

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



ACCOMPAGNER UN CHANGEMENT DANS LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES : APPRENTISSAGES ET CONDITIONS CRITIQUES

Rapport de recherche-action

13-272-01W

De la collection L'intégration de pratiques cliniques préventives, le rapport de recherche-action Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques a été produit par la Direction générale adjointe de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Coordination

Louise Moreault

Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Christine Pakenham

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale adjointe de la santé publique

Rédaction

Marie-Hélène Provost, agente de planification, de programmation et de recherche

Louise Moreault, médecin-conseil

Lise Cardinal, médecin-conseil

Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Collaboration

Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne

Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Contribution à la mise en œuvre de la démarche de collaboration pour l'intégration de pratiques préventives en milieux cliniques

Raymonde Pineau, médecin-conseil

Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Contribution à la planification et à la mise en œuvre de la démarche de collaboration pour l'intégration de pratiques préventives en milieux cliniques

Colette Baribeau, professeure titulaire associée

Université du Québec à Trois-Rivières

Consultation en méthodes de recherche et regard critique sur le développement de la recherche-action

Samuel Legault-Mercier, agent de planification, de programmation et de recherche

Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Réalisation et analyse d'entretiens individuels

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les professionnels et gestionnaires des établissements suivants qui ont participé à cette recherche entre janvier 2010 et avril 2012 : la Clinique médicale Saint-Vallier, la Clinique médicale des Promenades, l'UMF-GMF Laval Québec, le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS de Québec-Nord et la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Nous remercions également, pour leurs commentaires judicieux et leur collaboration à la révision de ce rapport, les personnes suivantes de la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : Dr François Desbiens, Mme Louise Grégoire et Mme Judith Rose-Maltais.

Révision linguistique

Le Juste mot

Mise en page

Alphatek

Secrétariat

Marie-Josée Paquet

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique

Citation suggérée

PROVOST, M.-H., L. MOREAULT et L. CARDINAL. Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques. Rapport de recherche-action. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2013, 83 p.

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-67660-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Introduction	3
1. Problématique	5
2. Démarche méthodologique	11
2.1 La recherche-action.....	11
2.2 Les participants	14
2.3 La collecte des données.....	15
2.4 Le traitement des données.....	17
2.5 Les critères de scientificité de la démarche.....	18
2.6 Les considérations éthiques	19
3. Résultats	21
3.1 La petite histoire	21
3.2 Les changements observés.....	26
3.2.1 L'évolution des rôles et responsabilités des acteurs quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique.....	26
3.2.2 La transformation de l'environnement de pratique des cliniciens (changement organisationnel)	31
3.2.3 Le changement dans les pratiques cliniques préventives.....	34
3.3 Les ressources investies pour le travail en collaboration.....	36
3.4 Neuf apprentissages pour amener un changement dans les pratiques cliniques préventives.....	37
4. Discussion	49
5. Conditions critiques et signification pour les acteurs de santé publique	61
Conclusion	65
Annexes	67
Annexe A Stratégies et conditions d'efficacité pour l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques	69
Annexe B Principaux acteurs engagés dans la démarche de collaboration	71
Annexe C Schémas d'épisode de soins	73
Annexe D Accompagnement du changement et transfert des connaissances : deux processus à intégrer	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Méthodologie de recherche-action retenue	12
Aide-mémoire.....	57

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CRQ	Clinique réseau de Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-CRQ	Groupe de médecine de famille hôte d'une clinique réseau de Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MAFICO	Motivation des milieux; Accompagnement des milieux; Flexibilité de l'intervention; Intensité de l'intervention; Continuité de l'intervention; inclusion de changement Organisationnel dans l'intervention
PCP	Pratiques cliniques préventives
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
UMF	Unité de médecine familiale

Pour comprendre un système, essayez de le changer.

Kurt Lewin

SOMMAIRE

Les professionnels de la santé de première ligne occupent une place privilégiée en matière de prévention. Néanmoins, l'intégration de pratiques cliniques préventives dans leur pratique courante demeure un défi. Les intervenants de santé publique des directions de santé publique (DSP) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont amenés à soutenir les cliniciens en ce sens. La présente étude découle d'une recension des écrits qui désigne la facilitation comme l'une des stratégies les plus efficaces pour soutenir l'intégration de la prévention clinique et qui met en lumière un certain nombre de conditions d'efficacité à prendre en compte pour parvenir à des changements durables. Les pratiques liées à la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont été choisies par les milieux cliniques pour faire l'objet d'une amélioration.

Cette recherche visait à développer, expérimenter et apprécier de façon continue une démarche de collaboration, entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques, centrée sur une stratégie d'accompagnement soutenu, soit la facilitation, pour une meilleure intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens. Plus précisément, on souhaitait effectuer le suivi de l'évolution et du changement en se penchant sur :

- les rôles et responsabilités des acteurs régionaux et locaux (DSP, CSSS, milieux cliniques) quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique;
- l'environnement de pratique des cliniciens pour le rendre favorable à l'intégration de la prévention (changement organisationnel);
- les pratiques cliniques préventives elles-mêmes.

La recherche s'est déroulée de janvier 2010 à avril 2012 dans la région de la Capitale-Nationale. Deux groupes de médecine de famille hôtes d'une clinique réseau de Québec (GMF-CRQ), deux CSSS et la DSP y ont pris part. Une recherche-action est apparue indiquée étant donné que les modalités de collaboration étaient à définir entre les différents partenaires.

Les résultats obtenus dans le contexte de cette étude révèlent :

- qu'il est faisable d'adopter une stratégie d'accompagnement soutenu (la facilitation) dans le contexte québécois de soins de première ligne;
- qu'il est possible de modifier des pratiques cliniques, particulièrement celles des infirmières, pour une meilleure intégration de la prévention auprès des patients;
- que la facilitation apparaît comme une stratégie avantageuse pour favoriser l'intégration de telles pratiques;
- qu'un regard sur l'organisation des services, regard pouvant conduire à certaines modifications, est essentiel pour pouvoir soutenir un changement dans les pratiques en prévention;
- que des rôles complémentaires quant au soutien des pratiques cliniques préventives se sont définis en cours de collaboration pour les acteurs des milieux cliniques, des CSSS et de la DSP;
- que le travail d'accompagnement suppose une aide concrète et une présence soutenue, et que ce soutien doit être continu pour parvenir à modifier les pratiques et maintenir les acquis.

Cette démarche a permis de dégager plusieurs apprentissages, comme autant de changements à intégrer dans les pratiques de la santé publique aux niveaux régional et local. Ce qui a été expérimenté apparaît différent de ce qui se fait habituellement et se révèle prometteur pour agir plus efficacement. L'étude offre des pistes de réflexion quant aux rôles complémentaires que peuvent jouer les différents acteurs pour soutenir l'intégration de la prévention clinique. Certains rôles reviennent incontestablement à l'un ou à l'autre, alors que d'autres sont partageables. Quoiqu'il en soit, le soutien à l'égard de l'intégration des pratiques cliniques préventives exige le développement d'un réel partenariat entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques.

INTRODUCTION

Cette recherche-action a permis de développer, d'expérimenter et d'apprécier de façon continue une démarche de collaboration entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques en vue d'améliorer l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens. Il s'agit d'une initiative de la région de la Capitale-Nationale s'inscrivant dans une stratégie globale entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour soutenir l'intégration de la prévention clinique. La présente étude a porté plus précisément sur les pratiques liées à la prévention des ITSS. Elle aurait pu être menée pour d'autres thématiques.

Ce rapport propose une représentation fidèle du processus vécu par les personnes qui ont amorcé la recherche. Il s'adresse aux acteurs de santé publique locaux et régionaux qui souhaitent réfléchir sur leurs pratiques professionnelles et amplifier l'effet de leurs actions auprès des cliniciens. Il présente les grandes étapes d'une démarche de changement des pratiques qui paraît prometteuse, centrée sur une stratégie d'accompagnement soutenu : la facilitation. Il ne constitue pas un guide d'implantation; un travail d'appropriation et d'adaptation au contexte de chaque organisation demeurera toujours nécessaire.

Le présent document expose d'abord les éléments de contexte qui ont mené à l'expérimentation d'une façon différente de travailler avec les milieux cliniques et les CSSS, ainsi que les principales caractéristiques de la démarche de collaboration qui leur a été proposée. La méthodologie de recherche utilisée est par la suite explicitée. La section « Résultats » rend compte des changements observés et de la façon dont ils se sont produits, ainsi que des apprentissages qui se dégagent de l'expérimentation. Dans la section « Discussion », ces apprentissages sont resitués par rapport à certains écrits sur le changement dans les pratiques cliniques. Finalement, la dernière section de ce rapport s'attarde aux conditions critiques pour une meilleure intégration de la prévention clinique et à leur signification pour les acteurs de santé publique.

1. PROBLÉMATIQUE

Contexte

Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d'interventions (dépistage, counseling, immunisation, chimioprophylaxie) accomplies par un clinicien, c'est-à-dire un professionnel de la santé, auprès d'un patient. Elles visent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux¹. De ce fait, elles s'inscrivent autant dans une logique de promotion de la santé que de prévention et de protection². Il est reconnu que les PCP peuvent avoir des effets importants sur l'amélioration de l'état de santé de la population^{1,3}.

Les professionnels de la santé (médecins, infirmières, nutritionnistes, etc.) sont dans une position privilégiée pour faire de la prévention, parce qu'ils représentent pour la population des interlocuteurs crédibles et que plus des deux tiers de celle-ci consultent un médecin annuellement⁴. Les intervenants de santé publique des DSP et des CSSS sont amenés pour leur part à promouvoir et à soutenir l'intégration des PCP reconnues efficaces dans les pratiques des professionnels de la santé des milieux cliniques⁵.

Pertinence

Bien que la perception des patients et des cliniciens à l'égard de la prévention soit positive et que l'efficacité des pratiques cliniques préventives soit démontrée, leur intégration dans la pratique courante des professionnels de la santé demeure un défi⁵. Les barrières qui nuisent à l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens sont bien documentées dans la littérature. Par exemple, le manque de temps constitue la barrière la plus souvent mentionnée par les médecins^{6,7}.

Le travail de soutien des cliniciens par le réseau de la santé publique vise la reconnaissance de ces obstacles ainsi que la détermination et l'implantation des meilleures stratégies pour les surmonter. Jusqu'à présent, les stratégies les plus souvent utilisées pour soutenir les cliniciens dans le changement des pratiques sont la formation ainsi que la production et la distribution d'outils et de bulletins d'information. Toutefois, la littérature met en évidence que les stratégies qui visent uniquement la transmission de connaissances aux cliniciens, lorsqu'elles sont utilisées seules, sont peu efficaces pour parvenir aux changements souhaités⁸. En plus d'agir sur des dimensions propres

-
1. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada, 1994, 1136 p.
 2. Dans les sections qui suivent, le terme *prévention* inclut ces trois types d'interventions.
 3. UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2^e éd. Alexandria, VA : International Medical Publishing, 1996, 933 p.
 4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*. Québec : gouvernement du Québec, 2011, 153 p.
 5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Québec : gouvernement du Québec, 2008, 103 p.
 6. HAYNES, B. et A. HAINES. « Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice », dans *British Medical Journal*. 1998, vol. 317, n° 7153, p. 273-276.
 7. SOTO, J.C. et coll. « Pratiques cliniques préventives et besoins pour leur intégration chez des médecins d'un centre hospitalier universitaire à Montréal », dans *Revue canadienne de santé publique*. 2010, vol. 101, n° 1, p. 65-71.
 8. PROVOST, M.-H. et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

à l'individu (ex. : connaissances, attitudes, croyances), des modifications sur le plan de l'environnement de pratique des cliniciens seraient essentielles à l'adoption et au maintien d'un nouveau comportement.

Selon une revue de la littérature publiée dans les dernières années, les stratégies qui apparaissent les plus efficaces pour amener les professionnels de la santé à intégrer davantage les PCP dans leur pratique quotidienne présentent des caractéristiques particulières. On retient entre autres qu'elles visent à la fois l'individu et l'organisation du travail, qu'elles tiennent compte de l'organisation des services, des éléments qui facilitent ou qui limitent le changement, qu'elles favorisent le travail d'équipe entre les professionnels du milieu clinique et qu'elles misent sur le soutien continu⁹. La facilitation est l'une de ces stratégies. Elle se réalise par l'intermédiaire d'une personne (facilitateur) qui travaille avec les cliniciens et leur équipe dans leur milieu clinique afin de les soutenir dans leur démarche de modification des pratiques. Les particularités propres à chaque milieu sont prises en compte en vue d'adapter l'intervention selon les barrières, les forces et les besoins déterminés. L'accompagnement soutenu constitue l'élément-clé de cette stratégie⁹.

Il se dégage également de cette revue de la littérature six conditions d'efficacité, regroupées sous l'acronyme MAFICO, qui devraient guider les interventions réalisées auprès des cliniciens afin d'en maximiser l'efficacité⁹ :

- *s'assurer de la **Motivation des milieux et la maintenir***, par exemple en engageant les professionnels dans le processus de changement et en ayant des objectifs clairs qui concordent avec les priorités du milieu;
- ***Accompagner les milieux***, soit travailler avec eux pour les soutenir concrètement tout au long de la démarche de changement (de la détermination des objectifs jusqu'à l'évaluation des changements réalisés);
- *faire preuve de **Flexibilité*** par la prise en compte des caractéristiques propres à chaque milieu et l'adaptation de l'intervention selon l'analyse des barrières, des besoins, des ressources disponibles, de la structure organisationnelle, etc.;
- *agir avec **Intensité***, en revenant à la charge à plusieurs reprises, pour la période nécessaire et auprès de l'ensemble du personnel d'un même milieu;
- *viser la **Continuité***, c'est-à-dire assurer la pérennité de l'intervention auprès des cliniciens pour pouvoir atteindre des résultats à long terme;
- *inclure le changement **Organisationnel** dans l'intervention* en allant au-delà du transfert de connaissances, en créant un environnement favorisant la prestation de services préventifs.

L'annexe A présente plus d'information sur les stratégies et les conditions d'efficacité mises en évidence par la revue de la littérature.

Les conclusions de cet ouvrage nous obligent à remettre en question les stratégies couramment utilisées en santé publique pour amener les cliniciens à modifier leur pratique (ex. : formation, matériel éducatif). Ces stratégies nécessitent d'être jumelées à d'autres méthodes. Actuellement, certaines régions du Québec expérimentent divers modèles qui visent à développer l'accompagnement des milieux cliniques par le réseau de la santé publique. Des questionnements demeurent, cependant, en particulier en ce qui a trait à la définition des rôles et des responsabilités des différents acteurs engagés dans le soutien à l'intégration de la prévention clinique.

9. PROVOST, M.-H. et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

Rôles et responsabilités des acteurs quant au soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives

Au cours des dernières années, peu de documents institutionnels ont défini avec précision les rôles et responsabilités des acteurs de chacun des paliers (national, régional et local) quant au soutien à l'intégration des PCP. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* mentionne pour sa part que les DSP ont la responsabilité, de concert avec leurs partenaires locaux, d'offrir un soutien aux milieux cliniques pour que soient intégrées ou optimisées les bonnes pratiques en matière de PCP¹⁰. Qui plus est, la responsabilité populationnelle des CSSS, mis en place en 2004, fait en sorte que ces derniers doivent assurer l'animation et la coordination de leur réseau local de services, incluant les milieux cliniques, afin de répondre aux besoins de la population qu'ils desservent¹¹. Ce nouveau partage des responsabilités entre les différents paliers demande de préciser les rôles des acteurs de la santé au regard de la santé publique en général et des PCP en particulier, de même que leurs mécanismes de collaboration¹⁰. À l'échelle du Québec, les CSSS et les DSP n'ont pas complètement intégré un rôle d'accompagnement étroit des milieux cliniques de leur territoire, qui ont une place en promotion de la santé et en prévention^{12, 13}. La démarche de collaboration présentée ici peut donc aider à mieux préciser les rôles et responsabilités de chacun, de même que leur complémentarité.

Caractéristiques d'une démarche de collaboration entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques

La démarche de collaboration proposée entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques vise une meilleure intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens auprès de leurs patients. Elle découle des enseignements de la revue de la littérature. Il s'agit d'expérimenter une stratégie d'accompagnement soutenu, la facilitation, dans le contexte québécois de soins de première ligne et en tenant compte des conditions d'efficacité (MAFICO). L'accompagnement consiste à travailler directement dans et avec les milieux cliniques, notamment dans l'objectif de comprendre davantage leurs logiques d'action, leurs préoccupations et leurs besoins, puis à y apporter conjointement des réponses appropriées et à soutenir les milieux cliniques dans la mise en œuvre de ces changements¹⁴.

Cette démarche de collaboration repose sur la désignation de cliniciens (médecins et infirmières) qui constituent des agents de changement dans leur milieu. Ils travaillent avec les ressources de santé publique (DSP et CSSS) pour animer leur milieu autour d'une thématique qu'il a priorisée. En effet, le milieu clinique est invité à choisir la thématique sur laquelle il souhaite travailler prioritairement en fonction des besoins de sa clientèle. Le changement des pratiques visé prend la couleur et l'ampleur que les cliniciens veulent lui donner. L'accompagnement est réalisé par des professionnels ayant des connaissances et de l'expérience relatives au processus de changement des pratiques ou en lien avec la thématique retenue.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Québec : gouvernement du Québec, 2008, 103 p.

11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2* [en ligne]. Éditeur officiel du Québec, réf. du 1^{er} décembre 2012, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html.

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Devenir GMF. Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le médecin et son patient*. Québec : gouvernement du Québec, 2003, 72 p.

13. CLAIR, M. et coll. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, 454 p.

14. PROVOST, M.-H. et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

Pour le démarrage de la démarche, il a été convenu que, conformément au désir exprimé par les CSSS concernés, la DSP aurait un rôle plus important sur le plan de l'accompagnement. Étant donné que le rôle des CSSS en regard des PCP en milieux cliniques devait être précisé, des questionnaires des CSSS participants (questionnaires locaux de santé publique et questionnaires responsables des infirmières GMF-CRQ) se sont joints à la DSP dès le début de la démarche afin de contribuer à la définition des rôles. Le rôle initial des CSSS, tout comme celui des autres acteurs, serait appelé à se transformer selon l'évolution de la démarche de collaboration. Celle-ci vise la meilleure complémentarité possible entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques selon leur mission propre et, à plus long terme, en raison de la responsabilité populationnelle des CSSS, à ce que la DSP et les CSSS assurent conjointement cet accompagnement.

Par cette façon de travailler, on souhaite d'abord amener les milieux cliniques à :

- utiliser les ressources de santé publique qui peuvent les soutenir en les informant de l'état de santé de la population de leur territoire ou en leur faisant profiter de l'expertise liée à la thématique retenue (ex. : ITSS, habitudes de vie, influenza, cancer du sein) ou au processus de changement des pratiques;
- utiliser davantage les services disponibles dans les CSSS (ex. : santé mentale, centre d'abandon du tabagisme, soutien à domicile) ainsi que les autres ressources du territoire;
- s'assurer que, dans un même milieu, les pratiques sont cohérentes d'un professionnel à l'autre;
- adapter l'environnement de pratique pour qu'il soit favorable à l'intégration d'actes préventifs auprès des patients.

La démarche de collaboration proposée est appuyée par la littérature sur les stratégies et les conditions d'efficacité pour parvenir à des changements en matière de pratiques cliniques préventives¹⁵, par celle sur les principes de gestion du changement^{16, 17}, ainsi que par les expériences d'autres régions. Cette démarche a de plus été validée par des questionnaires de CSSS, de milieux cliniques et de la DSP, ainsi que par des professionnels de la DSP déjà en interaction avec les milieux cliniques. Ce processus de validation a été l'occasion pour ces acteurs de signifier, le cas échéant, un intérêt pour cette façon différente de travailler.

En résumé, il se dégage qu'une démarche de collaboration centrée sur une stratégie d'accompagnement soutenu, soit la facilitation, peut permettre une plus grande intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens, mais que sa mise en œuvre comporte d'importants défis. Il apparaît donc très pertinent de l'expérimenter.

