tour de s'exprimer. Un autre aspect de l'animation qui, selon les participants, peut devenir problématique est le fait que l'animateur n'est pas dédié à sa tâche. Les participants insistent pour que l'animateur ne soit en aucun cas impliqué dans diverses fonctions telles que la rédaction et la manipulation de la caméra. Pour les consignes, les participants reconnaissent que, malgré le grand nombre de personnes présentes, elles ont été bien respectées, mais ils ajoutent que les consignes, à répéter au début de chaque PIIC, devraient être lues aux participants des 2 établissements en même temps. La possibilité de prise en charge de l'animation par la personne ayant subi une LM était très valorisée par les intervenants. Lorsque ce fut le cas dans certains PIIC, l'expérience s'est avérée positive.

En général, les PIIC se sont déroulés sans difficulté majeure, dans le respect d'une « rigueur souple ». Par contre, cette rigueur a été vécue comme un « cadre rigide » par quelques participants. Certains ont déploré le peu de temps pour présenter les futurs intervenants à la personne ayant subi une LM et la difficulté de « gérer » 2 équipes, alors que d'autres soulignaient qu'il était « plus facile de discuter sans la présence de la personne ayant subi une LM ». Comme le PIIC est une activité clinique réalisée pour cette personne, il va de soi que sa présence est essentielle. Toutefois, les intervenants pourraient s'autoriser un temps entre eux au début de la rencontre « pour se donner une stratégie d'équipe » ou un temps à la fin de la rencontre pour faire le point et compléter les informations manquantes. Ces 2 approches ont été expérimentées en cours de projet et ont été très appréciées l'une comme l'autre.

Lorsque le sujet de l'efficacité est abordé pour les PIIC par visioconférence, les intervenants ont des opinions partagées en fonction de leurs attentes. Plusieurs estiment que ce type de rencontre est utile et permet de sauver du temps, de simplifier les échanges, d'éviter les déplacements et « d'accéder à plus d'informations que lors des PII traditionnels ». Certaines rencontres sont décrites comme « succinctes, complètes et pertinentes ». Même si le contact virtuel en temps réel facilite la transmission directe d'informations et permet des réponses immédiates aux questions des participants, quelques intervenants maintiennent qu'il persiste un manque d'efficacité dans ces rencontres. Selon ceux-ci, « les PIIC par visioconférence

n'empêchent pas la nécessité de faire un transfert d'informations cliniques individuel avec son homologue ». Cela semble variable selon les besoins de la personne transférée.

Un dernier point sur les facteurs opérationnels documentés porte sur l'importance de tenir ou non une séance préparatoire au PIIC avec les personnes. Il semble que les participants au scénario de recherche « avec séance préparatoire » aient apprécié cette préparation, mais considèrent qu'il n'est « pas indispensable » d'en faire une activité en soi indépendante des PIIC. Savoir à quoi s'attendre (règles d'usage, rôle de chacun, etc.), en termes de fonctionnement, et voir l'équipement enlèverait un élément de stress. Par contre, la préparation pourrait se faire en une dizaine de minutes, avant le début des PIIC.

Facteurs technologiques

Quant à l'aspect technologique, les commentaires révèlent que plusieurs participants ont été agréablement surpris par la technologie de visioconférence. Il n'en demeure pas moins que chaque problème spécifique à l'audio (ex. : écho, brèves interruptions du son, volume inadéquat, bruits de fond), à la qualité de l'image (ex. : image sombre, floue, distordue) ou encore au synchronisme son-image, survenu au cours de certains PIIC a été soulevé par les participants. Cependant, ces difficultés techniques n'auraient pas perturbé le déroulement des rencontres.

Un malaise est quand même mentionné par les participants lorsque survient le très court délai, tout à fait normal, au niveau du son. Ce délai technique a été quelques fois interprété comme un silence inconfortable après une question. La technologie oblige aussi à un certain décorum dans les échanges, car il est impossible de parler en même temps dans les 2 sites. Cette situation technique oblige à une prise de parole respectueuse des autres, sinon la technologie amplifie encore une fois les écarts de comportement en groupe en créant un désordre dans les échanges.

