



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

Mieux comprendre les changements associés à la télé-réadaptation : une étude de cas au Québec

par Dahlia Kairy, *pht*, Ph. D.^{1,2}

Pascale Lehoux, Ph. D.¹,
Claude Vincent, *erg*, Ph. D.^{3,4}

1. Département d'administration de la santé, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
2. Hôpital juif de réadaptation – Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)
3. Département de réadaptation, Université Laval
4. Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

Problématique

La télé-réadaptation, soit l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de communication pour la prestation des services de réadaptation à distance est un mode d'organisation de services qui est de plus en plus favorisé au Québec et à travers le Canada pour améliorer la qualité des services de réadaptation, particulièrement l'accessibilité aux services spécialisés dans les régions éloignées (1-4). Par contre, de nombreux programmes cessent de fonctionner lorsque les fonds initiaux des phases pilotes sont épuisés (2, 5-7). La littérature en télé-réadaptation est en croissance, mais jusqu'à présent, l'applicabilité des études scientifiques demeure limitée pour soutenir la prise de décision lors de l'implantation, l'utilisation et la pérennisation de la télé-réadaptation, car ces études traitent principalement de faisabilité technique,

d'efficacité et de satisfaction des utilisateurs des technologies, et ce, dans des études très contrôlées (8). Comme dans d'autres domaines de télésanté (9), peu d'études documentent les changements survenus suite à l'implantation de la télé-réadaptation dans des contextes « réels ». Afin de combler ce manque de connaissance, cet article présente succinctement les résultats d'une étude dont le principal objectif était d'explorer les changements qui accompagnent l'utilisation de la télé-réadaptation, en particulier par rapport aux routines cliniques et à la culture organisationnelle des milieux.

Méthodologie

Une étude de cas unique a été réalisée afin de permettre une analyse en profondeur de l'utilisation de la télé-réadaptation dans un contexte précis (10). L'étude de cas permet de comprendre quels sont les

changements liés à la télé-réadaptation et, plus particulièrement, d'explorer pourquoi ils surviennent. Le cas à l'étude concernait un projet clinique de démonstration de l'Est-du-Québec en télé-réadaptation pour les personnes ayant subi un traumatisme crânien ou une blessure médullaire, qui a été mis en place entre les équipes cliniques de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ; centre spécialisé) et le Centre de réadaptation Inter-Action (CR InterAction; centre régional) et ses points de service dans la région du Bas-St-Laurent (11, 12). La composition des équipes multidisciplinaires des deux centres variait selon les besoins du patient. Dans le centre spécialisé, elles pouvaient être composées de physiothérapeutes, ergothérapeutes, médecins, infirmiers, orthophonistes, neuropsychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, techniciens en loisirs, conseillers en orientation, sexologues, et musicothérapeutes. En région, elles étaient composées de physiothérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, éducateurs spécialisés et travailleurs sociaux. Les équipements disponibles pour les intervenants dans chaque centre étaient des équipements de vidéoconférence Tandberg™ installés dans des

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Mieux comprendre les changements