15. PROVOST, M.-H. et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

16. CROWNOVER, B. « Why did that idea flop? », dans *Family Practice Management*. Sept. 2003, vol. 10, n° 8, p. 39-42.

17. ENDSLEY, S. et coll. « Innovation in practice: 6 ways to harness the power of your ideas », dans *Family Practice Management*. Juin 2005, p. 37-40.

Objectifs de la recherche

Objectif principal :

- Développer, expérimenter et apprécier de façon continue une démarche de collaboration, entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques, centrée sur une stratégie d'accompagnement soutenu, soit la facilitation¹⁸, en vue d'une meilleure intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens auprès de leurs patients.

Objectifs spécifiques :

Plus précisément, il est souhaité d'effectuer le suivi de l'évolution et du changement en se penchant sur :

- les rôles et responsabilités des acteurs régionaux et locaux (DSP, CSSS et milieux cliniques) quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique;
- l'environnement de pratique des cliniciens pour le rendre favorable à l'intégration de la prévention (changement organisationnel);
- les pratiques cliniques préventives elles-mêmes.

18. Dans les sections qui suivent, les termes *accompagnement* et *facilitation* sont utilisés de façon indifférenciée.

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La présente étude s'inscrit dans un contexte où les modalités de collaboration entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques ne sont pas entièrement définies au départ (ex. : rôles et responsabilités des acteurs, thématiques priorisées), ce qui commande une méthodologie qui laisse place à l'émergence d'une façon de faire convenue entre les parties et qui pourrait évoluer dans le temps. Une approche de recherche participative est apparue tout indiquée. Différents éléments ont orienté le choix de la méthodologie vers une recherche-action : le caractère novateur de la démarche proposée pour les acteurs en présence; la nécessaire collaboration entre les partenaires en vue de mieux comprendre à la fois la situation, les problèmes vécus et les solutions perçues; les ajustements continuels souhaités selon les résultats obtenus.

2.1 La recherche-action

La recherche-action vise à relier ce que la recherche classique tend à séparer : la théorie et la pratique. Elle se caractérise en effet par la production d'un savoir qui se développe *dans et par* l'action. Cette intégration de la recherche et de l'action poursuit un double objectif, celui d'engendrer un changement et de nouvelles connaissances scientifiques¹⁹.

La recherche-action est une démarche collective intégrant à la fois une stratégie de recherche et une stratégie d'action, menée par une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle les chercheurs et les acteurs sont engagés dans une relation de collaboration et de concertation afin d'examiner un problème concret qui les préoccupe¹⁹. Puisque les praticiens ont une expertise indéniable du terrain et qu'ils sont les premiers concernés par le changement, la recherche-action exige leur participation pour le diagnostic et la solution du problème²⁰. Elle revêt donc un caractère d'utilité pour le groupe de participants¹⁹.

Le chercheur s'engage aussi directement dans la résolution du problème²¹. En ce sens, la recherche-action requiert du chercheur une intégration et une implication dans le milieu de pratique¹⁹. Cela nécessite une transformation de son rôle, qui prend alors plusieurs formes : participant de recherche, agent de changement et évaluateur du changement²². Le chercheur reconnaît l'autonomie du praticien et respecte son savoir d'expérience en devenant un conseiller, un interrogateur plutôt qu'un transmetteur de savoir ou un directeur de projet¹⁹.

La méthode de recherche-action retenue dans le cadre du présent projet de recherche est celle de Peter Checkland (1981), nommée *Soft-system Methodology*²³, qui distingue l'univers théorique (celui de la recherche) et l'univers effectif (celui de la pratique). La méthodologie proposée par Checkland se déploie dans ces deux univers selon quatre phases qui se répètent en boucles successives pour chaque composante du changement ou selon les besoins (voir la figure 1)²⁴.

19. MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

20. CLAUD, R. et P. LEMAY. « La recherche-action : fondements, pratique et formation. L'actualité de Kurt Lewin », dans *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*. 1992, vol. 7, p. 53-66.

21. DOLBEC, A. et L. PRUD'HOMME. « La recherche-action », dans B. GAUTHIER (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009, p. 531-569.

22. HOLLOWAY, I. et S. WHEELER. *Qualitative Research in Nursing*, 2^e éd. Oxford : Blackwell Publishing, 2002, 292 p.

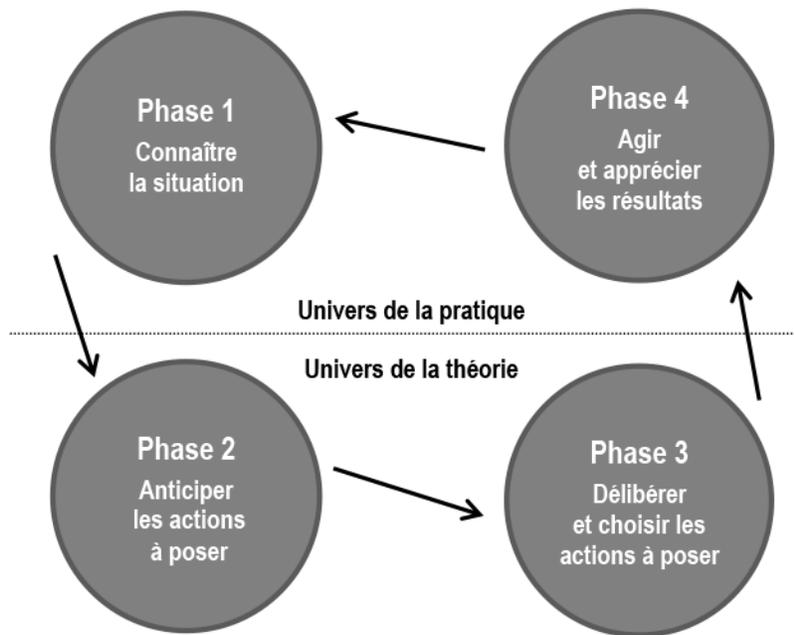
23. CHECKLAND, P.B. *Systems Thinking, Systems Practice*. Londres : Wiley, 1981, 330 p.

24. BARIBEAU, C. *Recherche-action. Document de discussion à l'intention du groupe de soutien sur les pratiques cliniques préventives de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale*. Octobre 2009, 20 p.

Cette méthode de recherche-action permet d'organiser un débat entre les partenaires, où différentes actions sont envisagées, adaptées, puis mises en œuvre afin de trouver une façon satisfaisante de surmonter les défis ciblés^{25, 26, 27}. Ainsi, à sa façon, la méthodologie de Checkland répond aux exigences du changement dans les organisations²⁸. La grande diversité des domaines dans lesquels elle a été expérimentée permet d'affirmer tant sa pertinence que sa flexibilité^{29, 30}.

Checkland propose de juger des actions à entreprendre en fonction de deux critères : la désirabilité et la faisabilité de ces actions pour les acteurs en cause. Dans le contexte de la présente étude, cette méthode engageait chaque milieu clinique à s'inscrire dans un projet de partenariat en choisissant les changements désirables et faisables qu'il souhaitait mettre en œuvre en vue d'améliorer sa propre situation et d'ainsi participer à une meilleure intégration de la prévention dans ses pratiques. Comme toute approche systémique, la méthodologie de Checkland comprend un processus de suivi des actions, qui consiste à analyser les résultats obtenus et à procéder aux réajustements requis à la lumière de cette analyse. L'information ainsi générée permet de mieux orienter les actions ultérieures²⁹. Cette méthodologie était donc tout à fait appropriée pour suivre les différentes étapes de la facilitation.

Figure 1 : Méthodologie de recherche-action retenue



Adaptation de la méthodologie de Peter Checkland, *Soft-system Methodology*²⁹

25. CHECKLAND, P.B. « The emergent properties of SSM in use: A symposium by reflective », dans *Systematic Practice and Action Research*. 2000, vol. 13, p. 799-823.

26. CHECKLAND, P.B. et J. SCHOLLES. *Soft Systems Methodology in Action*. Chichester : Wiley, 1990, 346 p.

27. FLOOD, R.L. « A brief review of Peter B. Checkland's contribution to systemic thinking », dans *Systematic Practice and Action Research*. 2000, vol. 13, p. 723-731.

28. DE CRESCENZO, J.-C. (dir.). *Changement dans les organisations. Tome 2 : communication, négociation et interventions*. Paris : L'Harmattan, 2005, 231 p.

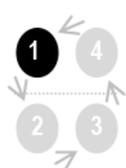
29. BARIBEAU, C. *Recherche-action. Document de discussion à l'intention du groupe de soutien sur les pratiques cliniques préventives de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale*. Octobre 2009, 20 p.

30. HOLWELL, S. « Soft systems methodology: Other voices », dans *Systemic Practice and Action Research*. 2000, vol. 13, n° 6, p. 773-797.

Chacune des phases de la méthodologie retenue est présentée dans l'encadré suivant.

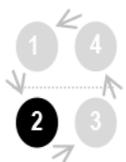
Le processus de la recherche-action selon Checkland

La méthode de recherche-action de Checkland peut être envisagée en quatre phases relativement classiques : perception, anticipation, délibération et action³¹, qui comportent chacune un ensemble d'opérations. Comme l'illustre la figure 1, les première et quatrième phases concernent l'univers de la pratique, alors que les deuxième et troisième phases concernent l'univers théorique. L'univers de la pratique réfère à ces moments où les pratiques sont confrontées, discutées, évaluées en fonction de l'atteinte de certaines cibles, ou encore lorsqu'elles sont mises en œuvre. L'univers théorique, quant à lui, renvoie à une série d'actions où les acteurs prennent connaissance de modèles et de théories, discutent et évaluent la pertinence de différentes solutions à mettre en œuvre pour favoriser l'intégration de changements dans leurs pratiques, puis conviennent de leur propre plan pour améliorer la situation³².



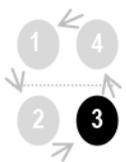
Première phase : Connaître la situation

La première phase consiste à obtenir une vision riche de l'environnement concerné par la situation que l'on souhaite améliorer ou modifier. Il s'agit pour les partenaires de faire le tour de la situation en fonction de leur milieu respectif : Qu'est-ce qui est fait actuellement? Quelles sont les valeurs et croyances personnelles et professionnelles en cause? Qu'est-ce qui pourrait être changé? Quelles sont les personnes qui vont bénéficier du changement? Qui peut décider que le changement envisagé peut être mené? Qui sont les acteurs ou les promoteurs de ce changement? Quelles contraintes et limites pourraient être rencontrées? Le groupe fait consensus sur les améliorations souhaitées et celles à prioriser et énonce les objectifs à atteindre³².



Deuxième phase : Anticiper les actions à poser

Lors de la deuxième phase, les milieux prennent connaissance des fondements théoriques, des recommandations de même que des ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles) disponibles pour réaliser le travail. Ils explorent des pistes d'actions stratégiques. Les moyens et les activités suggérés sont analysés selon les contraintes de chaque milieu et des défis que le groupe veut relever³².



Troisième phase : Délibérer et choisir les actions à poser

La méthodologie de Checkland n'amène pas les milieux à appliquer une formule ou un programme déjà élaboré ou expérimenté ailleurs, mais bien à débattre des différentes options offertes selon la situation réelle, telle qu'ils la vivent. Il s'agit dès lors de mettre en place les moyens et les activités qui sont les plus susceptibles d'améliorer la situation et qui sont désirables et faisables pour eux. C'est à cette phase que le milieu se dote d'un plan où il détermine ce qu'il entend mettre en œuvre, les objectifs, les responsabilités de chacun, l'échéancier retenu, les ressources allouées et les moyens mis en place pour assurer le suivi et l'évaluation du plan³².

31. CHECKLAND, P.B. *Systems Thinking, Systems Practice*. Londres : Wiley, 1981, 330 p.

32. BARIBEAU, C. *Recherche-action. Document de discussion à l'intention du groupe de soutien sur les pratiques cliniques préventives de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale*. Octobre 2009, 20 p.



Quatrième phase : Agir et apprécier les résultats

Après avoir élaboré son plan, le groupe en poursuit la mise en œuvre selon l'échéancier prévu. À partir des indices de mesure qualitatifs et quantitatifs retenus pour apprécier les résultats, il opérationnalise l'instrumentation retenue pour colliger les données et, s'il y a lieu, les analyse en cours de processus. Au terme de la quatrième phase, le groupe explique les échecs ou les réussites et considère leurs effets sur la situation de départ. Il décide des corrections de trajectoire à effectuer pour assurer la continuité des opérations et fait connaître les résultats obtenus à ceux qui pourraient les utiliser³³.

Lors de l'application de chaque étape, on observe, évalue et corrige les actions avant de passer à une autre action³⁴. La recherche-action suppose en effet un souci d'auto-évaluation, c'est-à-dire qu'elle érige et révisé ses concepts à la lumière des données fournies par la pratique³⁵, et ce, jusqu'à satisfaction des parties.

2.2 Les participants

Les milieux cliniques

Des critères d'inclusion ont été définis pour le recrutement des milieux cliniques. Il devait s'agir de milieux motivés (attitude positive du milieu par rapport à la prévention et à l'éventualité d'apporter des changements), comptant plus d'une infirmière et concentrant leurs activités en un seul lieu physique. On souhaitait d'ailleurs recruter parmi ces milieux une unité de médecine familiale (UMF)³⁶, étant donné la mission distincte d'enseignement de ce type de milieu, de même que deux GMF³⁷-CRQ³⁸, en raison du grand bassin de population qu'ils desservent.

33. BARIBEAU, C. *Recherche-action. Document de discussion à l'intention du groupe de soutien sur les pratiques cliniques préventives de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale*. Octobre 2009, 20 p.
34. MORIN, A. *Recherche-action intégrale et participation coopérative. Volume 1 : Méthodologie et études de cas. Volume 2 : Théorie et rédaction du rapport*. Laval : Agence d'Arc, 1992, 222 p. et 201 p., cité dans MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.
35. GUÉNARD, D. « Introduction à la dynamique Lewinienne », dans BARIBEAU, C. (dir.). *La recherche-action : de Kurt Lewin aux pratiques québécoises contemporaines*. Trois-Rivières : Association pour la recherche qualitative, 1992, vol. 7, p. 45-51.
36. Une UMF est une clinique de médecine familiale consacrée prioritairement à la formation des résidents en médecine familiale dans un contexte de soins de première ligne et à la recherche dans cette discipline. Elle contribue aussi à la formation d'étudiants en médecine et dans les autres disciplines de la santé, offre des soins et des services médicaux à une clientèle définie et variée et participe au développement de la discipline professionnelle [DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D'URGENCE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *Cahier du programme de résidence en médecine de famille*. Montréal : Direction du programme, 2012, 132 p.].
37. Un GMF est un regroupement volontaire de 6 à 12 médecins qui offrent des consultations avec et sans rendez-vous pour des patients inscrits (environ 1 500 patients inscrits pour un médecin équivalent à un temps complet). Deux infirmières du CSSS pratiquent au GMF. Les rôles de l'infirmière y sont la prévention, la promotion de la santé, le dépistage, la gestion de cas, la liaison et le suivi systématique [MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Devenir GMF. Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le médecin et son patient*. Québec : gouvernement du Québec, 2003, 72 p.]. Le temps de consultation infirmière y est d'environ 45 à 60 minutes par patient; le temps de consultation médecin, d'environ 15 minutes par patient. Au moment de l'expérimentation, 28 GMF étaient présents dans la région de la Capitale-Nationale. De ce nombre, huit sont GMF-CRQ.
38. Une CRQ est un regroupement volontaire, dans une clinique GMF « hôte », d'au moins 20 médecins provenant de différents milieux et offrant des consultations sans rendez-vous à la clientèle du territoire (bassin de population : 50 000 individus). La CRQ entretient des liens administratifs avec le CSSS du territoire sur lequel elle se situe. Des infirmières du CSSS y pratiquent; leurs rôles sont l'évaluation du patient, l'orientation vers les services appropriés, l'éducation à l'utilisation des services et à l'autosoins, la liaison vers le médecin de famille, la première ligne ou la deuxième ligne, de même que la collaboration à la prise en charge de la clientèle vulnérable sans médecin de famille. Généralement, le patient voit d'abord l'infirmière pour l'évaluation, puis voit le médecin. L'infirmière peut par la suite revoir le patient pour la liaison. Elle peut aussi le libérer, selon sa condition, sans qu'il ait vu un médecin [CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Guide de partenariat en cliniques-réseau Québec (CRQ). Mieux soigner en collaboration!* Québec : CSSS de la Vieille-Capitale, 2008, 27 p.] [AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Inauguration des trois premières cliniques-réseau. Un accès amélioré à des services médicaux de première ligne*. Communiqué de presse. Québec : Agence, 23 mars 2007.]. Le temps de consultation infirmière et médecin est d'environ cinq à huit minutes chacun par patient.

Lors de rencontres avec des médecins responsables de milieux cliniques dans le but d'obtenir leur opinion sur la démarche de collaboration proposée par la DSP, trois d'entre eux ont manifesté d'emblée un intérêt pour ce processus de travail conjoint. Il a donc été convenu de démarrer avec ces milieux, qui respectaient les critères d'inclusion. Il s'agit de deux GMF-CRQ situés sur deux territoires de CSSS et d'une UMF. Entre janvier 2010 et avril 2012, 20 cliniciens, soit des médecins, des infirmières de ces milieux ainsi que les médecins responsables des cliniques, ont collaboré étroitement à un moment ou à un autre à cette démarche. Au total, près de 110 cliniciens (médecins et infirmières) étaient interpellés par le changement des pratiques dans ces milieux.

Un groupe de travail a été créé dans chacun des milieux cliniques. En moyenne, deux à trois infirmières, de même qu'un médecin, ont accepté de prendre part à la démarche dans chaque milieu. En plus des acteurs du milieu clinique, chaque groupe de travail était composé d'un représentant du CSSS du territoire et de professionnelles de la DSP. L'annexe B présente les principaux acteurs engagés dans la démarche.

Les CSSS

Les CSSS des territoires sur lesquels se trouvent les milieux cliniques participants ont été sollicités. Il s'agit de deux CSSS de grande taille, de milieu urbain. Les gestionnaires responsables des infirmières GMF-CRQ et les gestionnaires locaux de santé publique, en particulier, ont participé à la démarche de collaboration. En tout, huit gestionnaires de ces CSSS ont participé à un moment ou à un autre à la démarche durant la période d'observation.

La DSP

Des professionnelles de la DSP ayant des connaissances et de l'expérience relatives au processus de changement des pratiques ou en lien avec la thématique retenue se sont engagées dans le travail de collaboration avec les partenaires. Les gestionnaires des équipes de la DSP concernées ont aussi pris part à la démarche selon les besoins. Enfin, une petite équipe de recherche a chapeauté le tout. Afin que cette étude réponde aux conditions d'application de la recherche-action, à tout moment au cours du processus, l'équipe de recherche comptait au moins une personne de la DSP engagée sur le terrain.

2.3 La collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de janvier 2010 à avril 2012. La majeure partie des données a été colligée par le biais de l'**observation participante**, qui se caractérise par l'insertion de l'observateur dans le milieu³⁹. En effet, au lieu de s'en tenir à une observation « de l'extérieur », la recherche-action valorise plutôt une approche dite « de l'intérieur », où l'observateur est à la fois témoin et acteur de la situation problématique⁴⁰. Ce type d'observation permet d'étudier en profondeur les comportements, la communication non verbale ainsi que l'environnement physique et social dans lequel se déroule l'intervention, et ainsi de recueillir une grande variété de renseignements qui ne seraient pas accessibles autrement⁴¹.

39. MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

40. MORIN, A. *Recherche-action intégrale et participation coopérative. Volume 1 : Méthodologie et études de cas. Volume 2 : Théorie et rédaction du rapport*. Laval : Agence d'Arc, 1992, 222 p. et 201 p., cité dans MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

41. DESROSIERS, H. et coll. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec : gouvernement du Québec, 1998, 130 p.