Afin d'optimiser les échanges par visioconférence, les participants s'entendent pour une utilisation maximale de la caméra. L'objectif de la caméra doit toujours être placé sur la personne qui parle (rapprochement sur le haut du corps et le visage de cette personne) dans le but de préserver la communication verbale et non verbale. L'expérience démontre qu'avec la pratique, les participants aux visioconférences développent les habiletés nécessaires pour capter davantage le non verbal et bien interpréter le verbal dans les échanges virtuels¹⁰.

Recommandations pour la réussite des PIIC par visioconférence

Les recommandations suivantes découlent principalement des commentaires recueillis auprès des participants aux PIIC (personnes ayant subi une LM, proches, intervenants, partenaires) et auprès des observateurs impliqués dans chacun des établissements, et tiennent compte des suggestions de quelques auteurs de la littérature scientifique.

Aspects humains

- s'assurer de la concertation des intervenants du site primaire quant à la nature de la participation de la personne et de ses proches au PIIC interétablissements par visioconférence;
- favoriser le transfert d'une alliance thérapeutique (personne/intervenants), intradisciplinaire et interdisciplinaire interétablissements;
- valoriser l'activité clinique du PIIC en soi en insistant sur la préparation individuelle nécessaire des intervenants pour rendre l'activité satisfaisante et efficace au même titre que n'importe quelle autre activité clinique en réadaptation. La préparation est d'autant plus importante puisque le non verbal entre les intervenants interétablissements est difficilement capté avec cette technologie;
- soutenir les équipes cliniques et démontrer le leadership nécessaire pour encourager l'utilisation de la technologie de visioconférence⁵;
- accorder un temps d'adaptation à la technologie¹⁰ de visioconférence et ce, particulièrement aux intervenants et aux proches. Avec la pratique, les intervenants ont démontré davantage d'aisance (technologie démystifiée, nouvelles compétences de communication en situation virtuelle), davantage d'interactions entre eux (intra et interétablissements) et une meilleure utilisation du temps dédié à la rencontre du PIIC (augmentation de l'efficacité);
- prendre en considération le fait que les personnes en réadaptation semblent s'approprier facilement la technologie de visioconférence tout comme l'activité du PIIC. Le sentiment « d'être écouté » et celui « d'être en confiance », exprimés par plusieurs envers les équipes, doivent devenir des déterminants dans l'intégration des PIIC par visioconférence dans les activités cliniques;
- organiser une visite du nouveau milieu d'accueil (futur établissement) pour la personne, lorsque possible.

Aspects opérationnels

- s'assurer de la participation de l'ensemble des intervenants des 2 équipes, même lorsque l'homologue est absent ou n'existe pas. La présence de tous

est importante pour la personne en réadaptation. Les absences sont remarquées par cette dernière;

- transmettre l'information clinique pertinente concernant la personne en réadaptation avant le PIIC, incluant les attentes de celle-ci. Les futurs intervenants seront ainsi mieux préparés;
- revoir quelle information est vraiment confidentielle, cela dans le but de ne pas retenir des questions à poser ou des commentaires à partager même en situation de groupe;
- définir les diverses fonctions qui seront assumées par différents participants telles que l'animation, la rédaction du PIIC et la manipulation de la technologie. Une courte formation de 15 minutes est recommandée pour cette dernière fonction;
- respecter, idéalement, la structure préétablie de la rencontre. Les consignes d'usage doivent être données aux participants des 2 établissements simultanément dès le départ; la présentation de tous les participants est importante; les échanges doivent porter sur les objectifs du PIIC et la préparation du transfert; un retour sur le PIIC par les 2 équipes, sans la personne et ses proches, est suggéré à la fin de la rencontre afin de compléter l'information transmise et de faire l'appréciation de la rencontre;
- établir les contacts intradisciplinaires interétablissements pertinents (ex. : contact téléphonique) pour bien coordonner les échanges qui auront lieu lors du PIIC en fonction des enjeux cliniques identifiés. Cette préparation permettra d'établir à l'avance la complicité nécessaire entre les intervenants et d'assurer une communication plus efficace avec la personne;
- permettre à chacun de s'exprimer et favoriser les échanges interétablissements lors de l'animation. Lorsque la situation le permet, la coanimation avec la personne en réadaptation contribue à la démarche « *d'empowerment* » préconisée;
- soumettre les rencontres virtuelles aux mêmes règles de fonctionnement que n'importe quel autre type de rencontre de groupe pour en assurer l'efficacité. Les retards, les départs prématurés, le bavardage, le non-respect de la personne qui parle, entre autres, nuisent au bon déroulement de la rencontre et sont des aspects négatifs que la technologie de visioconférence semble amplifier;
- préconiser la tenue d'une séance préparatoire au PIIC par visioconférence pour la personne en réadaptation et ses proches. Celle-ci peut être très courte (5-10 minutes) et être intégrée au PIIC avant l'arrivée des intervenants. À cette séance, il pourrait être possible de convier aussi les intervenants n'ayant jamais participé à une activité par visioconférence.