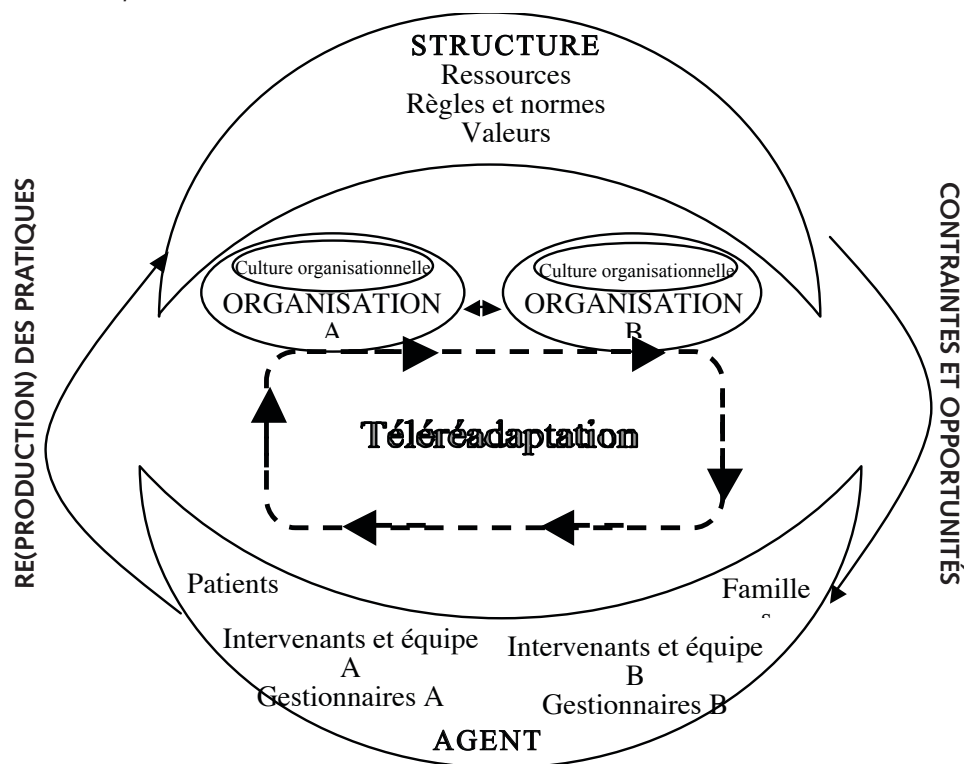
Figure 1. Exemple de PII par vidéoconférence

salles de conférence (Figure 1) ainsi que des équipements ayant les mêmes fonctionnalités, mais en format mobile et plus petit. Ces équipements permettaient donc une communication entre les équipes des deux centres, qui pouvait se faire en présence ou non du patient et de ses proches. Les activités ciblées pour la téléadaptation étaient les plans d'intervention interdisciplinaires (PII) entre les équipes soignantes, le suivi long terme à distance de problématiques précises pour ces clients et les consultations et demandes de seconde expertise quand l'expertise requise n'était pas disponible en région. Les activités de téléadaptation ont eu lieu entre mars 2006 et octobre 2007, et la collecte de données a eu lieu de juin à novembre 2008. Le projet a été approuvé par les comités d'éthique de la recherche des établissements impliqués.

Cadre conceptuel

Un cadre conceptuel représentant la structuration de la téléadaptation a été élaboré pour ce projet afin d'explorer le processus d'utilisation de la téléadaptation. Ce cadre découle de la théorie de structuration du sociologue Anthony Giddens (13) et met en évidence l'influence réciproque et continue entre les agents ou utilisateurs de la téléadaptation et les structures et éléments institutionnels, ainsi que leur rôle dans l'utilisation de la téléadaptation (Figure 2).

Figure 2. Cadre conceptuel de l'étude – le modèle de structuration de la téléadaptation



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Sources de données

Les données recueillies proviennent de quatre sources :

1. Quatre (4) *focus groups* (groupes de discussion) de trois heures ont eu lieu. Ces groupes étaient structurés selon un plan de discussion préétabli. Une personne assurait l'animation et une personne notait les observations. Les participants étaient des gestionnaires (n=7), coordonnateurs cliniques (n=3) et cliniciens (n=13) de l'IRDPO et du CR InterAction (il y eut aussi 3 entrevues individuelles téléphoniques avec 2 cliniciens et un gestionnaire);
2. Dix (10) entrevues individuelles téléphoniques de 10-20 minutes avec des patients (n=5) et leurs proches (n=5) ayant participé aux activités de téléadaptation;
3. Les enregistrements sur DVD de rencontres de PII et d'interventions qui ont eu lieu dans le cadre du projet de téléadaptation (n=30);

4. Des documents officiels (n=45 documents; 316 pages) qui ont été produits lors de la planification et l'implantation du programme de téléadaptation.

