

Implantation de la téléadaptation : exploration de la perspective de l'utilisateur

Julie Tellier

Travail présenté à Dahlia Kairy
Dans le cadre du cours PHT-6123
Travail d'intégration

31 mai 2015

Programme de physiothérapie
École de réadaptation
Université de Montréal

Table des matières

Abrégé	4
Mots-clés	4
Introduction	
Définitions et notions de base.....	5
La TR dans le cadre de ce projet.....	6
Historique de la téléadaptation.....	6
Solution technologique retenue pour la TR.....	6
Objectifs	7
Méthodologie	7
Implantation de la TR dans deux centres de réadaptation.....	7
Source et collecte de données qualitatives.....	8
Recrutement et critères d'éligibilité des participants.....	8
Modèle conceptuel : UTAUT.....	9
Analyse des données.....	9
Considérations éthiques.....	10
Résultats	10
Caractéristiques de l'échantillon et des activités de TR.....	10
Structure des résultats des entrevues.....	11
Performance attendue (I)	11
Comparaison avec les technologies précédentes.....	12
Problèmes techniques.....	13
Éviter les déplacements.....	14
Qualité des interactions et des services rendus.....	14
Optimisation des ressources.....	15
Compatibilité avec les besoins et attentes.....	16
Effort attendu (II)	16
Influence sociale (III)	17
Influence sur les patients des cliniciens.....	17
Influence sur les patients de l'entourage.....	17
Influence des collègues sur les cliniciens.....	18
Influence sur les cliniciens des patients.....	18

Conditions facilitatrices (IV)	18
Attitude envers l'emploi de la technologie.....	19
Ressources mises en place.....	19
À l'aise avec la technologie.....	20
Discussion	21
Limites de l'étude.....	24
Conclusion	25
Avenues de recherche.....	25
Références	26
ANNEXES 1	28
Questionnaire sociodémographique.....	28
ANNEXES 2	30
Formulaires de consentement patient.....	30
ANNEXES 3	35
Formulaires de consentement clinicien	35
ANNEXES 4	40
Certificats d'éthique.....	40

Abrégé

Introduction : La téléadaptation (TR) est considérée comme une solution pertinente pour contrer le problème d'accessibilité aux soins et services de réadaptation. Malgré cela, elle n'est encore que rarement intégrée à la pratique clinique.

Objectif : Acquérir une meilleure compréhension de l'expérience des patients ayant reçu des services de TR et des cliniciens ayant consultés des experts à l'aide de la plateforme Reacts® dans le cadre d'un projet d'implantation.

Méthodologique : Il s'agit d'une étude exploratoire utilisant une approche qualitative, intégrée à une étude d'implantation. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès de 3 patients ayant reçu des services de TR et 3 cliniciens ayant consultés des experts à l'aide de la TR depuis deux centres de réadaptations montréalais (IRGLM et CRLB). Un cadre conceptuel basé sur le *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) a été utilisé pour orienter la collecte ainsi que l'analyse qualitative des données. Un questionnaire sociodémographique a aussi été utilisé.

Résultats : Bien que les interactions en personne soient généralement préférées, les utilisateurs sondés percevaient Reacts® comme facile d'emploi et la TR comme utile afin d'éviter certains déplacements et maintenir l'offre de services. Les principaux facteurs d'influences étaient en lien avec les construits 'performance perçue', 'effort attendu' et 'conditions facilitatrices' de l'UTAUT. L'influence sociale aurait eu peu d'impact sur l'utilisation de la TR via Reacts® pour ces participants.

Conclusion : La TR était facilitée par l'utilisation de Reacts® et les supports technologiques l'accompagnant, bien que des certaines améliorations soient encore souhaitables.

Mots-clés : (inclure les mots-clés uniquement lors du dépôt du travail final)

Téléadaptation, Réadaptation, Télémédecine, Implantation, UTAUT, Qualitatif
Visioconférence

Introduction

La téléadaptation (TR) est considérée comme une solution avantageuse aux problèmes d'accessibilité aux soins et services de réadaptation (1). Malgré cela, elle n'est encore que rarement intégrée à la pratique clinique. Constatant d'une part les ressources en santé limitées et d'autre part l'accessibilité croissante des nouvelles technologies, il semble plus que jamais pertinent de mettre à profit ces dernières afin de maintenir l'offre de service. La présente étude se penche sur un effort d'implantation de la TR comme intervention de routine du point de vue de deux types d'utilisateurs : les patients ayant reçu des services de TR et les cliniciens ayant consulté des experts à l'aide de la TR.

Deux centres de réadaptation faisant partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay (IRGLM) et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB), tentent depuis plusieurs années d'implanter différentes technologies de TR (2, 3). Depuis 2014, ces mêmes établissements ont mis de l'avant des stratégies afin de déployer une nouvelle technologie de TR : Reacts®. En cours d'implantation, cette initiative a été accompagnée d'une étude d'implantation, subventionnée par le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), menée par le Pr. Kairy (DK) et son équipe (4). Plus précisément, l'étude se penchait sur la perspective des cliniciens spécialistes et des gestionnaires des centres impliqués par rapport à l'utilisation routinière de la technologie Reacts® dans les pratiques cliniques. Il s'est également avéré pertinent d'inclure la perspective des patients et des cliniciens ayant consultés des experts afin de mieux comprendre le processus d'implantation de la TR. C'est à ces fins que la présente étude fut réalisée.

Définitions et notions de base

La télésanté peut être définie comme toute *prestation de soins de santé à distance par des technologies de l'information et de la communication (TIC)* (5). Les termes télésanté et télémédecine sont souvent utilisés de manière interchangeable. La TR est un des nombreux domaines de la télésanté. Elle se définit comme « *toute offre de service de téléconsultation en réadaptation (...) qui permet d'améliorer l'efficacité, la disponibilité, l'accessibilité et la continuité des services de réadaptation* » (6).

La TR est surtout utilisée à des fins de consultations (téléconsultation), d'interventions (télétraitements) et d'enseignement. Lors d'une session de TR, on compte au moins deux sites : un site émetteur et un site receveur. Le site émetteur étant celui qui initie la session de visioconférence (parfois qualifié d'appel) et le site receveur est celui qui reçoit le signal (ou qui répond à l'appel).

La TR dans le cadre de ce projet

Dans le cadre de cette étude, la TR a été utilisée à différentes fins. Les patients sondés ont utilisé la TR afin de recevoir des services de santé, soit des télétraitements. Les cliniciens quant à eux ont utilisé la TR afin de consulter des collègues experts, de sorte qu'on puisse qualifier ces sessions de téléconsultations.

Historique de la téléadaptation

Les premiers projets de TR, comme les premiers projets de télésanté, furent initiés par des professionnels de la santé et des chercheurs enthousiasmés par les possibilités qu'offraient les nouvelles technologies (5). Au Québec, les premiers projets pilotes voient le jour au début des années 2000 (7) et en 2003, le gouvernement provincial viendra proposer son propre projet d'implantation de la TR à l'échelle de son territoire (7). Ici comme ailleurs, on voit la TR comme une solution au problème d'accessibilité aux soins. Depuis, nombre d'études se sont penchées sur comment la TR pouvait desservir un large éventail de clientèles, et ce tant au Québec (8-11) qu'à travers le monde (12-15).

Malgré l'intérêt que ces technologies suscitent, peu d'initiatives passent du projet-pilote à la phase d'implantation, et encore moins sont étudiées pendant cette phase. Cette étude vise donc à contribuer à la littérature se penchant sur l'implantation et l'intégration de la TR dans les pratiques cliniques de routine des cliniciens en réadaptation. De telles informations s'avèreront utiles lors de l'implantation de programmes semblables, surtout dans le contexte où professionnels et gestionnaires seront appelés de plus en plus à intégrer la télésanté aux pratiques courantes dans le but d'optimiser les ressources disponibles.

Solution technologique retenue pour la TR

Les deux centres impliqués (IRGLM et CRLB) ont retenu la plateforme Reacts[®] comme solution technologique pour effectuer les activités de TR. Le logiciel permet la

visioconférence et le partage de fichiers de façon sécurisée. Il ne requiert pas d'équipement spécialisé, autre qu'un ordinateur ou une tablette muni d'une caméra, d'un micro et de haut-parleurs. Les licences pour le logiciel peuvent être obtenues à faible coût pour l'institution, et son utilisation est gratuite pour le patient. La mise en marché du logiciel étant encore récente lors de la phase initiale du projet, les centres furent en contact constant avec les développeurs de Reacts[®]. Les rétroactions des utilisateurs des centres impliqués ont permis d'y apporter des améliorations, de sorte qu'on peut parler d'une collaboration continue avec le développeur (2). Les patients ont utilisé l'application soit à partir de leur propre ordinateur personnel, soit à partir d'une tablette prêtée par le centre de réadaptation sur laquelle l'application avait préalablement été installée. Les cliniciens ont utilisé l'application soit à partir d'un ordinateur de bureau ou d'une tablette

Objectifs

Le but de cette étude est d'acquérir une meilleure compréhension du processus d'implantation d'un programme de TR du point de vue de l'expérience des utilisateurs, qu'il s'agisse de patients ou de cliniciens. Les objectifs sont de : 1- documenter l'expérience de la TR à l'aide du système Reacts[®], du point de vue de l'utilisateur au site receveur (patient et clinicien), 2- identifier les obstacles et facilitateurs à l'utilisation de la TR avec le système Reacts[®], 3- identifier les besoins, préférences et habiletés des utilisateurs de Reacts[®] en TR, et 4- explorer les facteurs influençant l'expérience des utilisateurs de la TR.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude exploratoire, intégré à une étude d'implantation, avec une approche qualitative de collecte et d'analyse de données.

Implantation de la TR dans deux centres de réadaptation

Les deux centres où le programme de TR est implanté (IRGLM et CRLB) se situent à Montréal et desservent une clientèle présentant des limitations physiques variées (blessés médullaires, amputation, troubles neurologiques, etc.). Bien qu'une grande partie de la clientèle desservie soit montréalaise, leur personnel spécialisé est aussi appelé à intervenir à l'échelle provinciale. C'est dans le but d'assurer l'accessibilité de ces soins spécialisés, et/ou surspécialisés, d'évaluation, de consultation et d'intervention en réadaptation que ces centres ont cherché à bonifier l'offre de service et ainsi mettre

sur pied « un modèle de prestation de soins exportable à l'échelle de la province » (2). La TR devait également rendre possible aux intervenants en réadaptation la consultation d'experts à distance.