De plus, s'il s'avérait que, par le fait même, la rencontre de PIIC soit une première expérience de PII pour la personne en réadaptation, il faudrait s'assurer d'expliquer le but d'un PII en soi;

- désigner à l'avance certaines places pour la personne en réadaptation et ses proches. Idéalement, la personne en réadaptation devrait être au bout de la table ou très près de cet endroit, afin d'avoir la meilleure vue d'ensemble sur place, tout en ayant une excellente vue sur les participants du site distant.

Aspects technologiques

- faire une préparation technique impeccable avant la tenue d'un PIIC par visioconférence. Le moindre délai pour raison technique est vécu comme une frustration majeure par les participants, particulièrement les intervenants. De là l'importance du soutien d'un personnel spécialisé dans les établissements impliqués;
- s'assurer d'effectuer les déplacements de caméra nécessaires sur les personnes qui parlent durant l'activité du PIIC par visioconférence (responsable technique désigné). Des vues d'ensemble ou des vues trop larges nuisent aux bonnes communications. Il est important de bien voir la physionomie et les expressions faciales des personnes qui prennent la parole. Après les présentations de tous les participants, si une vue de groupe est requise, il vaut mieux limiter celle-ci à un petit groupe au lieu de montrer le groupe complet sinon les participants sont beaucoup trop petits à l'écran;
- utiliser les positions préprogrammées de la caméra lors des déplacements de la caméra durant les rencontres par visioconférence. Ceci permet des déplacements beaucoup plus rapides et efficaces, en considérant évidemment que les participants n'auront pas déplacé la position des chaises autour de la table.

Cadre de fonctionnement

À la lumière des résultats obtenus, un cadre de fonctionnement pour les PIIC par visioconférence a été développé. Il comprend, entre autres, des considérations procédurales incluant un aide-mémoire (voir figure 5), une description de tâches pour différents rôles clés, les recommandations quant aux aspects humains, opérationnels et technologiques à considérer, telles que présentées précédemment, et de nombreuses annexes (ex. : formulaires de consentement, de réservation de salle, de PII, consignes pour rencontre par visioconférence).

Retombées du projet

L'accès à la technologie de visioconférence dans la transmission des informations interétablissements devrait contribuer à améliorer la continuité et la qualité des soins et services offerts aux personnes ayant subi une LM. En plus d'optimiser les communications cliniques interétablissements en temps réel dans la région montréalaise, l'utilisation de la visioconférence avec les partenaires régionaux est envisageable. Les travaux futurs incluront la validation du cadre de fonctionnement avec des établissements hors région et auprès d'autres clientèles en réadaptation.