Analyse des données

Une analyse qualitative selon un processus rigoureux et itératif, comme proposé par Miles et Huberman (14), a été menée à l'aide du logiciel QSR NVivo 8 qui a facilité la triangulation des quatre sources de données. Dans un premier temps, des codes thématiques ont été élaborés. Ensuite, les transcriptions verbatim et les notes d'observation des groupes de discussion et entrevues individuelles ont été lues ligne par ligne et codées selon les codes établis et les nouveaux codes qui ont émergé au cours de l'analyse. Ceci a permis une première analyse par groupe de discussion suivie d'une analyse intergroupe. Ces analyses ont été effectuées selon un processus itératif avec les autres membres de l'équipe de recherche. Parallèlement à l'analyse des transcriptions, tous les enregistrements ont été visionnés. Une synthèse de chaque enregistrement

a été faite après le visionnement du DVD et les éléments pertinents du discours et des interactions entre les participants ont été notés. La synthèse de chaque enregistrement a ensuite été codée en utilisant les codes identifiés lors de l'analyse des groupes de discussion et entrevues pour permettre la comparaison avec les résultats identifiés et pour faire ressortir des exemples qui supportent ou contredisent ce qui a été rapporté par les participants. Enfin, tout au long de l'analyse, les documents produits dans le cadre du projet de téléadaptation ont été recensés et analysés. Ces documents reprennent le discours officiel des événements et offrent une trace chronologique du développement du programme et des choix et des décisions, qui n'est pas sujette aux biais de mémoire liés aux expériences et perceptions des participants (15).

Résultats

Le tableau 1 résume les caractéristiques des participants aux groupes de discussion et entrevues.

Tableau 1. Caractéristiques des participants aux groupes de discussion et entrevues téléphoniques

Participants	Centre spécialisé Cliniciens		Centre régional Cliniciens	Gestionnaires des deux centres	Patients	Proches
	Programme BM (N=8)	Programme TCC (N=5)	(N=5)	(N=8)	BM (N=3) TCC (N=2)	BM (N=3) TCC (N=2)
Femme (%)	5 (71)	5 (83)	5 (100)	4 (50)	0 (0)	5 (100)
Âge – Moyen (étendue)	44.9 (38-58)	41.8 (23-53)	31.6 (21-42)	46.5 (31-61)	37.2 (21-60)	44.6 (30-58)
Rôle professionnel représenté	médecin de famille, travailleur social, sexologue, conseiller en orientation, technicien en loisir, coordonnateur clinique	ergothérapeute, travailleur social, orthophoniste, conseiller en orientation, neuropsychologue, coordonnateur clinique	travailleur social, éducateur spécialisé, ergothérapeute, coordonnateur clinique	coordonnateur de programme, adjoint au directeur général, technicien en audiovisuel, coordonnateur de projet, directeur général, infirmière de liaison	Sans objet	Sans objet
Types d'activités de téléadaptation	PII, consultations avec patient, formation continue	PII, consultations avec patient, suivi spécialisé avec patient	PII, intervention directe, formation continue	Rencontres administratives, activités de planification pour projet téléadaptation, PII	PII	PII

Divers changements qui ont été identifiés en lien avec l'utilisation (et la non-utilisation) de la téléadaptation au cours de l'analyse.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Mieux comprendre les changements

De la non-utilisation de la téléadaptation au développement de nouvelles routines cliniques

Les activités qui ont été entreprises par téléadaptation étaient principalement des PII entre les équipes des centres spécialisé et régional. Dans 83 % des PII (25/30), le patient et/ou ses proches étaient présents à l'un des établissements. La téléadaptation a été utilisée pour des consultations et suivis cliniques par seulement deux cliniciens du centre spécialisé (orthophoniste, sexologue). Seuls les équipements de vidéoconférence dans les salles de conférences ont été utilisés.

Pour ce qui est de l'utilisation de la vidéoconférence pour les PII, elle a été appliquée non seulement aux PII qui ont lieu lors du retour du patient en région, mais de plus en plus lors des PII qui ont lieu tout au long du processus de réadaptation jusqu'au retour du patient en région, et ce, à la demande des deux milieux. Selon les participants des groupes de discussion, ceci permet à l'équipe régionale d'avoir un meilleur portrait du patient, de mieux pouvoir se préparer et de pouvoir participer plus tôt à l'élaboration et à l'orientation des objectifs de transfert du patient. Cette utilisation de la téléadaptation s'est répandue aussi avec d'autres milieux en dehors de ceux du projet.