Source et collecte des données qualitatives

À l'aide d'un échantillonnage de convenance, 3 patients ayant reçu des services de TR et 3 cliniciens ayant utilisé la TR afin de consulter des collègues experts furent recrutés parmi les deux centres impliqués. Des entrevues téléphoniques individuelles semi-structurées d'une durée de 30 à 50 minutes furent menées auprès de chacun des répondants. Les entrevues ont été menées par JT, (étudiante à la maîtrise en physiothérapie), qui n'a pas été impliquée dans la prestation des services de TR en question. Avant chaque entrevue, les informations sociodémographiques de chaque participant (Tableau 1) furent amassées à l'aide d'un questionnaire. Le guide d'entrevue, composé de questions ouvertes, fut conçu en tenant compte de la littérature sur l'adoption des technologies, et plus particulièrement l'*Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT). Lors des entrevues, les participants furent invités à partager leur expérience de TR et à réfléchir sur leur aisance avec la technologie, incluant un score d'auto-évaluation sur une échelle de 0 à 10 (Tableau 4).

Recrutement et critères d'éligibilité des participants

Les patients participants furent recrutés parmi la clientèle des deux centres impliqués. Ils nous étaient référés par les cliniciens ayant travaillé avec eux ou par les gestionnaires impliquées dans l'implantation de Reacts[®] dans leur milieu respectif. Les participants étaient éligibles s'ils répondaient aux critères d'inclusion suivants : avoir 18 ans et plus, avoir reçu des services de TR avec le technologie Reacts[®] d'un des deux centres participant (CRLB ou IRGLM) et pouvoir s'exprimer clairement en anglais ou en français. Les critères d'exclusion étaient les suivants : présenter de la dysarthrie et/ou une déficience importante de l'ouïe, avoir des problèmes émotionnels et/ou psychiatriques ou présenter des troubles cognitifs (selon leurs intervenants) qui limitent la capacité de communiquer lors de l'entrevue. Un échantillon à la fois de convenance et intentionnel était visé. L'objectif était d'avoir des participants qui pouvaient nous informer sur les besoins, facilitateurs et limites par rapport à l'utilisation des services de TR avec des utilisations et expériences variées de la TR (16). Les cliniciens participants furent recrutés parmi les intervenants des deux centres impliqués et devaient avoir consultés

des collègues à distance via Reacts® afin de bénéficier de l'expertise du clinicien distant lors de la prestation de service avec leurs patients.

Modèle conceptuel : UTAUT

Selon les construits de l'UTAUT (Figure 1), la performance attendue d'une technologie (*performance expectancy*), à quel point la technologie est perçue comme étant facile d'emploi (*effort expectancy*), l'influence sociale (*social influence*) ainsi que les conditions facilitatrices (*facilitating conditions*) sont des prédicteurs de l'acceptation d'une nouvelle technologie (17). Ce modèle conceptuel a été employé dans nombre d'études en télésanté (18, 19) et plus récemment en TR (20-22). L'UTAUT est le résultat d'une synthèse de plusieurs modèles d'acceptation de la technologie. Le TAM (*Technology Acceptance Model*) est l'un des modèles précurseurs dont s'est inspiré l'UTAUT(23). Selon le TAM, la perception qu'à un utilisateur de l'utilité d'une technologie (*perceived usefulness*) et la perception qu'à un utilisateur de l'effort requis pour se servir d'une technologie (*perceived ease of use*), sont les deux seuls déterminants prédicteur de l'adoption d'une technologie. Ces deux construits se retrouvent presque intactes dans l'UTAUT sous les noms de 'performance attendue' (*performance expectancy*) et 'effort attendu' (*effort expectancy*).

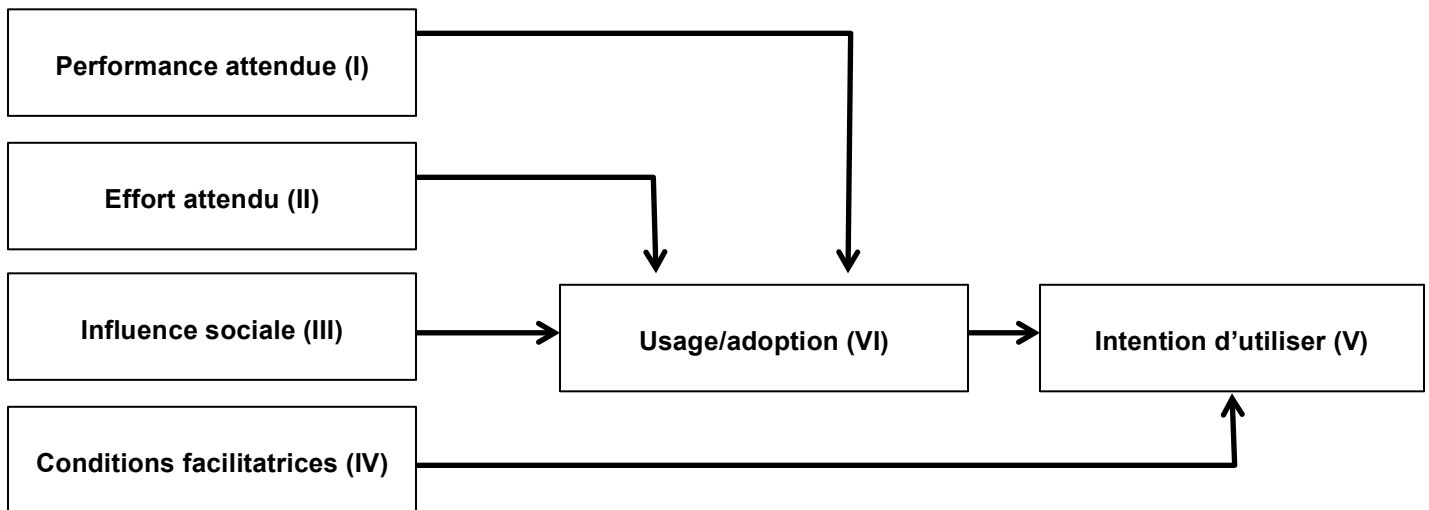


Figure 1 : Organisation des construits de l'UTAUT, adapté de Cranen (20).

Analyse des données

Les entretiens furent enregistrés et retranscrits en verbatim avec la permission des participants. Les transcriptions furent d'abord codées par JT puis validées par DK.

Chaque idée émergeant des entrevues fut d'abord associée à un code inspiré de l'UTAUT, puis à l'aide d'un processus itératif, elles furent reclassées par sous-thèmes. La classification et l'identification de sous-thèmes fut discutée et validée avec l'équipe de recherche. La crédibilité de l'analyse fut assurée via des discussions et interactions avec l'équipe de recherche tout au long de l'analyse. Celle-ci fut faite au fur et à mesure que les entrevues ont eu lieu afin de raffiner le guide d'entrevue et permettre d'approfondir ou de valider les idées émergentes (24).

Considérations éthiques

Tous les participants qui acceptèrent de participer à l'étude ont signés un formulaire d'information et de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CRIR.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon et des activités de TR

Le Tableau 1 traduit les caractéristiques des participants : 3 patients et 3 cliniciens. Le Tableau 2 traduit plus en détails les raisons cliniques pour l'utilisation de la TR. Tous ont utilisés Reacts[®] soit pour des fins de télétraitement ou de téléconsultation. Le Tableau 3 décrit l'équipement et les lieux d'emploi de la TR et le Tableau 4 dresse un bref portrait de l'utilisation des technologies par les répondants.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

i.d.	Description	Sexe/âge	Langue	Dx principal	Éducation
P1	patient	H/56	Français	blessé médullaire	élevé
P2	patient	F/33	Français	amputation	élevé
P3	patient	H/54	Anglais	AVC	élevé
Clientèle principale					
C4	travailleur social	F/35	Français	suppléments au loyer	élevé
C5	ergothérapeute	H/43	Français*	CHSLD	élevé
C6	ergothérapeute	H/43	Français	CHSLD	élevé

i.d: identifiants, Langue : dans tous les cas langue parlée est langue maternelle, sauf l'exception* où langue maternelle créole, Dx : diagnostic, Éducation élevé : 1^{er} cycle universitaire. CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée

Tableau 2 : Raisons d'utilisation de la TR

i.d.	Description
P1	Suivi en psychologie
P2	Suivi en ergothérapie, rééducation fonctionnelle de la main
P3	Suivi en orthophonie
C4	Consultation avec collègue pour fins d'évaluations d'utilisateurs pour allocation de

supplément au loyer

C5 Consultation avec médecin pour fins de prescription d'aide technique

C6 Consultation avec médecin pour fins de prescription d'aide technique

i.d: identifiants

Tableau 3 : Équipement utilisé/lieu de la TR

i.d.	Lieu	Équipement utilisé
P1	domicile	Son propre ordinateur personnel et sa caméra
P2	domicile	Tablette et seconde caméra prêtées par le centre de réadaptation
P3	domicile	Son propre ordinateur personnel et sa caméra
C4	bureau	Écrans et ordinateur fournis par son milieu de travail (non portable)
C5	hors site*	Équipement portable : tablette, trépied, routeur, haut-parleurs Bluetooth
C6	hors site*	Équipement portable : tablette, trépied, routeur, haut-parleurs Bluetooth

i.d.: identifiants, *les cliniciens ayant utilisé la TR 'hors site' se déplaçaient vers divers centres de soins de longue durée afin de communiquer avec un spécialiste qui lui demeurait au centre de réadaptation

Tableau 4 : Type d'utilisateur de la technologie

i.d.	Cote 0-10	Technologies utilisées régulièrement par les participants
P1	8/10	téléphone intelligent, logiciel d'analyse de performance pour vélo
P2	9/10	téléphone intelligent, <i>FaceTime</i> , télétravail
P3	9/10	tablette, courriel et réseaux sociaux
C4	8/10	téléphone intelligent, <i>FaceTime</i> , <i>Skype</i>
C5	8/10	<i>YouTube</i> , TR depuis plus de 10 ans
C6	8/10	tablette, baladodiffusion, TR depuis plus de 10 ans

i.d: identifiants, cote : auto-évaluation de chaque utilisateur de son niveau d'aisance avec la technologie en général sur une échelle de 0 à 10, 0 étant 'pas du tout à l'aise et 10 étant 'parfaitement à l'aise'.

