



**Un scan environnemental des innovations en services et soins de santé intégrés
de première ligne au Québec**

RAPPORT DE LA PHASE 2

Réseau 1-Québec

**Préparé par
Louise Belzile**

Septembre 2016

**Fonds de recherche
Santé**

Québec



**Instituts de recherche
en santé du Canada**

**Canadian Institutes
of Health Research**



McGill

Équipe de recherche

Patrick Archambault, MD, MSc, FRCPC

Professeur adjoint

Chercheur-boursier clinicien FRQS junior 1

Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université Laval

Division de soins intensifs, Département d'anesthésiologie,

CISSS Chaudière-Appalaches (secteur Alphonse-Desjardins)

Jeannie Haggerty, PhD

Professeure agrégée

Département de médecine familiale, Université McGill

Chaire de recherche McGill en Médecine familiale et communautaire au Centre de recherche de St.Mary

Pierre J. Durand MD, MSc, FRCP, CSPQ, CMFC

Professeur

Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Directeur direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme

Directeur scientifique du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

CHU de Québec, Hôpital du Saint-Sacrement

Yves Couturier, PhD

Professeur titulaire

École de travail social, Université de Sherbrooke

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration de services en gérontologie

Jean Légaré

Patient partenaire

Membre de l'Alliance de l'arthrite du Canada

Doctorat *honoris causa* de l'Université Laval

Coordonnatrice de la phase 2 du scan environnemental

Louise Belzile

Sommaire des résultats

La phase 2 du scan environnemental a permis d'examiner plus en profondeur 13 « coups de cœur » et d'autres projets innovateurs issus de la phase 1, à partir d'entrevues téléphoniques semi-dirigées réalisées auprès des responsables des projets. Ces entretiens ont facilité l'identification des caractéristiques qui font de ces projets des innovations (du point de vue des participants), des facteurs facilitant ou entravant leur transposabilité et de la place occupée par les outils de collaboration qui regroupent différentes technologies qui sont utilisées dans le but de faire circuler l'information et de soutenir le travail collaboratif tout au long du processus d'innovation.

Les données collectées ont affiné notre compréhension du développement et de la mise en œuvre des innovations (idée de départ, démarches, ressources, accompagnement, etc.). Les besoins ou problèmes identifiés auxquels les projets veulent répondre sont sans contredit des moteurs importants pour le développement des projets. Par-delà les thématiques ou clientèles spécifiques, tous voulaient répondre aux problèmes tournant autour des dimensions de l'accessibilité. Par ailleurs, le soutien financier apparaît comme non seulement une condition d'une mise en forme garante d'une bonne mise en œuvre expérimentale, mais également de la pérennisation des projets. L'importance accordée aux dispositifs d'évaluation semble aussi faire l'unanimité en termes de conditions facilitantes de l'adoption et de la transposition des innovations. Enfin, les formes d'accompagnement peuvent varier, mais tous reconnaissent l'importance primordiale d'un dispositif défini pour assurer le succès de la mise en œuvre du projet. Les changements de pratiques sont au cœur de l'innovation clinique, et ces changements concernent un rayon d'acteurs très large, ce qui milite aussi en faveur d'un accompagnement au changement auprès de l'ensemble des partenaires.

L'utilisation des outils de collaboration a montré une grande diversité d'usage, de laquelle il est difficile de tracer des lignes de fond. Toutefois, il est clairement apparu, qu'hormis les projets qui s'inscrivent dans la cybersanté, les usages des technologies sont plutôt limités et désordonnés. L'intention d'y recourir plus fréquemment s'évanouit quand l'ampleur des investissements organisationnels (formation et soutien à l'usage) et personnels surgissent. Les préjugés face à la complexité de l'utilisation des technologies se présentent comme une condition défavorable à la transposition des innovations qui y recourent. Par exemple, les patients sont souvent les premiers à sous-estimer leurs capacités d'apprentissage, alors qu'un accompagnement permet de les soutenir et de leur faire gagner de la confiance et de l'assurance dans leur propre potentiel.

Les conditions de transposabilité des projets demeurent encore nébuleuses puisque la majorité des participants n'ont transmis que l'expérience d'implantation initiale de leur projet. Mais si l'on considère la transposition comme une deuxième implantation, ces données primaires sont intéressantes. Les principaux facteurs de succès pour la transposabilité qui ont été identifiés sont la visibilité du projet, sa mise en forme en vue de sa transposition, la démonstration des effets ou des retombées, un investissement en ressources (humaines et financières), l'adéquation du projet aux priorités locales ou publiques, et un accompagnement soutenu et dédié. En tant que changement de pratiques, la transposabilité d'une innovation doit être planifiée, évaluée et accompagnée.

Quelques-uns des projets ont été amenés à adapter un projet extérieur ou encore à accompagner l'implantation de leur projet dans d'autres milieux, mais cela demeure marginal au sein de l'échantillon. Toutefois, tous se sont dit ouverts à partager leur expérience afin de soutenir d'autres milieux intéressés à implanter leur projet.

Enfin, l'engagement des personnes interrogées reflète la vivacité des milieux cliniques qui continuent, partout au Québec à chercher les meilleures manières de rendre accessibles des services de santé et sociaux de qualité. Espérons que les canaux de diffusion de ces « bons coups » prendront de l'expansion et surtout que la mise en forme de tous ces projets fassent dorénavant partie intégrante de la construction des innovations à venir.

Table des matières

1. Description et objectifs
2. Méthodologie
3. Résultats
 - 3.1 Portrait de l'échantillon
 - 3.2 Développement des innovations
 - 3.2.1 L'idée de départ
 - 3.2.2 Les besoins ou problèmes identifiés
 - 3.2.3 Démarches antérieures à la mise en œuvre
 - 3.2.4 Financement
 - 3.2.5 Mécanisme d'évaluation
 - 3.2.6 L'accompagnement
 - 3.3 Caractéristiques des innovations
 - 3.4 Utilisation des outils de collaboration
 - 3.5 Transposabilité des innovations
4. Conclusion

Liste des tableaux

Tableau 1 Origine principale de l'idée de départ pour les 13 projets analysés

Tableau 2 Projets ayant procédé à une évaluation

Annexes

Annexe 1 Portrait des projets étudiés

Annexe 2 Questionnaire pour entrevues auprès des responsables des projets innovateurs

Annexe 3 Réponses aux besoins/problèmes identifiés

Annexe 4 Caractéristiques des innovations et changements de pratique

Annexe 5 Les conditions facilitant la transposabilité

Annexe 6 Les conditions contraignant la transposabilité

1. Description et objectifs

Ce scan environnemental s'inscrit dans la mission du Réseau-1 qui est de rassembler des chercheurs, des cliniciens, des praticiens, des patients et des gestionnaires qui collaborent pour produire et appliquer des connaissances sur les meilleures pratiques en soins et services intégrés de première ligne, afin de résoudre les problématiques prioritaires pour le système de santé et les patients du Québec.

La phase 1 du scan environnemental, mené entre août 2014 et décembre 2015, a permis de recenser plus de 300 projets en services et soins de santé intégrés de la première ligne au Québec¹. En appui sur des critères de sélection, 58 projets ont été identifiés comme des innovations par l'équipe de recherche. Ensuite, pour la 2^e phase du scan débutant en janvier 2015, ces 58 projets ont fait l'objet d'une appréciation de type consultation d'experts². Cet exercice a conduit à l'identification de 3 ou 4 « coups de cœur » répartis dans chacun des RRAPPL/RUIS³ du Québec, pour un total de 13 projets⁴. Quatre projets⁵ qui avaient obtenus une bonne cote ont été ajoutés pour élargir l'échantillon et ainsi porter celui-ci à 17 projets.

Les objectifs spécifiques de la phase 2 du scan environnemental étaient de scruter en profondeur les projets pour identifier : 1) le processus de développement des projets innovateurs; 2) les éléments qui font de ces projets des innovations; 4) les outils de collaboration qui ont ou qui peuvent soutenir leur diffusion et 5) les facteurs facilitant ou entravant leur transposabilité d'un contexte à un autre.

2. Méthodologie

Tel que mentionné dans le protocole de recherche approuvé par le comité d'éthique de la recherche de St-Mary, les directeurs/directrices des services professionnels ou les supérieurs hiérarchiques des responsables des 17 projets identifiés ont été contactés d'abord par courriel⁶. Étaient joints à cette invitation, un résumé du projet de recherche ainsi que la lettre d'approbation du CÉR.

Par la suite, les responsables des projets ont été invités à participer à une entrevue téléphonique semi-directive. Le formulaire de consentement et le guide d'entrevue leurs ont été acheminés par courriel et leur consentement a de nouveau été recueilli en début d'entrevue. Les questions portaient sur quatre grands thèmes : 1) le processus de développement des projets innovateurs; 2) les caractéristiques des innovations; 3) l'utilisation des outils de collaboration; 4) la transposabilité des projets. Les entrevues ont toutes été enregistrées mais n'ont pas été retranscrites. Une fiche synthèse a plutôt été produite au terme de chacun des entretiens.

¹ <http://reseau1quebec.ca/des-innovations-pour-vous-inspirer/>

² Les membres de l'équipe de recherche se sont regroupés par RUIS/RRAPPL et ont classé, sur la base des expertises de chacun, les 58 projets sur une échelle d'appréciation de 1 à 5 selon leur potentiel de transposabilité et leur caractère innovateur : 1=très innovateur, 2=innovateur, 3=moyennement innovateur, 4=peu innovateur, 5=pas innovateur.

³ <http://reseau1quebec.ca/nos-reseaux/apercu/>

⁴ Ces projets avaient une cote moyenne de ≤ 2 .

⁵ Avec une cote moyenne de ≤ 3 .

⁶ Et par téléphone pour répondre aux questions spécifiques, selon les besoins.

3. Résultats

Les résultats sont ici présentés de manière descriptive et reflètent le plus fidèlement possible les discours recueillis durant les entrevues, sans reprendre intégralement les propos qui, rappelons-le, n'ont pas été verbatimés. Les résultats sont présentés par thème⁷.

3.1 Portrait de l'échantillon

Les entretiens se sont effectués de la mi-juin à la fin décembre 2015. La modification de la structure des organisations (création des CISSS/CIUSSS) et le processus de désignation des gestionnaires n'étant pas encore partout achevé, le recrutement des participants à cette 2^e phase était contraint. Plusieurs démarches et relances ont dû être faites soit pour obtenir les autorisations (plusieurs Directeurs des services professionnels (DSP) n'étaient pas encore nommés), soit pour rejoindre les responsables (certains ayant changé de poste ou de localisation, d'autres étant absents en raison de leur retraite ou de leurs vacances estivales).