Conclusion

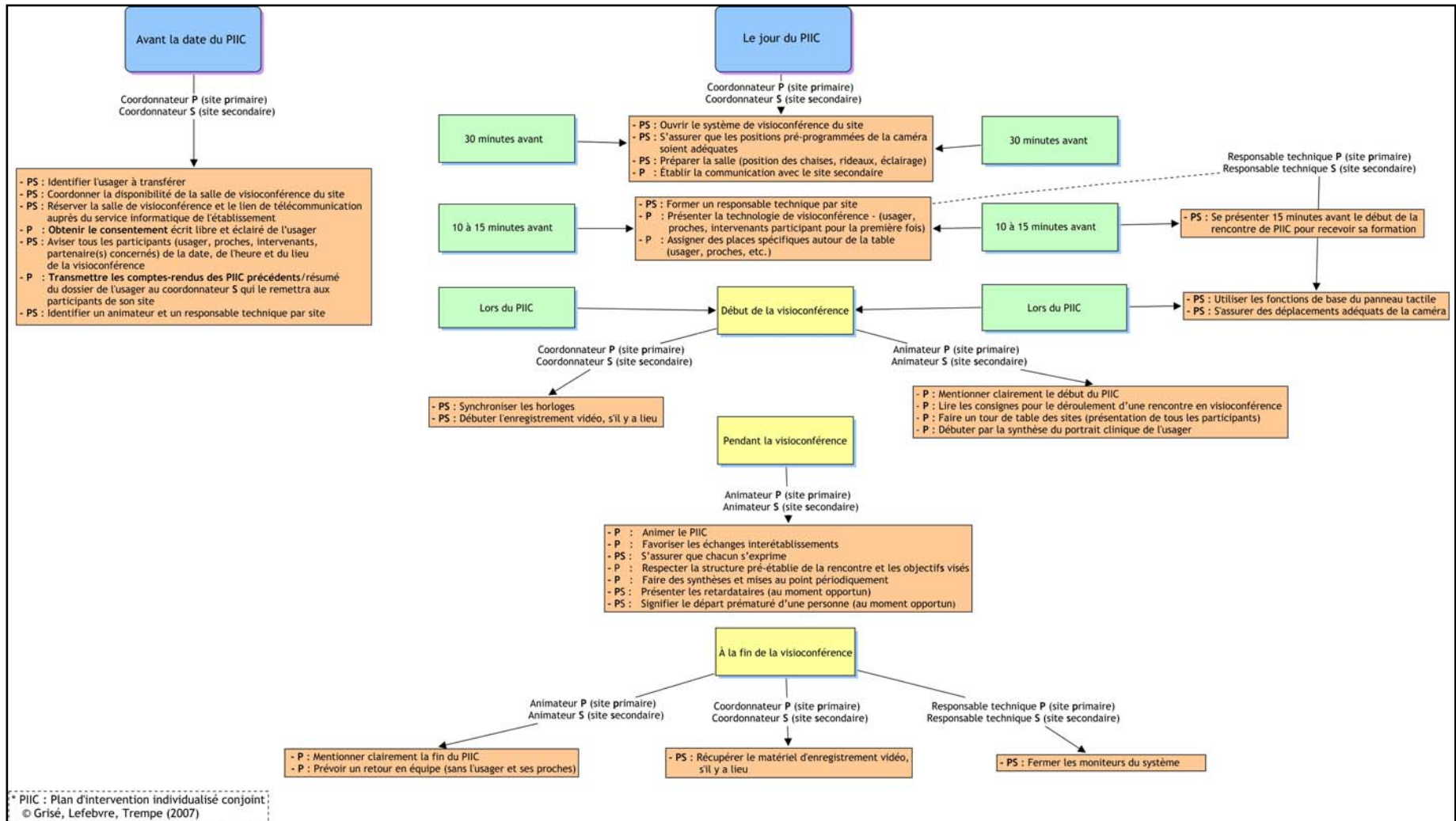
La technologie de visioconférence est présentement implantée dans la majorité des établissements de santé et de services sociaux au Québec. Les différents acteurs du système de la santé y voient des avantages et sont motivés à promouvoir l'intégration de cette technologie dans les activités cliniques. Les résultats de la présente étude soutiennent cette tendance et donnent un portrait plutôt positif de l'utilisation de la visioconférence dans les PIIC (interétablissements). Les facteurs humains, opérationnels et technologiques limitant et facilitant ce type d'activité dans le domaine de la réadaptation sont présentés en fonction d'une clientèle ayant subi une LM. Ce nouveau moyen de communication pourrait bien contribuer à la continuité des soins et services. De plus, la technologie de visioconférence, à titre de nouvelle technologie de l'information et de communication, offre aux intervenants une occasion extraordinaire de revoir et de redéfinir leur pratique dans le but d'améliorer leur performance et la qualité de leurs services auprès de diverses clientèles.