En contrepartie, la téléadaptation a été très peu utilisée pour les activités d'évaluation ou d'intervention directe avec le patient, malgré que les documents recueillis reflètent clairement l'intention

des gestionnaires d'introduire la téléadaptation pour l'utiliser à cet effet. Deux facteurs principaux semblent expliquer cette divergence. Premièrement, plusieurs cliniciens rapportent qu'ils ne se sentent pas capables d'offrir un support émotif adéquat au patient s'il en avait besoin pendant la vidéoconférence, puisque la vidéoconférence ne permet pas un contact physique avec ce dernier. Par conséquent, ils remettent en question l'utilité de la téléadaptation pour les interventions cliniques. Par contre, les cliniciens qui ont utilisé la téléadaptation pour les activités cliniques ne rapportent pas ces mêmes préoccupations, et confirment qu'ils prévoient poursuivre l'utilisation de la téléadaptation. Par exemple, lorsqu'elle est utilisée pour des activités d'orthophonie, incluant l'évaluation et l'enseignement au patient et à l'éducatrice spécialisée en région, les intervenants des deux centres rapportent qu'elles ressentent être mieux en mesure d'offrir des services appropriés pour leurs patients. Quant au sexologue, qui traite souvent de thèmes nécessitant qu'un lien de confiance s'établisse avec le patient, et qui a utilisé la téléadaptation pour faire un suivi d'un patient et sa conjointe en région sans l'assistance d'un intervenant en région, il rapporte :

« ...je dirais que j'ai été agréablement surpris, j'avais énormément de... non pas énormément... j'avais quelques réserves par rapport à ce mode de communication-là en ce qui a trait à la thérapie en ce sens que c'est sûr que comme sexologue, il faut travailler le lien de confiance d'abord et avant tout je pense. Si j'ai pas le lien de confiance avec mes patients bien j'ai

rien en fait, j'ai beau avoir les connaissances, la théorie, le cadre de référence, bon peu importe, si j'ai pas la confiance je ne peux pas travailler et je me disais est-ce que ça va être facile d'établir le climat de confiance par ce médium-là et comme je vous disais j'ai été agréablement surpris » [Intervenant, centre spécialisé, entrevue individuelle]

Un deuxième facteur contribuant à la faible intégration de la téléadaptation aux activités cliniques est qu'il semble y avoir eu très peu de visibilité de la téléadaptation, et ce, même pour les quelques interventions qui ont eu lieu par téléadaptation. Pour la plupart des participants, lors des groupes de discussion, c'était la première fois qu'ils entendaient parler des expériences qu'ont eu leurs collègues de leur équipe avec la téléadaptation, et ce, deux ans après l'implantation initiale de la téléadaptation.

Le suivi à long terme des patients en région faisait aussi partie des activités qui allaient se faire par téléadaptation, mais ce type d'utilisation n'a pas eu lieu, malgré une planification détaillée de la part des gestionnaires. Les gestionnaires rapportent que l'obstacle le plus important a été le manque de ressources médicales en région pour assurer les suivis des patients ayant une blessure médullaire. Par contre, les gestionnaires précisent lors des groupes de discussion que le simple processus de planification pour les activités de suivi par téléadaptation a permis de systématiser le suivi des patients et d'améliorer la collaboration entre les centres.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Mieux comprendre les changements

« ...on n'a pas réussi à faire de suivi. Par contre, ça a permis d'accélérer – le point positif – c'est que ça a permis beaucoup, beaucoup d'accélérer la collaboration pour le suivi long terme et puis on a eu à se contacter et à discuter beaucoup plus et à formaliser un peu plus notre modèle de suivi avec ça. » [Gestionnaire, centre spécialisé, groupe de discussion des gestionnaires]