Au total, 13 projets, dont 10 coups de cœurs, ont fait l'objet d'une entrevue. Le taux de réponse des DSP s'est avéré très satisfaisant : 16/17; tandis que le nombre de responsables rejoints a été de 13/17 (une responsable a pris sa retraite et elle n'a pas été remplacée, un avait des disponibilités extrêmement limitées et deux autres n'ont pas du tout répondu aux invitations qui leurs ont été adressées). La durée moyenne de ces entrevues a été de 60 minutes.

Les 13 projets sont présentés dans l'Annexe 1, classés selon : les caractéristiques générales entourant le territoire du projet (RUIS/RRAPPL), les thématiques touchées par le projet, les acteurs concernés (population visé et intervenants ou organisations), leur financement, leur niveau d'évaluation et leur pérennité. D'autres composantes descriptives sont disponibles dans le tableau interactif publié à la suite de la phase 1 sur le site du Réseau-1⁸.

3.2 Développement des innovations

Plusieurs questions posées aux responsables des projets se sont intéressées au développement des projets innovateurs : l'idée de départ, les besoins ou problèmes auquel le projet voulait répondre, leur financement, la présence ou non de mécanismes d'évaluation, et les dispositifs d'accompagnement dont ils ont fait l'expérience (voir l'Annexe 2).

3.2.1 L'idée de départ

L'idée de départ puise à différentes sources, voire même à plusieurs, selon les projets (ex. professionnels, bénéficiaires des services, etc.). Le Tableau 1 ventile les sources premières mentionnées par les participants.

⁷ Les questions d'entrevue se retrouvent dans l'Annexe 2.

⁸ <http://reseau1quebec.ca/des-innovations-pour-vous-inspirer/>

Tableau 1 Origine principale de l'idée de départ pour les 13 projets analysés

Sources	Exemples
Les bénéficiaires des services (n=1)	Des usagers demandent à ce que l'offre disponible soit bonifiée, plus accessible, sur toute l'année.
Les professionnels (n=2)	Des cliniciens cherchent des applications pour des modèles ou des approches dans lesquelles ils croient comme la participation accrue des usagers dans un programme de prévention des maladies chroniques.
Des gestionnaires (n=4)	Des cadres supérieurs ou intermédiaires soucieux d'améliorer l'efficacité de leurs organisations, par exemple en diminuant les listes d'attentes ou en utilisant mieux les ressources spécialisées, ce qui implique de renforcer la 1 ^{ère} ligne.
Des instances décisionnelles (n=3)	Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), des ordres professionnels, ou l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) cherchent à améliorer la qualité des services, par exemple en repensant la chaîne des processus décisionnels ou en utilisant les technologies disponibles pour l'exercice des obligations professionnelles en milieu éloigné.
Le contexte large (n=2)	Les politiques publiques ou un événement déclencheur ont agi comme propulseurs (ex. l'époque du virage ambulatoire), ou encore des thématiques ciblées par des appels à projets.
Des acteurs d'autres secteurs (n=1)	Des formateurs universitaires qui veulent offrir aux étudiants un portrait le plus complet possible de ce à quoi ils seront confrontés dans la pratique (ex. des clientèles marginalisées).

3.2.2 Les besoins ou problèmes identifiés

Les besoins ou problèmes identifiés auxquels les projets veulent répondre sont sans contredit des moteurs importants pour le développement des projets (voir l'Annexe 3). Ces problèmes peuvent être très locaux (ex. manque de spécialistes) ou se rattacher à des mouvements plus larges (ex. appels à projets, thématiques ciblées par le MSSS, subventions de recherche, vieillissement de la population). Ils sont dans les faits tous différenciés par leurs formes, leurs intentions, leur ampleur et leur durée, mais il semble que l'accessibilité soit le fil rouge qui traverse tous les projets. Par-delà les thématiques ou clientèles spécifiques, tous veulent répondre aux problèmes tournant autour des dimensions de l'accessibilité : la temporalité de l'offre (ex. à l'année plutôt qu'en période estivale exclusivement), le lieu de dispensation (ex. : à domicile, là où les problèmes de comportement peuvent aussi se présenter, ou dans la rue avec une clinique mobile), la disponibilité des professionnels (ex. décloisonner le travail de la 1^{ère} et de la 2^e ligne pour faire travailler ensemble, simplifier les procédures de références, s'occuper des patients en attente d'un médecin de famille), la rapidité d'intervention (ex. diminuer les listes d'attentes), donner accès aux futurs professionnels en formation à des clientèles marginalisées.

Les projets se déploient à différents niveaux de l'organisation des services de première ligne : des projets d'envergure provinciale (ex. le protocole de constat de décès à distance) ou des initiatives locales concertées. D'autres ont des visées professionnelles (ex. accroître le rayon d'action et l'autonomie professionnelle des infirmières). Plusieurs accordent plus de place aux

usagers par la mise en place de leur projet (ex. l'auto-soin favorisé par des dispositifs de télésoins). Pour corriger les problèmes identifiés, plusieurs ont choisi d'implanter leur projet par étapes (expérimentation, puis évaluation avant d'étendre le projet) ou à petite échelle (ex. un site à la fois).

3.2.3 Démarches antérieures à la mise en œuvre

Les démarches qui ont précédé la mise en forme des projets ont été captées selon que les concepteurs ont effectué une recension des écrits scientifiques ou qu'ils ont eu des contacts avec des expériences qui avaient cours. Le rôle qu'a joué l'idéateur (ou les idéateurs) peut aussi être pertinent pour comprendre les étapes de développement des projets. Ainsi, on peut noter que 8 des projets se sont appuyés sur une recension des écrits scientifiques, que celle-ci se soit effectuée de leur initiative ou parce que des partenaires l'ont réalisée préalablement à leur implication dans le projet (ex. compagnie pharmaceutique, MSSS). D'autres ont choisi de s'intéresser aux expériences menées par des groupes semblables au leur (n=2). C'est ainsi que des recensions de pratiques ont été faites et des contacts et visites se sont déroulés. D'autres ont bénéficié du fait que le champion à l'origine du projet était bien branché (n=2) et ont supposé qu'il était aux faits des dernières avancées dans le domaine concerné. Un responsable de projet (n=1) nouvellement en poste ne savait pas si une recension ou des contacts ont été faits dans le passé.

3.2.4 Financement

Pour le financement au démarrage, 10 projets (77%) ont bénéficié d'une enveloppe dédiée; 2 (15%) ont puisé à même le budget de fonctionnement du service, 1 ne savait pas d'où est venu l'argent. La pérennité des projets semble fortement associée au financement qui leurs est accordé. Ainsi, 7 projets (54%) se considèrent maintenant institutionnalisés tandis que 2 (15%) projets n'ont pas été reconduits faute de disponibilité financière; 3 (23%) projets sont incertains ou menacés d'être abandonnés selon les décisions et priorités qui seront celles des nouvelles organisations (CISSS/CIUSSS); 1 projet (8%) demeure difficile à préciser sur ce point puisqu'il s'est adapté dans plusieurs milieux et que cette information précise n'est pas disponible.

3.2.5 Mécanisme d'évaluation

Nous avons aussi voulu savoir si les projets avaient été évalués ou non, et ce, peu importe le type d'évaluation menée. Neuf projets (69%) se sont appuyés sur les résultats d'une évaluation formelle dont 4 ont pu compter sur l'appui d'une équipe de recherche ou d'une méthode de recherche formelle (INSPQ, universités, LEGG). Les projets qui n'ont pas encore été évalués formellement ont indiqué que cela était prévu et souhaité.

Tableau 2 Projets ayant procédé à une évaluation

Évaluation			
Oui	Non	Prévue	Ne sait pas
n=9	n=1	n=2	n=1

3.2.6 L'accompagnement

Les participants ont parlé de l'accompagnement qu'ils avaient reçus pour développer et implanter leur innovation, comment et par qui ils avaient été soutenus et mobilisés à travers toutes les étapes du projet. Les dispositifs d'accompagnement des projets (en solo ou combinés) se sont révélés au cœur du pilotage des projets. L'accompagnement se constitue clairement comme l'une des conditions essentielles du passage de l'idée à l'innovation, c'est-à-dire de sa conception à sa mise en œuvre dans un contexte donné. Différents types d'accompagnement ont été identifiés et leur rayon d'implication va de la conception à l'implantation du projet, avec des intensités variables:

- Accompagnement par une ressource dédiée : chargé de projet, coordonnateur (n=1);
- Accompagnement par une instance décisionnelle : ex. le MSSS (n=1);
- Accompagnement par une structure administrative régionale : ex. ASSS (n=2);
- Accompagnement par une organisation privée : ex. compagnie informatique (n=1);
- Accompagnement par une équipe de recherche (n=3);
- Accompagnement par une structure de partenariat : ex. un consortium, un conseil d'administration (n=1);
- Accompagnement par un champion (n=4).

Pour ce qui concerne les champions, ce sont le plus souvent les idéateurs des projets qui sont demeurés proches ou actifs non seulement dans le développement du projet mais dans son implantation et sa consolidation.

Sur la base des expériences diversifiées, ces observations nous renseignent sur certaines caractéristiques attendues et éléments clés de l'accompagnement de l'innovation telles que mentionnées par les participants:

- L'accompagnement se présente comme une forme de leadership mobilisateur qui recherche l'appui de tous les paliers de gouvernance pour développer une vision commune et conduire les opérations du changement tout au long du processus d'innovation;
- L'innovation gagne si l'accompagnement se déploie hâtivement et dans la durée. Ainsi, il est requis non seulement pour la mise en œuvre mais aussi dès le développement du projet innovateur;

- L'accompagnement optimal devrait inclure les tâches reliées à la diffusion du projet. La mise en candidature pour des prix de reconnaissance semble un bon moyen pour ce faire;
- Dans un projet qui fait appel à des champs de spécialités particulières (ex. les technologies de l'information et de communication, les TIC), il faut pouvoir compter sur un accompagnement d'experts ouverts au changement;
- L'accompagnement doit accroître la qualité des projets. Il doit faire en sorte que les projets gagnent en rigueur, en méthodes et développement d'outils de conception et de monitoring ainsi qu'en opportunité de diffusion. L'accompagnement par la recherche est considéré comme un dispositif qui permet d'accroître la qualité des innovations.

Tel que définie par l'*Institute for Healthcare Improvement*, le processus d'accompagnement vise la réussite du projet en fixant des critères de succès, en gardant le cap sur l'échéancier, en examinant son progrès de façon régulière, et en mobilisant des ressources nécessaires⁹.