Structure des résultats des entrevues

Les résultats sont structurés selon les construits propres à l'UTAUT (Figure 1) : performance attendue (I), effort attendu (II), l'influence sociale (III) et les conditions facilitatrices (IV).

L'expérience et les commentaires des utilisateurs sondés avaient surtout trait aux construits 'performance attendue' et 'conditions facilitatrices'. Les construits 'effort attendu' et 'influence sociale' ont moins sollicité de commentaires. Dans la section suivante, les résultats découlant des entrevues sont regroupés par sous-thèmes et classés sous les construits de l'UTAUT.

Performance attendue (I)

Le thème 'performance attendue' fait référence à la perception qu'à un individu de l'utilité d'une technologie. Pour cette étude, nous l'avons plus précisément défini comme la perception que l'utilisation de Reacts[®], dans le cadre de la TR fut utile afin de recevoir

des services (dans le cas d'un patient) ou afin de consulter pour une demande d'expertise (dans le cas d'un clinicien).

La performance attendue de l'application était clairement influencée par les expériences antérieures de ses utilisateurs, en particulier pour les cliniciens. L'emploi de Reacts[®] et des supports technologiques l'accompagnant ont grandement fait objet de comparaisons avec les technologies antérieures de la part des cliniciens ayant déjà fait l'expérience de la TR (C5 et C6), étant donné que leur milieu clinique tentait depuis plusieurs années de mettre en place pareilles activités. Tous les utilisateurs ont également élaboré sur des thèmes propres à la TR comme mode de communication, plus que spécifiquement en avec l'application elle-même, soit : les problèmes techniques rencontrés, le fait d'éviter les déplacements, la qualité des interactions et du service rendu, l'optimisation des ressources et la compatibilité de la TR avec leurs besoins et leurs attentes.

Comparaison avec les technologies précédentes

L'équipement utilisé par les cliniciens qui ont eu à se déplacer hors site (Tableau 3), aurait non seulement grandement permis de réduire le temps d'installation, mais aurait également permis plus d'autonomie et de flexibilité que par le passé. Les cliniciens qui avaient fait l'expérience de technologies antérieures étaient d'avis que les changements apportés par les nouvelles technologies disponibles, tel qu'avec Reacts[®], étaient nécessaires pour une utilisation clinique réussie. Ces changements permettrait de créer plus d'ouverture envers l'utilisation de la TR, faute de quoi elle serait probablement abandonnée par ses utilisateurs actuels et perdrait des utilisateurs potentiels comme dans leurs expériences antérieures: « *C'est arrivé au bon moment* » (clinicien C6). Bien que certaines améliorations soient encore souhaitables, les problèmes de bande passante seraient moins importants avec la technologie actuelle. La qualité du son et de l'image serait également meilleure, rendant plus efficace la communication. Finalement, moins de temps serait passé à gérer la technologie, permettant de passer plus de temps avec le patient. Selon un des clinicien sondé, c'est ce dernier point qui aurait causé le plus de réticences, voire le refus de certains collègues d'utiliser la TR par le passé et encore maintenant, malgré l'évolution des technologies. Après avoir énuméré les nombreuses améliorations à l'expérience de la TR qu'a permis la technologie actuelle, un des clinicien ajouta : « *J'ai l'air assez jovialiste dans mon utilisation actuelle de Reacts[®], parce que j'ai vraiment connu pire.* » (clinicien C6)

Problèmes techniques

Les problèmes techniques rencontrés ont différé d'un utilisateur à l'autre. L'équipement utilisé par chacun, et les lieux où se sont déroulés les sessions de TR, étaient eux aussi variables d'un participant à l'autre (Tableau 3).

Les patients sondés rapportèrent peu de problèmes techniques. Les patients ayant utilisés leur propre équipement informatique n'ont rapporté aucun problème de connectivité, de ralentissement de la transmission ou de qualité d'image (Tableau 3). Un des deux patients ayant utilisé son propre portable a rapporté avoir eu à demander à son fils d'ajuster certains paramètres de son et le second n'a rapporté aucun problème technique de quelque nature que ce soit. La patiente à qui on avait prêté une tablette et une caméra n'a rapporté aucun problème de connectivité. Elle dit avoir rencontré quelques problèmes de son, mais se plaignait surtout de la piètre qualité de l'image. Elle attribua les problèmes vidéo à l'hypersensibilité des caméras aux différents niveaux de luminosité ambiant. Elle mentionna également que l'installation de l'équipement chez elle, spécifiquement dans l'environnement où il aurait été le plus pertinent pour son ergothérapeute de la voir, avait été très difficile et parfois impossible. La manipulation même de l'équipement avait parfois été entravée par l'amputation d'un doigt, raison pour laquelle elle était suivie.

Les cliniciens sondés s'entendaient pour dire que le problème principal en était un de bande passante et de perte occasionnelle de connexion ('drop calls'). Bien que les problèmes de connexion furent rapidement résolus pour la clinicienne se servant uniquement de Reacts[®] à partir de son bureau, il en fut autrement pour les cliniciens ayant à se déplacer (Tableau 3). Le problème semblait être compliqué par le fait de changer constamment de site. Bien que l'équipe technique procédait à des tests de bande passante avant chacun de leurs déplacements, certains problèmes semblaient persister. Les limites de la bande passantes ont également menés les cliniciens à n'employer qu'une seule caméra lors des sessions de TR. Ceci a fait en sorte qu'une seule image s'affichait à l'écran à la fois, et non deux comme le prévoit l'application. Seule l'information audio parvenait du site émetteur. Les cliniciens et patients au site receveur n'étaient pas en mesure de voir le spécialiste au site émetteur, seulement l'entendre. Les cliniciens ne s'entendaient pas sur la valeur ajoutée d'avoir l'image de leur interlocuteur à l'écran. Un des clinicien était d'avis que celle-ci n'ajouterait rien,

tandis que l'autre aurait aimé pouvoir tester si l'image aurait rendu les patients plus à l'aise : *« il y a une voix qui sort... si c'est quelqu'un qui est moindrement confus, (il se demande) : elle vient d'où la voix? »* (clinicien C5)

Éviter les déplacements

Tous, patient comme cliniciens, étaient d'accord que l'application Reacts[®] et la TR en général étaient intéressantes afin d'éviter certains déplacements, qu'il s'agisse de desservir une clientèle éloignée des centres, pour éviter des déplacements aux usagers à mobilité réduite ou pour fins de formations et de transfert de connaissance. Les patients à mobilité réduite étaient contents du fait de ne pas avoir eu à se déplacer afin de recevoir leurs services, mentionnant le fait d'éviter la perte de temps qu'impliquaient d'avoir à se rendre aux rendez-vous ou d'avoir à planifier leurs transports. Cependant, une patiente qui elle n'avait pas de problème de mobilité et qui habitait près du centre de réadaptation rapporta avoir trouvé difficile le fait d'être passée de deux rendez-vous hebdomadaires en personne au centre de réadaptation, à une rencontre en personne et l'autre via la TR : *« Ça fait que des fois, au lieu de me retrouver à sortir deux fois par semaine, bien je sortais juste une fois. Ça j'avoue que j'avais trouvé ça difficile au début. Je me disais, c'est ma possibilité de sortir, d'être accompagnée. J'avais des amis et des parents qui venaient avec moi. Mais là, je faisais tout ça de la maison. »* (patient P2)

Qualité des interactions et des services rendus

À l'exception du patient suivi en orthophonie, qui lui ne voyait aucune différence entre les services rendus en personne ou via Reacts[®], tous les utilisateurs ont mentionné qu'il y avait des limites aux interactions lors de la TR, bien que pour différentes raisons.

Pour une patiente, c'était la possibilité de se faire rassurer par la présence physique d'un clinicien de confiance qui lui manquait. Pour un autre, c'était l'impossibilité de percevoir le 'non-verbal' de l'intervenante qui faisait défaut. Ce même patient, qui utilisait son propre portable lors des sessions, suggéra qu'un écran de meilleure qualité pourrait peut-être aider à capter les subtilités du langage corporel. La patiente à qui on avait prêté une tablette se serait attendue à une qualité d'image similaire à celle de son téléphone intelligent afin de faciliter la TR : *« (...) la caméra pour le téléphone cellulaire en FaceTime, elle réagit moins à la lumière que celles que j'avais (...)ce qui arrive, c'est que dès que je passais à une zone un peu plus ombragée ou éclairée, (...) il y avait*

comme un flou, l'objectif avait de la misère à se faire. (...) Tandis que, avec un iPhone, c'est niais, mais ça se fait quasiment tout seul. Ça fait que, peut-être qu'avoir des meilleures caméras ça aiderait, (...) ».

Les cliniciens ont également mentionné que l'emploi de la TR affectait la qualité des interactions, bien que pour différentes raisons. La communication via la TR demanderait une certaine période d'adaptation et ne serait pas aussi fluide qu'en personne. Par exemple, une des cliniciennes rapporta que l'utilisation de la TR engendrait la perte d'informations qu'elle avait l'habitude d'obtenir de façon informelle alors qu'elle voyait son client se déplacer depuis la salle d'attente. Un autre clinicien mentionna que les patients et les milieux vers lesquels ils se déplaçaient pour effectuer les interventions de TR n'étaient pas toujours informés que la TR sera utilisée ni pourquoi. Selon lui, il serait souhaitable de mieux préparer les personnes concernées afin qu'elles soient plus à l'aise lors de interventions : « *Tu peux sentir qu'il y a comme un peu de méfiance par rapport à ce qui est en train de se faire.* » (clinicien C5).

Ceci dit, certains avantages de la TR furent également cités. La patiente suivie en ergothérapie concevait qu'il y a une valeur ajoutée à être dans son environnement de vie afin de poursuivre sa réadaptation fonctionnelle. Un autre patient, qui lui avait fait l'expérience de suivis psychologies par téléphone, jugeait qu'il y avait un net avantage à avoir quelqu'un devant soi, même virtuellement, et préférerait de loin la TR aux suivis téléphoniques.