Des changements liés à la culture organisationnelle des milieux

La culture organisationnelle est unique à chaque milieu.¹ Tel qu'il a été rapporté lors des groupes de discussion, les équipes de cliniciens dans les deux centres avaient des cultures organisationnelles uniques avant l'introduction de la téléadaptation. Ces cultures reflètent par exemple une mission de l'établissement et des réalités locales différentes. Malgré que l'équipe spécialisée transférait déjà des patients à l'équipe régionale avant l'introduction de la téléadaptation, à part les coordonnateurs cliniques, les équipes se connaissaient peu. Plus précisément, les membres de chaque équipe ne connaissaient pas les rôles et responsabilités de chacun, malgré qu'ils fussent conscients des mandats différents de chaque milieu. L'utilisation de la téléadaptation, en particulier pour les réunions d'équipes telles que les PII, a permis de rendre évident et de faire connaître les mandats ainsi que les façons de faire de chacune des équipes.

Selon les cliniciens et coordonnateurs cliniques, et confirmé par les enregistrements des PII, le fait de mieux comprendre les rôles et responsabilités de chacune des équipes et de ses membres a eu comme effet d'améliorer les objectifs de congé visés par l'équipe spécialisée et le patient, les rendant plus réalistes et cohérents avec la situation vécue par le patient suite au congé. Par exemple, l'intensité et la fréquence des interventions suite à la réadaptation fonctionnelle intensive diminueront, car le patient augmentera ses autres activités quotidiennes de travail ou de loisirs afin de favoriser la réintégration sociocommunautaire. Au fil des mois, on note que les objectifs de congé fixés lors de PII en vidéoconférence reflètent mieux la prochaine phase de réadaptation, tandis qu'au début le coordonnateur régional faisait souvent des commentaires pour ajuster les objectifs.

L'évaluation de la conduite automobile est un autre domaine où l'on note des changements dans les routines cliniques des équipes. L'utilisation de la téléadaptation a suscité des discussions et du transfert d'information de la part de l'équipe régionale par rapport à l'évaluation des capacités de conduite automobile en région. Les enregistrements des PII documentent la responsabilisation progressive de l'équipe spécialisée, notamment par rapport à l'évaluation plus précoce des capacités pour la conduite automobile, ou le retrait du permis de conduire le cas

échéant, et ce, avant le transfert du patient en région, étant donné les délais pour l'évaluation en région.

Malgré certains conflits rapportés, les cliniciens en région apprécient pouvoir expliquer leur point de vue et résoudre les incohérences « en direct » lors des rencontres tel qu'exprimé dans cet échange dans l'équipe en région :

Gestionnaire – C'était sourd. C'était comme sourd. On se disait voyons, ont-ils compris et ont-ils dit au client ... que ça ne fonctionnerait plus comme ça et que là l'important dans cette étape-là c'est de revivre les choses qu'ils vivaient avant et c'est à ce moment-là qu'il va être stimulé ... ça restait sourd dans notre tête et on en parlait des fois de coordonnatrice à coordonnatrice, mais il n'y avait pas un moment pour exprimer tout ça en groupe. ... Et là c'est devenu plus... chacun doit s'expliquer.

Intervenant – On s'oblige à se parler.

Les échanges qui ont lieu pendant les rencontres par vidéoconférence semblent donc permettre aux équipes de graduellement être mieux concertées. Il est intéressant de noter que plusieurs des cliniciens auraient préféré que le patient n'entende pas les échanges qui ont lieu entre les équipes lorsqu'il y a des différences d'opinions ou des désaccords, car ils craignent que cela ait un impact sur le lien thérapeutique qui n'est pas encore bien établi entre le patient et sa nouvelle équipe

1 La culture organisationnelle se définit par les valeurs, croyances, attentes et habitudes des individus et se reflète dans les actions et paroles des individus 16. Schein EH. Culture: The missing concept in organization studies. Administrative Science Quarterly. 1996 Jun;41(2):229-40, 17. Schein EH. Organizational culture and leadership. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004..