3.3 Caractéristiques des innovations

Au départ, le choix des projets ne s'est appuyé sur aucune définition concertée de l'innovation. Du fait que les projets identifiés à la phase 1 aient été qualifiés d'innovateur par les instances qui les ont reconnus a suffi pour le projet, reconnaissant ainsi la crédibilité de ces instances en matière d'innovation. Ceci peut expliquer quelques dissonances ou écarts avec les représentations ou les définitions qu'ont les lecteurs de ce qu'est une innovation, ou encore cela peut laisser place à des imprécisions ou un manque de nuances entre les bonnes pratiques et les innovations. Mais il semble que pour les responsables des projets, les caractéristiques de leurs projets en tant qu'innovation puissent être aisément et fièrement présentées (voir l'Annexe 4).

Selon les participants, ce qui caractérise une innovation relève d'un faire autrement soit en adaptant ou en améliorant une offre de services existant ou carrément en créant, en sortant des cadres habituels. Peu importe l'ampleur de l'innovation, il s'agit d'un projet qui va au-delà de la bonne idée. L'innovation est une mise en œuvre soigneusement préparée, accompagnée et évaluée. Reste que les contours de ce qui fait l'innovation demeurent flous. Une participante a d'ailleurs posé une question fort pertinente à l'effet que ce qui est qualifié d'innovation ne serait-il pas simplement ce qui devrait être?

Ces caractéristiques d'innovations trouvent écho dans les changements de pratique provoqués par la mise en place des projets. C'est ce à quoi s'intéressait les questions que nous avons posées aux responsables des projets sur les nouvelles pratiques qui sont issues de la mise en œuvre du projet et si leur projet s'est transformé depuis sa conception.

Les changements de pratiques identifiés par les participants situent les réorganisations induites par leur projet autour de quatre types de transformations¹⁰:

⁹ Nolan, T.W. (2007) *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

1. Le réaménagement (faire autrement) met l'accent sur le changement des **processus** et prend la forme de dispositif d'intégration ou d'optimisation comme :
 - Le domicile comme lieu d'intervention pour la clientèle jeunesse.
 - La mise en forme d'un dispositif opérationnel (une unité clinique pour opérationnaliser une approche).
 - Fonder les interventions sur une évaluation pré-clinique effectuée à domicile par une intervenante de la 2^e ligne.
 - Construction de corridors de services centre hospitalier-soins à domicile.
 - Simplification du processus d'inscription au programme.
 - Soutien concret aux médecins pour la prévention.

2. Le renouvellement (revoir ses valeurs et sa culture – favoriser l'implication) met l'accent sur le changement des **pratiques** et prend la forme de développement, de professionnalisation et de responsabilisation comme :
 - Le changement de rôle des intervenants (élargissement du rôle professionnel, partage de tâches ou reconnaissance du champ d'expertise professionnel).
 - Le changement de rôle des usagers, ici en appui sur des approches de centration sur ses besoins, sur sa participation active pour la collecte et la transmission des données le concernant et la reconnaissance de son expertise (patient-partenaire ou famille-partenaire).
 - La priorisation de l'accessibilité en termes de rapidité d'intervention, d'horaire flexible, de proximité territoriale (ce sont les intervenants qui se déplacent, les services qui se rapprochent des clients).
 - Inclusion d'une pratique préventive à l'urgence.

3. Le réalignement (resserrer sa façon de faire – réduire les coûts) met l'accent sur le changement des **ressources** et prend la forme de contrôle et d'imputabilité comme :
 - Collaborations inter-organisationnelles (1^{ère}-2^e-3^e lignes) pour le partage des ressources.
 - Implication d'un pair aidant.
 - Constitution d'une équipe d'intervention de base.

¹⁰ Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, 14 (3), 1-12.

- Réduction ou élimination des listes d'attentes.
4. Le redéploiement (revoir son offre de service – accroître sa pertinence) met l'accent sur le changement de **positionnement** et prend la forme de différenciation et de niche distinctive comme :
- Faire en sorte que les télé-soins soient maintenant une pratique quotidienne institutionnalisée pour les intervenants.
 - Mode de gouvernance inhabituel : consortium communautaire, réseau de la santé et université.
 - Revoir la temporalité des interventions pour s'ajuster aux besoins en-dehors des plages horaires habituelles.
 - S'occuper de manière spécifique des cas complexes, trouver des solutions durables.

La plupart des responsables de projets affirment ne pas avoir modifié en profondeur leur projet initial depuis sa conception. Ce sont les ressources humaines qui ont le plus bougé. Ainsi, il y a eu ajout de personnel, changement de rôle ou implication de nouveaux partenaires. Certains projets ont modifié leurs collaborations ou leurs outils de travail et leurs usages. D'autres ont effectué un passage de projet pilote à un programme institutionnalisé qui s'est à son tour modifié ou ajusté lorsqu'il a été transposé dans d'autres milieux pour tenir compte des ressources en place. Les processus se sont aussi quelque peu modifiés avec l'expérience, par exemple par une attention plus soutenue portée à l'évaluation du projet au moyen d'instruments validés. L'exigence de changer les pratiques s'applique à tous les partenaires, ceux qui sont proches comme ceux qui sont plus éloignés, ce qui appelle la clarification des rôles et la nécessité de se recentrer sur les objectifs poursuivis.

3.4 Utilisation des outils de collaboration

Les questions posées sur les outils de collaboration visaient à circonscrire leur usage pour soutenir le travail avec les partenaires et à saisir une intention ou une pertinence développée au fil de l'expérience. Un projet n'a pas été documenté sur ce point.

Les utilisations les plus répandues (n=7) concernent des outils de communication de base comme le téléphone, le télécopieur (fax), l'ordinateur portable ou encore les technologies rudimentaires du Web 1.0 comme le courriel. Certains projets n'ont probablement pas cru bon préciser ce type de moyens de communication alors que certains autres n'ont pas utilisé d'autres outils (n=3) appartenant à un niveau technologique plus avancé. Le courriel arrive en tête de liste (incluant le Lotus Notes). Un projet dit utiliser surtout le téléphone tandis qu'un autre précise que le fax représente le moyen le plus efficace pour communiquer avec les médecins. Un projet souligne avoir fourni des ordinateurs portables et une clé USB permettant aux intervenants d'avoir l'information où qu'ils se trouvent sur le territoire et un téléphone cellulaire donnant accès aux intervenants pour les usagers et les médecins. Ce dernier exemple est un cas de mise à niveau des technologies de premier niveau.

Les outils facilitant la discussion comme Skype, Webex, et d'autres systèmes de communication audio-visuels (comme le système de visio-conférence déjà en place dans le réseau des soins et services sociaux), plus ou moins sophistiqués (incluant, par exemple un système vidéo en circuit fermé), ont été utilisés (n=3) à des fréquences variables (de quelques fois à quotidiennement) et pour des objets divers (de la réunion administrative mensuelle à un mode d'intervention quotidien entre cliniciens ou avec les patients).

Les technologies de l'information et de communication (TIC) ont aussi été mentionnées comme outils déployées pour rendre disponibles au bon moment les informations requises au processus d'intervention. Pensons ici au Dossier Santé Québec (DSQ), aux divers dossiers médicaux électroniques (DMÉ, comme OFYS¹¹ et d'autres qualifiés de dossiers privés des médecins auxquels l'infirmière a accès dans un projet), au Lotus Notes (pour l'agenda partagé), au ICLSC (pour les demandes de services à domicile), au dossier hôpital.

Un seul projet a référé à un outil de rédaction collaborative dans le cadre d'une communauté de pratique virtuelle (n=1). D'autres outils d'écriture, de classement, d'archivage et de partage de documents comme Google Docs (n=1) et les dossiers médicaux électroniques (DMÉ, DSQ) ont été mentionnés par quelques projets (n=2) avec des mentions tout à fait pertinentes pour expliquer l'usage : l'accessibilité élargie des données (le DMÉ est accessible sur tablette et utilisé par tous les intervenants), la présence d'intervenants plus à l'aise avec les technologies (les étudiants), l'intégration d'outils cliniques connus et utiles aux professionnels (l'odontogramme pour les dentistes). Aucun participant n'a fait référence aux outils comme les Wikis, Sharepoint ou à Google Sites.

L'utilité est ici un vecteur important de l'adoption des technologies et l'utilisation régulière, intégrée à la pratique accroît la pertinence. Ces dispositifs technologiques sont mis à disposition non seulement pour les professionnels mais aussi pour les patients. Par exemple, les données sont paramétrables pour chaque patient qui entre les informations concernant l'évolution de son état de santé en vue de communiquer ces données aux intervenants qui effectuent un suivi en temps réel. Différentes plateformes de télé-soins sont proposées par des compagnies de télécommunications qui assurent un soutien technique aux frais des organisations. Les appréhensions face aux outils technologiques et à leur usage sont présents chez les utilisateurs, qu'ils soient intervenants ou patients.

Un dernier groupe d'outils de communication a été mentionné. Il s'agit de plateformes visant à diffuser des informations à l'interne (ex. un portail électronique) ou auprès d'un large public. Dans ce dernier cas, cette diffusion prend deux formes: les réseaux sociaux, comme Facebook (n=2) et les sites Web des organisations (n=2). Aucun participant n'a mentionné l'utilisation de plateformes comme Twitter, YouTube ou Vimeo.

Il faut noter ici que les communications visent différents publics et sont parfois bidirectionnels mais pas forcément : entre les intervenants (ex. pour s'informer des rencontres ou pour se

¹¹ <http://ofys.ca/fr/>

soutenir), entre intervenants et médecins (ex. pour communiquer des résultats d'examens et dans ce cas, c'est le plus souvent unidirectionnel), entre intervenants et patients (ex. le patient qui communique ses données ou des courriels envoyés aux patients pour les tenir informés), entre partenaires (ex. membres du conseil d'administration ou entre sites qui appliquent un protocole). Un même moyen (ou outil de collaboration) peut donc être utilisé mais à différentes fins et avec différents destinataires et il semble que leurs usages soient plutôt récents et évolutifs.

Toutes ces précisions montrent l'ampleur et la diversité des outils de collaboration qui coexistent et en même temps leurs usages peu déployés, sauf pour les projets ayant opté pour les télésoins ou la cybersanté (n=3). L'appréciation des outils de collaboration va d'une posture réfractaire, plutôt technophobe qui pourrait se traduire par « Nous, c'est la relation qui importe » à une incontournable présence et quasi présence de ces outils pour les projets qui reposent en grande partie sur les TIC comme la télé-pharmacie.