Lors de chaque rencontre dans les milieux cliniques, tout comme pour celles réalisées avec les gestionnaires de CSSS, un **journal de recherche** a été rempli par une professionnelle de la DSP participant directement à l'intervention. Ces données, consignées par une prise de notes la plus exhaustive possible, sont principalement de nature descriptive. Le journal de recherche a été le principal outil utilisé pour recueillir le point de vue de l'ensemble des acteurs. Ce matériel a ensuite servi à élaborer les comptes rendus et les journaux de bord collectifs, décrits ci-dessous.

- Les notes de terrain ont permis de rédiger des **comptes rendus** à la suite de chacune des rencontres de travail dans les milieux cliniques. Ces comptes rendus témoignent de la démarche réalisée, des points de discussion et des décisions prises par chacun des groupes de travail. Ils représentent de ce fait la perspective des acteurs. Le compte rendu de chaque rencontre a été lu et validé par le groupe de travail concerné lors de la rencontre subséquente. En recherche-action, il importe que le chercheur propose des dispositifs de collecte de données adaptés à la culture des gens avec qui il veut collaborer et qui sont acceptables pour eux⁴². Ainsi, un souci particulier a été porté au fait de ne pas alourdir la tâche des professionnels des milieux cliniques participants. La validation continue des comptes rendus des rencontres par les professionnels des milieux cliniques a été le principal moyen utilisé pour confirmer les données recueillies.
- Les données recueillies dans le journal de recherche ont aussi permis de construire un **journal de bord collectif** pour chacun des trois milieux cliniques et des deux CSSS concernés. Il est dit « collectif » parce qu'il met en commun le matériel disponible dans le journal de recherche et les éléments de discussion de ce matériel par les chercheuses. En effet, tout au long de la démarche, ces journaux ont fait l'objet d'une lecture contrastée par les chercheuses, c'est-à-dire que ces dernières ont bonifié et validé de façon continue l'information recueillie en y ajoutant des pistes de réflexion en vue d'orienter l'action. En plus de rassembler une grande variété de données, telles que la description de la dimension logistique de l'accompagnement (incluant les traces de l'ensemble des contacts informels qui ont lieu tout au long du processus), des informations détaillées sur le déroulement des sessions de travail dans les milieux ainsi que la description des réactions, préoccupations, difficultés, questionnements et enjeux soulevés par les acteurs, ces journaux contiennent également les interrogations, les perceptions et les observations personnelles des chercheuses. Les journaux de bord collectifs permettent de connaître l'histoire de la démarche ainsi que les changements survenus, c'est-à-dire le chemin accompli par les acteurs du début à la fin de la collecte de données.

L'observation participante a été complétée par les techniques suivantes.

- Des **entretiens semi-dirigés** à questions ouvertes ont été réalisés vers la moitié du projet avec neuf gestionnaires (cinq de CSSS, deux de milieux cliniques et deux de la DSP) afin de recueillir leurs perceptions par rapport aux rôles et responsabilités des acteurs quant au soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives. Ces entretiens, réalisés par des personnes qui n'étaient pas engagées directement dans l'intervention, ont duré en moyenne une heure trente et, vu le consentement des participants, ont pu faire l'objet d'un enregistrement audio.
- Pour documenter les pratiques en cours dans les milieux cliniques, une **révision de dossiers médicaux** liés à des consultations ayant eu lieu en 2009 a été réalisée. Pour chacun des milieux cliniques, une trentaine de cas positifs de chlamydia ou de gonorrhée diagnostiqués et déclarés à la DSP ont été ciblés, puis les dossiers ont été analysés. Le **portrait des pratiques cliniques**

42. BARBIER, R. *La recherche-action*. Paris : Anthropos, 1996, 110 p., cité dans MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

habituelles a également été recueilli au début de l'année 2010. Notamment, les infirmières des groupes de travail ont documenté leurs interventions dans certaines situations cliniques prédéfinies et ont validé ces informations auprès de leurs collègues infirmières. Le même exercice a été réalisé auprès de quelques médecins.

- Par ailleurs, quatre **rencontres de discussion avec la professionnelle de la DSP ayant des connaissances et de l'expérience en lien avec la thématique retenue**, en l'occurrence les ITSS, ont été tenues à intervalle régulier afin de recueillir son point de vue. Les discussions portaient sur les retombées positives ou négatives de cette façon de travailler pour elle, sur sa vision de son engagement actuel et futur dans les milieux cliniques, sur sa perception du déroulement de la démarche et sur ses apprentissages.
- Un **portrait global des milieux cliniques** a aussi été dressé en 2011. Cela a permis aux professionnelles de la DSP de compléter les informations déjà disponibles, telles que les services offerts par ces milieux et leurs caractéristiques organisationnelles.
- Par souci de documenter l'effort consenti en ressources humaines pour ce projet d'accompagnement, on a procédé à une **estimation du temps investi** par les acteurs de la DSP dans la démarche de collaboration avec les partenaires. Le temps alloué aux groupes de travail ou aux rencontres bilans par les acteurs des milieux cliniques et des CSSS a également été estimé.
- Enfin, des **rencontres de l'équipe de recherche** ont eu lieu de façon quasi hebdomadaire tout au long de la démarche afin de discuter de son évolution, tant sur le plan de la collaboration avec les partenaires qu'en ce qui a trait au volet méthodologique du projet.

2.4 Le traitement des données

Le fait de recourir à plusieurs sources de données a permis de suivre méthodiquement et de façon continue les changements en vue de mieux comprendre le phénomène à l'étude. Les données recueillies ont principalement fait l'objet d'une analyse qualitative. Ce type d'analyse privilégie le point de vue des acteurs afin de mieux comprendre la réalité⁴³ et se base sur le postulat selon lequel le sens du phénomène examiné se trouve davantage dans la nature de ce qui est dit que dans sa répartition quantitative⁴⁴. Ce processus est cohérent avec la volonté de documenter la logique des acteurs et les ressources dont ils disposent pour agir⁴⁵.

Les journaux de bord collectifs élaborés à partir de l'observation participante ont fait l'objet d'une analyse de contenu, ce qui consiste à classer les divers éléments d'un message dans différentes catégories⁴⁶. L'objectif général de l'analyse de contenu est de déterminer la signification exacte du message présent dans le discours des participants. Le modèle de catégorisation retenu est le modèle par catégories mixtes⁴⁶. En effet, un certain nombre de catégories relatives aux trois objectifs de recherche ont été préétablies et pouvaient se transformer en cours d'analyse, laissant place à l'émergence de nouvelles catégories. Le logiciel QSR NVivo 9 a été utilisé afin de faciliter le classement et la codification des données textuelles.

43. MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

44. L'ÉCUYER, R. *Méthodologies de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec, 1990, 472 p.

45. GIDDENS, A. *La constitution de la société*. Paris : Presses universitaires de France, 1987, 474 p.

46. L'ÉCUYER, R. « L'analyse de contenu : notions et étapes », dans J.P. DESLAURIERS (dir.). *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery : Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 49-65.

Par ailleurs, c'est principalement l'analyse des journaux collectifs – qui rendent compte de façon détaillée de la démarche réalisée dans toutes ses dimensions – qui a permis de suivre l'évolution et le changement sur les plans des rôles et responsabilités des acteurs quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique; de l'environnement de pratique des cliniciens; et des pratiques cliniques préventives elles-mêmes, et d'ainsi répondre aux trois objectifs de la recherche. Les propos tenus lors des entretiens avec les gestionnaires et des rencontres de discussion avec la professionnelle de la DSP ayant des connaissances et de l'expérience en lien avec la thématique retenue, qui ont été résumés et ont fait l'objet d'une brève analyse thématique, sont venus compléter et enrichir ce corpus de données. Des citations ont été relevées du matériel recueilli et sont présentées dans les pages qui suivent pour illustrer les propos des différents acteurs.

La révision de dossiers médicaux et le portrait des pratiques en cours ont permis pour leur part d'obtenir des données quantitatives permettant de documenter l'évolution du changement dans les pratiques cliniques.

2.5 Les critères de scientificité de la démarche

Les critères de scientificité en recherche qualitative sont la crédibilité, la transférabilité, la consistance interne et la fiabilité^{47, 48}. La crédibilité réfère à la validation interne sur le plan de la saisie des données pour s'assurer que les observations sont représentatives de la réalité. Cela a été pris en compte par la triangulation des sources et des méthodes en vue d'éclairer un même aspect et par la soumission, pour corroboration, d'interprétations aux acteurs participant à la démarche. La transférabilité renvoie pour sa part à l'application, même limitée, des résultats à d'autres contextes. Elle a été rendue possible par la description détaillée des participants et du contexte d'intervention. La consistance interne, quant à elle, est l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques. Elle a entre autres été assurée par la description en profondeur et l'utilisation de la rétroaction par les acteurs. Enfin, la fiabilité réfère à l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur. La transparence dans la description de la démarche de recherche et la mise à jour des valeurs sous-jacentes ont permis de prendre en compte ce critère.

Il importe de mentionner qu'en recherche-action, le niveau de rigueur atteint tient de la méthodologie, certes, mais également de la capacité d'apprendre des acteurs en présence, ce qui suppose une description opérationnelle de ce qui a été vécu⁴⁹. Les critères d'ordre scientifique dans ce type de recherche sont aussi étroitement liés aux critères d'ordre éthique⁴⁷.

47. GOHIER, C. « De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative », dans *Recherches qualitatives*. 2004, vol. 24, p. 3-17.

48. DRAPEAU, M. « Les critères de scientificité en recherche qualitative », dans *Pratiques psychologiques*. 2004, vol. 10, p. 79-86.

49. CLAUX, R. et P. LEMAY. « La recherche-action : fondements, pratique et formation. L'actualité de Kurt Lewin », dans *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*. 1992, vol. 7, p. 53-66.

2.6 Les considérations éthiques

La recherche-action comporte des critères d'ordre éthique qui sont directement liés au caractère participatif de l'intervention (ex. : respect des valeurs et des principes démocratiques et inclusion des participants dans la recherche)^{50, 51}. Ainsi, pour aller dans le sens d'une intervention éthique, il est nécessaire :

- que toutes les étapes du projet et ses objectifs soient expliqués et compris par les parties prenantes;
- que l'intervention proposée soit pertinente et susceptible d'amener des bénéfices aux cliniciens et aux patients;
- que la démarche et tous les outils utilisés ne portent aucun préjudice au fonctionnement du milieu clinique (ex. : surcharge de travail induite) ou à l'accessibilité et à la qualité des services aux patients;
- que l'intervention vise des apprentissages chez les participants de manière à induire une prise de conscience et un désir d'action, de changement;
- que ce soient les intervenants et leurs gestionnaires qui participent (et non des patients), et que ces personnes ne soient pas consultées sur des aspects personnels, mais sur leurs perceptions du travail en collaboration;
- qu'un consentement verbal soit obtenu de la part des participants pour que les informations fournies soient utilisées;
- que les chercheurs donnent régulièrement aux parties prenantes une rétroaction concernant les progrès ou l'absence de progrès et, le cas échéant, proposent des ajustements;
- que le processus rende et tienne compte des différents points de vue et des valeurs sous-jacentes;
- qu'un mécanisme de consultation soit mis en place pour que les parties prenantes soient satisfaites du rapport final et de la diffusion qui en sera faite.

50. GOHIER, C. « De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative », dans *Recherches qualitatives*. 2004, vol. 24, p. 3-17.

51. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, UNITÉ DE L'ÉTHIQUE. *Note de clarification relative aux compétences matérielle et territoriale des comités d'éthique de la recherche*. Québec : gouvernement du Québec, 2007, 13 p.

3. RÉSULTATS

Les résultats portent sur les données recueillies entre janvier 2010 et avril 2012. Ils rendent compte du chemin emprunté pour parvenir à changer les pratiques cliniques préventives et de la façon dont ces changements ont été intégrés à partir des ressources en place. Les résultats sont présentés selon quatre sections : un résumé du déroulement de la démarche de changement des pratiques (La petite histoire), les changements observés, les ressources investies pour le travail en collaboration, puis les apprentissages qui en découlent.

3.1 La petite histoire

Il était une fois...

Tout a commencé lorsque quelques personnes d'une direction de santé publique, préoccupées par l'effet de leur travail auprès des cliniciens, ont proposé une nouvelle façon de collaborer avec ces derniers pour favoriser une meilleure intégration de la prévention dans leurs pratiques. Cette idée émergeait d'une réflexion sur les limites de leurs méthodes d'intervention habituelles (telles que la formation et la distribution de dépliants et de guides de pratique), mais également des enseignements tirés de la littérature sur les meilleures stratégies pour soutenir l'intégration de la prévention dans les milieux cliniques et sur leurs conditions d'efficacité⁵².

La stratégie choisie, la facilitation, n'avait alors qu'une seule prémisse : accompagner directement des milieux cliniques pour traiter des objets de prévention pertinents qui intéressent toutes les parties prenantes, et ce, en respectant le contexte de travail des uns et des autres. Le reste serait à construire ensemble.

Voici les grandes lignes de cette histoire d'un rapprochement entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques de leur territoire. Pour faciliter la narration, les grands chapitres de cette histoire sont racontés ici de façon séquentielle mais, dans les faits, ils se sont chevauchés et parfois même répétés, selon les besoins. Le lecteur est invité à imaginer plutôt un ensemble de boucles successives, reprenant plus ou moins chacun des éléments des différents chapitres.

PROLOGUE

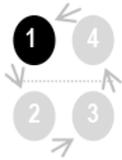
Demander la « permission » à tous les acteurs concernés afin de se faire ouvrir la porte (cela peut éviter de se la faire montrer!)

Les milieux cliniques que l'on souhaitait interpeller étaient liés à plus d'une organisation, dont les CSSS. La complexité du système de santé s'est donc reflétée dans la démarche puisque, pour chacun des milieux cliniques, des rencontres ont dû être tenues pour :

- obtenir l'accord du CSSS pour libérer et faire participer les infirmières du GMF-CRQ (ces infirmières relèvent administrativement du CSSS);
- obtenir l'accord du médecin responsable de la clinique;
- établir un contact avec tous les professionnels de la clinique pour prendre le pouls (obtenir l'accord de quelques professionnels [infirmières et médecins] s'est avéré plus réaliste);
- obtenir l'accord des coordonnateurs des équipes de la DSP concernées. L'accompagnement de la DSP s'exprime de deux façons : par l'animation du processus de changement des pratiques et par la mise à profit des connaissances et de l'expérience relatives à la thématique retenue par les milieux cliniques. Ces volets sont portés par des personnes provenant d'équipes différentes.

52. PROVOST, M.-H. et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

Au moment de se présenter dans les milieux cliniques, il y avait une certaine nervosité dans l'air : c'était la première fois que des représentants de la DSP rencontraient d'autres intervenants simplement pour leur dire « Nous voulons travailler avec vous. » Pas de plan d'action, pas de programme, pas de thématique établie, pas de dépliant, pas de grilles, pas d'argent; uniquement la volonté de mieux travailler ensemble. Si les intervenants de la DSP se sentaient « tout nus », les interlocuteurs des milieux cliniques, eux, se sont montrés étonnés et quelque peu désarçonnés, mais enthousiastes. Trois portes se sont entrouvertes!



CHAPITRE 1

Décider quelle thématique représente un intérêt pour tous et apprécier les façons de faire habituelles

L'approche ascendante (*bottom-up*) préconisée fait en sorte que même la thématique sur laquelle le travail allait être réalisé a été établie conjointement avec les milieux cliniques. Choisir une thématique, c'est affirmer du même souffle que l'on peut s'améliorer, de part et d'autre. Un regard critique sur la situation qui prévaut est essentiel. D'où partons-nous? Pour y arriver, il a été nécessaire de :

- choisir avec les milieux cliniques la thématique sur laquelle ils souhaitaient travailler et pour laquelle la DSP avait quelque chose à offrir. Dans deux milieux, la thématique des ITSS a rapidement été retenue. Les responsables et les infirmières de ces milieux affirmaient voir beaucoup de cas dans le contexte de consultations sans rendez-vous (c'est-à-dire en CRQ) et avaient conscience que leurs pratiques habituelles n'étaient pas optimales. Dans le troisième milieu, la thématique des habitudes de vie semblait en rallier plusieurs;
- désigner les cliniciens qui seraient les premiers interlocuteurs pour comprendre les façons de faire habituelles à l'égard de ces thématiques, c'est-à-dire les personnes avec qui on échangerait et qui décriraient et expliqueraient ce qu'elles faisaient déjà au regard de la thématique retenue;
- associer les CSSS à cette démarche même si, au départ, ils désiraient plutôt en être observateurs. Les CSSS ont contribué en aidant la DSP à saisir la réalité et le contexte du rôle infirmier en CRQ;
- déterminer les barrières rencontrées dans la pratique des cliniciens ainsi que ce qui leur donnerait confiance et les encouragerait à agir différemment;
- documenter suffisamment la pratique habituelle pour mieux comprendre où en étaient les cliniciens. Cela s'est fait avec les moyens disponibles et en s'appuyant sur l'expérience des professionnels (puisque les systèmes d'information sur les données de la clientèle étaient plus ou moins accessibles, des questions ont été posées aux cliniciens);
- mieux se comprendre. L'échange qui s'est engagé a fait ressortir les différences et les incompréhensions mutuelles qu'il fallait dissiper (ex. : diagnostic d'une ITSS versus dépistage d'une ITSS⁵³). On pensait se comprendre, mais on a constaté que certains éléments nous échappaient parfois ou qu'on les avait mal saisis;

53. Les tests diagnostiques s'appliquent aux ITSS pour lesquelles le patient est symptomatique. Les tests de dépistage s'appliquent aux ITSS pour lesquelles le patient est asymptomatique.

- reprendre chaque fois là où on était rendus la dernière fois... et la dernière fois c'était il y a un mois, parfois même plus. Le temps que les cliniciens avaient à consacrer à la démarche était limité, les échanges étaient parfois très rapides. Il a donc été nécessaire de se donner des outils pour raviver la mémoire du groupe, de garder des traces des décisions prises et des suivis à faire (des comptes rendus succincts, des listes de choses à faire, etc.). Les professionnelles de la DSP ont également dû se réserver du temps entre les rencontres pour anticiper les actions à poser et les questions à aborder d'une rencontre à l'autre. Ce rôle de consignation et d'animation des rencontres assumé par la DSP était absolument essentiel.

Dans ce premier chapitre de l'histoire, on a appris à travailler ensemble dans le respect mutuel et à bâtir une relation de confiance. On a également réalisé qu'on devait s'accorder du temps pour en arriver à établir une zone où la collaboration représenterait une valeur ajoutée pour tous. Les questionnements étaient nombreux : Est-ce qu'on peut faire quelque chose ensemble? Par où commence-t-on? Avec qui?

Dans l'un des milieux, la réponse à ces questions s'est avérée négative. Les attentes de part et d'autre étaient difficiles à concilier, notamment pour des raisons organisationnelles (ex. : réorganisation, départs) et de priorités cliniques. Force a été de constater qu'il était possible que, pour différentes raisons légitimes, un milieu ne soit pas prêt à participer à une telle démarche et qu'on doive s'en retirer, ce qui s'est fait dans un climat de bonne entente mutuelle. Ce n'était que partie remise.

Les interlocuteurs des deux autres milieux cliniques sont graduellement passés d'une écoute polie, doublée d'un sentiment qu'ils ne pourraient pas faire grand-chose de plus que ce qu'ils faisaient déjà, à une ouverture, un intérêt grandissant pour la démarche, et surtout à un certain plaisir de se revoir et de travailler ensemble. Dans les milieux cliniques, ce sont les infirmières qui ont été les plus actives pour faire progresser la démarche. Les CSSS ont également perçu dans cette façon de travailler une valeur ajoutée pour les infirmières. Ils ont accepté de les libérer pour qu'elles participent aux rencontres de travail et souhaitaient faciliter la réalisation de leurs tâches et de leurs rôles. Ils donnaient ainsi leur accord quant à l'alignement de la démarche, et ce, de façon continue.



CHAPITRE 2

Qu'est-ce qui est écrit dans les grands livres?