Optimisation des ressources

Les patients et les cliniciens étaient d'avis que Reacts[®] et la TR en général étaient utiles afin de maintenir l'offre de service. Un patient mentionnait préférer de loin se déplacer, mais que lorsque ceci lui était impossible, la TR lui permettait d'avoir accès aux soins dont il avait besoin car « *il n'est pas question que je passe... que je ne sois pas suivi* » (patient P1). Pour deux des cliniciens, la raison de l'utilisation de la TR était afin de consulter un médecin resté au centre de réadaptation de sorte qu'il puisse prescrire des aides techniques aux patients évalués en ergothérapie (Tableau 2). Le médecin étant de garde, celui-ci ne pouvait se déplacer. Si ce n'était de la TR, le médecin n'aurait pu voir le patient d'aucune autre manière.

Les cliniciens ont tous tenu à mettre en garde contre un emploi à outrance de ce nouvel outil. Bien que Reacts® et la TR permettent de desservir plus de patients, il est primordial selon eux que la qualité des interventions demeure et que ce soit avant tout les besoins de la clientèle qui en dicte l'usage.

Compatibilité avec les besoins et attentes

Les patients sondés avaient peu de préoccupations par rapport à l'emploi de Reacts® et de l'équipement nécessaire à la TR. Nul n'avait de préoccupation quant à l'espace que cela occuperait ou à leur sécurité personnelle. Une patiente concevait toutefois que l'atteinte possible à la vie privée pourrait en déranger certains: « *Parce que, tu te retrouves quand même à montrer ton chez-soi* » (patiente P2).

Les cliniciens s'en étaient tous remis au jugement de l'équipe de gestion de projet en matière de sécurité. L'espace qu'occupait l'équipement n'était pas problématique et la question d'atteinte à la vie privée n'était pas un enjeu pertinent pour eux.

Afin de pouvoir se déplacer, la clinicienne qui se servait de Reacts® depuis son poste de travail (Tableau 3) aurait souhaité pouvoir avoir accès à l'application depuis n'importe quel ordinateur du centre de réadaptation. Un des cliniciens, qui lui se déplaçait hors site, a pour sa part soulevé un point quant à la compatibilité de la TR avec son emploi du temps. Il rapportait qu'il n'y avait pas eu d'ajustement fait à sa charge de travail, bien que l'application et son implantation soient en stade de développement. Le projet d'implantation actuel aurait ajouté à ses tâches entant qu'intervenant des tâches de planification, de gestion d'équipement et de rétroactions auprès des équipes technique et de gestion.

Effort attendu (II)

Le thème 'effort attendu' se définit comme le degré d'effort associé à l'emploi d'une technologie.

L'application a été jugée facile d'emploi par tous les utilisateurs. Les patients s'entendaient pour dire qu'ils avaient eu très peu à faire, les appels ayant été initiés dans tous les cas par leur intervenant au site émetteur. Les cliniciens quant à eux s'entendaient pour dire que l'emploi de l'application était facilité par son interface. L'un

d'entre eux, qui avait eu l'expérience antérieure d'autres technologies de TR, expliqua ceci par le fait que « (...) *ça commence à ressembler aussi de plus en plus aux applications qu'on utilise à tous les jours, ça vient normaliser la chose* » (clinicien C5). Un autre, lui aussi utilisateur de TR d'expérience, est allé jusqu'à qualifier l'emploi de Reacts[®] d'être « *d'une facilité déconcertante* » (clinicien C6), ajoutant qu'il aurait montré à une collègue à s'en servir en moins de dix minutes. Tous n'ont employé que les fonctions de visioconférence (c.-à-d. communication audio et video).

Influence sociale (III)

Dans le cadre de cette étude, l'influence sociale fut définie comme : 1- la perception qu'à un patient de l'opinion de personnes qui lui sont importante, à savoir s'ils approuvent ou non de l'emploi de la TR afin qu'ils reçoivent des services, ou 2- la perception qu'à un clinicien de l'opinion de personnes qui lui sont importantes, à savoir s'ils approuvent ou non de l'emploi de la TR afin de donner des services. Nous nous sommes donc intéressé à l'influence des cliniciens et de l'entourage sur les patients, et des collègues et patients sur les cliniciens.

Influence sur les patients des cliniciens

Pour tous les patients, l'intervenant était celui qui avait suggérée l'utilisation de la TR et dans tous les cas les intervenants étaient perçus comme enthousiastes à l'emploi de cette nouvelle application. Dans un seul cas, un des patients a perçu son intervenant comme appréhensif, de peur que l'application ne fonctionne pas. Cependant, ceci n'aurait eu aucun impact sur la qualité de l'intervention.

Influence sur les patients de l'entourage

Aucun patient n'a mentionné avoir perçu une opinion négative face à l'utilisation de la TR dans leur entourage. Un patient a mentionné ne pas avoir informé sa famille qu'il avait eu recours à la TR, laissant entendre qu'il gardait les détails de ses traitements pour lui. Par contre, ce même patient se disait content que la TR lui aie permis de ne pas avoir à solliciter leur aide afin de se rendre à ses rendez-vous : « *un moment donné, il faut pas abuser [en demandant de l'aide]* » (patient P1). Un autre patient mentionna que la TR a plutôt suscité la curiosité de la part de son entourage : « (...) *on me posait des questions à savoir si j'avais des caméras partout qui étaient installées chez nous et des trucs comme ça (rires). Mais non, non... somme toute, c'était quand même des*

commentaires positifs, en ce sens que, on ne savait pas que le système de santé était rendu aussi loin, etcetera. C'était plus un effet de surprise que d'autre chose. » (patient P2)

Influence des collègues sur les cliniciens

Tous les cliniciens mentionnent avoir perçus leur interlocuteur au site émetteur comme nerveux lors des premières sessions. Dans aucun cas l'appréhension perçue ne se serait traduite par un refus d'utiliser la TR. On ne rapporte aucun impact négatif de l'anxiété de ces interlocuteurs sur la qualité des services offerts aux patients. Tous ont également dit avoir perçu une diminution de cette appréhension avec le temps. Pour ce qui est de l'influence de collègues autre que leurs interlocuteurs, une des cliniciennes mentionne que l'emploi de la TR avait alourdi la tâche d'une adjointe administrative et avait gêné quelque peu une collègue avec qui elle partageait son bureau. Dans les deux cas, on cherchait à revoir les procédures afin de conserver la TR sans que celle-ci ait un impact négatif sur la charge ou l'organisation du travail. Pour ce qui est des cliniciens se déplaçant hors site, les deux ont mentionné percevoir une réticence de la part de certains de leurs collègues à l'idée d'utiliser la TR, sans que ceci ait un impact sur leur intention de l'utiliser à l'avenir.

Influence sur les cliniciens des patients

Une clinicienne à mentionner percevoir les patients comme fiers de participer aux balbutiements de cette nouvelle technologie. Un autre a mentionné avoir perçu occasionnellement une certaine méfiance de la part de patients confus. Dans un cas comme dans l'autre, l'intention d'utiliser la TR ne s'en voyait pas affecté.

Conditions facilitatrices (IV)

Le thème 'condition facilitatrice' a été défini comme la perception qu'à un individu que les conditions, structures organisationnelles et ressources techniques existent afin de supporter l'utilisation de Reacts[®]. Les sous-thèmes récurrents étaient l'attitude des utilisateurs envers l'utilisation de la technologie, les ressources mises à leurs dispositions et le niveau d'aisance avec la technologie.

Attitude envers l'utilisation de la technologie

Une des patientes se disait anxieuse au début car aurait préféré un suivi plus étroit de sa condition par les cliniciens du centre de réadaptation. Bien qu'elle était suivie par le CLSC, elle percevait les gens du centre comme plus compétents. Elle rapporte que son niveau d'anxiété a diminué avec le temps et conçoit que celui-ci était initialement dû, en grande partie, à la nature inconnue de la situation.

Tous les cliniciens disaient avoir également perçu leurs interlocuteurs au site émetteur comme moins nerveux avec le temps. Ils ont attribué ceci au fait d'avoir su les entourer, notamment de techniciens, et d'avoir limité les irritants comme les pertes de connexions, ce qui aurait permis que s'installe une certaine confiance. Plus d'un clinicien conçoit que la nouveauté puisse être la cause d'appréhensions chez leurs collègues, surtout lorsqu'il est question de technologie. Ceci fut expliqué par soit un manque de connaissances informatiques, une nature généralement plus anxieuse ou l'âge plus avancé des collègues en question. Cette anxiété ne serait pas spécifique à l'utilisation de Reacts[®], car les utilisateurs de TR de longue date disaient l'avoir également perçu lors de l'utilisation de technologies précédentes.

Ressources mises en place

Les patients utilisant leurs propres équipements ont eu l'aide de techniciens à distance afin d'installer l'application et d'en renouveler la licence au besoin. La patiente qui s'était vu prêter une tablette n'a pas eu besoin de support technique, l'application y étant préalablement installée (Tableau 3).

Les cliniciens ont tous eu le support d'une équipe technique à l'interne. Celle-ci a été appelée à faire des tests de bandes passantes vers les sites où devaient se déplacer les équipes hors site, gérer les problèmes de bande passante à l'interne et recueillir les rétroactions des utilisateurs suites aux sessions de TR. Le partenariat avec le développeur de Reacts[®] aurait également permis d'apporter des modifications à l'application au fur et à mesure de son utilisation. Les cliniciens ont également eu le support d'une gestionnaire de projet. Celle-ci aurait été impliquée dans l'élaboration d'un guide d'utilisation à l'intention des cliniciens et aurait été disponible afin de guider les cliniciens dans l'utilisation de Reacts[®].

Selon les cliniciens d'expérience, les ressources mises en place afin de les accompagner dans leurs activités avec le système Reacts[®] n'avaient pas toujours été mis à disposition pour d'autres activités de TR par le passé. Ce manque de structure pour assurer le support aurait eu comme effet de donner l'impression aux cliniciens impliqués d'être laissé à eux-mêmes : « *Il faut faire face au fait que si en général ça va bien, c'est l'fun, mais qu'il y a aussi des moments où ça va pas bien, et il faut trouver des manières de le faire. Et ça, ça veut souvent dire du suivi technique* » (clinicien C6).

À l'aise avec la technologie

Toutes les personnes sondées se disaient très à l'aise avec la technologie (Tableau 4). De l'avis d'un patient, il serait requis d'un clinicien d'avoir de bonnes habilités informatiques afin d'utiliser Reacts[®]. Ce même patient laissait entendre que ceci ferait en sorte qu'il serait impossible de demander à n'importe quel clinicien d'utiliser l'application : « *ils ne sont pas tous au même niveau* » (patient P1). À l'opposé, un des cliniciens sondé était lui d'avis que le niveau de connaissance informatique requis pour l'emploi de Reacts[®] n'était pas élevé : « *Le moins que quelqu'un sait utiliser un ordinateur, y'a pas de problème* » (clinicien C5).