La très grande majorité des projets estime de manière positive la contribution des outils de collaboration. Par exemple, les outils ont permis d'éviter de devoir compléter plusieurs formulaires, de retranscrire les mêmes informations et ainsi de réduire les manipulations et donc, les erreurs. Ils sauvent aussi du temps lorsque les rapports d'activités sont produits facilement à partir des données qui sont entrées, et cela permet de suivre ce qui se passe et s'assurer du respect des critères de qualité et de réajuster rapidement au besoin. Il y a aussi un intérêt certain pour améliorer l'accessibilité et pour élargir le rôle des intervenants (ex. déléguer certaines tâches aux assistants techniques des pharmacies des centres éloignés).

Dans un second temps, les projets qui n'ont pas utilisé d'outils technologiques de communication ou qui ont utilisé seulement des outils de base, n'ont pas exprimé un désir de le faire si c'était à recommencer, ni pour l'avenir du projet. Certains responsables de projet ont aussi identifié une condition adverse à l'utilisation des outils de collaboration et c'est l'investissement organisationnel (notamment en termes de formation mais aussi de soutien à l'usage) et personnel (ce qui explique peut-être que le fax soit encore le moyen privilégié de transmettre des informations aux médecins). Ce n'est donc pas toujours par faute de disponibilité de moyens technologiques que les outils de collaboration ne sont pas utilisés mais en raison des exigences d'usage qui leurs sont associés. Un participant rapporte par exemple qu'il y avait un espace collaboratif proposé par l'ASSS mais parce qu'il était trop exigeant de former tout le monde, au final, il n'a pas été utilisé. La nécessité d'un accompagnement à l'usage est ici valable pour tous les utilisateurs, qu'ils soient patients ou professionnels. Et alors que les patients-utilisateurs, par exemple, sont souvent les premiers à sous-estimer leurs capacités d'apprentissage, un il a été observé qu'un accompagnement à l'usage permet de les surprendre et de leur faire gagner de la confiance et de l'assurance dans leur propre potentiel.

3.5 Transposabilité des innovations

La transposabilité des projets étaient abordés sous plusieurs angles : le potentiel estimé, les conditions gagnantes, les contingences et l'ouverture à diffuser leur expérience et à informer d'autres milieux intéressés par leur projet.

Plusieurs responsables de projets ont été interpellés pour aider ou du moins informer des milieux intéressés à implanter les projets (n=10), ce qui peut être considéré comme un potentiel avéré. Si certains des projets peuvent identifier comment leur projet a été connu, notamment grâce aux prix remportés qui augmente la visibilité et suscitent l'intérêt, d'autres ne savent pas comment ils ont été identifiés par les personnes qui les ont contactés. Un projet a été confronté à une barrière de langue, ce qui a incité les responsables à traduire leur matériel. Trois projets ont mentionné que dès le départ leur projet avait été pensé et conçu de manière à être transposé dans d'autres milieux à l'échelle de leur région ou de la province, ce qui fait que ces projets ont dès le départ envisagé et aménagé des espaces d'adaptations. Malgré ce flou, tous considèrent que leur projet possède les attributs requis à sa transposabilité.

Il apparaît difficile, par contre, de définir les conditions de transposabilité exclusivement à partir des réponses des participants. En fait, ils ont énuméré les conditions favorables d'implantation. De fait, la transposabilité peut être considérée comme une seconde implantation, qui tire profit de l'expérience des primo-adoptants. La transposabilité requiert donc l'équilibre entre l'identification des conditions d'implantation gagnantes chez les primo-adoptants et les espaces d'adaptations requis au nouveau contexte, de façon à ne pas dénaturer le caractère innovant tout en favorisant son adaptabilité.

La transposabilité sera donc discutée ici en termes de facilitateurs et de facteurs qui pourraient nuire à l'implantation du projet (voir les Annexes 5 et 6). Il y a bien sûr quelques effets miroirs entre les facteurs contraignant et ceux soutenant l'implantation. Par exemple, certains projets ont mentionné la présence ou la participation d'une instance décisionnelle (ex. le MSSS ou l'ASSS) comme pouvant tantôt faciliter, tantôt freiner le déploiement de projets. Le « top-down » est parfois requis pour développer mais il doit y avoir un espace de « bottom-up » pour que le projet fasse sens pour les milieux. Un projet explique son succès par le fait que bien que c'était un projet pensé par le MSSS et ses partenaires, les milieux ont eu la possibilité d'adapter les contours aux réalités locales. Mais du fait que c'est l'instance décisionnelle qui doit donner son accord ou non pour l'expansion ou pour le financement, les acteurs se sentent à la merci des volontés extérieures au projet comme telles, et ce, malgré que les milieux peuvent se montrer très intéressés.

Pour avancer notre réflexion, il faut monter en abstraction pour identifier en quoi ces conditions de transposabilité diffèrent de celles associées à l'implantation. C'est ainsi que nous avons pu repérer dans l'ensemble des discours, quelques-unes de ces conditions pour ce faire. Il est intéressant de noter que plusieurs de ces conditions sont intrinsèques au projet lui-même (A), tandis que d'autres concernent le milieu d'implantation (B) et enfin, quelques derniers éléments relèvent du processus (C) :

A. Conditions intrinsèques

- La flexibilité du projet et sa capacité à s'ajuster aux opportunités locales (ressources, financement, etc.) sans pour autant trahir l'intention et les visées du projet d'origine. Identifier les principes centraux de l'innovation est de ce fait primordial.
- La mise en forme initiale des projets dans une perspective de transposition éventuelle accentue le caractère innovateur. Les productions de type dispositifs ou

guides d'accompagnement à la transposabilité opérationnalisent l'intention d'intéresser d'autres milieux et de les convaincre du bien-fondé de leur innovation.

- La capacité des projets à démontrer des effets ou des retombées (évaluation), occupe une position importante pour définir le potentiel de transposabilité.
- Le niveau et l'ampleur des investissements (ressources) requis pour la mise en œuvre doit être spécifié, bien que cet investissement pour une seconde implantation ne soit vraisemblablement pas le même (voire qu'il puisse être moindre). Il semble toutefois illusoire de croire qu'un changement, tel qu'une seconde implantation, puisse être effectué sans ajout de ressources humaines et financières.
- L'inscription des innovations dans des thématiques en phase avec les priorités publiques va accroître l'intérêt des milieux adoptants.

B. Milieu d'implantation

- La concordance du projet avec le type de changement souhaité par les organisations adoptantes va rendre au projet sa pertinence pour la transposabilité.
- Une reconnaissance de l'importance d'un accompagnement soutenu et dédié augmente les chances pour une implantation réussie, satisfaisante et pérenne dans le nouveau milieu.

C. Processus

- La possibilité d'expérimenter à petite échelle (projet pilote).
- La visibilité (diffusion) des projets (ce qui participe aussi à leur crédibilité) suppose une étape de conception et d'expérimentation antérieure de laquelle les organisations peuvent apprendre et avancer.

Les participants se disent ouverts à parler de leurs bons coups, en mode collégial. Les projets ont majoritairement été interpellés (n=10) pour rendre compte de leurs travaux (communications, conférences), voire accompagner d'autres milieux. L'intérêt manifesté par d'autres milieux cliniques est plus fréquent mais on retrouve aussi de l'intérêt d'équipes de recherche qui sont parfois curieuses de connaître le modèle de déploiement des projets. Un projet a produit un guide d'implantation avec une description des devoirs et responsabilité de chacune des parties et il accompagne les sites qui implantent le programme. Quelques projets ont aussi intéressé d'autres provinces canadiennes (n=2) et d'autres pays (n=3). Donc si plusieurs répondants disent avoir été contactés par d'autres milieux qui s'intéressaient à leur innovation, presque aucun d'entre eux ne savait ce que les milieux avaient fait ou pas. Les dispositifs de suivi des transpositions des projets dans d'autres contextes semblent donc inexistantes.

4. Conclusion

Il importe de remercier tous les participants et les personnes responsables (DSP et gestionnaires) qui ont permis de mieux comprendre la diversité et l'ampleur des projets innovateurs ciblés. Bien que ce rapport soit surtout descriptif, il ouvre à la possibilité de poser différents regards

analytiques (comme celui esquissé avec la référence à Rondeau, 2008) sur les données recueillies et ainsi nourrir les connaissances autour des innovations en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec.

Au regard des objectifs qui étaient poursuivis spécifiquement dans la phase 2, l'exercice a permis de mieux cerner les caractéristiques qui font d'un projet une innovation, du point de vue des responsables de 13 projets qui ont été mis en œuvre au Québec. Aussi, la place qui est faite aux outils de collaboration dans le développement et aussi dans l'application des innovations en santé et en services sociaux demeure timide et peu exploitée hormis pour les projets qui s'inscrivent plus directement dans une thématique de cybersanté. Les expériences ont par ailleurs montré qu'un accompagnement de l'usage permet de renverser les appréhensions des utilisateurs au regard des technologies. Quant aux conditions de transposabilité des projets, bien que certaines aient été reconnues, il semble que la traçabilité des adaptations qui ont été faites de projets précis fasse défaut. Conséquemment, les transpositions gagneront à être bien documentées et tout aussi bien évaluées que les projets initiaux.

Enfin, l'importance de l'accompagnement a trouvé écho dans les expériences rapportées par l'ensemble des participants. Ainsi, la qualité de l'accompagnement a été jugée non seulement déterminante au cours de la phase de mise en œuvre mais également pour la conception du projet et même pour sa diffusion. Toutefois, la reconnaissance de cette exigence et la capacité des milieux à cet égard apparaissent inégales et parfois sous-estimées. Ceci milite en faveur d'un dispositif d'accompagnement des bonnes idées pour leur permettre de les faire passer du côté des innovations bien construites, bien suivies et évaluées, et bien diffusées. Le Réseau-1 peut ici jouer un rôle déterminant.¹²

Au terme du scan environnemental (phases 1 et 2), nous avons une meilleure vue d'ensemble des innovations de santé de première ligne développées au Québec. Nous avons aussi une meilleure compréhension des mécanismes et conditions facilitant la transposabilité de ces innovations.