Ce chapitre de l'histoire commence avec un *zoom* sur la tablette de la fenêtre du bureau du médecin ou de l'infirmière des milieux cliniques. On y trouve plusieurs guides de pratique en ITSS, tant pour la prévention que pour le traitement des patients. Ils sont beaux, bien faits et très complets, mais il est impossible que toute l'information nécessaire soit comprise, digérée et adaptée à la pratique et à la clientèle de chacun, ce qui complique le rôle du médecin ou de l'infirmière. Un « dégrossissement » de la tâche prescrite apparaissait donc nécessaire. Pour ce faire, il a été convenu de :

- documenter ce qui devrait être fait dans un monde idéal, selon les guides de pratique;
- décortiquer les recommandations et choisir les situations cliniques les plus appropriées pour débiter dans le contexte de travail des cliniques médicales;
- répondre aux questions et aux préoccupations des interlocuteurs des milieux cliniques, ce qui inclut, par exemple, de rappeler la logique qui sous-tend les instructions des guides, de prendre en compte l'inconfort légitime des infirmières avec certaines questions sur les facteurs de risque et de simplifier les messages et les questions. Les préoccupations des intervenants de la DSP devaient aussi être prises en compte (ex. : Comment se font les références des patients dans telle ou telle situation clinique? Comment se fait le transfert des informations?), tout comme celles des personnes en situation de gestion (ex. : Combien de temps cela prendra-t-il aux infirmières?);

- répondre à la demande de formation des milieux cliniques (en offrant la formation sur les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec aux infirmières et une formation sur mesure aux médecins pour mieux répondre à leurs besoins). À la suite de la formation des infirmières, un retour avec les professionnelles de la DSP s'est avéré nécessaire pour clarifier, choisir et adapter les contenus les plus pertinents pour commencer. Une formation sur l'entretien motivationnel s'imposait également pour la réalisation d'interventions brèves auprès des patients.

À ce stade de l'histoire, l'intérêt était plus soutenu et les difficultés rencontrées pour « coller » à la pratique idéale ont pu être soulevées par l'un et l'autre sans peur de jugement. On en est arrivé au constat que la formation était essentielle, mais qu'elle serait également nettement insuffisante. Dans ce cas précis, les difficultés qui freinaient les changements dans la pratique n'étaient causées qu'en partie par le manque de connaissances. Pour surmonter ces difficultés, telles que la détermination des corridors de services en fonction de l'évaluation du risque d'ITSS, des démarches complémentaires étaient nécessaires et faisaient appel à des acteurs externes, très nombreux par moments.

CHAPITRE 3

Qu'est-ce qui pourrait être expérimenté dans un premier temps : on serait content si...?

À cette étape, le but était de cerner l'objet du travail, ce qui doit s'insérer dans la logique du cheminement du patient dans la clinique et tenir compte des fonctions de l'infirmière dans les CRQ, telles que l'évaluation et la liaison. Dans une CRQ, le patient rencontre d'abord l'infirmière. Le premier objet de travail était donc l'identification, par l'infirmière, des facteurs de risque chez les patients symptomatiques qui se présentent pour une consultation sans rendez-vous. On souhaitait parvenir, lors de l'évaluation du patient, à lui poser quelques questions, « les plus payantes » d'un point de vue de prévention des ITSS, et ce, dans les 5 à 10 minutes allouées à ce type de consultation. Un bref questionnaire a donc été élaboré par les professionnelles de la DSP en collaboration avec les cliniciens, puis testé dans la pratique. En somme, il fallait :

- que les cliniciens s'approprient les questions sur les facteurs de risque et les reformulent au besoin;
- préciser ensemble quelle était la clientèle visée (ex. : patients symptomatiques);
- préciser dans quel contexte de pratique les questions allaient être posées (ex. : consultations sans rendez-vous en CRQ);
- préciser le moment de l'épisode de soins où le questionnaire serait utilisé (ex. : lors de l'évaluation du patient);
- préciser la façon de procéder en fonction des réponses aux différentes questions (ex. : on s'en occupe sur place ou on dirige le patient vers les ressources appropriées).

Des rencontres ont été nécessaires pour :

- discuter et clarifier davantage la pratique habituelle et ses limites;
- négocier une partance, c'est-à-dire une pratique minimale à implanter pour débiter (on serait content si on faisait au moins cela).

Les CSSS s'investissaient de plus en plus dans la prise de décisions : ils veillaient à ce que les nouvelles pratiques demeurent dans les limites des tâches professionnelles des infirmières et à ce que celles-ci aient les compétences pour les réaliser. Ils étaient davantage parties prenantes de la démarche.

La maturité du groupe et l'atmosphère de travail ont donné lieu à des discussions parfois échevelées et permettaient de se tromper et de se rajuster au besoin. Un point est enfin arrivé où l'on a décidé de tester un aspect de la pratique, les infirmières des milieux cliniques se sentaient prêtes à se lancer. Elles prenaient d'ailleurs de plus en plus d'initiatives, et ce sont elles qui ont présenté la démarche aux médecins de leur clinique, soutenues par le responsable médical. Leur rôle de pont auprès de leurs collègues infirmières et médecins a entre autres permis de recueillir le point de vue de ces derniers.



CHAPITRE 4

Évaluer, s'ajuster et consolider

Tout au long de la démarche de collaboration, le groupe a ajusté le tir et construit petit à petit sur ce qui fonctionnait. Les écueils ont été reconnus, les obstacles ont été levés, lorsque c'était possible, et les succès et avancées ont été soulignés. Le travail offrait aux cliniciens de nombreuses occasions de mettre à profit la nouvelle façon de faire, c'est-à-dire de rendre le geste systématique (ex. : utiliser le bref questionnaire de recherche de facteurs de risque chaque fois que le contexte de consultation s'y prêtait).

Cette partie de l'histoire confirme entre autres que le « diable est dans les détails ». La systématisation du geste professionnel est tributaire d'un fonctionnement facilité au quotidien. Cela dit, l'organisation du travail repose sur une succession de tâches qui comportent parfois des irritants, des contraintes; si ces dernières ne sont pas amoindries, la motivation s'épuise, la pratique innovante laisse place à la routine antérieure.

ÉPILOGUE

Après 28 mois de collaboration, des indications suggèrent que le changement est bel et bien amorcé. Des modifications ont été apportées à la pratique des infirmières, et le travail se poursuit avec les médecins afin de préciser leur contribution.

Ces avancées demeurent toutefois fragiles. Le changement des pratiques repose encore surtout sur une partie des acteurs en cause : les infirmières des milieux cliniques, les quelques gestionnaires de CSSS associés et les ressources de la DSP qui réalisent l'accompagnement. Si la volonté des milieux cliniques à devenir les plus autonomes possible est manifeste, les infirmières souhaitent malgré tout pouvoir continuer à joindre une personne-ressource qui puisse répondre à leurs questions et valider leurs interventions ayant trait à la thématique des ITSS. Les CSSS perçoivent quant à eux l'opportunité d'exporter les nouvelles pratiques développées dans d'autres milieux cliniques de leur territoire. Finalement, tant les acteurs de la DSP qui sont engagés dans la démarche que ceux des CSSS et des milieux cliniques perçoivent cette façon de travailler comme une nouvelle forme de partenariat désirable et faisable.

Résumé de la chronologie des événements

- **AN 1** De façon générale, la première année de la démarche a été caractérisée par la prise de contact avec les milieux cliniques et les CSSS, le développement d'un sentiment de confiance mutuel, l'acquisition par les cliniciens des connaissances relatives à la thématique retenue (notamment par la formation) et la prise en compte de l'organisation des services en place. C'est également lors de cette période que le choix des changements à mettre en place a été fait. Il y a alors eu amorce, dans la pratique des infirmières, de l'application d'un bref questionnaire de recherche de facteurs de risque d'ITSS et de la référence des patients vers les ressources appropriées.
 - AN 2** La deuxième année de collaboration a principalement été centrée sur la mise en place des éléments requis pour le démarrage des nouvelles pratiques, tels que le développement ou l'adaptation d'outils de travail, la présentation de la démarche aux médecins de la clinique, la clarification des rôles de l'infirmière et du médecin dans l'épisode de soins et l'application des actions ciblées pour faciliter les trajectoires de services.
 - AN 3** C'est au début de la troisième année que l'on a réellement assisté à l'implantation des pratiques retenues dans les milieux cliniques, telles que le dépistage par les infirmières. Cette période a aussi été marquée par une amélioration des corridors de services ainsi que par des actions concrètes pour stimuler l'engagement des médecins.
- Le travail de soutien par la DSP et les CSSS se poursuit au-delà de la période de collecte des données pour la présente étude. Un des CSSS amorce également l'exportation, adaptée, des nouvelles pratiques dans d'autres milieux cliniques de son territoire. Cela se fait avec la collaboration de la DSP.

3.2 Les changements observés

Les données recueillies amènent certains constats quant à l'évolution et au changement sur les plans :

- des rôles et responsabilités des acteurs en matière de soutien à l'intégration de la prévention clinique;
- de l'environnement de pratique des cliniciens pour le rendre favorable à l'intégration de la prévention (changement organisationnel);
- des pratiques cliniques préventives elles-mêmes.

3.2.1 L'évolution des rôles et responsabilités des acteurs quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique

La démarche de collaboration a aidé à préciser les rôles et responsabilités de chacun des partenaires (DSP, CSSS, milieu clinique) relativement à l'intégration de la prévention clinique. Le changement dans les pratiques touche ces trois partenaires. Le travail réalisé a également permis d'entrevoir la vision des acteurs quant à leurs rôles et responsabilités au regard du soutien à l'intégration des PCP, au-delà de la recherche-action.

Les acteurs des milieux cliniques

Les professionnels des milieux cliniques associés au travail de collaboration sont au cœur de la démarche et constituent les principaux agents de changement pour leur milieu. Il s'agit des médecins responsables des milieux cliniques, ainsi que d'infirmières et de médecins de ces milieux qui prennent part au groupe de travail créé dans leur clinique.

Les **médecins responsables des milieux cliniques** ont un rôle important pour ouvrir la porte à un nouveau projet et en suivre l'évolution. Non seulement ils donnent leur accord, mais ils transmettent également leur vision des changements souhaités. Ces personnes peuvent amener des solutions à certains problèmes rencontrés, notamment lorsqu'ils ont trait à l'organisation et au fonctionnement de la clinique. Le maintien d'un lien étroit tout au long de la démarche de collaboration entre les professionnelles de la DSP et les médecins responsables des cliniques (rencontres de suivi, participation ponctuelle aux rencontres du groupe de travail, contacts téléphoniques et par courrier électronique) apparaît essentiel. Dans la démarche à l'étude, les médecins responsables ont participé aux discussions, aux prises de décisions et à l'alignement de la démarche. Leur engagement était d'ailleurs demandé par les infirmières.

Les **infirmières des milieux cliniques qui participent aux groupes de travail** sont certainement les pivots assurant le bon déroulement de la démarche dans leur milieu clinique. On profite de leurs connaissances et de leur expérience au regard du fonctionnement de la clinique, du rôle de l'infirmière dans une clinique, de leurs pratiques en prévention et de celles concernant la thématique retenue, de la clientèle de la clinique, de leurs besoins et préoccupations, de leurs perceptions des besoins et préoccupations de leurs collègues infirmières et médecins, de leurs relations avec le CSSS, etc. Elles représentent en quelque sorte un carrefour d'information, mais agissent aussi beaucoup sur le plan opérationnel pour faire avancer le projet. Elles participent activement au développement et à l'alignement de la démarche, puisqu'elles servent de guides en ce qui concerne le choix des actions à poser. Elles servent de modèles pour leurs collègues et donnent de la rétroaction au groupe de travail en vue d'amener les ajustements nécessaires. Elles collaborent aussi aux démarches visant à faciliter les trajectoires de services nécessaires pour répondre aux besoins du patient.

Le rôle des infirmières est fondamental dans le cadre du projet. Ce sont elles qui effectuent le premier contact avec le patient en CRQ. Les infirmières sont des moteurs [du changement] de par leur volonté de prendre davantage d'espace.

– Médecin responsable, milieu clinique

Ce sont les infirmières qui « battent le sentier », qui portent le projet.

– Professionnelle de contenu, DSP

Par ailleurs, davantage d'initiatives sont prises par les infirmières des groupes de travail au fur et à mesure que la collaboration se développe. Les infirmières deviennent parties prenantes de la démarche et agentes de changement. Elles ont ainsi un rôle de plus en plus actif dans la collaboration. La démarche a un effet sur leur motivation et leur leadership, notamment, puisqu'elle permet aux infirmières d'assumer un rôle pivot pour les personnes à risque d'ITSS. Les liens développés avec les infirmières sont très facilitants et essentiels pour faire vivre un réel partenariat. Leur apport est précieux et indispensable.

Les **médecins des milieux cliniques qui contribuent aux groupes de travail** participent, en collaboration étroite avec les infirmières, au développement des nouvelles pratiques, à la documentation de la pratique médicale habituelle, à la présentation de la démarche aux médecins de la clinique et aux travaux visant à faciliter les trajectoires de services. La présence d'un médecin dans le groupe de travail permet d'obtenir une vision médicale complémentaire à celle de l'infirmière.

Les **autres collègues médecins et infirmières des milieux cliniques** participent indirectement au développement des nouvelles pratiques par l'intermédiaire des cliniciens qui prennent part aux groupes de travail, par exemple en testant et en fournissant une rétroaction quant aux actions entreprises ou aux outils développés.

Les acteurs des CSSS

Au début de l'expérimentation, les gestionnaires de CSSS sollicités, particulièrement les gestionnaires locaux de santé publique et ceux responsables des infirmières, demandaient à être informés de façon régulière de l'avancement de la démarche. Ils ne souhaitaient pas nécessairement s'investir davantage, se plaçant plutôt comme observateurs externes. Leur participation a grandement évolué au cours du processus de collaboration.

Les **gestionnaires responsables des infirmières** se sont positionnés d'emblée comme gardiens du rôle des infirmières pour s'assurer que les changements proposés sont conformes aux tâches professionnelles établies et qu'ils correspondent à leur champ de compétences. Puis, par leur participation au groupe de travail dans le milieu clinique, ils sont progressivement passés à un rôle plus proactif dans l'instauration d'une nouvelle façon de travailler pour les infirmières. Leur présence a permis entre autres à la DSP de mieux connaître la réalité et le contexte du rôle infirmier dans les GMF et les CRQ. Ces gestionnaires ont ainsi rapporté avoir des responsabilités en ce qui a trait à la protection et à l'enrichissement du rôle des infirmières, à la valorisation de ces dernières et à l'équité entre elles sur un même territoire. Au cours du processus, ils ont exprimé leurs préoccupations pour l'ensemble des milieux cliniques de leur territoire. Par exemple, l'un d'eux a dit souhaiter standardiser la pratique infirmière dans tous les milieux cliniques où cela s'avère pertinent en s'engageant dans l'exportation de ce qui a été développé.

Lorsque des projets ont des effets sur la pratique des infirmières, il est intéressant que le CSSS ait son mot à dire.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Par ailleurs, puisque l'accès aux services et la continuité de ces derniers font partie intégrante de la responsabilité populationnelle que détiennent les CSSS, les **gestionnaires locaux de santé publique** ont fait connaître l'offre de services de leur CSSS en lien avec la thématique retenue par les milieux cliniques et ont énoncé leur rôle pour favoriser l'accessibilité à ces services. Les CSSS ont ainsi collaboré à la recherche de solutions et à la mise en place de conditions favorables pour la démarche de changement des pratiques, principalement pour préciser les meilleures modalités afin de faciliter la référence des patients vers certains services déjà offerts par les CSSS. Il en est de même de la référence des CSSS vers les CRQ.

Plus à même de mesurer les répercussions de la démarche sur les CSSS et leurs ressources, les gestionnaires souhaitent désormais y être associés dès le début, même ceux qui initialement ne voyaient pas l'apport qu'ils pouvaient y amener. Ils sont à même d'anticiper ce que la mise en place d'une pratique préventive dans un milieu engendrera comme besoins, notamment quant à l'organisation

des trajectoires de services lorsqu'il est question de dépistage et de la référence des patients vers la deuxième ligne. La démarche actuelle associant la DSP et les CSSS à l'intérieur d'un groupe de travail en milieu clinique est donc souhaitée pour le développement d'une nouvelle pratique préventive. Les gestionnaires responsables des infirmières demandent d'ailleurs de pouvoir collaborer à la définition des priorités en matière d'intégration de la prévention dans les pratiques des infirmières travaillant en milieux cliniques.

Quant à l'exportation des pratiques développées vers d'autres milieux cliniques, les CSSS pensent pouvoir y jouer un rôle. Selon eux, les infirmières des deux milieux cliniques ayant intégré les nouvelles pratiques devraient être mises à contribution pour soutenir leurs collègues infirmières de ces autres milieux. La DSP se positionnerait alors en soutien à ce rôle des CSSS, qui demeure à définir.

Les acteurs de la DSP

Des professionnelles de la DSP ayant des connaissances et de l'expérience respectivement sur le plan de la thématique retenue et sur le plan du processus de changement des pratiques (ci-dessous appelées professionnelle de contenu et professionnelles en soutien au processus de changement des pratiques) se sont investies dans la démarche de collaboration.

La **professionnelle de contenu de la DSP** représente une force indéniable, tant par sa connaissance des ITSS que par sa connaissance du réseau et son expérience clinique. Son travail à la DSP l'amène à être régulièrement en contact avec les cliniciens. Elle donne un caractère pratique et concret à la théorie, qu'elle présente de façon simplifiée. Elle en retire une très grande crédibilité et offre un soutien précieux aux infirmières qui se « lancent » en répondant à leurs préoccupations cliniques lors des rencontres de travail et entre les rencontres. Elle est très disponible et rassurante pour elles. D'ailleurs, l'ensemble des acteurs convient que la collaboration d'une professionnelle de contenu de la DSP est indispensable dans la démarche actuelle. Il est probable que son rôle ira en s'estompant au fur et à mesure que les cliniciens prendront de l'assurance. Les infirmières expriment le désir que cette ressource puisse être jointe après la phase de développement des nouvelles pratiques, selon les besoins des cliniciens, en vue d'assurer le maintien des changements.

Les **professionnelles de la DSP qui travaillent à soutenir le processus de changement des pratiques** jouent également un rôle de premier plan. En collaboration avec la professionnelle de contenu, elles incarnent ce que la facilitation signifie, indépendamment de la thématique choisie. Elles aident à recentrer les échanges sur la situation qui prévaut (d'où part-on?), sur les besoins et les attentes des cliniciens, puis à adapter le travail à leur réalité. Elles animent un processus de négociation permettant d'établir et de retenir ce qui est désirable et faisable et assument un rôle central d'animation des rencontres et de détermination des contraintes et des facteurs qui favorisent le changement. Leurs efforts contribuent à développer une vision d'ensemble, commune à tous les acteurs, de ce qu'il y a à faire, puis à garder le cap vers l'objectif établi collectivement. Ce travail d'accompagnement représente une aide concrète et une présence importante dans les milieux.

La professionnelle de contenu de la DSP assume donc ses rôles en étroite collaboration avec les professionnelles de la DSP qui travaillent davantage à soutenir le processus de changement des pratiques. La complémentarité de leurs rôles et compétences permet à ces deux types de professionnelles d'échanger et de confronter leurs façons de voir, puis de se partager les tâches.

La présence et la participation de la DSP ont été décrites par les partenaires comme utiles et souhaitables pour le soutien scientifique, tant sur le plan de la thématique retenue que sur le plan du processus de changement des pratiques. L'accompagnement, par le travail de proximité, permet notamment de mettre à profit le rôle-conseil de la DSP. Lorsque les nouvelles pratiques sont

implantées dans un milieu, la DSP continue de soutenir ces changements en répondant aux questions, en proposant des ajustements et en apportant de l'aide au besoin. Puis elle soutient les CSSS pour l'exportation des pratiques développées vers d'autres milieux. Les acteurs conviennent par ailleurs que pour toute nouvelle thématique, cette façon de travailler doit être reproduite.