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Mieux comprendre les changements

soignante en région. Les entrevues avec les patients et les proches suggèrent que, même s'ils remarquent qu'il y a parfois des points qui suscitent plus de discussion, cela n'a pas d'impact sur la confiance qu'ils ont dans les deux équipes, et que, bien au contraire, ils rapportent se sentir mieux outillés pour le transfert en région une fois qu'ils ont rencontré la nouvelle équipe soignante par vidéoconférence, tel qu'exprimé par un patient lors de l'entrevue :

« Je vous souhaite de continuer pour ça, c'est vraiment super... ça nous sécurise, ça nous fait rencontrer les gens avant même de les rencontrer, ça fait que quand on se rencontre, on a déjà une préface, on se connaît un petit peu, même si on s'est vus une fois ou deux, bien on s'est vus quand même et ça nous permet de... c'est très sécurisant, je ne peux pas dire plus que ça, c'est super. »

En résumé, la téléadaptation a permis dans ce cas-ci, par les échanges répétés qui ont eu lieu entre les membres des équipes, à mieux se connaître et se comprendre, mais suscite également des craintes et inconforts liés aux discussions et divergences, tel que le résume bien une des intervenantes du centre spécialisé :

« ...il y a une certaine différence de culture dans le fond, chaque équipe a sa culture propre, sa façon de concevoir l'intervention, le cheminement du client [...] on est à des moments différents de la réadaptation et ça crée des... on peut avoir des attentes différentes vis-à-vis des clients, vis-à-vis de nos collègues et la visioconférence favorise ces échanges

là, mais ces confrontations-là, ces frictions-là... ça demande je pense pas mal d'ouverture et de confiance justement pour arriver à dire des choses et en même temps accepter que bien, c'est une autre équipe, avec d'autres visions, et il faut être attentifs des fois à ce qui pourrait devenir gros, mais qui apparaît tout petit pendant un contexte formel d'une heure [de vidéoconférence]. » (Intervenant, Centre spécialisé, groupe de discussion blessés médullaires)

Discussion

L'analyse qualitative de cette étude de cas avec de multiples sources de données démontre que, malgré une utilisation de la téléadaptation qui ne se déroule pas telle que planifiée, les processus de planification et d'utilisation peuvent en soi entraîner des changements dans les différents milieux impliqués, et ce, pour les trois types d'activités qui sont de nature très différente (PII, consultation, suivi). Ce genre d'étude qui fait le portrait d'un contexte d'application réel de la téléadaptation fait ressortir plusieurs leçons utiles pour des applications futures de téléadaptation.

Dans un premier temps, il est important de maîtriser les croyances prédominantes parmi les utilisateurs potentiels de la téléadaptation selon le genre d'activité prévue. Dans cette étude, les participants partageaient une perception que la technologie avait une utilité limitée pour les interventions cliniques, car elle ne permet pas le contact physique entre l'intervenant et le patient, une composante importante des interventions en réadap-

tation, tel qu'en physiothérapie. Selon eux, ceci limite non seulement l'intervention physique, mais aussi le support émotionnel qu'ils se sentent en mesure d'offrir au patient. Cet obstacle n'a pas été explicitement adressé lors de la planification du programme.

Cette étude fait également ressortir qu'il n'est pas suffisant d'acquérir des équipements de vidéoconférence pour que des activités de téléadaptation aient lieu (ex. non-utilisation des équipements mobiles). Même une planification détaillée pour l'implantation n'a pas été suffisante. En fait, le cadre conceptuel présenté démontre qu'il est nécessaire d'avoir les ressources appropriées, car celles-ci permettront à l'utilisateur de procéder à leur utilisation, mais qu'il est essentiel de tenir compte également de l'individu, car l'utilisation dépendra également de ce dernier. Des stratégies pour augmenter la visibilité des activités de téléadaptation et changer les perceptions pourraient être envisagées afin de favoriser l'utilisation de plus en plus routinière de ces technologies.