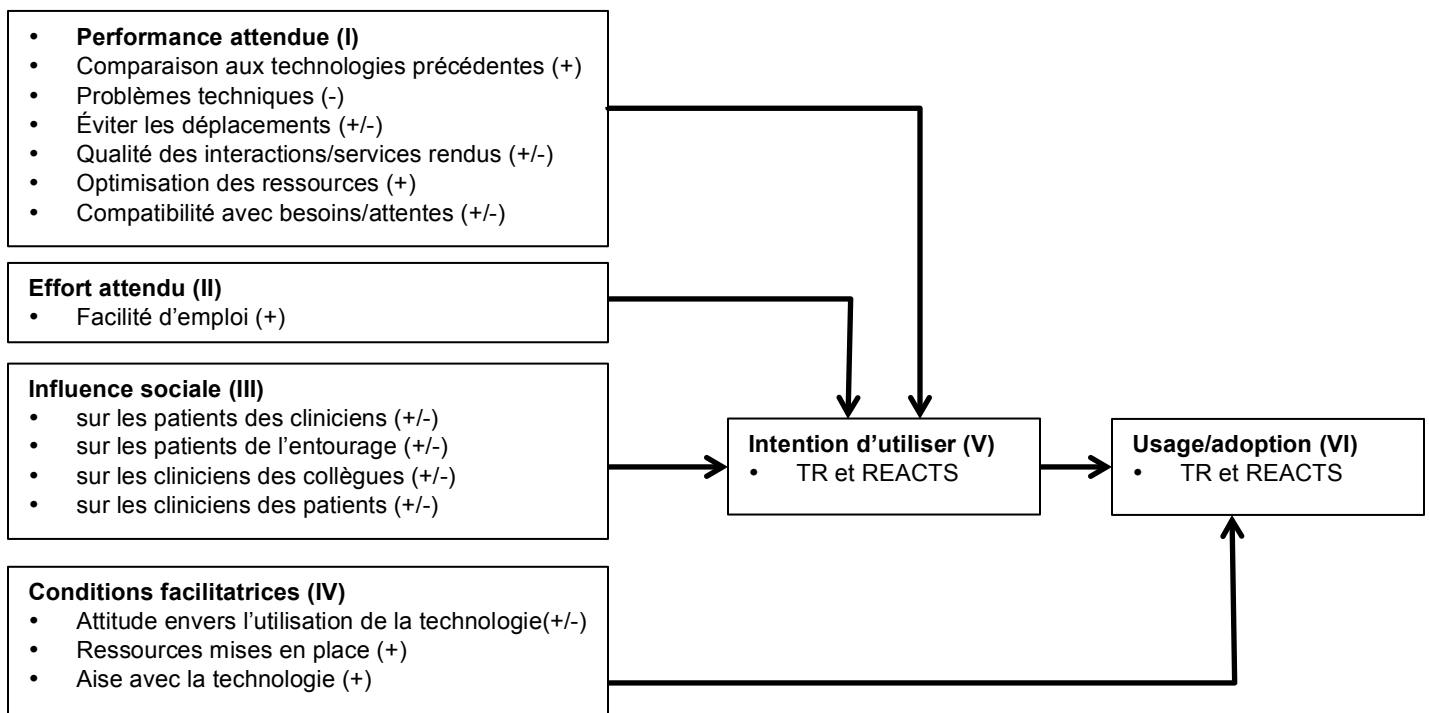


Figure 2 : Organisation des sous-thèmes relevés à partir de la structure de l'UTAUT (les signes - et + font référence à la valeur négative ou positive associée selon la perspective des utilisateurs sondés). Inspiré de Cranen (20).

Discussion

Dans le cadre de cette étude, nous avons interviewé des patients ayant reçu des services de TR et des cliniciens ayant consultés des collègues experts via la TR à l'aide du système Reacts[®]. Ces entrevues nous ont permis de reconnaître certains facilitateurs et obstacles à la TR ainsi que les besoins, préférences et profils des utilisateurs. Les facteurs ayant le plus d'influence furent également identifiés.

Facilitateurs et obstacles

Les facilitateurs principaux à l'emploi de Reacts[®] pour la TR furent identifiés comme étant sa facilité d'emploi, son utilité perçue ainsi que le support des équipes technique et de gestion.

L'interface de Reacts[®], qualifiée de semblable à celle d'autres applications d'usage courant, aurait contribué à rendre plus facile son utilisation tant pour les patients que pour les cliniciens. Le fait de n'avoir utilisé que les fonctions de bases de l'application, soit celles de visioconférence, aurait également simplifié son emploi. Le degré d'effort associé à l'emploi d'une technologie appartient au construit 'effort attendu'. Selon l'UTAUT, ce construit ne serait significatif que lors des premières utilisations d'une nouvelle technologie, phase que l'on pourrait qualifier d'habitation (17). Dans le cas présent, il faut cependant tenir compte du fait que, pour certains utilisateurs, plusieurs semaines pouvaient s'écouler entre chaque utilisation, de sorte qu'on ne puisse pas réellement parler d'habitation. De plus, les cliniciens ayant eu à se déplacer hors site furent parmi les premiers à tester l'application. Ils ont donc eu à en utiliser plusieurs versions, celle-ci étant modifiée au fil de leurs rétroactions. Malgré cela, les cliniciens ont tous qualifié l'application de facile d'emploi et les cliniciens qui avaient déjà fait l'expérience de la TR ont trouvé Reacts[®] plus facile d'emploi que les technologies proposées par le passé. Ceci reflète la littérature, selon laquelle, si on compare deux technologies similaires en tout point sauf pour la simplicité de son utilisation, celle qui sera jugée comme plus facile d'emploi sera plus acceptée (23).

Tous les utilisateurs sondés ont perçu la TR comme utile afin d'éviter certains déplacements et de maintenir l'offre de service. L'utilité perçue appartient au construit 'performance attendue' qui serait le plus important prédicteur de l'intention d'utiliser la

technologie selon l'UTAUT (17). C'est également le construit qui a suscité le plus de commentaires de la part des utilisateurs sondés (Figure 2). Les cliniciens qui avaient fait l'expérience de technologies de TR antérieures ont accordé une importance particulière au fait que Reacts[®], et les technologies lui servant de support, répondait mieux à leurs attentes en matière de performance et de flexibilité, leur permettant de mieux desservir leur clientèle. Il n'est donc pas surprenant que l'utilité perçue de l'application pour la TR ait motivé l'utilisation de Reacts[®], tant chez les patients que chez les cliniciens.

Bien que peu mentionné par les patients, le support offert par les équipes techniques et de gestion a été jugé comme indispensable par tous les cliniciens. Selon l'UTAUT, ce type de ressources, regroupées sous le construit 'conditions facilitatrices', influencerait directement l'usage et l'adoption d'une nouvelle technologie (Figure 1). On ne s'étonne donc pas du fait que les cliniciens insistent pour que ces ressources demeurent accessibles, même une fois l'implantation terminée. Autre facilitateur non négligeable, tous les utilisateurs sondés se disaient très à l'aise avec la technologie. L'UTAUT soutient que, même si l'intention d'utiliser la technologie n'est pas présente, les conditions facilitatrices peuvent à elle seules mener à l'utilisation et à l'adoption de celle-ci (17).

Pour ce qui est des principaux obstacles identifiés, ils étaient en lien avec les problèmes d'ordre techniques, l'absence de présence physique de l'interlocuteur et une attitude négative par rapport à l'utilisation de la technologie.

Les problèmes en lien avec les limites de la bande passante auraient surtout affecté les cliniciens sondés. Ce sont ces limites qui auraient causé une mauvaise qualité de transmission, imposé des limites sur le nombre de caméras utilisées et menées à des pertes de connexion. Ces problèmes étaient particulièrement importants pour les cliniciens ayant à se déplacer. Le fait que le même site était rarement revisité aurait contribué à rendre la résolution de ces problèmes difficile. L'absence de présence physique aurait quant à elle affecté tant les patients que les cliniciens. Ces deux types d'obstacles appartiennent au construit 'performance attendue' de l'UTAUT. Bien qu'il s'agisse du construit le plus influent, ces obstacles n'auraient pas affecté l'intention d'utiliser Reacts[®] de façon négative dans ce cas-ci. Étant donné le caractère unique de

chacune des interventions de TR, il serait intéressant d'explorer plus en profondeur le lien entre la performance attendue de Reacts® et l'intention d'utiliser la technologie.

Certains utilisateurs, patients comme cliniciens, ont rapporté avoir perçu une certaine anxiété de la part de leur interlocuteur en lien avec l'utilisation de la TR. Tous ont également rapportés percevoir celle-ci diminuée au fil des utilisations. Certains des cliniciens sondés ont attribué cette mise en confiance progressive à l'encadrement de l'équipe technique et au fait que la TR via Reacts® était plus fiable que les technologies précédentes. Ceci cadre avec le construit 'condition facilitatrices' et correspond avec les théories de l'UTAUT selon lesquelles les impacts d'une attitude négative envers la technologie auraient tendance à devenir moins importants avec le temps (17).

Besoins et préférences des utilisateurs

Tous les cliniciens se sont entendus sur le fait qu'il était important de s'assurer que la TR réponde réellement à un besoin, celui du patient, avant d'être l'utilisée. Par la suite, il serait important d'informer les patients concernés qu'ils seront desservis à l'aide de la TR, puis d'en expliquer les raisons.

Les besoins des cliniciens furent identifiés comme étant une application dite 'stable' qui limiterait les pertes de connexions et permettrait flexibilité et autonomie. La résolution des problèmes de bande passante était également souhaitée afin d'avoir la possibilité d'utiliser Reacts® à son plein potentiel, notamment afin de pouvoir voir l'image se sont interlocuteur peu importe le lieu d'emploi. Finalement, il serait important de conserver une équipe technique, même une fois la phase d'implantation de Reacts® terminée, afin d'encadrer ses utilisateurs et de ne pas s'en remettre strictement aux cliniciens afin de gérer les problèmes techniques.