La DSP a intérêt à aller sur le terrain avec les gens et un représentant du CSSS, car elle est parfois méconnue des acteurs œuvrant dans les milieux cliniques.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Principaux constats liés à l'évolution des rôles et responsabilités des acteurs quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique

- Au départ, il y avait peu de travail de proximité entre les milieux cliniques, les CSSS et la DSP en matière de prévention clinique.
- Des rôles complémentaires des acteurs des milieux cliniques, des CSSS et de la DSP se sont définis en cours de collaboration. La clarification de ces rôles a été rendue possible grâce à une meilleure connaissance, par tous, des mandats et responsabilités de chacun.
- On distingue deux grandes phases pour le déploiement des pratiques cliniques préventives :
 - le développement de la pratique, c'est-à-dire l'adaptation des guides de pratique à la réalité clinique et l'instrumentation des cliniciens pour l'intégration d'une PCP, puis pour son maintien;
 - l'exportation de la PCP, c'est-à-dire l'appropriation par d'autres milieux cliniques de ce qui a été développé.
- En ce qui a trait au développement d'une pratique clinique préventive, il a été observé que :
 - les PCP en milieux cliniques doivent être développées conjointement par les trois partenaires (DSP, CSSS, milieu clinique);
 - les professionnels du milieu clinique constituent les agents de changement pour leur milieu. Il est essentiel d'obtenir la participation, sur différents plans, tant du médecin responsable du milieu clinique que d'infirmières et de médecins du milieu;
 - les CSSS doivent être mis à contribution dès le départ dans les prises de décisions, principalement pour ce qui a trait aux rôles des infirmières et à l'organisation des services du territoire;
 - la place de la DSP est importante : elle travaille directement avec les milieux cliniques et les CSSS pour offrir un soutien tant au regard du processus de changement des pratiques que sur le plan du savoir scientifique.

(Suite à la page suivante)

- En ce qui a trait à l'exportation d'une pratique clinique préventive, il a été soulevé que :
 - lorsque les pratiques sont développées, les CSSS pourraient s'attribuer un rôle quant à leur exportation vers d'autres milieux cliniques de leur territoire. La DSP se positionnerait alors en soutien aux CSSS;
 - bien que les phases de développement et d'exportation demandent toutes deux de l'accompagnement, elles n'imposent pas les mêmes exigences pour les différents acteurs. Lors de l'exportation, il est possible que les CSSS, s'inspirant de ce qui s'est fait dans un milieu, jouent un plus grand rôle de soutien auprès des milieux cliniques de leur réseau local qui souhaiteront aller de l'avant avec le processus de changement;
 - une étape de démarchage et d'adaptation aux besoins de chacun des milieux demeure nécessaire lors de l'exportation.
- Peu importe la phase d'intégration d'une PCP, le travail d'accompagnement suppose une aide concrète et une présence marquée, comme celle décrite dans les pages précédentes.

3.2.2 La transformation de l'environnement de pratique des cliniciens (changement organisationnel)

La démarche de collaboration a permis d'amener certains changements à l'environnement de pratique pour le rendre plus favorable à l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. Plus précisément, des changements ont été apportés sur le plan de l'organisation des services et de l'organisation du travail des cliniciens.

*Ce serait bien qu'il y ait une ligne directe avec SIDEPE
et que le rendez-vous soit pris par l'infirmière pendant
que le patient est encore en CRQ, pour diminuer
les « perdus de vue ».*

– Infirmière, milieu clinique

Sur le plan de l'organisation des services

Lors des premières rencontres de travail en milieu clinique, les infirmières ont souligné qu'elles connaissaient peu les services du territoire pouvant être mis à contribution pour la prévention des ITSS. Par ailleurs, étant donné les services déjà offerts en CSSS en lien avec cette thématique, les gestionnaires de CSSS ont rapidement manifesté un intérêt pour que tous travaillent à améliorer les corridors de services. Les services disponibles sur les deux territoires ont donc été documentés par la DSP afin de préciser la meilleure orientation à proposer au patient. Cette démarche a permis de mettre en évidence les acquis de chacun des territoires, mais également les contraintes associées à différentes trajectoires de services. Il est rapidement apparu que la réussite de la démarche de changement des pratiques nécessitait que des améliorations soient apportées à ces trajectoires. Les CSSS sont des acteurs indispensables pour ce faire. Des démarches ont donc été entreprises avec les partenaires des CSSS et des milieux cliniques pour améliorer la référence aux services requis selon la condition du patient (ex. : selon son âge et son niveau de risque).

Les changements réalisés sur le plan de l'organisation des services afin de faciliter les trajectoires avec les ressources existantes sont les suivants :

- amélioration de l'utilisation, par les cliniciens, des ressources du territoire susceptibles de répondre aux besoins de la clientèle, ce qui passait d'abord par une meilleure connaissance de ces ressources (documentation, par la professionnelle de contenu de la DSP, de la disponibilité et de l'accessibilité pour les patients des services offerts en ITSS sur chacun des territoires de CSSS concernés : cliniques jeunesse, services courants des CSSS, Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS [SIDEP]⁵⁴, CRQ, services de deuxième ligne; le portrait obtenu a permis de tester différentes situations cliniques sous l'angle du cheminement du patient);
- élaboration et mise en œuvre d'une entente entre les CRQ et SIDEP pour faciliter la référence des patients;
- détermination de trajectoires vers des services de deuxième ligne avec des médecins spécialistes (ex. : infectiologues) pour y diriger les patients au besoin;
- établissement de corridors de services entre les infirmières et les laboratoires afin que les infirmières puissent demander des tests de dépistage en leur nom⁵⁵.

Les discussions entre l'infirmière SIDEP, les infirmières CRQ et le médecin de la clinique ont bien illustré la nécessité de partager sur les mandats, les rôles et les tâches de chacun. Il devient rapidement évident que « ce que fait l'autre » n'était pas bien connu.

- Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

Sur le plan de l'organisation du travail

Afin de soutenir l'intégration des nouvelles pratiques, de les rendre systématiques et d'ainsi favoriser la cohérence des actions et des messages entre les professionnels, certains ajustements ont été réalisés sur le plan de l'organisation du travail des cliniciens :

- amélioration de la connaissance puis de l'utilisation des outils existants pouvant les soutenir dans leur pratique (ex. : dépliants et guides de pratique);
- élaboration sur mesure d'outils d'aide à la pratique :
 - élaboration, expérimentation et utilisation systématique d'un bref questionnaire visant l'évaluation des facteurs de risque d'ITSS dans certaines situations cliniques;

54. Les SIDEP offrent un éventail de services de prévention des ITSS (ex. : counseling, dépistage, vaccination). Ces services sont destinés prioritairement à la clientèle vulnérable et à risque : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), personnes qui utilisent des substances psycho actives dont celles faisant usage de drogues par injection (UDI), jeunes en difficulté, femmes en difficulté, personnes détenues en milieu carcéral, autochtones, personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques [MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : document complémentaire – Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*. Québec : gouvernement du Québec, 2004, 56 p.].

55. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé permet l'intervention de dépistage des ITSS par les infirmières chez les patients asymptomatiques [GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* [en ligne]. Éditeur officiel du Québec, 2002, <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>.].

- création, par les infirmières des groupes de travail, d'un cartable sur la prévention des ITSS regroupant tous les outils, existants ou adaptés, permettant de soutenir leur pratique;
- élaboration d'outils pour effectuer une liaison adéquate pour la clientèle qui nécessite un suivi (ex. : liste des partenaires spécialistes dans les centres hospitaliers et feuille de suivi pour la référence des patients vers SIDEPE);
- adaptation des bureaux de consultation en y rendant disponibles les outils pouvant soutenir la pratique des cliniciens;
- clarification des rôles et responsabilités des professionnels du milieu clinique lors d'un épisode de soins, tels que :
 - désignation d'une infirmière responsable de recevoir et de prendre connaissance des résultats de prélèvements de dépistage des ITSS demandés par les infirmières;
 - élaboration d'une entente visant à préciser que le médecin d'une CRQ rencontrera tout patient ayant reçu des résultats positifs aux examens de dépistage des ITSS demandés par l'infirmière, cela afin de lui donner son diagnostic et de le traiter, le cas échéant;
 - désignation de médecins « filet de sécurité » au cas où le médecin qui assure une période de consultations sans rendez-vous dans une CRQ ne serait pas en mesure de rencontrer un patient ayant eu un test de dépistage demandé par une infirmière et dont le résultat est positif.

Principaux constats liés à la transformation de l'environnement de pratique des cliniciens

- Au début de la démarche :
 - les ressources du territoire pouvant répondre aux besoins de leur clientèle étaient méconnues des cliniciens;
 - l'accessibilité à certains services n'était pas optimale. Les professionnels des milieux cliniques ne pouvaient pas, par exemple, joindre directement un professionnel de SIDEPE pour y diriger un patient;
 - les outils pouvant soutenir les cliniciens dans leur pratique étaient peu connus, peu utilisés et peu accessibles sur place.
- Les changements organisationnels se sont avérés incontournables et déterminants pour soutenir le changement dans les pratiques de prévention des ITSS. Les travaux entrepris avec les partenaires (DSP, CSSS, milieux cliniques) ont permis :
 - d'améliorer la fluidité de la référence des patients, notamment en facilitant l'accès à un service déjà existant;
 - de développer des corridors de services et des trajectoires aidant la prise en charge de la clientèle;
 - de diriger les bons patients aux bons endroits au bon moment;
 - d'apporter des ajustements sur le plan de l'organisation du travail des cliniciens pour faciliter la systématisation des nouvelles pratiques.
- Les aspects organisationnels peuvent constituer des entraves majeures; l'accompagnement par la DSP et le soutien des CSSS peuvent aider à transformer ces situations problématiques pour que le changement soit facilité.

3.2.3 Le changement dans les pratiques cliniques préventives

Au début de la démarche, tous les interlocuteurs-clés constataient que la pratique habituelle n'était pas optimale et qu'elle produisait son lot d'occasions manquées de dépister et de prendre en charge les patients atteints ou à risque d'ITSS. Il s'agissait d'un excellent point de départ pour envisager le changement. Par exemple, les infirmières et les médecins rapportaient poser peu de questions relativement à la recherche des facteurs de risque d'ITSS. Cela a été confirmé par une révision de dossiers médicaux associés à des consultations ayant eu lieu avant le début de la démarche. L'ensemble des questions suggérées dans les guides de pratique concernant la recherche de facteurs de risque d'ITSS n'avait été posé dans aucun des dossiers analysés. Dans plus de la moitié des dossiers, au moins une question avait été posée, la plus fréquente étant celle relative au port du condom. De plus, les infirmières ne demandaient pas de tests de dépistage des ITSS aux patients présentant des facteurs de risque.

Il est déjà difficile de questionner les symptomatiques, alors les asymptomatiques...

– Médecin, milieu clinique

Au fur et à mesure que la démarche progressait, le choix des changements désirables et faisables à introduire dans la pratique clinique s'imposait. Le cheminement clinique du patient qui consulte dans une CRQ faisant en sorte que celui-ci voit l'infirmière dans un premier temps, il a été convenu :

- que l'infirmière procéderait à l'évaluation des facteurs de risque d'ITSS et à la détermination du niveau de risque de tout patient présentant des symptômes évocateurs d'ITSS ou ayant un partenaire atteint;
- que le patient serait dirigé par l'infirmière vers la ressource appropriée selon ses besoins;
- que l'infirmière effectuerait le dépistage pour tout patient présentant certains facteurs de risque et ne pouvant être dirigé vers SIDEP;
- que l'infirmière procéderait, auprès du patient, à une intervention brève utilisant l'approche de l'entretien motivationnel, par exemple à propos de l'importance d'aller passer ses tests de dépistage;
- que l'infirmière ferait voir le patient au médecin pour les tests diagnostiques et les examens complémentaires, s'il y a lieu;
- que lors de la consultation médicale, le médecin prendrait connaissance des réponses positives au questionnaire de recherche de facteurs de risque d'ITSS dans le dossier du patient et de la décision prise par l'infirmière;
- que le médecin procéderait ensuite aux tests diagnostiques selon les symptômes rapportés et qu'il prescrirait le traitement approprié;
- qu'une intervention brève serait réalisée par le médecin (ex. : importance d'aviser les partenaires);
- qu'à la suite d'un dépistage infirmier positif, le médecin procéderait au diagnostic du patient et prescrirait le traitement, puis réaliserait une intervention brève et dirigerait le patient vers la deuxième ligne au besoin (ex. : infectiologue).

Des schémas d'épisode de soins sont disponibles à titre indicatif à l'annexe C. Ils présentent de façon plus détaillée les rôles convenus pour l'infirmière et le médecin lors de la première visite du patient.

Après 28 mois de travail en collaboration, il est possible d'affirmer que le changement des pratiques du côté des infirmières est réellement amorcé. En effet, les infirmières qui participent aux groupes de travail créés dans les milieux cliniques rapportent que l'ensemble des infirmières des deux milieux cliniques applique le questionnaire de recherche de facteurs de risque d'ITSS auprès des personnes ayant des raisons de consultation liées aux ITSS et qu'elles dirigent les patients vers les ressources appropriées selon leurs besoins. De plus, elles offrent le dépistage aux patients présentant certains facteurs de risque et ne pouvant pas être dirigés vers SIDEP. Elles procèdent également auprès des patients à une intervention brève sur le thème des ITSS. Il est souhaité que cette intervention soit basée sur les principes de l'entretien motivationnel; les travaux se poursuivent en ce sens. L'ensemble de ces nouvelles pratiques demeure à soutenir et à ajuster au besoin.

Les infirmières CRQ continuent de passer le petit questionnaire sur les facteurs de risque d'ITSS : c'est sacré!

– Infirmière, milieu clinique

L'infirmière responsable de recevoir et de prendre connaissance des résultats de prélèvements de dépistage demandés par les infirmières est enthousiaste et encouragée quant au fait d'avoir reçu le premier retour de résultats.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

L'implantation du projet ITSS va bien. Toutes les infirmières participent à l'implantation. Au moins cinq patients se sont vu prescrire des tests de dépistage.

– Infirmière, milieu clinique

Quant au changement des pratiques du côté des médecins, il se réalise graduellement par l'intermédiaire des infirmières lorsqu'un cas se présente. Le travail de collaboration se poursuit afin de préciser la contribution des médecins. Il importe de souligner que les médecins des milieux cliniques permettent que les infirmières intègrent dans leur pratique le dépistage des ITSS. Ils s'engagent de plus à rencontrer un patient ayant obtenu un résultat positif à un dépistage infirmier pour assurer la suite de l'épisode de soins.

Lorsqu'il y a des cas d'ITSS, les médecins vont voir les infirmières. C'est à ce moment que les infirmières expliquent les nouvelles pratiques.

– Infirmière, milieu clinique

Je vois que ça change les façons de faire. Les infirmières me téléphonent chaque semaine pour avoir des recommandations ou encore pour se faire rassurer sur leur intervention. Le fait de mieux se connaître facilite notre travail.

– Professionnelle de contenu, DSP

Principaux constats liés au changement dans les pratiques cliniques préventives

- Au début de la démarche, les cliniciens souhaitaient améliorer leur pratique et mieux servir leur clientèle :
 - les recommandations des guides de pratique étaient peu appliquées et l'étaient de façon inégale;
 - la référence des patients ne se faisait pas uniformément d'un professionnel à l'autre;
 - les professionnels n'étaient pas nécessairement à l'aise avec le fait de questionner les patients au sujet des facteurs de risque d'ITSS;
 - les infirmières ne demandaient pas de tests de dépistage des ITSS.
- Le travail réalisé avec les partenaires a permis de cibler des changements désirables et faisables, puis d'introduire ces changements dans les pratiques cliniques :
 - les patients reçoivent des services qu'ils ne recevaient pas avant;
 - les cliniciens qui prennent part à la démarche ont l'impression de s'être améliorés dans leur pratique auprès de leur clientèle puisqu'ils réalisent maintenant des actions qu'ils n'effectuaient pas auparavant.
- Les résultats démontrent qu'il est possible :
 - d'intégrer la prévention dans les pratiques;
 - d'intégrer la prévention dans le contexte de consultations sans rendez-vous;
 - d'intégrer la prévention pour des conditions cliniques aiguës;
 - d'intégrer la prévention dans la pratique quotidienne des infirmières.

3.3 Les ressources investies pour le travail en collaboration

La somme de travail investie dans la démarche de collaboration doit être considérée sous plusieurs angles. Une estimation de cet investissement pour la période de janvier 2010 à avril 2012 a été réalisée en considérant :

- les rencontres de travail en milieux cliniques;
- les rencontres de suivi avec les médecins responsables des cliniques;
- les rencontres bilans avec les gestionnaires de CSSS;
- les autres rencontres (ex. : expert en entretien motivationnel et gestionnaire responsable de SIDEP);
- le temps investi par les professionnelles de la DSP, en dehors de ces rencontres, pour le travail de collaboration avec les partenaires.

Globalement, cette démarche a représenté, pour l'ensemble des 3 professionnelles de la DSP qui se sont investies directement dans le travail de collaboration, environ 750 heures de travail au cours des 28 mois d'expérimentation. De ces 750 heures, environ 320 ont été passées dans les milieux cliniques, 65 ont été consacrées aux rencontres avec les gestionnaires des CSSS ou des milieux cliniques, 85 ont été consacrées à d'autres types de rencontres et 280 ont été employées pour du travail entre les rencontres. Ainsi, en moyenne, 9 heures de travail ont été investies par mois (soit 2,25 heures par semaine) par chacune des 3 professionnelles.

Chacun des milieux cliniques a investi au total approximativement 165 heures de temps clinicien pendant ces 28 mois, dont les deux tiers (110 heures par milieu) ont été consacrées par les infirmières aux rencontres de travail et, moins souvent, à des tâches préparatoires entre ces rencontres. En moyenne, cela représente 2 heures par clinicien par mois. En ce qui a trait à la contribution des gestionnaires des 2 CSSS, environ 115 heures ont été investies au total durant les 28 mois de cette démarche, c'est-à-dire en moyenne 10 heures par gestionnaire par année.

Ainsi, le temps investi se répartit entre les types d'acteurs selon les proportions suivantes : près de 63 % par les professionnelles de la DSP, 28 % par les cliniciens (médecins et infirmières ayant pris part étroitement à la démarche de collaboration) et 9 % par les gestionnaires de CSSS.

Les ressources en bref

- Aucune nouvelle ressource n'a été engagée pour le travail en collaboration réalisé, mais les professionnels ont réorganisé leur emploi du temps pour pouvoir accomplir ce travail.
- Il a été possible et acceptable pour les milieux cliniques de dégager le temps nécessaire pour s'investir dans ce travail de collaboration avec la DSP et les CSSS parce qu'il a porté sur une période relativement longue.
- L'investissement des CSSS s'est principalement concrétisé par la participation des infirmières aux groupes de travail créés dans les milieux cliniques et par la mise à contribution de leur supérieur immédiat. Le temps accordé a varié selon leurs fonctions.
- On estime qu'un investissement total de la DSP de près d'une journée par semaine pendant un peu plus de deux ans a été nécessaire pour implanter de façon tangible une PCP dans deux milieux cliniques.

3.4 Neuf apprentissages pour amener un changement dans les pratiques cliniques préventives

La présente recherche illustre qu'il est possible de modifier les pratiques cliniques en vue d'y introduire des actes préventifs. L'interprétation des résultats issus de la démarche de collaboration permet de dégager un certain nombre d'apprentissages, comme autant de changements à intégrer dans les façons de faire de la santé publique aux niveaux régional et local. Pour ce faire, il apparaît que l'on a avantage à :

- ① se rapprocher des milieux cliniques et travailler avec les acteurs dès le début;
- ② bien connaître et comprendre la pratique habituelle;
- ③ travailler avec du concret;
- ④ prendre en compte l'organisation des services;
- ⑤ reconnaître et apprécier les retombées positives;
- ⑥ assurer le maintien des acquis;
- ⑦ accepter que tous n'adhèrent pas aux changements au même rythme;
- ⑧ adopter des attitudes favorables à l'accompagnement;
- ⑨ se donner le temps.

❶ SE RAPPROCHER DES MILIEUX CLINIQUES ET TRAVAILLER AVEC LES ACTEURS DÈS LE DÉBUT

La présence soutenue de la DSP sur le terrain, avec le CSSS, a été mentionnée par les cliniciens et les gestionnaires des milieux cliniques et des CSSS comme étant une façon de faire nouvelle pour eux.