¹² <http://reseau1quebec.ca/recherche-et-ressources/comite-scientifique/>

Annexe 1 Portrait des projets étudiés¹³

♥ = projets coups de cœur

Nom	RUIS/RRAPPL	Thématiques	Population	Intervenants	Financement		Évaluation	Pérennité
					Implantation	Continuité		
♥ Projet Écho	UMcGill	Santé mentale, maladies chroniques, jeunesse, besoins complexes	Familles avec enfants ayant des besoins complexes	Équipe inter-organisationnelle: Centre jeunesse (éducateur spécialisé), Centre hospitalier (éducateur spécialisé, Pédopsychiatre), Centre de réadaptation (éducateur spécialisé), CSSS (agent de relations humaines)	Oui 1-Fiducie Centre jeunesse 2-ASSS : 325,000\$ géré/OSBL	Oui, mais incertain	À venir: automne 2015 (UQO)	Oui
♥ Suivi clinique intelligent à domicile : des résultats tangibles	UMcGill	Cyber santé, maladies chroniques (incluant vieillissement)	Personnes vivant avec des maladies chroniques	Services du CLSC et cabinets médicaux	Oui (ASSS)	Oui	Oui statistiques maison (2009), étude sur les télésoins à domicile ¹⁴	Oui

¹³ Pour plus d'information, consultez le tableau interactif sur le site du Réseau-1 : <http://reseau1quebec.ca/des-innovations-pour-vous-inspirer/>

¹⁴ https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Telesante/ETMIS2009_Vol5_No3.pdf

Nom	RUIS/RRAPPL	Thématiques	Population	Intervenants	Financement		Évaluation	Pérennité
					Implantation	Continuité		
 La télépharmacie au service des soins Pharmaceutiques	UMcGill	Cyber santé	Population générale	Personnel soignant et pharmaciens	Oui (webcam X 5 sites)	Oui (en expansion) 100,00\$/appareil X 5 sites	Non formalisée	Oui
 Program Mieux-Être Wellness	ULaval	Promotion de la santé, santé mentale, besoins complexes	Personnes aux prises avec un problème de santé mentale	CHU de Québec-Institut universitaire en santé mentale de Québec, CSSS de la Vieille-Capitale, Société Le Radoub Inc., ASSS, Prends soin de toi, Centre communautaire en santé mentale	Oui budget d'opération de 140,000\$/an (sources publiques, privées, dons, etc.)	Oui, mais incertain (menacé par manque de financement).	Oui évaluation naturaliste effectuée au moyen de questionnaires et de mesures valides	Oui
 Suivre les maladies chroniques jusqu'au gym	ULaval	Maladies chroniques, cyber santé	Personnes vivant avec des maladies chroniques	Équipe d'experts (kinésiologue, infirmière clinicienne, technicienne en diététique et travailleur social) du CSSS, médecins de famille et patient	Oui 500,000\$ Fonds Pfizer, FRQS-MSSS (incluant volet recherche)	Oui financement à même les budgets de l'établissement	Oui équipe de recherche INSPQ ¹⁵	Oui

¹⁵ <http://interestsante.ca/equipe.php>

Nom	RUIS/RRAPPL	Thématiques	Population	Intervenants	Financement		Évaluation	Pérennité
					Implantation	Continuité		
♥ Clinique interdisciplinaire en troubles musculo-squelettiques	USherbrooke	Maladies chroniques	Personnes avec un trouble musculo-squelettique	Infirmière pivot et selon les besoins: physio/ergo, thérapeute en réadaptation, diététiste et psychologue	Non intégré au programme (département d'orthopédie)	Oui	Oui, 2 fois (dernier rapport : juillet 2010)	?
♥ Guichet d'investigation en oncologie	UMcGill	Maladies chroniques, accessibilité	Personnes atteintes de cancer	Équipe multidisciplinaire d'investigation en oncologie formée d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux et de nutritionnistes	?	Oui, mais incertain (dépend des priorités du nouvel établissement).	?	Oui
♥ Actions-Santé	ULaval	Promotion de la santé, vieillissement, maladies chroniques, besoins complexes	Personnes âgées avec de multiples problématiques complexes et grands utilisateurs de services	CSSS, médecins de famille, pharmaciens	Oui	Oui	Oui	Oui

Nom	RUIS/RRAPPL	Thématiques	Population	Intervenants	Financement		Évaluation	Pérennité
					Implantation	Continuité		
 Clinique communautaire de santé et d'enseignement SPOT	ULaval	Accessibilité	Personnes marginalisées	Alliance entre les milieux universitaire, communautaire et institutions de soins. Infirmière au coeur de l'offre de soins; intervenants sociaux des organismes communautaires. Soutenues par 5 médecins, 3 dentistes et d'autres professionnels de la santé	Oui CSSS=20,000\$ + 4 facultés (médecine, sciences infirmières, pharmacie, travail social)= 5,000\$ chacune X 4 ans + fondation Caisse Desjardins	Oui sources diversifiées : MSSS, fondations, activités d'auto-financement, et faculté de médecine (abandon des autres suite aux coupures dans les universités)	Oui, structure de recherche incluse dans l'organisme. Pas encore d'évaluation de rendement	Oui
 Innover tout au long de la trajectoire de soins des personnes âgées vulnérables en vue d'améliorer la prise en charge clinique	UMontréal	Vieillesse	Personnes âgées	Ergothérapeute et personnel de l'urgence	Oui LEGG (dev et implantation)	Non Ø financement donc projet abandonné	Oui	Non

Nom	RUIS/RRAPPL	Thématiques	Population	Intervenants	Financement		Évaluation	Pérennité
					Implantation	Continuité		
Clinique d'évaluation des retards de développement (CÉRD)	ULaval	Jeunesse, DI-TED	Enfants âgés de 0 à 5 ans présentant des retards de développement	ASSSS, CSSS de Jonquière, CRDP, programme régional en pédopsychiatrie – CSSS de Chicoutimi, CRDI, centre jeunesse, médecins, pédiatres, spécialistes délégués par établissements partenaires, ressources communautaires	Oui ASSS + organisations partenaires	Oui	Oui, statistiques maison et autre évaluations à l'automne 2015	Oui
Protocole de constat de décès à distance	ULaval	Protocole de constat de décès à distance	Population générale	Unité de coordination clinique des services pré-hospitaliers d'urgence, techniciens ambulanciers paramédics, services de polices municipales, entreprises funéraires, entreprises ambulancières, centre d'appel d'urgences	Non	Difficile à préciser	Oui, impacts sur le pré-hospitalier	Oui
Réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie cognitive (RSI-PAPAC)	UMcGill	Vieillesse	Personnes âgées en perte d'autonomie cognitive	RLS du Suroît: CSSS du Suroît, le GMF du Lac St-François et GMF de Salaberry, Société d'Alzheimer du Suroît, pharmacies communautaires	?	Non	Oui pour certains indicateurs	Non

Annexe 2 Questionnaire pour entrevues auprès des responsables des projets innovateurs

(Durée : 30-45 minutes)

Consentement

Est-ce que vous nous donnez la permission d'enregistrer cette entrevue?

oui non

Est-ce que vous consentez à ce que les informations dénominalisées de cette entrevue puissent être utilisées pour faire une analyse secondaire à des fins de recherche et de publications scientifiques ?

oui non

Questions

Question #1

Nous aimerions bonifier les informations que nous avons concernant le projet innovateur : _____

Au besoin compléter les items du tableau pour lesquels nous manquons d'information :

- le nom du projet
- l'établissement principal
- la région
- la personne contact avec ses coordonnées
- la description du changement (visées et ressources mobilisées)
- les organisations partenaires impliquées
- les domaines professionnels concernés
- le budget (implantation et continuité)
- la temporalité (date d'implantation, date de fin)
- l'évaluation du projet (oui/non)
- les impacts/retombées

Question #2

D'où vous est venue l'idée pour votre projet innovateur? À quels besoins ou problème le projet voulait-il répondre? Avez-vous regardé ce qui se faisait ailleurs avant de le mettre sur pied?

Question #3

Selon vous, quel sont les éléments innovateurs de ce projet?

Question #4

Quels sont les nouvelles pratiques ou façons de faire qui sont issues de sa mise en oeuvre?

Question #5

Avez-vous utilisé des outils de collaboration pour faciliter le travail entre les partenaires impliqués? (par ex. Google Docs, Skype, Google Hangout, Sharepoint, Facebook, Twitter, Blogs, WebEx, GoToMeeting, Wikis, ou pas d'outils de collaboration (seulement discussion face à face, appels téléphoniques, etc.)) Si oui, lesquels?

Question #6

Selon vous, est-ce que votre projet est transposable dans d'autres contextes ou milieux? Si oui, pourquoi et comment? Est-ce qu'ils y a des facteurs qui pourraient, selon vous, nuire à l'implantation d'un tel projet dans un autre contexte? Qu'est ce qui pourrait faciliter le processus?

Question #7

Seriez-vous ouvert à soutenir l'implantation d'un projet similaire dans un autre contexte?

Question #8

Croyez-vous que vous utiliseriez des outils de collaboration?

**Nous vous remercions d'avoir participé à cette entrevue.
Votre contribution nous est précieuse !**

Annexe 3 Réponses aux besoins/problèmes identifiés

Projet ¹⁶	Besoins/Problèmes identifiés	Réponses apportées
01	<ul style="list-style-type: none"> Les services offerts par l'organisme communautaire ne sont pas disponibles toute l'année (seulement durant les camps d'été) alors que les parents sont confrontés à plusieurs problèmes avec leurs jeunes (4-17 ans) durant l'année scolaire. 	<ul style="list-style-type: none"> D'abord un projet intermédiaire qui se déroulait sur l'année scolaire à raison de 3h/semaine. Puis les parents ont demandé de regarder la possibilité d'intervenir directement au domicile. Ce qui se fait maintenant en co-intervention.
02	<ul style="list-style-type: none"> Besoins d'augmenter l'accessibilité des services ambulanciers pour les vivants en les dégageant des délais associés aux procédures qui les obligeaient à apporter les personnes décédées à l'hôpital pour qu'un médecin constate le décès. Exigence pour les milieux hospitaliers qui doivent mobiliser personnel et matériel pour recevoir les corps et les familles. Les volontés des personnes qui décèdent à domicile (ex. soins palliatifs) ne sont pas toujours respectées. 	<ul style="list-style-type: none"> 2011 : Projet expérimental incluant étude observationnelle (étude des plaintes, des délais d'interventions, etc.) de 100 cas. Après ça, mise en place d'un protocole provincial de constat de décès à distance et création d'une unité clinique. Les infirmières en soins palliatifs à domicile peuvent appliquer le protocole de constat de décès à distance. Possibilité de faire des adaptations pour les milieux moins nantis en ressources ou plus éloignés. Accompagnement des milieux qui désirent implanter le protocole.
03	<ul style="list-style-type: none"> Besoin de diminuer les risques, diminuer les visites et les hospitalisations 	<ul style="list-style-type: none"> 1-projet d'abord développé pour diminuer le taux de grossesse à risque, puis comme ça fonctionnait bien, 2- transfert à d'autres problématiques dont les maladies chroniques. Développement de programmes de télésoins qui accroît la participation du patient (c'est lui qui envoie ses données) Inclusion de la prévention sous forme de capsules sur des sujets liés aux problèmes de santé spécifiques et généraux (ex. consignes pour prévenir les coups de chaleur, promotion des saines habitudes de vie); données télé-accessibles.