Profil des utilisateurs

Tous les gens sondés se disaient très à l'aise avec la technologie et avaient un niveau de scolarité élevé (Tableau 4). Patients comme cliniciens ont utilisé Reacts® sur une base volontaire dans le cadre d'un projet d'intégration de la TR aux pratiques de routine. Il serait important de sonder une plus grande diversité d'utilisateurs afin de déterminer avec plus d'exactitude le profil des utilisateurs et des non-utilisateurs.

Facteurs d'influence sur l'utilisation de Reacts®

Les facteurs d'influences ayant eu le plus d'impact étaient en lien avec les construits 'performance attendue', 'conditions facilitatrices' et 'performance attendue'.

Les patients ont accordé plus d'importance à l'utilité perçue de la TR et à la facilité d'emploi de Reacts®. Ils s'entendaient tous pour dire qu'ils avaient eu très peu à faire afin de se servir de l'application. Tous se disaient satisfaits de l'application et s'en resserraient de nouveau au besoin.

Les cliniciens quant à eux ont accordé plus d'importance aux limites de la technologie et au support technique requis afin de desservir leur clientèle. Bien qu'ils avaient tous l'intention de continuer d'utiliser Reacts® dans le cadre de leur travail, ils étaient plus critiques quant aux exigences en terme de performance, de flexibilité et d'autonomie requise de l'application et de la TR en général, ce qui est cohérent avec la littérature (25).

L'influence sociale a eu peu d'influence sur l'intention d'utiliser la TR à l'aide de Reacts®, ce qui est également cohérent avec la récente littérature (21). Ceci peut potentiellement s'expliquer par le fait que l'emploi des technologies en général est de plus en plus répandu et accepté.

Limites de l'étude

Cette étude est une première exploration des perspectives des utilisateurs de la TR avec le système Reacts®. Étant donné les contraintes du projet, seul un petit nombre de répondants fut sondé, de sorte que nous ne sommes pas parvenus à atteindre une saturation des données. De plus, bien que l'hétérogénéité des participants reflète la réalité des centres de réadaptations et des activités de TR qui y prennent place, le fait d'avoir inclus plusieurs types de clientèles et d'interventions rend les résultats difficilement comparables. Le fait que les participants et les activités de TR ont eu lieu dans seulement 2 centres de réadaptation limite également la généralisabilité des résultats.

Dans le cadre du projet d'implantation étudié, la TR était utilisée strictement sur une base volontaire, tant pour le clinicien que le patient. Ainsi, les utilisateurs ayant refusés d'utiliser la TR n'ont pas été sondés et leur perspective n'a donc pas été recueillie.

Finalement, le projet d'implantation étudié a eu lieu au cours d'une restructuration majeure du système de santé québécois, ce qui a fait en sorte que plusieurs intervenants et collaborateurs impliqués ont vu leur description de tâche modifiée et leur disponibilité réduite. Ceci a eu pour conséquence de rendre le recrutement de répondants plus difficile.

Conclusion

Cette étude nous a permis de constater que Reacts[®] réponds mieux aux besoins des utilisateurs de TR que les technologies proposées précédemment, bien que certaines améliorations techniques soient encore souhaitables. Les utilisateurs sondés se sont tous entendus pour dire que l'application était facile d'emploi et que la TR était une alternative intéressante quand les déplacements n'étaient pas possibles ou souhaitables.

Afin d'assurer l'adoption de la TR comme intervention de routine, il sera nécessaire d'appuyer les utilisateurs, et plus particulièrement les cliniciens, en leur assurant un support technique continu, et ce, même une fois la phase d'implantation terminée. Si la TR s'avère trop exigeante à utiliser en terme de temps et de gestion de la technologie, elle sera abandonnée. L'application semble prometteuse. Reste à s'assurer que la bande passante permette une transmission stable, facilitant ainsi l'exploitation de l'application et de la TR à son plein potentiel.

Dans le cadre de ce projet d'implantation, tous les patients sondés s'était fait suggéré la TR par leur intervenant. Il serait intéressant que de futures projets d'études se penchent sur comment les cliniciens identifient les patients qu'ils perçoivent comme pouvant bénéficier de TR. De plus, de futures études, explorant l'expérience des utilisateurs patients et cliniciens dans différents contextes serviraient à mieux comprendre les facteurs influençant l'utilisation de la TR et à mieux définir le profil des utilisateurs les plus appropriés.

RÉFÉRENCES

1. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A, Dennett L. Evidence of benefit from telerehabilitation in routine care: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2011;17(6):281-7.
2. Communiqué de presse de l'IRGLM du 14 juillet 2015, consulté le 18 mai 2016. Disponible au : <http://www.irglm.qc.ca/nouvelles/un-projet-pilote-de-telereadaptation-reussi-une-plateforme-dintervention-a-distance-prometteuse.php>.
3. Lucie-Bruneau CdR. CRLB Virtuel, consulté le 18 mai 2015. Disponible au : <http://luciebruneau.qc.ca/fr/repertoire/>.
4. Kairy D. Evaluating the implementation process of telerehabilitation: a theory-driven case-study of telerehabilitation use in two rehabilitation centres. 2015. (protocole de recherche)
5. Avis: La télésanté clinique au Québec: un regard éthique. Gouvernement du Québec, technologie Cdléese; 2014.
6. Glossaire des termes utilisés en télésanté au Québec, consulté le 18 mai 2015. Disponible au : <http://ccr.ruis.umontreal.ca/telesante/documentation/glossaire-T%C3%A9l%C3%A9sant%C3%A9adaptation>.
7. Télésanté : Lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation (rapport complet). Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. 2006.
8. Moffet H, Tousignant M, Nadeau S, Merette C, Boissy P, Corriveau H, et al. In-Home Telerehabilitation Compared with Face-to-Face Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty: A Noninferiority Randomized Controlled Trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery, American Volume*. 2015;97(14):1129-41.
9. Tousignant M, Giguere AM, Morin M, Pelletier J, Sheehy A, Cabana F. In-home telerehabilitation for proximal humerus fractures: a pilot study. *International Journal of Telerehabilitation*. 2014;6(2):31-7.
10. Marquis N, Larivee P, Saey D, Dubois MF, Tousignant M. In-Home Pulmonary Telerehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pre-experimental Study on Effectiveness, Satisfaction, and Adherence. *Telemedicine Journal and E-Health : the Official Journal of the American Telemedicine Association*. 2015;21(11):870-9.
11. Tousignant M, Corriveau H, Kairy D, Berg K, Dubois MF, Gosselin S, et al. Tai Chi-based exercise program provided via telerehabilitation compared to home visits in a post-stroke population who have returned home without intensive rehabilitation: study protocol for a randomized, non-inferiority clinical trial. *Trials*. 2014;15:42.
12. Shukla H, Nair SR, Shaikh JS, Thakker D, Sharma D. Role of telerehabilitation in patients following total knee arthroplasty: Evidence from systematic literature review. *Value in Health*. 2014;17 (3):A182.
13. Khan F, Amatya B, Kesselring J, Galea M. Telerehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2015; (4). Consulté le 18 mai 2016, Disponible au : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010508.pub2/abstract>.
14. Agostini M, Moja L, Banzi R, Pistotti V, Tonin P, Venneri A, et al. Telerehabilitation and recovery of motor function: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2015;21(4):202-13.

15. Hwang R, Bruning J, Morris N, Mandrusiak A, Russell T. A Systematic Review of the Effects of Telerehabilitation in Patients With Cardiopulmonary Diseases. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2015.
16. Patton. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd ed: Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
17. Venkatesh. User Acceptance of Information Technology: Towards a Unified View. *MIS Quarterly*. 2003;27(3):425-78.
18. Li J, Talaei-Khoei A, Seale H, Ray P, Macintyre CR. Health Care Provider Adoption of eHealth: Systematic Literature Review. *Interactive Journal of Medical Research*. 2013;2(1):e7.
19. Lee J, Rho MJ. Perception of Influencing Factors on Acceptance of Mobile Health Monitoring Service: A Comparison between Users and Non-users. *Healthcare Informatics Research*. 2013;19(3):167-76.
20. Cranen K, Drossaert CH, Brinkman ES, Braakman-Jansen AL, Ijzerman MJ, Vollenbroek-Hutten MM. An exploration of chronic pain patients' perceptions of home telerehabilitation services. *Health Expect*. 2012;15(4):339-50.
21. Liu L, Miguel Cruz A, Rios Rincon A, Buttar V, Ranson Q, Goertzen D. What factors determine therapists' acceptance of new technologies for rehabilitation - a study using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). *Disabil Rehabil*. 2015;37(5):447-55.
22. Walker BA. The Acceptance and Use of Virtual Gaming as an Intervention Strategy for Older Adults in Occupational Therapy. *Games for Health Journal*. 2014;3(6):333-40.
23. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*. 1989;13(3 (Sept. 1989)):319-40.
24. Deslauriers J-P. *Recherche qualitative: guide pratique*. Éditions Chenelière. 1991.
25. Kairy D, Lehoux P, Vincent C, Visintin M. A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2009;31(6):427-47.