- Certains ont mentionné que, pour la première fois, le rôle de soutien de la DSP leur est apparu concret et tangible. Cette nouvelle approche a été perçue très positivement, d'autant plus que la DSP n'imposait aucun plan précis ou programme prédéfini.
- Le fait d'être dans le milieu clinique dès le début, avec le CSSS, a permis une meilleure connaissance du terrain pour la DSP, mais également une meilleure connaissance de ce partenaire par les acteurs locaux (milieux cliniques et CSSS).
- Cette proximité entre partenaires a rendu possibles la détermination et la compréhension :
 - des enjeux propres à chacun, c'est-à-dire ce que chaque acteur et organisation pouvait perdre ou gagner à travailler conjointement avec les autres;
 - de ce que le changement des pratiques représentait comme contraintes ou comme occasions favorables;
 - de ce que chacun percevait comme obstacles ou comme aide au changement;
 - des expertises de chacun qui se sont avérées variées et complémentaires.

Par ce projet, la santé publique devient disponible et réelle.

– Médecin responsable, milieu clinique

Une des leçons retenues du projet est que l'on se doit d'être ouvert afin de pouvoir prendre conscience de la réalité des autres, et ainsi faire des choix adéquats, même si parfois autre chose nous conviendrait mieux.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

J'ai maintenant le sentiment, l'impression qu'il est possible d'avoir de l'aide de la DSP. Avant ma participation à la démarche, je ne savais pas qu'il était possible d'avoir accès à ce type de soutien, d'aide et d'expertise de la part de la santé publique et je ressens un soutien que je n'avais jamais ressenti auparavant.

– Médecin responsable, milieu clinique

Les gens du milieu clinique sont contents que nous soyons là. Ils sont contents qu'il y ait un professionnel de contenu et un professionnel en soutien au processus de changement des pratiques – ils reconnaissent l'effort qui est fait pour transposer ça dans leur milieu.

– Professionnelle de contenu, DSP

② BIEN CONNAÎTRE ET COMPRENDRE LA PRATIQUE HABITUELLE

Une bonne compréhension des habitudes de travail des cliniciens est nécessaire pour apprécier le point de départ (d'où l'on part dans la pratique) et imaginer un point d'arrivée possible (ce que l'on pourrait faire autrement).

- Le détail de la pratique habituelle a été présenté et discuté afin de convenir ensemble de la façon dont des changements pouvaient s'intégrer de façon réaliste à l'intérieur du fonctionnement et des services existants, notamment en considérant le cheminement clinique du patient et les rôles et fonctions des cliniciens.
- La pratique habituelle a été comparée à celle décrite dans les guides de pratique, laquelle constitue un idéal vers lequel il faudrait tendre, tout en tenant compte des possibilités de changement et de la marge de manœuvre déterminées par les cliniciens eux-mêmes. Les choix qui ont été faits étaient désirables et faisables; ce qui allait être décidé conjointement devait représenter un avantage pour chacun par rapport à ce qui se faisait déjà.
- Lors de l'exportation des nouvelles pratiques à d'autres milieux cliniques qui pourraient profiter de ce qui a été développé ailleurs, on ne pourrait sauter cette étape de documentation de la pratique habituelle et des façons de faire propres à chacun des milieux cliniques. Le « copier-coller » pourrait difficilement fonctionner.

Il faut avoir une connaissance de la réalité du travail en CRQ (beaucoup de clients, pas le temps de réaliser une intervention globale) afin de comprendre le contexte à l'intérieur duquel se situent les demandes.

– Gestionnaire local de santé publique, CSSS

L'accompagnement, ça inclut aussi le fait de s'asseoir avec les cliniciens pour discuter de ce qu'ils voient dans leur pratique. Même si on arrive avec « des affaires toutes faites », les cliniciens, eux, ne sont pas rendus à la même place.

– Professionnelle de contenu, DSP

L'infirmière du milieu clinique nous a dit que puisqu'en CRQ, c'est « rapido presto », il y a des choses qu'elle n'acceptera pas de faire.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

L'algorithme est très utile pour préciser ce qui se fait actuellement en ITSS. Cela permet de constater que ce qui est écrit dans les guides de pratique et enseigné lors des formations est peu appliqué.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

Les ITSS constituent une préoccupation importante : c'est un problème qui touche les jeunes, les personnes démunies, c'est un problème concret qui peut être réglé et on en voit.

– Médecin responsable, milieu clinique

③ TRAVAILLER AVEC DU CONCRET

Les cliniciens doivent pouvoir se référer à des situations concrètes et courantes dans lesquelles ils se reconnaissent un rôle. Travailler avec du concret, pour les cliniciens, signifie de partir de différentes situations cliniques.

- Cela peut se faire de différentes façons : histoires de cas cliniques, utilisation d’algorithmes cliniques à partir d’une raison de consultation donnée, simulations cliniques par des jeux de rôles, périodes d’essai des nouvelles pratiques suivies de rétroaction.
- Cette façon de faire permet de recueillir les questions et les préoccupations des cliniciens, de cerner les obstacles de même que de susciter la discussion sur les ajustements nécessaires.
- Les cliniciens sont familiers avec les activités qui considèrent la logique du cheminement clinique du patient ainsi qu’avec les arbres décisionnels qui exposent différentes réalités cliniques ou encore les étapes d’un épisode de soins. Par ces façons de décortiquer diverses situations auxquelles ils sont confrontés, ils voient plus facilement un sens et une utilité immédiate pour le patient.

J’aime cette façon de travailler, différente de la façon habituelle de travailler avec la santé publique, qui est plutôt « en silos » : on part de situations concrètes et on avance ensemble – on n’est pas dans un document qui va aboutir sur une tablette.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Les infirmières ont mieux compris leur rôle en étant participantes au projet de collaboration, c’est-à-dire par la mise en application.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Avec ce genre d’exercice concret [analyse en groupe de questionnaires complétés], je me sens plus apte à expliquer aux médecins ce qu’il y a à faire en ITSS.

– Infirmière, milieu clinique

4 PRENDRE EN COMPTE L'ORGANISATION DES SERVICES

Les pratiques cliniques sont fortement influencées par les contextes dans lesquels elles prennent place; tenir compte de ceux-ci est incontournable. Cela inclut notamment l'organisation du travail à l'intérieur du milieu clinique et l'organisation des services locaux et régionaux.

- La démarche actuelle a par exemple permis de constater l'importance de l'accès à des corridors de services qui permettent un cheminement approprié en fonction des besoins des patients. Une garantie à cet effet est nécessaire pour susciter l'engagement des cliniciens à inclure davantage d'actes de prévention dans leur pratique.
- L'accompagnement requiert une bonne connaissance des réseaux locaux de services et des services régionaux. Les CSSS sont des acteurs-clés dans la présentation des services de leur territoire à leurs partenaires.
- Lorsque des changements sur le plan de l'organisation des services apparaissent nécessaires, il importe que tous les acteurs concernés par ces changements puissent faire un diagnostic organisationnel commun qui aura du sens pour tous.
- Les différents systèmes sont interreliés; un changement dans l'un d'eux (ex. : milieu clinique) peut avoir des répercussions ou encore imposer des ajustements dans les autres systèmes (ex. : réseau local de services). On ne peut donc pas travailler de façon isolée.

Un intérêt est manifesté vis-à-vis de la démarche par les gestionnaires de CSSS pour la continuité avec leurs propres services. Selon eux, il y a une sous-utilisation des services du CSSS en ITSS.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

Il est incontournable de pouvoir compter sur un partenaire qui prene la relève à la suite d'un acte de dépistage dont le résultat est positif – il faut être en mesure de prévoir qui prendra la relève, et où.

– Médecin responsable, milieu clinique

La thématique des ITSS est un bon exemple qui démontre que les services ne peuvent s'organiser et s'offrir de manière isolée.

– Gestionnaire local de santé publique, CSSS

J'ai l'impression qu'il y a quelques « nœuds » (ex. : Comment faire la référence à SIDEPE? Est-ce que les infirmières peuvent demander des tests de dépistage? Où vont les patients pour avoir des prélèvements de dépistage?). Tant que nous n'aurons pas de réponses à ces questions, il semble qu'il sera difficile d'avancer, d'aller plus loin.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

5 RECONNAÎTRE ET APPRÉCIER LES RETOMBÉES POSITIVES

Les partenaires doivent être en mesure d'associer des effets positifs aux actions posées.

- La motivation à participer à une démarche de changement des pratiques est fortement liée à la perception d'une valeur ajoutée pour les cliniciens et leur organisation, de même que pour les patients. Il en est de même pour les acteurs des CSSS et de la DSP.
- Cette valeur ajoutée peut être de nature différente pour chaque groupe d'acteurs, selon les enjeux qui lui sont propres, tout comme elle peut être partagée par les groupes. Parmi les retombées positives mentionnées au cours de la démarche, on trouve la valorisation de la pratique et l'enrichissement des tâches des infirmières; une meilleure prise en charge des patients, notamment par une plus grande fluidité de la référence; et une cohérence accrue entre la pratique clinique et les meilleures connaissances scientifiques.
- Tout au long de la démarche entreprise, la notion d'efficience était très présente dans le discours des acteurs, en ce sens que le temps investi ne devait pas être disproportionné par rapport aux gains perçus ou mesurés, à plus forte raison dans un contexte de consultations sans rendez-vous, où le débit est rapide et important. On en retient donc que les pratiques développées doivent être avantageuses, simples et faciles à intégrer dans les façons de faire habituelles, tant pour les infirmières que pour les médecins.
- Idéalement, les avantages perçus devraient être objectivables. Faire régulièrement de la rétroaction avec les cliniciens et les gestionnaires pour apprécier le chemin parcouru est une façon d'y parvenir. La révision de dossiers médicaux s'avère aussi utile pour les cliniciens qui prennent part à la démarche; cela permet de démontrer, aux gens de leur milieu clinique puis éventuellement aux professionnels d'autres milieux, la pertinence d'intégrer la prévention dans leurs pratiques.

Le projet ITSS amène des informations au dossier du patient et une collecte de données dont on ne disposait pas auparavant.

– Médecin responsable, milieu clinique

Il faut que la thématique identifiée fasse du sens, en termes de prévalence par exemple, un choix qui en « vaut la peine », qui signifie quelque chose pour la clientèle.

– Médecin responsable, milieu clinique

Le questionnaire bref pour la recherche des facteurs de risque d'ITSS est de la bonne pratique : c'est succinct, systématique et ça amène la pratique infirmière un peu plus loin.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Six patients sur vingt et un pour SIDEPE, c'est quand même beaucoup! Cela me dit qu'on ne fait pas ça pour rien.

– Médecin responsable, milieu clinique

La présence du gestionnaire du CSSS responsable des infirmières lors des rencontres de travail est facilitante. Comme responsable des infirmières, il voit qu'il y a des atouts pour elles. C'est son projet à lui aussi.

– Professionnelle de contenu, DSP

6 ASSURER LE MAINTIEN DES ACQUIS

Un soutien pour le maintien des acquis doit être apporté tout au long de la démarche de changement des pratiques. Étant donné la lourdeur de leurs tâches, les professionnels des milieux cliniques peuvent voir leur application des nouvelles pratiques s'atténuer au profit des urgences quotidiennes.

- Les changements réalisés ne doivent pas être tenus trop rapidement pour acquis. Tant qu'ils ne sont pas réellement intégrés dans la routine, ils demeurent fragiles et peuvent être mis de côté.
- Il est important de faire régulièrement le point avec tous les acteurs, de prévoir des suivis réguliers dans le milieu et de s'enquérir des problèmes rencontrés. Des mécanismes de relance font partie intégrante de l'accompagnement. Pour faciliter la démarche et ne pas perdre le fil, il semble très opportun de laisser des traces des discussions, des orientations convenues et des décisions prises durant les rencontres de travail.
- La présence continue dans le milieu clinique d'une infirmière motivée qui assure le suivi auprès de ses collègues apparaît comme l'une des garanties de la poursuite de la démarche et de la permanence de ses effets.
- Pour certains, la stabilité des ressources, en particulier des infirmières, est une condition de la pérennité de la démarche. La proximité avec les milieux permet cependant de réagir promptement et d'apporter les ajustements nécessaires en fonction du roulement de personnel, qui représente un réel défi pour le transfert des connaissances et le maintien de l'expertise.
- L'intégration d'outils pour les patients et les cliniciens de même que des modifications sur le plan de l'organisation du travail dans les épisodes de soins peuvent favoriser l'intégration des nouveaux comportements dans la pratique et aider à les rendre systématiques.

Tout ce qui a été développé est en péril s'il y a des infirmières qui quittent la clinique médicale. Bien que le milieu clinique dispose des écrits relatifs aux différents projets, la perte d'une infirmière ayant acquis l'expertise et les compétences nécessaires pour appliquer ces connaissances est impossible à compenser dans un court délai et tout est à recommencer avec une nouvelle infirmière.

– Médecin responsable, milieu clinique

L'infirmière du milieu clinique dit qu'elle doit relancer régulièrement ses collègues infirmières pour qu'elles continuent à utiliser le bref questionnaire de recherche des facteurs de risque.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

Plus il y a de personnes qui détiennent une même connaissance, moins l'organisation est vulnérable à des pertes dans ce domaine.

– Gestionnaire local de santé publique, CSSS

7 ACCEPTER QUE TOUS N'ADHÈRENT PAS AUX CHANGEMENTS AU MÊME RYTHME

Il faut consentir à ce que certains groupes ou personnes ne prennent pas part de la même façon à la démarche de changement des pratiques, que ce soit pour des raisons personnelles, professionnelles ou organisationnelles. Il peut aussi arriver qu'un milieu ne soit pas disposé à participer à une telle démarche.

- Les infirmières, les médecins et les gestionnaires ne constituent pas des groupes homogènes. On y trouve des personnes réfractaires, mais également des personnes enthousiastes sur qui l'on peut compter pour induire le changement et entraîner d'autres collègues.
- Une certaine résistance peut être observée tant du côté des professionnels des milieux cliniques, que de celui des CSSS ou de la DSP. Il peut être utile d'interroger ces personnes sur les raisons de leurs réticences pour corriger les compréhensions erronées au besoin et trouver des solutions aux barrières en question.
- Dans la présente démarche, la participation des équipes infirmières des deux milieux cliniques s'est manifestée par la présence des infirmières dans les groupes de travail, qui a eu un effet d'entraînement chez leurs confrères.
- La participation d'une masse critique de médecins n'a pas été acquise et demeure une préoccupation importante. Ils ont été peu présents, sinon par l'intermédiaire des médecins responsables des cliniques ou des médecins des milieux qui se sont investis au sein des groupes de travail.
- Plusieurs acteurs, cliniciens comme gestionnaires, ont mentionné qu'une façon prometteuse de sensibiliser les médecins serait de le faire graduellement par l'intermédiaire des infirmières, un à un, selon les cas qui se présentent. Les infirmières partagent cet avis.
- Le changement proposé aux médecins doit être complémentaire au travail de l'infirmière et apporter une valeur ajoutée à l'épisode de soins.
- Aussi, plus l'activité de prévention se rapproche du geste clinique du médecin, plus ce dernier est susceptible d'y adhérer.

La pratique des médecins va changer par les infirmières. Les infirmières sensibilisent les médecins « un à un » autour d'un cas. Chaque infirmière est porteuse de pratiques préventives. C'est par ce biais qu'on peut intégrer la prévention, en y allant par petits pas.

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Les médecins veulent des preuves que ça fonctionne avant de s'impliquer.

– Médecin, milieu clinique

Si on explique aux médecins ce qui va se passer après le dépistage pour les patients, cela va rendre les choses plus claires, plus explicites et acceptables.

– Infirmière, milieu clinique

Je pense que cela serait acceptable pour mes collègues médecins en CRQ et qu'ils accepteraient que le questionnaire sur les facteurs de risque soit utilisé s'il y a des services et corridors de services en aval. Il est certain que les médecins ne sont pas prêts à prendre en charge tous ces patients. Il faut que les médecins se sentent soutenus et sécurisés pour accepter d'embarquer.

– Médecin responsable, milieu clinique

⑧ ADOPTER DES ATTITUDES FAVORABLES À L'ACCOMPAGNEMENT

Le travail réalisé avec les milieux cliniques a permis de prendre conscience que l'accompagnement soutenu nécessite de la patience et de la persévérance chez tous les acteurs. Une attitude respectueuse, c'est-à-dire l'acceptation de l'autre, de ses forces et de son champ d'expertise, est aussi essentielle.

- L'accompagnement requiert une capacité à remettre en question certaines de ses façons de faire habituelles et à respecter le rythme de travail de chacun.
- Accompagner, c'est en quelque sorte adopter une attitude d'ouverture et une certaine humilité, en plaçant son expérience au service des différents acteurs. Les acteurs eux-mêmes seront en retour plus enclins à se livrer sur leurs propres valeurs et croyances entourant par exemple l'importance de la prévention, leur degré de confort avec le geste professionnel requis, les clientèles concernées, etc.
- Cela inclut la reconnaissance de ses limites et la capacité de recourir à des experts à certains moments selon les besoins des cliniciens et en temps opportun.
- C'est aussi accepter de faire le deuil de l'intervention « parfaite » décrite dans les guides de pratique, tout en amenant les cliniciens à améliorer progressivement leur pratique et en adaptant l'intervention à leurs réalités.

L'accompagnement, ça doit se développer : ce n'est pas seulement de donner son contenu.

– Professionnelle de contenu, DSP

Pour accompagner, on doit être capable d'écouter les besoins, de les comprendre, de les mettre par écrit.

– Professionnelle de contenu, DSP

Accompagner, c'est écouter, regarder ce qui se passe et accepter de mettre de côté ses façons de faire habituelles.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

Le projet change ma façon de voir les choses et de travailler.

– Professionnelle de contenu, DSP

9 SE DONNER LE TEMPS

Le changement des pratiques est un processus qui comporte différentes étapes qui nécessitent du temps.

- Cela va de la définition d'une situation problématique jusqu'à la « routinisation » du geste professionnel, en passant par l'acquisition des connaissances et des habiletés nécessaires ainsi que l'ancrage de la pratique dans la réalité; tout cela en levant les différentes barrières qui se présentent.
- Les itérations, c'est-à-dire la rétroaction et la réflexion sur les expériences vécues, sont primordiales aux apprentissages et à l'intégration des pratiques dans le travail au quotidien. Cela conduit parfois à reconsidérer ce qui a été décidé et ce qui a été fait, à reprendre les étapes d'analyse et de délibération afin de se réajuster. Ceci peut aussi être utile pour consolider les acquis.
- Tout au long de la démarche, il peut arriver que plusieurs facettes d'une situation que l'on souhaite améliorer doivent être attaquées de front en même temps, ou encore que certains événements, prévus ou non, viennent ralentir le processus de collaboration. En contrepartie, lorsque les ressources en présence sont stables, le rythme d'avancement est meilleur.
- Lorsqu'une démarche similaire est reprise dans un même milieu pour une autre thématique, il est probable que le chemin parcouru et que les apprentissages découlant de la première démarche puissent être mis à profit et permettent d'effectuer cette démarche plus rapidement.
- L'invocation du manque de temps peut dissimuler d'autres réserves qu'il convient d'approfondir davantage. Par exemple, au début de la démarche visant les ITSS, le manque de temps a été mentionné par les infirmières comme étant le principal obstacle à l'introduction de la prévention dans leur pratique. Après quelques échanges, toutefois, il s'est avéré que d'autres facteurs, au moins aussi importants, étaient en cause (ex. : inconfort à questionner les patients sur les facteurs de risque d'ITSS et difficultés de diriger les patients aux ressources correspondant à leurs besoins).
- Un changement durable, même modeste, s'obtient en y consacrant le temps nécessaire. En outre, la perception de ce qui constitue une quantité de temps raisonnable pour arriver à un changement dans les pratiques varie selon les acteurs.

Il y a un réel progrès dans la maîtrise du contenu sur les ITSS par les infirmières depuis le début de la démarche. Elles semblent s'approprier le questionnaire un peu plus chaque fois qu'on les rencontre. Le fait qu'on y revienne quasiment à chaque rencontre y contribue possiblement.