¹⁶ Notez que les numéros identifiant les projets ne correspondent pas à l'ordre des projets présentés dans l'Annexe 1 Portrait des projets étudiés.

Projet	Besoins/Problèmes identifiés	Réponses apportées
04	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à répondre aux dossiers complexes • Délais d'attente importants • Difficulté à bien cibler les problèmes rencontrés (causes nébuleuses) et les ressources à mobiliser (parfois en attente pour plusieurs services) • Pertes de temps pour tout le monde (y compris les parents et les intervenants) • Structure des services et démarches compliquées 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une clinique d'évaluation des retards de développement dans laquelle tous les professionnels sont présents et interviennent dans un même lieu, au même moment (un déplacement pour les parents et un travail collaboratif facilité). • Une évaluation pré-clinique à domicile qui permet une meilleure collecte des données et une orientation plus adaptée aux besoins identifiés (pas nécessairement à la CERD)
05	<ul style="list-style-type: none"> • Pénurie de pharmaciens en région éloignée • Difficulté des pharmaciens à jouer pleinement leur rôle auprès des patients et à rencontrer leurs obligations professionnelles • Les patients ne reçoivent pas toujours toute l'information concernant leur traitement ou ils ne la comprennent pas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a d'abord eu l'impression de feuillets qui étaient remis aux patients selon le traitement prescrit. • Puis les sites se sont dotés d'équipement audiovisuel pour permettre aux pharmaciens de donner les informations de visu aux patients. • Utilisation des équipements pour faire de la formation et mettre les sites en communication constante.
06	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche privilégiée auprès des clientèles en santé mentale est plus souvent médicale et fractionnée. • Le rétablissement général est peu considéré et les hospitalisations sont fréquentes. • Le problème psychiatrique vient rarement seul. D'autres problèmes psychologiques (ex. tr. de personnalité, dépression), des problèmes de santé physiques (endocrino, cardio, hypercholestérolémie, HTA, diabète type 2, etc.), d'estime de soi ou de motivation se surajoutent, mais ils sont traités indépendamment des uns et des autres. • On rencontre souvent une faible adhésion aux traitements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce programme vise l'amélioration de la santé globale (physique et mentale), la qualité de vie et l'adhésion au traitement des clientèles psychiatriques. Tous les problèmes de santé mentale sont admissibles sauf les troubles de l'alimentation. • Prise en compte des problèmes secondaires à la prise de médication comme la prise de poids. • Des ententes de prêt de services de professionnels issus de différentes organisations (1^{ère}-2^e-3^e ligne). Intégration concrète des pratiques préventives pour les médecins (omnipraticien, psychiatre, médecin-spécialiste) qui semblent plus enclins à parler des effets secondaires à la prise de certains médicaments parce que référence possible au Programme pour apprendre à gérer ces effets. • Processus d'inscription simple et connu des médecins.

Projet	Besoins/Problèmes identifiés	Réponses apportées
07	<ul style="list-style-type: none"> • Agacement face à l'iniquité des services (région urbaine-région éloignée) : pas de services de réadaptation intensive suite à des consultations ou interventions dans les hôpitaux spécialisés des grands centres). • Travail en silo des professionnels impliqués (kinésologues, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes) dans la gestion des maladies chroniques. • Les distances à parcourir peuvent être dissuasives pour la participation des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique mobile (les intervenants se déplacent) avec programme intensif d'exercices et d'enseignement (2 fois/semaine). Réel travail en équipe des intervenants avec PII et évitement des duplications ou de la multiplication des rdv : arrimage des soins et des rdv. • Milieu de pratique non-traditionnel : Entente avec les secteurs privé et communautaire pour les installations et équipements, variable selon les ressources des milieux. • Changements positifs pour les usagers dont le rapprochement des services et leur implication concrète dans les soins (télésoins). Utilisation d'un dossier accessible par Internet. • Bonne collaboration avec les médecins et les pharmaciens du territoire. Les intervenants font suivre les résultats au md de famille (bilan, progression, évaluations aux 3 mois). • Les groupes incluent des clients orphelins qui n'ont pas forcément un diagnostic de maladies chroniques mais qui présentent des facteurs de risque et dont le volet prévention promotion leurs est tout à fait utile. • Actuellement, le programme commence aussi à être connu des grands centres où les patients de la région doivent se rendre pour certains soins. Les md réfèrent au programme.
08	<ul style="list-style-type: none"> • 1er constat : les étudiants en médecine sont peu exposés au travail avec les clientèles marginalisées. • 2^e constat : les personnes marginalisées ne sont pas rejointes par les structures actuelles de soins et de santé proposées par le réseau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'un consortium communautaire, réseau de la santé et université avec une structure de gouvernance particulière. • Clinique mobile avec une approche globale, très interdisciplinaire qui intègre des étudiants de différentes disciplines, en cours de formation. Pair aidant formé, qui participe aux rencontres cliniques. Centrée sur la personne qui peut rencontrer l'équipe et chacun peut discuter de ses besoins et de ses limites. C'est une rencontre d'expertises (incluant celle du patient).

Projet	Besoins/Problèmes identifiés	Réponses apportées
09	<ul style="list-style-type: none"> • Départ à la retraite d'un orthopédiste avec risque de mettre en péril le service (difficulté de recrutement). • Liste d'attente importante (problème d'accès). • Références pas toujours pertinentes pour l'orthopédiste, ce qui constitue une mauvaise utilisation de cette ressource, qui plus est, en contexte de pénurie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guichet unique pour le service d'orthopédie • Travail collaboratif entre les membres de l'équipe de base (ergo, physio, thérapeute en réadaptation physique et infirmière) à laquelle d'autres professionnels peuvent se joindre au besoin. • Rencontre statutaire, hebdomadaire pour discussion de cas problématiques. • L'infirmière-pivot coordonne le processus. • Meilleure orientation : Les patients qui arrivent aux médecins spécialistes doivent véritablement être vus par l'orthopédiste.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la meilleure ressource pour évaluer et répondre aux cas non médicaux qui se présentent à l'urgence. • Les motifs de consultation (les plus fréquents) des personnes âgées à l'urgence sont les chutes, les malaises vagues et atypiques, les étourdissements. Cela ne nécessite pas automatiquement une hospitalisation mais si ce n'est pas évalué correctement, il y a possibilité de multiples consultations à l'urgence, voire d'hospitalisation avec les impacts nosocomiaux et délétères connus. • Recherche d'efficience. 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une ergothérapeute à l'urgence avec une pratique différente de celle des unités, plus pro-active; travail en amont des problèmes. • Établissement de corridors de services SAD-Urgence • Auxiliaire familiale à domicile qui prolonge l'intervention de l'ergo • Prévention de problèmes (ex. chutes) grâce à une évaluation par l'ergo des clients qui ont des malaises diffus (ex. étourdissements, malaises).
11	<ul style="list-style-type: none"> • Problème d'accès aux services. • Processus d'intervention peu coordonné qui se traduit par le fait que des clients tombent entre 2 chaises. • Classement des patients selon leur traitement (alors qu'ils en ont souvent plus d'une sorte). 	<ul style="list-style-type: none"> • Guichet d'accès unique (le cancer du poumon) qui permet un accès rapide, des plages horaires étendues et un processus coordonné. • Changement du rôle professionnel de l'infirmière et reconnaissance de son champ d'expertise professionnel. • Construction d'un réseau élargi de partenaires autour de l'infirmière-pivot (CLSC, inhalo, radiologiste, etc.) • Changement dans la manière d'intervenir : Avant : on traitait le « bobo » quand il se présentait; maintenant, on accompagne le patient, on est là pour l'épauler.

Projet	Besoins/Problèmes identifiés	Réponses apportées
12	<ul style="list-style-type: none"> ● Problème de repérage/dépistage des personnes présentant des déficits cognitifs ● Diagnostics erratiques ● Professionnels peu formés et appropriation d'actes professionnels injustifiée ● Absence d'outils cliniques uniformes ● Discontinuité des services offerts, manque de suivis et de collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formation pour les intervenants (y compris les médecins). Repérage et suivi systématiques. ● Développement et adaptations d'outils cliniques, d'algorithmes, de protocoles de liaison uniques et uniformisés. Implication de l'ensemble des professionnels dans le continuum et du DRMG ● Mise en place d'une équipe sous-régionale de consultation clinique PAPAC (ESR-PAPAC). ● Un réseau de garde 24/7. ● La prise en charge de la clientèle orpheline : le projet PECCO ● Instauration d'un réel travail collaboratif (interdisciplinaire et rôles partagés). Construction d'un continuum de soins et services du RSI-PAPA (incluant les tables de concertation). Portail PAPAC.
13	<ul style="list-style-type: none"> ● Organisation des services en silo y compris à l'interne, entre les programmes-services (ex. soutien à domicile-santé mentale). Manque de communication et de coordination entre les 1re et 2e lignes. ● Problèmes associés à certaines pratiques médicales, notamment en milieu hospitalier (ex. référer des clients à l'urgence ou utiliser l'urgence comme porte d'entrée vs la 1re ligne). ● Méconnaissance des motifs de grande consommation de services. ● Critères d'accès trop restrictifs et trop rigide ● s pour la clientèle des grands utilisateurs de services. Absence de protocoles et de trajectoires de services pour des cas problématiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Analyse des situations associées à la grande consommation de services. Activités de sensibilisation des acteurs locaux et régionaux à la situation des grands consommateurs de services et aux besoins des clientèles complexes. ● Implantation des infirmières gestionnaires de cas complexes (IGCC) et adaptation/évolution de leur pratique. Participation active des IGCC à l'élaboration ou à la révision des PSI ● Recherche de solutions permettant d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins particuliers des clients. ● Les observations et actions locales ont été rapportées et appuyées par des actions au palier régional. ● Détermination des trajectoires de services pour des clientèles spécifiques. ● Mécanismes formels d'échange d'information ou de collaboration, ● Révision des critères et mécanismes d'accès.