ANNEXE 1 : Questionnaire sociodémographique

Usagers de téléadaptation

Section 1 – Informations personnelles

Année de naissance : _____ Âge : _____
Langue principale/maternelle : _____ Genre : _____

1. Plus haut niveau d'éducation atteint :

1. Aucune éducation formelle	7. Diplômé(e) du collège (CÉGEP) ou d'une école de métiers
2. École primaire ou élémentaire non complétée	8. Université non complétée
3. École primaire ou élémentaire complétée	9. Diplômé(e) universitaire
4. École secondaire non complétée	10. Diplôme d'études supérieures non complété
5. Diplômé(e) de l'école secondaire	11. Diplôme d'études supérieures
6. Collège (CÉGEP) ou école de métiers non complétée	12. Autre: _____

2. Statut d'emploi actuel

1= Employé(e) (Précisez: _____) 2= Bénévole (Précisez: _____)
3= Sans emploi 4= Retraité(e) 5= Étudiant(e)

3. Avec qui habitez-vous? (Encerclez tout ce qui s'applique)

1= seul 2= avec votre conjoint(e) 3= avec votre/vos enfant(s)
4= avec votre/vos frère(s) /et sœur(s) 5= avec votre père/mère
6= avec un ou des membres de la famille 7= avec un ou des ami(s)
8= avec un aidant rémunéré
9= dans une résidence supervisée ou famille d'accueil
10= dans un centre de soins de longue durée 11= autre : _____

4. Habitez-vous dans :

1= une maison 2= un appartement/condo
3= une résidence supervisée ou famille d'accueil
4= un centre de soins de longue durée 5= autre : _____

Section 2 - Utilisation du la téléadaptation

5. Diagnostic principal (encerclez une réponse)

1=Blessure médullaire 2=Sclérose en plaques 3=AVC
4=Dystrophie musculaire 5=Maladie de Parkinson 6=Arthrite rhumatoïde (polyarthrite rhumatoïde)
7=Ostéoarthrite 8=Amputation 9=MPOC
10=Paralysie cérébrale 11=Autre : _____

6. Indiquez les diagnostics secondaires : _____

7. Date du diagnostic /évènement/ début des symptômes (AAAA/MM) : _____

8. Expérience d'utilisation de la téléadaptation (ans/ mois) : _____

9. Aviez-vous accès à internet avant d'utiliser les services de téléadaptation?
(encerclez une seule réponse) : OUI NON

10. Où utilisez-vous/avez-vous utilisé les services de téléadaptation:

(encerclez tous ceux qui s'appliquent)

1= à la maison 2= ailleurs (précisez): _____

11. Quel type d'aide avez-vous besoin pour utiliser les services de TR?

1=aucune 2=supervision (quelqu'un à proximité, au besoin)

3=assistance verbale (instructions, rappels)

4=aide avec la tablette/l'ordinateur/l'équipement

5=autre: _____

ANNEXE 2 : Formulaire de consentement patient



Formulaire de consentement et d'information (patient)

TITRE DU PROJET:

Évaluation du processus d'implantation de la télé-réadaptation: exploration de la perspective de l'utilisateur.

PERSONNES RESPONSABLES DU PROJET :

Chercheur principal : Dahlia Kairy, PhD, professeure adjointe, École de Réadaptation, Université de Montréal et CRIR

Stagiaire d'été : Julie Tellier, étudiante à la maîtrise professionnelle en physiothérapie, Université de Montréal

Co-chercheurs:

- Sara Ahmed, PhD, professeure agrégée, School of Physical and Occupational Therapy, McGill University et CRIR
- Lise Poissant, PhD, professeure agrégée, École de Réadaptation, Université de Montréal et CRIR
- Paula Rushton, PhD, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal et CRIR
- Claude Vincent, PhD, professeure, Département de réadaptation, Université Laval et CRIR
- Diana Zidarov, candidate au doctorat, Santé publique, Université de Montréal et CRIR

Collaborateurs:

- Brigitte Fillion, Leader du projet télé-réadaptation, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Véronique Lavoie, Leader du projet télé-réadaptation, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Personne à contacter : Alejandro Hernandez, assistant de recherche :
alejandro.hernandez@mail.mcgill.ca, 514-340-2085 poste 2789.

FINANCEMENT

Ce projet de recherche est financé par le Réseau Provincial de Recherche en Adaptation-Réadaptation (REPAR).

INTRODUCTION :

Vous êtes invité à prendre part à un projet de recherche qui vise à explorer la perspective de l'utilisateur ayant reçu des services de téléadaptation, soit la dispensation de services de réadaptation à distance, permettant un lien de communication entre cliniciens, patients et soignants qui utilisent les technologies d'information et de communication. L'offre de ces services avait pour objectif d'augmenter l'accessibilité à la réadaptation pour ceux ayant des difficultés à obtenir ces services dus à des facteurs individuels et systémiques (par ex : distance, conditions météorologiques, limitations à la mobilité, manque de ressources spécialisées). Elle était donc proposée comme stratégie permettant l'amélioration de l'accès à la réadaptation.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots scientifiques qui ne vous sont pas familiers. Nous vous invitons à poser toute question à un membre de l'équipe s'il y a des mots ou des renseignements qui ne sont pas clairs.

NATURE DE LA PARTICIPATION :

Cette étude vise à recruter des patients ayant reçu des services de téléadaptation à l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) et au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). Des proches aidants seront également recrutés.

En tant que participant, on vous demandera de vous soumettre à une brève entrevue (20-30 minutes) soit par téléphone ou en personne, selon votre préférence. Lors de l'entrevue, vous serez invité à partager votre perspective par rapport aux services de téléadaptation que vous avez reçus. L'entrevue sera enregistrée. On vous demandera aussi de compléter un questionnaire sociodémographique (questions basées sur l'âge, niveau d'éducation, profession et années d'expérience, etc.).

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

Votre participation à ce projet ne garantit aucun avantage personnel. Toutefois, d'un point de vue scientifique, vous participeriez à l'avancement des connaissances scientifiques pour le développement de services de téléadaptation. Les résultats généraux de cette étude pourront vous être fournis sur demande.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION:

Si vous participez à cette étude, vous investirez 20 à 30 minutes de votre temps pour l'entrevue. Ceci pourrait vous causer quelques inconvénients en ce qui concerne l'horaire de vos activités habituelles. De plus, il est possible que l'entrevue entraîne de la fatigue. Dans un tel cas, vos symptômes seront pris en note par l'intervieweur (euse) et vous pourrez soit prendre une pause ou mettre fin à l'entrevue, au besoin. Votre décision de participer ou non à l'étude, ou de vous en retirer, n'affectera

aucunement les services de santé que vous recevez actuellement ou que vous pourriez recevoir à l'avenir.

CONFIDENTIALITÉ :

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeurent strictement confidentiels. Toutes les données seront codées, ce qui empêchera de vous identifier. Les données seront stockées et gardées sous clé au Centre de Recherche à l'IRGLM. Seuls les membres de l'équipe y auront accès. Toutefois, dans l'intérêt de faire un suivi dans les démarches de ce projet, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique du CRIR ainsi que par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, organismes adhérant à une politique de stricte confidentialité. Les données recueillies au cours de l'étude seront gardés sur un serveur informatique pour une durée de 5 ans suivant la fin de l'étude, elles seront par la suite détruites. Toute publication ou communication scientifique résultant de l'étude ne contiendra aucune information pouvant vous identifier.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT :

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre et volontaire. Il est également entendu que vous pourrez, en tout moment, mettre un terme à votre participation sans aucun préjudice. Le cas échéant, les données de recherches cumulées seront conservées, à moins d'indication contraire de votre part.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

Il est entendu qu'en acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs et les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Il n'y aura aucune indemnité compensatoire pour votre participation à l'étude.

COORDONNÉES :

Pour toute question ou demande d'information concernant cette étude, nous vous prions de contacter le chercheur principal, Dahlia Kairy (dahlia.kairy@umontreal.ca) à l'adresse suivante :

Institut de Réadaptation Gingras Lindsay de Montréal
Centre de recherche (4^e étage)
6300, av. Darlington, Montréal (Québec), H3S 2J4
tél: (514) 340-2085 #2034 fax: (514) 340-2154

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Me Anik Nolet**, coordinatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au **(514) 527-4527, extension 2649** ou par courriel à **anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca**

Vous pouvez aussi contacter le commissaire local aux plaintes de votre établissement.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent projet ainsi que la nature et l'ampleur de ma participation, tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude en tant que participant. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Signature du participant _____

Signé à Montréal, le _____ jour de _____, 201_.

Déclaration du chercheur ou de son représentant (SI ADMINISTRÉ AU TÉLÉPHONE)

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement au participant et avoir spécifiquement expliqué la nature de la participation attendue au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Le répondant déclare qu'on lui a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on lui laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Nom du chercheur ou de son représentant:

Signature du chercheur ou de son représentant:

Fait à _____ le _____, à _____ heure _____ minutes.

Consentement pour études futures

J'accepte d'être contacté par l'équipe dans l'avenir pour d'autres projets de recherche. Ceci ne m'oblige aucunement à participer à une étude future. J'accepte d'être contacté dans un délai de

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans

Signature du participant: _____ **Date:** _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, soussigné(e), _____, certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature du responsable du projet

Signé à Montréal, le _____ jour de _____ 201_.

Les chercheurs peuvent être contactés à l'adresse suivante:

Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (Centre de Recherche)
6300, av. Darlington, Montréal (Québec), H3S 2J4
tél: (514) 340-2085 extension #2034
fax: (514) 340-2154
courriel : dahlia.kairy@umontreal.ca

ANNEXE 3 : Formulaire de consentement clinicien



Formulaire de consentement et d'information (clinicien)

TITRE DU PROJET :

Évaluation du processus d'implantation de la télé-réadaptation : exploration de la perspective de l'utilisateur.

PERSONNES RESPONSABLES DU PROJET :

Chercheur principal : Dahlia Kairy, PhD, professeure adjointe, École de Réadaptation, Université de Montréal et CRIR

Stagiaire d'été : Julie Tellier, étudiante à la maîtrise professionnelle en physiothérapie, Université de Montréal

Co-chercheurs:

- Sara Ahmed, PhD, professeure agrégée, School of Physical and Occupational Therapy, McGill University et CRIR
- Lise Poissant, PhD, professeure agrégée, École de Réadaptation, Université de Montréal et CRIR
- Paula Rushton, PhD, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal et CRIR
- Claude Vincent, PhD, professeure, Département de réadaptation, Université Laval et CRIR
- Diana Zidarov, candidate au doctorat, Santé publique, Université de Montréal et CRIR

Collaborateurs:

- Brigitte Fillion, Leader du projet télé-réadaptation, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Véronique Lavoie, Leader du projet télé-réadaptation, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Personne à contacter : Alejandro Hernandez, assistant de recherche : alejandro.hernandez@mail.mcgill.ca, 514-340-2085 poste 2789.

FINANCEMENT

Ce projet de recherche est financé par le Réseau Provincial de Recherche en Adaptation-Réadaptation (REPAR).

INTRODUCTION :

Vous êtes invité à prendre part à un projet de recherche qui vise à explorer la perspective de la personne ayant utilisé la téléadaptation, soit la dispensation de services de réadaptation à distance, permettant un lien de communication entre cliniciens, patients et soignants qui utilisent les technologies d'information et de communication. L'offre de ces services avait pour objectif d'augmenter l'accessibilité à la réadaptation pour ceux ayant des difficultés à obtenir ces services dus à des facteurs individuels et systémiques (par ex : distance, conditions météorologiques, limitations à la mobilité, manque de ressources spécialisées). Elle était donc proposée comme stratégie permettant l'amélioration de l'accès à la réadaptation.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots scientifiques qui ne vous sont pas familiers. Nous vous invitons à poser toute question à un membre de l'équipe s'il y a des mots ou des renseignements qui ne sont pas clairs.