Enfin, cette étude démontre l'importance d'étudier et de rapporter non seulement les cas d'adoption de la technologie, tel que pour les PII, mais aussi les cas où il y a non-utilisation, tel que pour les suivis à long terme, car ceux-ci permettent d'identifier les obstacles concrets à l'implantation (ex. manque de médecins en région) et à l'utilisation de la téléadaptation, ainsi que les changements qui surviennent malgré une non-utilisation.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Mieux comprendre les changements

En conclusion, la téléadaptation est de plus en plus utilisée comme outil pour combler certaines lacunes du système de santé actuel. Il est donc essentiel de non seulement continuer à développer des technologies et de poursuivre des études d'efficacité et d'efficience, mais aussi de mener des études de cas avec des données qualitatives qui permettent de mieux comprendre les changements qu'entraîne la téléadaptation dans les milieux afin de mieux soutenir la mise en place de nouveaux programmes de téléadaptation.

Remerciements

Nous tenons à remercier les participants de cette étude, Emmanuelle Careau et Cynthia Bergeron qui ont participé à l'animation des groupes de discussion, les chefs et coordonnateurs de programmes (Pierre Brown, Nicole Giguère, Caroline Pouliot et Martine Côté) qui ont facilité le recrutement pour le projet, Isabelle Deaudelin qui a facilité l'accès au matériel recueilli dans le cadre du projet clinique et Anne Préfontaine pour la transcription des enregistrements. Le projet de recherche a été financé par une subvention de recherche de l'OPPQ et une subvention pour la diffusion des résultats du GRIS. Le projet de recherche a aussi été subventionné par le Centre de réadaptation InterAction, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, et les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale et du Bas-St-Laurent. Dahlia Kairy a été soute-

nue par une bourse du FRSQ et du programme AnÉIS. Pascale Lehoux détient une Chaire de recherche du Canada sur les innovations en santé.

Références

- Office of Technology Assessment. *Bringing health care online: The role of information technologies*. Washington, D.C. 1995.
- Picot J, Craddock T. *L'industrie de la télésanté au Canada: profil de l'industrie et analyse des capacités*. Ottawa: Direction générale des sciences de la vie, Industrie Canada. 2000.
- Romanow R. *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada – Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada*. Ottawa: Santé Canada. 2002.
- Russell TG. *Telerehabilitation: a coming of age*. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2009;55(1):5-6.
- Broens THF, Huis in't Veld R, Vollenbroek-Hutten MMR, Hermens HJ, van Halteren AT, Nieuwenhuis LJM. *Determinants of successful telemedicine implementations: a literature study*. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2007;13(6):303-9.
- May C, Harrison R, Finch T, MacFarlane A, Mair F, Wallace P. *Understanding the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation*. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2003;10(6):596-604.
- Noorani H, Picot J. *Évaluation de la vidéoconférence au Canada. Rapport technologique n°14*. Ottawa: Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. 2001.
- Kairy D, Lehoux P, Vincent C, Visintin M. *A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation*. *Disability and Rehabilitation*. 2009;31(6):427-47.
- May C, Mort M, Williams T, Mair F, Gask L. *Health technology assessment in its local contexts: studies of telehealthcare*. *Social Science and Medicine*. 2003;57(4):697-710.
- Yin R. *Case Study Research: Design and Methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
- Vincent C, Bouchard J, Cabanne G, Dion B, Giguère N, Brown P, et al. *Le suivi des clientèles traumatisées cranio-cérébral et blessées médullaires: projet de téléadaptation entre le Bas St-Laurent et Québec*. 7^e Congrès québécois de réadaptation en déficience physique – La réadaptation: une symphonie au diapason des besoins; 2006; Montréal, Québec.
- Vincent C, Cabanne G, Dion B, Giguère N, Brown P, Roussy S, et al. *Évaluation de la téléadaptation pour la prise en charge de clientèle traumatisée cranio-cérébral et blessée médullaire*. 6^e Symposium Réseau Québécois de télésanté – La télésanté: des modèles pour tous; 2005; Québec, Québec.
- Giddens A. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press; 1984.
- Miles M, Huberman A. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
- Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- Schein EH. *Culture: The missing concept in organization studies*. *Administrative Science Quarterly*. 1996 Jun;41(2):229-40.
- Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.