Annexe 4 Caractéristique des innovations et changements de pratique

Projet ¹⁷	Caractéristiques du projet	Changements de pratiques
01	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions à domicile ▪ Centré sur la famille (famille-partenaire) ▪ Accessibilité: horaire flexible, rapidité d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions se déroulent au domicile, peu importe le moment de la journée (voire de la semaine) où les épisodes difficiles à gérer se présentent. • Ce ne sont pas la DPJ, ni les intervenants de la réadaptation mais les parents qui sont considérés comme les spécialistes de leurs enfants. • Il n'y a pas de liste d'attente à gérer.
02	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un dispositif opérationnel • Appropriation et adaptation d'un projet imaginé par d'autres • Exigence de changer les pratiques de tous les partenaires • Accessibilité territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une unité clinique pour opérationnaliser l'approche avec les adaptations nécessaires à sa mise en œuvre. • Toutes les pratiques professionnelles ont dû s'adapter : médecins, ambulanciers, infirmières, etc. • La nature du partenariat avec le bureau du coroner a dû se préciser. • 50% du territoire est couvert, surtout dans l'Est.
03	<ul style="list-style-type: none"> • Télésoins = pratique institutionnalisée • Participation active du patient • Élargissement du rôle professionnel • Accessibilité : facilite le suivi des patients à distance 	<ul style="list-style-type: none"> • Les télésoins font maintenant le quotidien. • Cela permet d'opérationnaliser le concept de patient-partenaire puisque c'est le patient qui nous envoie ses données • Extension du rôle et de l'autonomie des infirmières • Le suivi infirmier (incl. le plan d'intervention individualisé) se fait à partir de ces données et le patient peut le consulter • Le patient améliore ainsi ses connaissances autour de sa maladie (ex. devient capable de reconnaître ses symptômes) et lorsqu'il consulte, cela est fondé (i.e. avant qu'il décompense) et il sait quoi dire au médecin • Permet le suivi des patients à distance, même durant leurs voyages à l'étranger, par exemple (avec l'accord de leur md); ils peuvent continuer à envoyer leurs données.

¹⁷ Notez que les numéros identifiant les projets ne correspondent pas à l'ordre des projets présentés dans l'Annexe 1 Portrait des projets étudiés.

Projet ¹⁸	Caractéristiques du projet	Changements de pratiques
04	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions fondées sur une évaluation pré-clinique à domicile • Meilleure orientation et utilisation des ressources en fonction des besoins identifiés • Changement de rôle des intervenants et des parents • Cohérence des interventions • Plus grande efficacité du travail interdisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • C'est un intervenant de 2^e ligne qui va à domicile pour effectuer l'éval pré-clinique qui permet une meilleure orientation (pas nécessairement en 2^e ligne) • Pour la réadaptation, il y a un passage d'expert à coach puisque c'est le parent qui est considéré comme l'expert • Il y a une réelle construction d'une vision commune et une cohérence dans les interventions. • Plus de retombées (n) mais aussi augmentation de l'efficacité du travail en équipe : chacun sait ce dont l'autre a besoin pour bien faire son travail.
05	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion des TIC dans les pratiques quotidiennes pour différents professionnels • Accessibilité du professionnel (par la technologie) pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> • La communication par audio-vidéo fait partie intégrante de la pratique quotidienne. En arrivant le matin, les appareils sont mis en marche. La caméra est ouverte en permanence. L'utilisation est régulière, notamment pour les traitements d'anticoagulothérapie et en oncologie. • Il est plus facile de faire circuler les informations et de donner de la formation même à distance.
06	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborations inter-organisationnelles (1^{ère}-2^e-3^e lignes) pour le partage des ressources • Activités de prévention font partie intégrantes du programme • Soutien concret aux médecins pour la prévention • Accessibilité : processus d'inscription simple et connu 	<ul style="list-style-type: none"> • Des ententes de prêt de services de professionnels issus de différentes organisations (1^{ère}-2^e-3^e ligne) ont été conclues. • Le programme permet une intégration concrète de la prévention surtout dans la pratique des médecins (omnipraticien, psychiatre, médecin-spécialiste) qui semblent plus enclins à parler des effets secondaires à la prise de certains médicaments puisqu'ils peuvent proposer à leurs patients de se joindre au Programme pour apprendre à gérer ces effets. Les médecins peuvent inscrire les patients.

¹⁸ Notez que les numéros identifiant les projets ne correspondent pas à l'ordre des projets présentés dans l'Annexe 1 Portrait des projets étudiés.

Projet ¹⁹	Caractéristiques du projet	Changements de pratiques
07	<ul style="list-style-type: none"> ● Réel travail interdisciplinaire qui permet une meilleure continuité ● Formalisation des interventions dans un PII ● Milieux de pratique diversifiés, selon les ressources des milieux ● Collaboration inter accrue ● Accessibilité : ce sont les intervenants qui se déplacent, les services qui se rapprochent des clients, dossier patient accessible à distance ● Souplesse dans le profil des clients ● Promotion-prévention 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réel travail en équipe des intervenants avec PII et évitement des duplications ou de la multiplication des rdv : arrimage des soins et des rdv ● Milieu de pratique non-traditionnel : Entente avec les secteurs privé et communautaire pour les installations et équipements ● Plusieurs changements positifs pour les usagers dont le rapprochement des services ● Utilisation d'un dossier accessible par Internet ● Bonne collaboration des médecins et pharmaciens du territoire. ● Les intervenants font suivre les résultats au md de famille (bilan, progression, évaluations aux 3 mois) ● Les groupes incluent des clients orphelins qui n'ont pas forcément un dx de maladies chroniques mais qui présentent des facteurs de risque (priorité 4 et 5) et dont le volet prévention/promotion leurs est tout à fait utile (la prévention et la promotion de saines habitudes de vie, c'est bon pour tous).
08	<ul style="list-style-type: none"> ● Construction de corridors de services CH-SAD ● Élargissement du rôle professionnel ● Prise en charge optimale, pro-active ● Inclusion d'une pratique préventive à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ● Corridors de services SAD-Urgence ● PAB à domicile qui prolonge l'intervention de l'ergo ● Pratique de l'ergothérapie différente de celle des unités, plus pro=active ● Quand l'ergo évalue des clients qui ont des malaises diffus (ex. étourdissements, malaises), il est plus probable qu'elle pourra prévenir les chutes (travail en amont des problèmes) ● Difficile de travailler à contre-courant : l'hôpital=curatif (et plus il y a des malades, plus il est financé) C'est une logique du nombre : si on est trop bons, on va devoir fermer des lits... des infirmières vont perdre leur jobs, etc. ● En Grande Bretagne, il y a une rémunération médicale pour la prévention, pas ici

¹⁹ Notez que les numéros identifiant les projets ne correspondent pas à l'ordre des projets présentés dans l'Annexe 1 Portrait des projets étudiés.

Projet ²⁰	Caractéristiques du projet	Changements de pratiques
09	<ul style="list-style-type: none"> • Travail collaboratif • Guichet d'accès unique • Coordination des références et de l'accès • Systématisation des temps de rencontres de l'équipe • Meilleure utilisation des ressources médicales et autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail collaboratif entre ergo, physio, thérapeute en réadaptation physique • Guichet unique pour l'orthopédie • Discussion de cas problématiques à chaque semaine • L'infirmière-pivot coordonne le processus • Les patients qui arrivent au médecin spécialiste doivent véritablement être vus par l'orthopédiste
10	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de gouvernance (projet géré par un OSBL) • Effort pour adapter les interventions et aussi les processus aux clientèles marginalisées • Interpellation d'un interprète pour rejoindre certaines clientèles immigrantes • Redéfinition des rôles des intervenants (pas de hiérarchie) • Pas peur de bousculer les pratiques, les idées reçues pour faire avancer les choses • Implication d'un pair aidant • Reconnaissance de l'expertise du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Une forme de consortium communautaire : réseau de la santé et université. • Beaucoup de temps consacré aux interventions et à l'amélioration des processus • Présence d'un interprète au besoin (pour consultation à l'hôpital) • Différentes pratiques heurtent dans un monde médical habituellement très hiérarchisé • Pair aidant formé, qui participe aux rencontres cliniques • La personne peut rencontrer l'équipe et chacun peut discuter de ses besoins et de ses limites. C'est une rencontre d'expertises (incluant celle du patient) • Ajustement du vocabulaire : ex. personne plutôt que patient, usager, etc.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Changement du rôle professionnel • Patient-partenaire • Reconnaissance du champ d'expertise professionnel • Construction d'un réseau élargi de partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant : on traitait le « bobo » quand il se présentait; maintenant : on accompagne le patient, on est là pour l'épauler (patient-partenaire) • Reconnaissance du travail infirmier et des compétences • Construction d'un réseau de partenaires autour de l'infirmière pivot (CLSC, inhalo, radiologiste, etc.) • L'agente administrative fait partie intégrante de l'équipe

²⁰ Notez que les numéros identifiant les projets ne correspondent pas à l'ordre des projets présentés dans l'Annexe 1 Portrait des projets étudiés.

Projet ²¹	Caractéristiques du projet	Changements de pratiques
12	<ul style="list-style-type: none"> ● Le développement de protocoles pour chaque dimensions/étapes du continuum ● Des définitions de tâches précises ● Un guichet d'accès ● Un protocole systématique et systématisé soutenu par des outils cliniques ● De la formation et de l'information (portail) continues 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rôle partagés dans le repérage et la prise en charge des patients ● Dispositifs de soutien (équipe régionale spécialisée, gestion de cas, formations) au diagnostic et au suivi ● Diffusion des outils cliniques à utiliser ● Implication des infirmières en GMF ● DRMG impliqué dans le développement d'une innovation clinique
13	<ul style="list-style-type: none"> ● Proposition d'une méthode d'implantation visant le travail en concertation et l'autonomie des milieux ● Mise en œuvre des principes de coordination, continuité et complémentarité des soins et services offerts 	<ul style="list-style-type: none"> ● Description et adaptation du rôle et des tâches des IGCC : <ul style="list-style-type: none"> ○ une évaluation exhaustive des personnes ciblées; ○ une intervention proactive pour prévenir les problèmes et les complications, planifiée dans un plan d'intervention entendu avec le client et son entourage et révisée périodiquement; ○ l'enseignement au client visant à le responsabiliser face à sa santé et son état de bien-être et à favoriser l'autogestion de sa condition de santé au quotidien; ○ une amélioration de la communication et de la collaboration entre les différents partenaires impliqués.

²¹ Notez que les numéros identifiant les projets ne correspondent pas à l'ordre des projets présentés dans l'Annexe 1 Portrait des projets étudiés.