NATURE DE LA PARTICIPATION :

Cette étude vise à recruter des personnes ayant utilisées la téléadaptation à l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) et au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). Ceci inclut des patients, des proches aidants et des cliniciens.

En tant que participant, on vous demandera de vous soumettre à une brève entrevue (20-30 minutes) soit par téléphone ou en personne, selon votre préférence. Lors de l'entrevue, vous serez invité à partager votre perspective par rapport à l'utilisation de la téléadaptation. L'entrevue sera enregistrée. On vous demandera aussi de compléter un questionnaire sociodémographique (questions basées sur l'âge, niveau d'éducation, profession et années d'expérience, etc.).

AVANTAGES POUVANT DÉCOURLER DE VOTRE PARTICIPATION:

Votre participation à ce projet ne garantit aucun avantage personnel. Toutefois, d'un point de vue scientifique, vous participeriez à l'avancement des connaissances scientifiques pour le développement de services de téléadaptation. Les résultats généraux de cette étude pourront vous être fournis sur demande.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOURLER DE VOTRE PARTICIPATION:

Si vous participez à cette étude, vous investirez 20 à 30 minutes de votre temps pour l'entrevue. Ceci pourrait vous causer quelques inconvénients en ce qui concerne l'horaire de vos activités habituelles. De plus, il est possible que l'entrevue entraîne de la fatigue. Dans un tel cas, vos symptômes seront pris en note par l'intervieweur (euse) et vous pourrez soit prendre une pause ou mettre fin à l'entrevue, au besoin.

CONFIDENTIALITÉ :

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeurent strictement confidentiels. Toutes les données seront codées, ce qui empêchera de vous identifier. Les données seront stockées et gardées sous clé au Centre de Recherche à l'IRGLM. Seuls les membres de l'équipe y auront accès. Toutefois, dans l'intérêt de faire un suivi dans les démarches de ce projet, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique du CRIR ainsi que par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, organismes adhérant à une politique de stricte confidentialité. Les données recueillies au cours de l'étude seront gardés sur un serveur informatique pour une durée de 5 ans suivant la fin de l'étude, elles seront par la suite détruites Toute publication ou communication scientifique résultant de l'étude ne contiendra aucune information pouvant vous identifier.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT :

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre et volontaire. Il est également entendu que vous pourrez, en tout moment, mettre un terme à votre participation sans aucun préjudice. Le cas échéant, les données de recherches cumulées seront conservées, à moins d'indication contraire de votre part.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

Il est entendu qu'en acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs et les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE :

Il n'y aura aucune indemnité compensatoire pour votre participation à l'étude.

COORDONNÉES :

Pour toute question ou demande d'information concernant cette étude, nous vous prions de contacter le chercheur principal, Dahlia Kairy (dahlia.kairy@umontreal.ca) à l'adresse suivante :

Institut de Réadaptation Gingras Lindsay de Montréal
Centre de recherche (4^e étage)
6300, av. Darlington, Montréal (Québec), H3S 2J4
tél: (514) 340-2085 #2034 fax: (514) 340-2154

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Me Anik Nolet**, coordinatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au **(514) 527-4527, extension 2649** ou par courriel à **anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca**

Vous pouvez aussi contacter le commissaire local aux plaintes de votre établissement.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent projet ainsi que la nature et l'ampleur de ma participation, tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude en tant que participant. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Signature du participant _____

Signé à Montréal, le _____ jour de _____, 201_.

Déclaration du chercheur ou de son représentant (SI ADMINISTRÉ AU TÉLÉPHONE)

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement au participant et avoir spécifiquement expliqué la nature de la participation attendue au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Le répondant déclare qu'on lui a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on lui laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Nom du chercheur ou de son représentant:

Signature du chercheur ou de son représentant:

Fait à _____, le _____, à _____ heure _____ minutes.

Consentement pour études futures

J'accepte d'être contacté par l'équipe dans l'avenir pour d'autres projets de recherche. Ceci ne m'oblige aucunement à participer à une étude future. J'accepte d'être contacté dans un délai de

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans

Signature du participant: _____ **Date:** _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, soussigné(e), _____, certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature du responsable du projet _____

Signé à Montréal, le _____ jour de _____ 201_.

Les chercheurs peuvent être contactés à l'adresse suivante:

Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (Centre de Recherche)
6300, av. Darlington, Montréal (Québec), H3S 2J4
tél: (514) 340-2085 extension #2034
fax: (514) 340-2154
courriel : dahlia.kairy@umontreal.ca

ANNEXE 4 : Certificat d'éthique



Montréal, le 8 juillet 2015

Madame Dahlia Kairy, pht, Ph.D.
CRIR - site de l'IRGLM du CIUSSS du CEIM
6300, avenue Darlington
Montréal (Québec) H3S 2J4

- o Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- o Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- o Hôpital juif de réadaptation
- o Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
- o Institut Nazareth et Louis-Braille
- o Institut Raymond-Dewar

Objet : Émission de votre certificat d'éthique
Notre dossier : CRIR-1074-0415

Madame,

Veillez trouver, ci-joint, une copie du certificat d'éthique qui a été décerné pour votre projet de recherche intitulé « Evaluating the Implementation Process of Telerehabilitation : a Theory-driven Case-study of Telerehabilitation use in Two Rehabilitation Centres ». Ce certificat, ainsi que les documents approuvés, sont également disponibles sur la plateforme de soumission des projets de recherche.

Accès : <http://ethique.crir.ca/acceschercheur/>

Ce certificat est valable pour un an. Le CÉR demande à être informé de toute modification qui pourrait être apportée au projet de recherche mentionné ci-dessus (Formulaire M à compléter via la plateforme).

À noter que vous pourrez débiter votre projet uniquement lorsque vous recevrez l'autorisation de la personne dûment mandatée par le CISSS / CIUSSS du site

Vous pourrez alors contacter les personnes suivantes afin de l'aviser du début de votre projet de recherche :

- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Madame Geneviève Baril (514) 527-4527, poste 2608
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
Madame Marie-Thérèse Laramée (514) 340-2085, poste 4214

Veillez recevoir, Madame Kairy, mes cordiales salutations.

Me Anik Nolet
Coordonnatrice à l'éthique de la recherche
des établissements du CRIR
☎ (514) 527-4527, poste 2649
✉ anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

AN/cl

Pièces jointes : certificat d'éthique et copie des documents approuvés

c.c. : Geneviève Baril, CRLB du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal
Marie-Thérèse Laramée, IRGLM du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa conférence téléphonique du 18 juin 2015, le projet de recherche CRIR-1074-0415 intitulé :

« Evaluating the Implementation Process of Telerehabilitation : a Theory-driven Case-study of Telerehabilitation use in Two Rehabilitation Centres ».

Présenté par: Dahlia Kairy, Ph.D.
Sara Ahmed, Ph.D.
Lise Poissant, Ph.D.
Paula Rushton, Ph.D.
Claude Vincent, Ph.D.
Diana Zidarov, candidate au Ph.D
Julie Tessier, stagiaire d'été

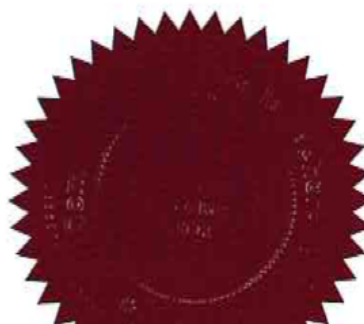
Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Lettre d'introduction datée du 21 avril 2015;
- Formulaire A;
- Formulaire d'évaluation de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, daté du 3 juin 2015, mentionnant que le projet est acceptable sur le plan de la convenance institutionnelle;
- Preuve d'octroi d'une subvention de 19 943.50 \$ du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation;
- Protocole de recherche;
- Formulaire de consentement et d'information - clinicien (versions française et anglaise du 8 juillet 2015);
- Formulaire de consentement et d'information - aidant (versions française et anglaise du 8 juillet 2015);
- Formulaire de consentement et d'information - usager (versions française et anglaise du 8 juillet 2015);
- Formulaire de consentement et d'information - gestionnaires (versions française et anglaise du 8 juillet 2015);
- Fiche d'enregistrement des participants (gestionnaires);
- Fiche d'enregistrement des participants (cliniciens);
- Questionnaire « Interview Questions - Users (draft/working version).

Ce projet se déroulera dans les sites du CRIR suivants :

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication ;
11. En vertu de l'article 19.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels de l'établissement sollicité avant d'aller consulter les dossiers des usagers de cet établissement, le cas échéant.



Composition du comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR

M. Simon Coulombe / M. Kenneth Southall (membre substitut)	Une personne possédant une vaste connaissance du domaine psychosocial en réadaptation
Dre Céline Lamarre / Mme Imen Khelia (membre substitut)	Une personne possédant une vaste connaissance du domaine biomédical en réadaptation
Mme Saïda El Haïli / Mme Isabelle Fournier (membre substitut)	Clinicien détenant une vaste connaissance des déficits sensoriel visuels ou auditifs
Mme Mariama Touré / M. Dany Gagnon (membre substitut)	Clinicienne détenant une vaste connaissance des déficits moteurs ou neurologiques
M. Yanick Farmer / Me Delphine Roigt (membre substitut) / M. Frédérick Tremblay (membre substitut)	Une personne spécialisée en éthique
Me Michel T. Giroux / Me Nathalie Lecoq (membre substitut)	Une personne spécialisée en droit
Mme Monique Provost / Mme Marie-Claude Lavigne (membre substitut)	Une personne non affiliée à l'établissement et provenant de la clientèle des personnes adultes et aptes
Mme Diane L. Gaumond / Mme Dominique Labrèche (membre substitut)	Une personne non affiliée à l'établissement et provenant de la clientèle des personnes mineures ou inaptés
M. Michel Sinotte /	Une personne siégeant à titre de représentante du public
Mme Suzette McMaster Clément	Une personne siégeant à titre de représentante du public
À déterminer	Représentant de l'Université du Québec à Montréal
M. Cyril Duclos	Représentant de l'Université de Montréal
Mme Patricia McKinley	Représentante de l'Université McGill
Me Anik Nolet	Secrétaire du CÉR et membre non-votant