Remerciements

Les auteurs désirent remercier l'ensemble des participants au projet de recherche ainsi que les gestionnaires de programme, Lucie Lecours (IRM) et Pierrette Parent (CRLB) et les coordonnateurs cliniques, Lucie Bois (IRM) et Denis St-Charles (CRLB). De plus, ils tiennent à souligner la contribution de Fanny Guérin, observatrice et coordonnatrice pour le projet, et celle d'Odile Sévigny (CRLB). Finalement, ils désirent mentionner le soutien financier offert par l'IRM, le CRIR, le REPAR et l'OPPO dans la réalisation du projet.

FIGURE 5

Aide-mémoire lors de l'organisation d'une activité de PIIC* par visioconférence



Références

1. Edwards, L., Krassioukov, A. *et al.* (2002). Importance of Access to Research Information among Individuals with Spinal Cord Injury: Results of an Evidence-based Questionnaire. *Spinal Cord*, 40(10), 529-35.
2. Galea, M., Tumminia, J. *et al.* (2006) Telerehabilitation in Spinal Cord Injury Persons: A Novel Approach. *Telemedicine Journal and E-Health*, 12(2), 160-162.
3. Hebert, M. (2001). Telehealth Success: Evaluation Framework Development. *Medinfo*, 10(2), 1145-49.
4. Jennett, P.A., Affleck Hall, L. *et al.* (2003). The Socio-economic Impact of Telehealth: A Systematic Review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(6), 311-320.
5. Lam, D.M. & Mackenzie, C. (2005). Human and Organizational Factors affecting Telemedicine Utilization within US Military Forces in Europe. *Telemedicine Journal and E-Health*, 11(1), 70-78.
6. Lareng, L. (2001). La télémédecine au coeur d'un paysage de la santé en mutation. *Le réseau informatique*, 13(1), 17-18.
7. Lathan, C.E., Kinsella, A. *et al.* (1999). Aspects of Human Factors Engineering in Home Telemedicine and Telerehabilitation Systems. *Telemedicine Journal*, 5(2), 169-175.
8. Lemire, M. (2002). La participation du professionnel de la santé au virage de la télésanté : de l'élaboration des politiques au déploiement des technologies. Communication présentée dans le cadre du *Symposium du RTQTE, La télésanté : une vision à partager*.
9. Liu, L. & Miyazaki, M. (2000). Telerehabilitation at the University of Alberta. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(2), 47-49.
10. Malagodi, M. & Smith, S. (1999). Prospective Role for Telemedicine as a Communication Tool for Rural Rehabilitation Practice. *Work*, 12(3), 245-259.
11. Palsbo, S.E. & Bauer, D. (2000). Telerehabilitation: Managed Care's New Opportunity. *Managed Care Quarterly*, 8(4), 56-64.
12. Phillips, V.L., Vesmarovich, S. *et al.* (2001). Telehealth: Reaching out to Newly Injured Spinal Cord Patients. *Public Health Reports*, 116(Suppl. 1), 94-102.
13. Pineau, G., Moqadem, K. *et al.* (2006). *Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation*. Montréal : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
14. Piraux, M. (2002). Impacts organisationnels sur la télésanté. Communication présentée dans le cadre du *Symposium du RTQTE, La télésanté : une vision à partager*.
15. Stalfors, J., Holm-Sjogren, L. *et al.* (2003). Satisfaction with Telemedicine Presentation at a Multidisciplinary Tumour Meeting among Patients with Head and Neck Cancer. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(3), 150-155.
16. Winters, J.M. (2002). Telerehabilitation Research: Emerging Opportunities. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 4, 287-320.
17. Zaretsky, H.H., Richter III, E.F. & Eisenberg, M.G. (2005). *Medical Aspects of Disability, A Handbook for the Rehabilitation Professional*. New York, N.Y: Springer Publisher Company (3^e éd.).