Annexe 5 Les conditions facilitant la transposabilité

Conditions facilitantes	Exemples
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> ● L'ASSS a soutenu financièrement l'implantation du projet ● L'implication des médecins passe par un soutien financier (accès à un forfait) de leur Fédération. ● Le financement récurrent est considéré comme le nerf de la guerre. ● Avoir un financement pour le démarrage.
De réels partenariats	<ul style="list-style-type: none"> ● Présence de conditions préalables (déjà en place): ex. le travail en partenariat (milieux communautaires et institutionnels) ● Considérer les habitudes de concertation dans le milieu ● Il faut se donner la peine de connaître et de respecter le rôle de chacun. ● Considérer l'apport de la communauté
Des acteurs engagés	<ul style="list-style-type: none"> ● Recruter des intervenants passionnés, qui y croient ● Il faut avoir des gens dans la direction qui y croient; volonté et appui de la direction générale ● Savoir impliquer tous les partenaires ● Des gens engagés, des « gens de cœur » ● Leadership médical proactif ● Soutien à l'interne et à l'externe (ex. omnipraticiens) ● Établir et trouver le bon profil d'intervenant ● Donner un mandat clair, formalisé à l'écrit, et s'y tenir
Allouer des ressources suffisantes	<ul style="list-style-type: none"> ● Tout le monde est « pour » dans le discours mais pour avoir les impacts pressentis il faut concentrer les efforts, notamment en termes de ressources. En contexte de pénurie de ressources, il devient difficile d'enlever des ressources qq part pour en ajouter ailleurs.
Partager l'information	<ul style="list-style-type: none"> ● Porter attention à la communication, au partage d'information (transmettre ce que l'on sait, les pièges à éviter, etc.) tout en maintenant un équilibre avec une approche personnalisée.

Conditions facilitantes	Exemples
Soutenir l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> • Former et accompagner l'usage des technologies que ce soit auprès des patients aussi bien qu'auprès des intervenants. Il y a un accompagnement à faire au départ mais ils sont rapidement fonctionnels. Les réticences diminuent avec l'usage! • Formation théorique et pratique offerte aux omnipraticiens, aux physio et aux membres de l'équipe du projet
Bien définir les cibles	<ul style="list-style-type: none"> • Bien cibler la clientèle : qui veut-on rejoindre? Qu'est-ce qu'on vise? (pas nécessairement toutes les personnes avec un diagnostic mais, par exemple, celles présentant plus de risques). • Faire des liens avec les besoins identifiés par les intervenants
Être cohérent	<ul style="list-style-type: none"> • Des assises fortes, claires et unanimes pour créer de la cohésion, une communion sur les valeurs, la mission • Montrer les liens avec les approches connues et promues. Ex. insertion du projet dans l'AAPA (approche adaptée à la personne âgées), le patient-partenaire, les approches Lean.
Être rigoureux dans la conception	<ul style="list-style-type: none"> • Bien se documenter sur ce qui existe • Convenir d'un investissement minimal (humain et technologique) requis qui peuvent être très importants • Prévoir les zones d'adaptations possibles du projet selon les ressources des milieux. • Impliquer tous les partenaires le plus tôt possible. Ex. Tous les orthopédistes ont été sollicités dès les débuts du projet pour trouver ensemble des solutions aux problèmes identifiés et vécus par tous • Penser les innovations en termes d'amélioration, pas nécessairement remplacement • Porter attention au choix d'un vocabulaire rassembleur
Doser créativité et continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Sortir des préjugés, des manières (de concevoir, de faire) habituelles. Ex. Convenir que ce genre d'évaluation revient à la 2^e ligne pcq trop difficile pour la 1^{ère} ligne de maintenir cette expertise pointue (pas assez fréquent) • Il faut conjuguer rigueur et créativité pcq il faut sortir des cadres habituels qui ne répondent pas aux situations complexes, hors de l'ordinaire. • Pour ce projet il y a 3 professionnels qui forment le noyau de bases obligatoire pour assurer le suivi intensif: infirmière, nutritionniste, kiné • Ceci est contraire à la vision du MSSS pour qui la triade de base est constituée du md-pharmacien-infirmière... mais ça marche! • Il y a un « timing » qui explique une part de la réussite. Ex. quand on s'inscrit dans des thématiques ou approches en vogue.

Conditions facilitantes	Exemples
Monitorer	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de suivis (clinique, de gestion et autres) définis dès la conception du projet • Avoir des chiffres à l'appui pour, par exemple déconstruire des peurs infondées, démontrer que ça n'arrivera pas à tous les jours! • On doit réussir à démontrer non seulement l'utilité du projet mais en quoi il est le plus pertinent pour être priorisé. • Évaluer en continu de manière à suivre les progrès et montrer les réussites.
Leadership et accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'ASSS n'avait pas embarqué, il y aurait eu une dose de risque • Ça prend quelqu'un qui y croit et qui est engagé dans le développement et l'implantation du projet • Il faut rassurer les professionnels face à la technologie (perception d'intrusion), les accompagner surtout au départ. Plus l'usage est fréquent, plus les habiletés s'accroissent et plus les craintes s'estompent. C'est l'exposition à la technologie qui fait la différence. • Avoir une personne pivot dédiée à la coordination du projet est essentiel • Une boîte à outil a été conçue pour accompagner des intéressés potentiels et diminuer ce risque de dénaturer le projet. • Prévoir un comité de pilotage pour faire tous les arrimages requis au quotidien • l'accompagnement par la recherche accroît la rigueur, le respect des échéances, donne des outils pour construire les projets • Leadership et appui de tous les paliers de gouvernance pour développer une vision commune et soutenir le changement
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • La gratuité pour les participants (pcq plusieurs sont économiquement démunis)
Le facteur temps	<ul style="list-style-type: none"> • Le facteur temps est très important aussi bien pour les soins (prendre le temps) que pour le processus (se donner du temps) • La planification = 60% du temps avant de mettre en place : très important d'y accorder toute l'importance requise
Partage des risques et de l'expertise	<ul style="list-style-type: none"> • La reconnaissance des rôles et expertises, ça se travaillent pour éviter de pelleter dans la cour du voisin • Accepter qu'on va peut-être se tromper

Conditions facilitantes	Exemples
Travailler en équipe et favoriser la proximité des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une équipe derrière les décisions • Le technocentre doit être disponible en cas de pépin. • Il faut soutenir les centres éloignés • La proximité avec certains partenaires facilite la mise en œuvre. Ex. La présence dans les locaux de l'hôpital offre des facilités dont la présence de gardiens de sécurité, un point à considérer, tant du point de vue des intervenants que de celui des participants. • Les professionnels du noyau de base partagent un même bureau • La localisation du bureau de l'infirmière pivot, dans les locaux d'hémato-onco-pneumo facilite beaucoup les contacts et les échanges • Ça prend des lieux d'échange continu. • Le fait que la clinique est physiquement dans les mêmes locaux que le service externe d'orthopédie est très facilitant • Bien clarifier les rôles pour reconnaître l'importance de chacun et non entretenir une perception de subordination • Le suivi par une petite équipe facilite le travail. • Impliquer le leadership médical (champions et instances).
Corriger les problèmes au fur et à mesure	<ul style="list-style-type: none"> • Si on a appris comment on peut corriger certains problèmes, il faut aussi communiquer cela
Thématiques transversales suscitent plus d'intérêt et deviennent plus facilement transposables	<ul style="list-style-type: none"> • La promotion des saines habitudes de vie est importante pour tout le monde, pas seulement les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale

Annexe 6 Les conditions contraignant la transposabilité

Conditions contraignantes	Exemples
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> • C'est souvent la question du budget qui ralenti ou empêche un projet de s'actualiser. • Réticence des médecins au départ – question de rémunération. • Les budgets sont toujours très limités pour le développement. Au mieux, il y a des budgets de formation (ex. 24,000 pour MPOC et 10, 000 pour FA) • La crise budgétaire a eu raison du projet (choisir entre une infirmière de plus ou une ergo... les listes d'attente sur les étages ne relèvent pas du budget de l'Urgence)
Ressources humaines temporaires	<ul style="list-style-type: none"> • L'instabilité du personnel (ex. les intervenants du Réseau qui travaillent dans le projet sont des prêts de service) fragilise et complique le déroulement du projet (notamment en matière syndicale). • Défi de construire et de maintenir l'expertise
Influence du contexte large (lois et règlements, champs de pratique)	<ul style="list-style-type: none"> • Les limites des champs de pratiques (domaines pointus) • Règles syndicales • L'urgence relève de la santé physique et la place de l'ergo n'y est pas considérée comme incontournable... d'autres types de professionnels sont priorités • La plus grande difficulté a été légale et médicale (entre médecins spécialistes)
Le choc des cultures organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • La culture hospitalière = gestion des risques avec visée du risque « 0 » (ce qui est différent en SAD)
Marge de manœuvre des gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut sans cesse faire des choix de ce genre en tant que gestionnaire : Un projet peut être utile et pertinent mais est-il le plus utile et le plus pertinent.
Échéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre trop de temps à développer un projet, tarder à le mettre en œuvre peut mettre en péril un projet. Il vaut mieux accepter de faire des mises au point en cours de route.
Trop de changements	<ul style="list-style-type: none"> • La Réforme Barrette est démobilisante parce qu'il y a beaucoup d'incertitude et que nos interlocuteurs changent de chaises.

Conditions contraignantes	Exemples
Duplications de services	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut éviter de refaire ce qui se fait déjà et travailler ensemble
Trouver les bons partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Défi de trouver un vis-à-vis qui partage les mêmes objectifs.
Le nombre d'acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut considérer qu'il y a un très grand nombre d'acteurs qui proviennent de différentes organisations et que • tous expérimentent les impacts d'un programme comme celui-là.
Préjugés et fausses croyances	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a des préjugés à contourner : les personnes plus âgées croient qu'elles ne pourront pas utiliser les ordinateurs ou ce sont les professionnels qui croient ça, mais c'est faux. • Penser que ça va se faire tout seul ou que parler suffit • Penser que le projet va se développer sans ajout de ressources ex. penser que les infirmières vont faire cela à travers leur caseload : il doit y avoir des infirmières dédiées. • Peur des professionnels d'être oubliés, remplacés par la technologie • Ce qui semble faire le plus peur, c'est les changements de pratiques que le programme impose. Il faut se faire rassurant, pragmatique. Les résultats (chiffres à l'appui) peuvent aider à déconstruire des peurs infondées.
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Difficile de rejoindre la clientèle des travailleurs (horaire)
Barrières linguistiques	<ul style="list-style-type: none"> • Dans 2 cas qui nous ont interpellés, il y avait une barrière de la langue (McGill et États-Unis). Actuellement le matériel est en traduction.
Risques liés à la transposition	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a toujours un risque que dans les adaptations locales, le sens ou les piliers qui permettent de rencontrer des résultats satisfaisants soient minimisés, voire mis de côté.
Démontrer les effets	<ul style="list-style-type: none"> • La démonstration de cause à effet reste difficile parce qu'il y a souvent plusieurs causes qui expliquent un succès comme un échec