– Professionnelle en soutien au processus de changement des pratiques, DSP

Il ne faut pas oublier le temps que ça a pris avant que les infirmières se sentent à l'aise de poser les questions : l'appropriation du contenu, c'est ce qui a été le plus long. Au départ, c'était gênant, voire tabou pour elles de parler d'ITSS avec les patients.

– Professionnelle de contenu, DSP

Je suis maintenant en accord avec le fait que l'appropriation ne se réalise pas automatiquement, que cela nécessite du temps et du travail d'accompagnement : ce n'est pas tant les contenus cliniques que la DSP a travaillés avec les infirmières dans le cadre du groupe de travail, mais l'accompagnement à l'appropriation des contenus cliniques (mâcher, décortiquer, percevoir, donner envie de s'informer davantage, d'aller lire le guide de pratique).

– Gestionnaire responsable des infirmières, CSSS

Cela n'ira pas plus vite, même si on tombe dans le réflexe de nos vieux patterns.

– Professionnelle de contenu, DSP

Cela se fait petit à petit, mais au bout du compte tout le monde y trouve son compte.

– Professionnelle de contenu, DSP

4. DISCUSSION

Deux thèmes principaux sont abordés dans cette section. Les enseignements réalisés lors de cette démarche de collaboration pour soutenir l'intégration de pratiques préventives en milieux cliniques y sont d'abord repositionnés par rapport à la littérature sur le changement dans les pratiques. Suivent certaines considérations sur les forces et les limites de cette recherche.

De façon générale, cette étude confirme l'importance des six conditions (MAFICO⁵⁶) présentées, dans la littérature, comme essentielles pour parvenir à des changements effectifs et durables quant à l'intégration d'actes préventifs dans la pratique des cliniciens. Plus encore, elle précise l'ampleur de leur portée en situation réelle et illustre des façons de les prendre en compte.

L'accompagnement : mettre ses connaissances et son expérience au service des milieux de pratique

Dans la présente recherche, on observe que la stratégie de facilitation, dont l'accompagnement soutenu est la pierre angulaire, est réalisable. Elle peut effectivement contribuer à un changement des pratiques dans le contexte québécois de soins de première ligne. La stratégie d'accompagnement décrite dans ce rapport correspond à la définition de la facilitation trouvée dans la littérature. Une initiative pancanadienne visant à renforcer les soins de santé primaires par l'utilisation de la facilitation définit celle-ci comme une approche permettant de guider le changement en se centrant sur le processus de transformation lui-même et en trouvant les moyens d'amener les différents acteurs à effectuer ces modifications ensemble⁵⁷. La participation active de tous les partenaires dans le processus de changement est alors soutenue par la création d'un environnement propice à une telle participation et à une prise de contrôle par ceux-ci⁵⁷. Les personnes qui exercent le rôle de facilitateurs offrent de l'aide et des ressources pour changer les façons de travailler⁵⁷, puis celles qui œuvrent dans les milieux de pratique cherchent de nouvelles façons de faire. En outre, comme l'affirment certains auteurs, la présente démarche confirme que la seule disponibilité d'outils n'est pas suffisante pour produire un changement dans les pratiques (par exemple, les guides de pratique étaient disponibles et connus des cliniciens), et que le soutien constitue un facteur-clé pour y parvenir^{57, 58}.

Dans cette expérimentation, on note également l'avantage de se rapprocher de milieux cliniques motivés et de travailler dès le début avec les professionnels de ces milieux, sur des objets concrets, pour arriver à une meilleure intégration d'actes préventifs dans leurs pratiques. Par exemple, comme le rapportent quelques auteurs, le travail sur des objets concrets afin de cibler les problèmes ainsi que le soutien pour y trouver des solutions aideraient les milieux à définir et à réduire les obstacles à l'amélioration de la pratique^{59, 60}. Une aide concrète peut ainsi permettre aux intervenants d'améliorer leurs pratiques en matière de prévention⁵⁷. De plus, une intervention adaptée aux caractéristiques uniques de chaque milieu est reconnue par divers auteurs comme davantage susceptible d'être intégrée dans la structure et dans les opérations quotidiennes et de

56. Voir la section 1 du présent rapport pour une présentation de ces conditions.

57. GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires. Une initiative multi-juridictionnelle*. St. John's, Terre-Neuve : ministère de la Santé et des Services communautaires, 2006, 109 p.

58. MELNIKOW, J., N.D. KOHATSU et B.K. CHAN. « Put prevention into practice: A controlled evaluation », dans *American Journal of Public Health*. 2000, vol. 90, n° 10, p. 1622-1625.

59. FUNK, M. et coll. « A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a World Health Organization collaborative study », dans *Journal of Studies on Alcohol*. 2005, vol. 66, n° 3, p. 379-388.

60. KAIRYS, S.W. et coll. « Using a registry to improve immunization delivery », dans *Pediatric Annals*. 2006, vol. 35, n° 7, p. 500-506.

devenir ainsi indépendante de l'intervention extérieure^{61, 62}. La flexibilité apparaît en ce sens être un ingrédient essentiel de la présente démarche de collaboration. L'intervention est en effet modulée sur la base de l'évaluation de la pratique, en s'ajustant entre ce que le milieu clinique souhaite et ce que les acteurs de santé publique aux niveaux régional et local peuvent offrir. Le tir se corrige de façon continue pour mieux tenir compte des commentaires, des besoins et des ressources disponibles de part et d'autre, mais également des imprévus qui viennent parfois changer la donne.

Par ailleurs, cette expérimentation met en lumière que l'accompagnement requiert des attitudes propres à ce type de démarche. Les auteurs en facilitation suggèrent que le comportement du facilitateur consiste davantage à aider les gens à penser et à agir ensemble⁶³. Ainsi, faciliter c'est d'abord parler *avec* les gens plutôt qu'*aux* gens⁶³. Pour ce faire, le facilitateur doit accepter de partager ses connaissances, ses compétences et son savoir, mais aussi et surtout d'amener ses connaissances de façon à développer des registres d'interventions adaptés aux gestes quotidiens des intervenants et à leur vocabulaire. Il se trouve ainsi centré sur le développement des capacités de l'autre plutôt que sur la prise de responsabilités et l'appropriation personnelle de la démarche⁶⁴. Il demeure ouvert à modifier son approche si cela s'avère nécessaire, reconnaissant ainsi le caractère unique de chaque situation⁶⁴. L'objectif à long terme du facilitateur est alors de travailler à céder sa place en développant les compétences nécessaires chez d'autres⁶⁴. De plus, comme il a été rapporté dans la littérature, l'utilisation d'un facilitateur extérieur au milieu contribue à assurer une vision neutre et précise de son rôle⁶⁴. Dans la présente étude, le fait que l'accompagnement ait été porté par la DSP a probablement contribué à l'adoption d'une vision d'ensemble de la démarche et des acteurs concernés. Le fait de posséder une bonne connaissance du processus de changement des pratiques et de la thématique retenue, tant sur les plans des guides de pratique que du réseau de services dans lequel s'inscrit la pratique professionnelle proposée, a certainement été un atout. Quel qu'il soit, le facilitateur doit être crédible et avoir toutes les compétences requises⁶⁴. Il doit de plus, bien entendu, disposer du temps nécessaire et être lui-même valorisé dans son organisation pour ce type de travail.

Le changement dans les pratiques cliniques préventives... possible!

Dans ce projet, on observe avant tout qu'il est possible d'inclure de nouveaux actes préventifs dans les pratiques cliniques, notamment dans celles des infirmières. La stratégie de facilitation, reconnue dans la littérature comme l'une des plus efficaces pour soutenir l'intégration de la prévention clinique, y est probablement pour beaucoup dans cette réussite. Cela concorderait avec les résultats d'une méta-analyse d'études sur l'expérimentation de la facilitation auprès de milieux cliniques, résultats qui démontrent que les milieux ayant bénéficié de ce type d'intervention sont près de trois fois plus enclins à adopter les guides de pratique basés sur les évidences scientifiques par comparaison aux milieux de pratique n'ayant participé à aucune intervention⁶⁵. Une étude ontarienne publiée en 2008 démontre que les améliorations obtenues avec une telle approche peuvent se maintenir dans le

61. STANGE, K.C. et coll. « Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention », dans *American Journal of Preventive Medicine*. 2003, vol. 25, n° 4, p. 296-300.

62. DUBEY, V. et coll. « Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial », dans *BMC Family Practice*. 2006, vol. 7, n° 44, p. 1-12.

63. WILSON, P. *The Facilitative Way: Leadership That Makes a Difference*. Shawnee Mission, KS : Team Tech Press, 2003, 258 p.

64. GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires. Une initiative multi-juridictionnelle*. St. John's, Terre-Neuve : ministère de la Santé et des Services communautaires, 2006, 109 p.

65. BASKERVILLE, N.B., C. LIDDY, et W. HOGG. « Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings », dans *Annals of Family Medicine*. 2012, vol. 10, n° 1, p. 63-74.

temps⁶⁶. Cela porte donc à croire que les changements mis en place dans le contexte du présent projet persisteront dans le temps. Par ailleurs, la volonté des infirmières d'acquiescer davantage d'autonomie dans leur pratique a pu favoriser l'intégration de changements dans leurs gestes professionnels. Notamment, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, qui accorde aux infirmières plus de latitude dans l'exercice de leurs fonctions, leur autorise le dépistage des ITSS chez les patients asymptomatiques⁶⁷. Cet aspect vient légitimer l'appropriation d'un nouvel acte professionnel par les infirmières.

Un autre constat tiré de cette démarche est l'importance de bien connaître et comprendre la pratique habituelle du milieu clinique afin que le changement proposé y soit adapté. La situation est ainsi définie selon le point de vue et les termes des acteurs. La littérature confirme qu'être ancré dans l'expérience permet de comprendre la problématique, mais également de connaître le point de départ de tous les acteurs⁶⁸. Comme l'affirment certains auteurs, le fait de s'insérer dans un contexte réel de pratique, soit une situation concrète qui pose problème pour les acteurs, permet de produire des connaissances pratiques qui seront utiles et significatives pour eux⁶⁸. Dans ce projet, le fait de partir de cas réels pour discuter de ce qui était habituellement fait par les cliniciens, puis de ce qui pourrait être fait, est un bon exemple d'application de cette approche. Ce regard porté sur les pratiques usuelles inclut nécessairement celles des CSSS et de la DSP, qui expérimentent tout autant de nouvelles façons de faire.

Cette démarche appuie de plus le fait qu'un travail sur le plan de l'organisation des services est nécessaire pour faciliter le changement dans les pratiques. Le travail avec les professionnels des milieux cliniques, à partir du cheminement clinique du patient, a fait réaliser l'importance d'aborder aussi l'organisation des services. Ainsi, assez tôt dans la démarche, une analyse des services disponibles selon les besoins des patients, de même qu'une amélioration de la fluidité entre ces services afin que les bons patients soient dirigés aux bons endroits et au bon moment, sont apparues nécessaires et ont été réalisées. La littérature appuie ces constats; l'inclusion de changements organisationnels dans l'intervention (ex. : organisation physique des lieux de pratique et coordination des services) afin de créer un environnement favorisant la prestation de services préventifs est présentée comme une condition d'efficacité pour parvenir à des changements effectifs et durables quant à l'intégration d'actes préventifs dans la pratique des cliniciens⁶⁹. Les comportements de ces derniers seraient fortement influencés par les modèles d'organisation de leur pratique.⁷⁰

L'expérimentation confirme en outre que pour parvenir à changer les pratiques et maintenir les acquis, il est nécessaire d'assurer une continuité tout au long de la démarche. La continuité est une condition d'efficacité mise de l'avant dans la littérature portant sur l'intégration de la prévention clinique⁶⁹. Pour assurer la continuité de l'intervention, il semble notamment essentiel de désigner une personne, extérieure ou non au milieu, qui sera responsable de la démarche. Par

66. HOGG, W. et coll. « Improving prevention in primary care. Evaluating the sustainability of outreach facilitation », dans *Canadian Family Physician*. Mai 2008, vol. 54, p. 712-720.

67. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* [en ligne]. Éditeur officiel du Québec, 2002, <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF>.

68. DOLBEC, A. et L. PRUD'HOMME. « La recherche-action », dans B. GAUTHIER (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009, p. 531-569.

69. PROVOST, M.-H. et coll. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

70. MCBRIDE, P. et coll. « Improving prevention systems in primary care practices: The Health Education and Research Trial (HEART) », dans *The Journal of Family Practice*. 2000, vol. 49, n° 2, p. 115-125.

exemple, dans notre expérimentation, les infirmières des milieux cliniques sont apparues comme les pivots pour animer le processus de changement vers de nouvelles pratiques à l'intérieur de leur organisation. La présente étude démontre donc l'importance de la constance dans l'accompagnement et permet également d'entrevoir l'effet positif de la continuité dans la présence des ressources des milieux cliniques, des CSSS et de la DSP (maintien dans le temps et des personnes en place). La littérature confirme que le roulement de personnel peut ralentir le processus de changement des pratiques⁷¹. Il faut ainsi travailler à ce que les nouvelles pratiques soient réellement intégrées à l'intérieur des systèmes, afin de diminuer le plus possible les répercussions des départs.

Le fait que les partenaires puissent reconnaître et apprécier les retombées positives des changements envisagés semble encourager leur engagement dans la démarche. Il est en effet reconnu que pour souhaiter s'engager dans une démarche de changement, les participants doivent y percevoir des avantages⁷². Dans la présente étude, l'enrichissement du rôle professionnel, un lien amélioré avec les ressources existantes de même qu'une meilleure prise en charge des patients sont des exemples de bénéfices que les acteurs percevaient et partageaient au début de la démarche au regard de la façon de travailler qui leur était proposée. La littérature appuie le fait que l'évaluation continue et la rétroaction aux milieux de pratique quant aux changements accomplis sur les plans clinique et organisationnel doivent faire partie intégrante d'un programme de facilitation⁷³. La rétroaction permettrait entre autres d'accroître l'engagement des acteurs dans le changement⁷¹. Accorder de l'importance aux succès, petits et grands, en célébrant les réussites⁷² et en renforçant les « bons coups », apparaît aussi comme une façon de maintenir la motivation et l'engagement des acteurs relativement aux changements visés.

Les résultats corroborent par ailleurs le fait que la modification des pratiques nécessite du temps. La modification du comportement n'est pas un résultat, mais un processus⁷⁴. Non seulement la démarche actuelle de changement des pratiques démontre qu'il est nécessaire de prendre le temps de décrire et de décortiquer le geste professionnel en vue d'y introduire des changements, mais certains auteurs estiment également que les interventions qui visent une transformation dans l'organisation peuvent mettre plusieurs années à se traduire en changements mesurables chez les patients⁷³. Ces mêmes auteurs estiment cependant que des changements ultérieurs dans les pratiques requerront moins de temps, du fait qu'ils pourront être construits sur les relations et les structures déjà existantes. L'établissement et le maintien d'une relation à long terme avec le milieu de pratique permettent ainsi au facilitateur d'atteindre plus d'efficacité⁷³. Lors de l'exportation vers d'autres milieux des pratiques développées, ou encore lors du développement d'une nouvelle thématique dans un milieu déjà engagé, le facilitateur peut d'ailleurs tabler sur l'expérience qu'il a développée⁷⁵. Lorsqu'une démarche similaire est reprise, le chemin parcouru et les apprentissages qui en découlent peuvent ainsi être mis à profit et permettre une économie de temps. Quoi qu'il en soit, il apparaît que toutes les PCP ne peuvent pas être abordées en même temps, ni même tous les

71. GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires. Une initiative multi-juridictionnelle*. St. John's, Terre-Neuve : ministère de la Santé et des Services communautaires, 2006, 109 p.

72. LAINEY, P. *Mener le changement avec efficacité*. Formation donnée le 27 mai 2011 à la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

73. KNOX L. et coll. *Developing and Running a Primary Care Practice Facilitation Program: A How-to Guide*. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2012, 114 p.

74. RAMSDEN, V.R. « Enhancing wellness model: Participatory development of an individualized wellness/health promotion program based on the integration of story-telling and the health history » [thèse de doctorat]. Saskatoon : University of Saskatchewan, 2004, cité dans GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires. Une initiative multi-juridictionnelle*. St. John's, Terre-Neuve : ministère de la Santé et des Services communautaires, 2006, 109 p.

75. HOGG, W. Échange par courrier électronique avec L. Moreault, 6 février 2013.

éléments de prévention d'une même PCP. Étant donné le grand nombre de pratiques préventives visées dans la pratique des médecins, quelques auteurs suggèrent d'ailleurs de prioriser l'intégration d'un nombre restreint de thématiques en fonction de l'impact potentiel sur la santé de la population, des besoins exprimés par les cliniciens ou la clientèle, ou de l'intérêt manifesté par l'organisation^{76, 77}. Il ressort aussi de la littérature que l'établissement de relations de confiance et la création d'un climat favorable à l'engagement des partenaires nécessitent du temps, mais qu'ils constituent la base de tout progrès⁷⁸.

Enfin, la présente démarche de changement des pratiques confirme que la simple diffusion des connaissances, bien qu'elle soit essentielle, n'est pas suffisante pour entraîner de tels changements, et qu'une phase d'appropriation par les cliniciens est déterminante. Dans cette expérimentation, les cliniciens des milieux participants disposaient déjà des guides de pratique, puis ont participé à une formation pertinente. Néanmoins, les résultats démontrent qu'un retour sur celle-ci s'est avéré indispensable afin de clarifier certaines notions, de choisir les contenus à appliquer, de les adapter aux réalités de leur pratique, puis d'en soutenir l'intégration. À ce sujet, une recension des écrits sur le transfert des connaissances⁷⁹ suggère que ce processus comprend plusieurs étapes. En plus de la production, de l'adaptation et de la diffusion des connaissances, on doit en considérer la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation par les acteurs afin qu'elles puissent se traduire ensuite dans leur pratique. Selon les auteurs de cette recension, il faut également tenir compte du fait que le processus de transfert des connaissances est influencé à la fois par des déterminants liés aux connaissances et par des facteurs liés aux acteurs ainsi qu'aux caractéristiques des organisations dans lesquelles ils évoluent. La présente étude a certainement permis de prendre conscience de cet ensemble de facteurs d'influence. Lors de l'exportation vers d'autres milieux des pratiques développées, les professionnels de ces milieux devront eux aussi s'approprier le contenu, c'est-à-dire les notions théoriques, et développer leur aisance à les appliquer. La phase d'appropriation et un accompagnement dans cette optique seront ainsi toujours essentiels. Ce qui a été développé sert alors à orchestrer une négociation entre les partenaires pour convenir ensemble de ce qui est désirable et faisable dans un nouveau milieu. L'annexe D illustre l'importance d'intégrer les phases du processus de changement des pratiques aux différentes étapes du processus de transfert des connaissances.

Les rôles des acteurs quant au soutien à l'intégration de la prévention clinique : partagés et complémentaires

La présente expérimentation démontre d'abord que l'engagement et la participation active de tous les acteurs concernés par le changement des pratiques dans un travail de collaboration sont nécessaires. L'étude d'une démarche canadienne de facilitation révèle que l'engagement et la participation active des acteurs passent par une explication claire et précise des attentes relatives à l'équipe de partenaires et à leur niveau d'engagement. On doit pouvoir leur offrir la possibilité de partager leurs idées et de contribuer concrètement à la démarche, et non seulement encourager une contribution symbolique de leur part⁷⁸. Certains auteurs soulignent par ailleurs qu'il est essentiel, dans

76. SOTO, J.C. et coll. « Pratiques cliniques préventives et besoins pour leur intégration chez des médecins d'un centre hospitalier universitaire à Montréal », dans *Revue canadienne de santé publique*. 2010, vol. 101, n° 1, p. 65-71.

77. YARNALL, K.S. et coll. « Primary care: Is there enough time for prevention? », dans *American Journal of Public Health*. 2003, vol. 93, n° 4, p. 635-641.

78. GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires. Une initiative multi-juridictionnelle*. St. John's, Terre-Neuve : ministère de la Santé et des Services communautaires, 2006, 109 p.

79. LEMIRE, N., D. SOUFFEZ et M.-C. LAURENDEAU. *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outils d'animation*. Gouvernement du Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2009, 59 p.

un processus de collaboration, que les enjeux et intérêts de chacun soient rapidement explicités. Cela permettrait de gagner en efficacité et en pertinence aux yeux des interlocuteurs⁸⁰. Nous avons pu constater de notre côté que le travail réalisé en collaboration avec les partenaires mène à la détermination des changements désirables et faisables pour les acteurs en présence, de même que des façons pour y arriver (ex. : partage des rôles et responsabilités). Cette démarche de collaboration a aussi permis d'assister à la naissance d'un réel partenariat entre les acteurs.

Il ressort de la démarche entreprise que les rôles des acteurs peuvent évoluer en cours de collaboration. Le rôle des CSSS, particulièrement, s'est grandement modifié en cours d'expérimentation. D'observateurs, ils sont passés à un rôle actif dans l'alignement et la mise en œuvre de la démarche. On constate par ailleurs que les rôles des différents groupes d'acteurs sont teintés des enjeux propres à chacun, eux-mêmes en évolution. Par exemple, la reconnaissance et la valorisation de la pratique des infirmières, de même que l'équité entre celles-ci, ont représenté en cours de route une motivation de premier plan pour les gestionnaires des CSSS responsables des infirmières. Notons également que la responsabilité populationnelle attribuée aux CSSS entraîne assurément l'apparition d'une nouvelle dynamique de collaboration avec leurs partenaires du réseau local de services, incluant les cliniques médicales, ainsi qu'avec le partenaire régional qu'est la DSP. Tout en visant la complémentarité des rôles et des responsabilités des partenaires des différents paliers de gouvernance^{81, 82}, cette dynamique devrait continuer à évoluer au cours des prochaines années.

Les rôles des acteurs, ainsi que les tâches qui en découlent, changent et évoluent selon les phases de la démarche de changement des pratiques. Ces rôles tendent à être complémentaires. En effet, les résultats montrent que, lors du développement des nouvelles pratiques, la DSP peut assumer un rôle de soutien scientifique tant sur les plans de la thématique retenue que du processus de changement dans les pratiques (données probantes et traduction des guides de pratique afin que les contenus répondent aux besoins et aux réalités des milieux cliniques). Les CSSS agissent alors en facilitant le rôle des infirmières ainsi que l'organisation des services. Durant la phase de maintien des changements réalisés, les contributions respectives pourraient s'adapter dans le temps en fonction des besoins et des tâches à accomplir. Cependant, les propos des acteurs laissent croire que, lors de l'exportation des pratiques développées vers d'autres milieux cliniques, les CSSS pourraient être à l'avant-plan, la DSP adoptant alors un rôle de soutien aux CSSS et aux milieux cliniques. Ces derniers rôles pourraient correspondre dans une certaine mesure aux modèles expérimentés dans certaines régions du Québec, où les CSSS assument davantage un rôle d'accompagnement des milieux cliniques de leur territoire en faisant la promotion des pratiques de prévention et en facilitant leur actualisation en première ligne⁸³. L'investissement de la DSP et des CSSS pourrait ainsi varier selon les phases du processus de changement des pratiques; il se précisera à la lumière des suites de cette démarche. Il apparaît qu'une réelle complémentarité entre les acteurs peut se produire lorsque les personnes acceptent de travailler ensemble et de mettre au service des autres leur expertise et l'accès à leur champ de responsabilités, de même qu'à leur zone d'influence professionnelle.

80. MONETTE, C. *Collaboration intersectorielle : leçons apprises pour développer des liens productifs*. Présentation effectuée le 27 avril 2012, au cours du 25^e congrès annuel de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec.

81. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Québec : gouvernement du Québec, 2011, 18 p.

82. GROULX, S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 71 p.

83. BICHAI, M. et L. BOUGIE. *Système de prévention clinique. L'approche de facilitation aux pratiques cliniques préventives en première ligne*. Présentation effectuée le 22 novembre 2007 au cours de la journée « Le système de prévention clinique, une initiative mobilisatrice » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique.

Dans cette étude, bien qu'il ait été établi qu'il était complémentaire à celui des infirmières, le rôle des médecins demeure toutefois à préciser. Si, jusqu'à présent, ils ont peu modifié leurs gestes professionnels pour y intégrer de nouveaux actes préventifs, ils ont tout de même accepté que les infirmières intègrent plusieurs changements dans leur pratique. Ils s'engagent également à rencontrer les patients ayant obtenu un résultat positif à un dépistage infirmier pour assurer la suite de l'épisode de soins. Par ailleurs, certains auteurs affirment que les interventions qui diminuent le temps investi par les médecins, surchargés, en visant d'autres membres de la clinique (par exemple les infirmières) peuvent s'avérer plus efficaces pour intégrer un changement des pratiques dans la clinique⁸⁴. Ainsi, le travail de collaboration se poursuit, notamment par l'intermédiaire des infirmières, afin de préciser la contribution des médecins, qui est minimalement de renforcer la pratique réalisée par l'infirmière.

Faciliter l'intégration des PCP – L'accompagnement du processus de changement des pratiques

Les différentes phases de l'accompagnement du processus de changement des pratiques ainsi que la description des rôles qui y sont associés, tels que vécus dans la présente expérimentation, sont présentées sur l'aide-mémoire aux pages 57 et 58. Ces rôles peuvent se partager entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques et pourront évoluer dans le temps.

À retenir

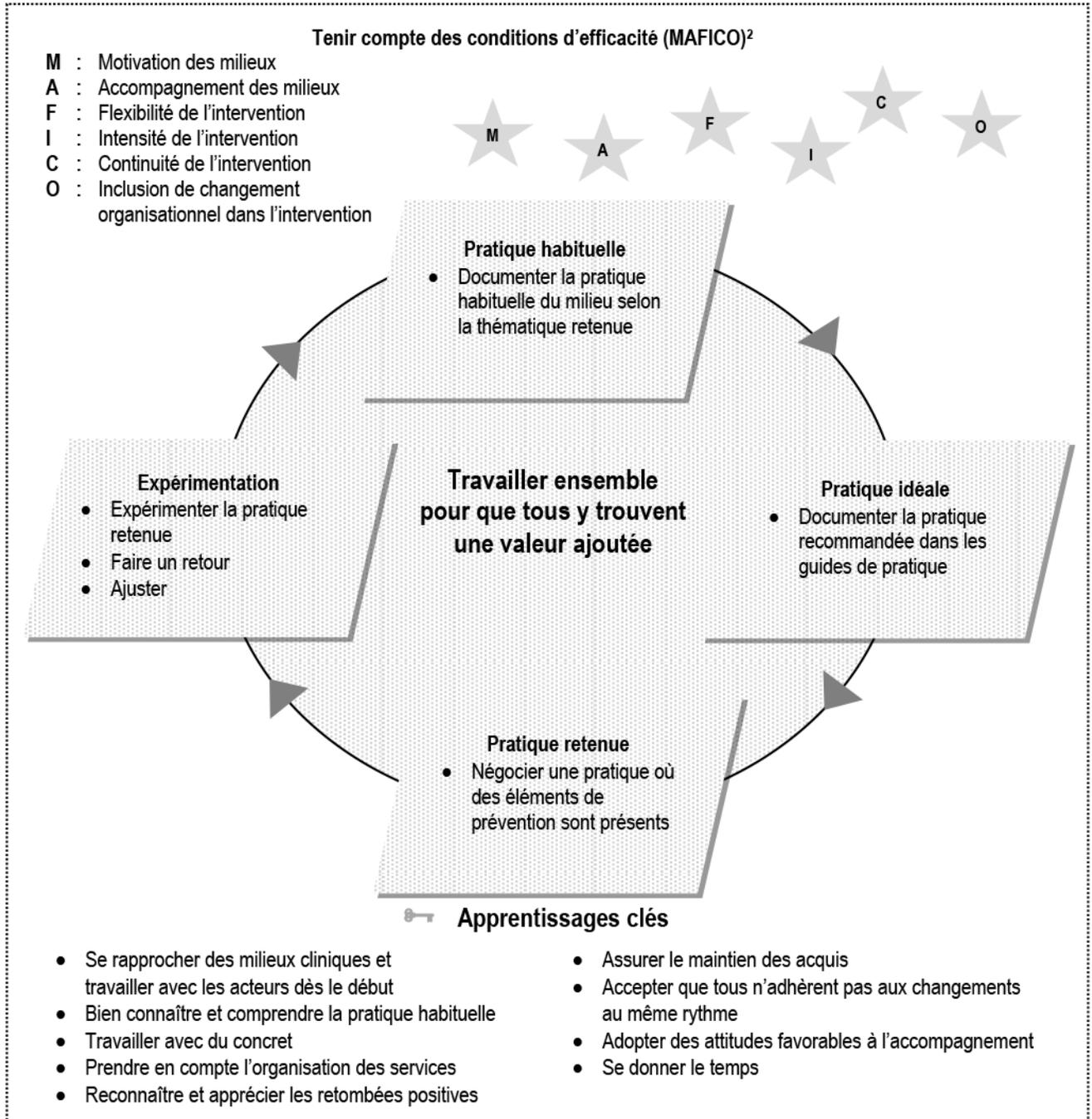
La présente démarche a permis de constater :

- qu'il est faisable d'adopter une stratégie d'accompagnement soutenu, la facilitation, en contexte de soins de première ligne;
- qu'il est possible de modifier des pratiques cliniques, particulièrement celles des infirmières, pour une meilleure intégration de la prévention auprès des patients;
- que la facilitation apparaît comme une stratégie avantageuse pour favoriser l'intégration de telles pratiques;
- que le soutien à l'égard de l'intégration des pratiques cliniques préventives exige le développement d'un réel partenariat entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques :
 - ce partenariat permet de préciser les rôles et responsabilités des différents acteurs, qui sont complémentaires dans l'action;
 - ce partenariat doit se poursuivre;
 - la DSP est certainement bien positionnée pour exercer un leadership dans l'établissement de ce partenariat et pour son maintien.

84. SCHNEIDER, G.W., M. DEHAVEN et L.M. SNELL. « Fostering a culture of prevention in a residency program through a continuous quality improvement project », dans *American Journal of Medical Quality*. 2003, vol. 18, n° 2, p. 82-89.

AIDE-MÉMOIRE Faciliter l'intégration des PCP

L'accompagnement du processus de changement des pratiques¹

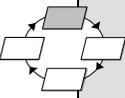
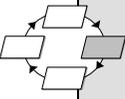
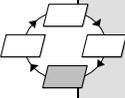
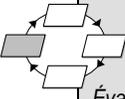


1. PROVOST, M.-H., L. MOREAULT et L. CARDINAL. Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques. Rapport de recherche-action. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2013, 83 p.

2. PROVOST, M.-H. et coll. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

Les quatre phases du schéma sont inspirées de : BARIBEAU, C. Recherche-action. Document de discussion à l'intention du groupe de soutien sur les pratiques cliniques préventives de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Octobre 2009, 20 p.

L'accompagnement du processus de changement des pratiques

Phases du processus de changement des pratiques	Rôles liés à l'accompagnement du processus de changement des pratiques (Ces rôles peuvent se partager entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques et peuvent évoluer dans le temps.)
Étape préalable <i>Se faire ouvrir la porte par les acteurs et développer un sentiment de confiance mutuel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer tous les acteurs concernés, avoir leur accord et les associer à la démarche. • Documenter leurs besoins, leurs attentes et leurs enjeux (ce qu'ils peuvent perdre ou gagner à travailler conjointement; les contraintes ou les occasions favorables qu'apporte le changement des pratiques). • Déterminer la valeur ajoutée du travail en collaboration pour les acteurs. • Préciser les expertises de chacun.
 Documenter la pratique habituelle du milieu selon la thématique retenue <i>Choisir une thématique d'intérêt pour tous et apprécier les façons de faire habituelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir conjointement la thématique sur laquelle travailler, qui représente un intérêt pour tous. • Désigner les cliniciens qui seront les interlocuteurs pour comprendre les façons de faire habituelles. • Documenter la pratique habituelle et le fonctionnement du milieu clinique (d'où part-on?). • Cibler les difficultés rencontrées dans la pratique des cliniciens, ce qui les rendrait confiants et les amènerait à agir différemment. • Porter un regard sur l'organisation des services en place, selon le cheminement clinique du patient.
 Documenter la pratique recommandée dans les guides de pratique (pratique idéale) <i>Qu'est-ce qui est écrit dans les grands livres?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter ce qui devrait être fait selon les meilleures pratiques. • Décortiquer les recommandations et choisir les situations cliniques les plus appropriées pour les intégrer dans le contexte de travail des cliniciens. • Simplifier la théorie et les guides de pratique pour faciliter leur application dans la pratique. • Répondre aux questions et aux préoccupations des cliniciens. • Assurer la formation des cliniciens et un retour sur celle-ci (clarifier, choisir, adapter).
 Négocier une pratique où des éléments de prévention sont présents (pratique retenue) <i>Qu'est-ce qui pourrait être expérimenté dans un premier temps : on serait content si...?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Animer un processus de négociation permettant de retenir ce qui est désirable et faisable pour tous (ex. : clientèle visée; fonctionnement); déterminer la pratique minimale à implanter, en priorisant les éléments fondamentaux. • Convenir de la façon dont ce changement peut s'intégrer au fonctionnement et aux services existants; tenir compte des limites et des contraintes et les respecter. • Adapter le travail et les outils au contexte de la pratique, aux responsabilités et aux fonctions des cliniciens et au cheminement du patient dans la clinique. • Favoriser l'appropriation du contenu chez les cliniciens à partir de situations concrètes et courantes. • Apporter des changements à l'environnement de pratique pour le rendre favorable à l'intégration de la prévention clinique (organisation des services; organisation du travail des cliniciens).
 Expérimenter la pratique retenue; faire un retour; ajuster <i>Évaluer, s'ajuster, consolider</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tester les aspects retenus dans la pratique, puis ajuster et construire sur ce qui fonctionne. • Cerner les obstacles et les réduire lorsque possible. • Encourager les initiatives et faire du renforcement positif, souligner les petits succès et les avancées. • Favoriser le développement des compétences chez les cliniciens (ex. : simulations de cas).
« Routiniser » les nouvelles pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le maintien du changement des pratiques avec le soutien des décideurs (ex. : inscrire le changement dans les protocoles existants; prévoir des suivis dans le milieu pour faire le point; proposer des ajustements; faire des relances; apporter de l'aide au besoin; demeurer disponible). • Répéter les différentes phases du processus de changement des pratiques selon les besoins pour chaque composante de la pratique à améliorer.
De façon continue...	
<ul style="list-style-type: none"> • Animer des rencontres productives (ex. : centrées sur les objectifs convenus et la résolution de problèmes). • Anticiper les actions à poser et les questions à aborder d'une rencontre à l'autre. • Favoriser la participation active des acteurs, encourager des échanges respectueux et la cohésion du groupe. • Utiliser diverses stratégies pour l'intégration des PCP (formation; leaders d'opinion locaux; clarification de rôles; travail sur l'organisation des services; etc.). • Donner suite aux besoins identifiés; recenser les sujets difficiles et y revenir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se donner les outils pour raviver la mémoire du groupe, garder des traces des décisions et des suivis et les rappeler au besoin; s'assurer que les personnes nouvelles puissent reprendre le fil. • Contribuer à développer une vision commune entre les acteurs de ce qu'il y a à faire et garder le cap vers l'objectif établi. • Interpeler les autres acteurs nécessaires au bon déroulement de la démarche et assurer les liens. • Faire de la rétroaction auprès des cliniciens et des gestionnaires pour apprécier le chemin parcouru. • Offrir une aide concrète et une présence soutenue dans les milieux.

Les forces et les limites de la recherche

Une des forces de cette recherche repose dans l'utilisation d'une méthodologie appropriée pour étudier un processus de collaboration entre différents partenaires. En effet, si l'objectif de cette expérimentation était une meilleure intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens auprès de leurs patients, les modalités de collaboration à mettre en œuvre pour y arriver, bien qu'elles aient été anticipées au départ, n'étaient pas complètement définies. Il en est de même des rôles des différents acteurs. L'approche de la recherche-action a ainsi permis d'être bien instrumenté pour vivre cette collaboration en valorisant le point de vue des participants et leur savoir⁸⁵, afin que les décisions et les actions visant à susciter le changement soient désirables et faisables pour tous. La recherche-action offre en ce sens une méthodologie propice à l'analyse et au développement des pratiques professionnelles⁸⁶, puisqu'elle se donne comme objectif d'influencer directement le monde de la pratique en facilitant un changement qui vient de l'intérieur⁸⁵. Cette approche propose aussi une réponse mieux adaptée aux besoins des acteurs des milieux cliniques, qui évoluent dans des environnements en perpétuel changement⁸⁷, ainsi qu'aux conditions d'implantation souvent complexes des interventions de santé publique⁸⁸. Par ailleurs, la recherche-action est une méthodologie rigoureuse répondant à un ensemble de critères de scientificité, définis à la section 2.5 du présent document, qui ont été respectés dans le contexte de cette étude.

Toutefois, la recherche-action procède par cycles successifs d'action-observation-réflexion-planification⁸⁹, ce qui nécessite du temps et peut constituer un inconvénient. Elle est pourtant une occasion de faire des apprentissages multiples⁹⁰, comme c'est le cas dans le présent projet. Les auteurs en recherche-action énoncent d'ailleurs que l'une de ses particularités est d'être de longue durée, et non ponctuelle⁹¹, et que les nombreux allers-retours sont une caractéristique importante de ce type de démarche, qui se veut réflexive⁸⁸.

Mentionnons aussi que la généralisation des résultats est limitée en raison du caractère non aléatoire des milieux cliniques, qui ne sont donc pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des milieux de pratique, et de leur petit nombre. Néanmoins, ce qui est transférable, plutôt que généralisable, en recherche-action, ce sont moins les résultats obtenus que le processus d'intervention lui-même⁸⁶. La diversité des acteurs concernés dans la présente démarche (infirmières, médecins, professionnels de santé publique, gestionnaires) et les différentes organisations d'appartenance de ceux-ci (milieux cliniques, CSSS, DSP) constituent par ailleurs un aspect positif de la recherche. Cela a permis la pluralité des points de vue et a donné un droit de parole à tous les types d'acteurs, qu'ils détiennent un pouvoir décisionnel ou non, en plus de favoriser une réelle prise en compte de réalités variées et d'intérêts multiples⁹².

85. DOLBEC, A. et L. PRUD'HOMME. « La recherche-action », dans B. GAUTHIER (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009, p. 531-569.

86. CLAUX, R. et P. LEMAY. « La recherche-action : fondements, pratique et formation. L'actualité de Kurt Lewin », dans *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*. 1992, vol. 7, p. 53-66.

87. CAVE, A.J. et V.R. RAMSDEN. « La recherche-action participative », dans *Le Médecin de famille canadien*. Octobre 2002, vol. 48, p. 1676-1677.

88. RÉSEAU DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC. « La recherche participative : un levier pour l'action en santé publique », dans *Carnets-synthèse*. Octobre 2010, vol. 8, 8 p.

89. CLAVEAU, I. « La recherche-action comme levier de changement et de développement professionnel », dans *Virage*. Automne 2009, vol. 11, n° 4, p. 24-26.

90. BLANCHET, L. et coll. « L'intervention en réseau comme processus de recherche-action », dans *Revue canadienne de service social*. 1984, p. 97-127, cité dans MAYER, R. et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

91. MAYER, R. et F. OUELLET. *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur, 1991, 537 p.

92. JACOB S. et L. OUVREARD. « L'évaluation participative. Avantages et difficultés d'une pratique innovante », dans *Cahiers de la performance et de l'évaluation*. Automne 2009, n° 1, 83 p.

Dans un autre ordre d'idées, l'utilisation de l'observation participante comme principale méthode de collecte des données a pour sa part favorisé la connaissance et la compréhension du mode de fonctionnement des milieux cliniques participants et des systèmes dans lesquels ils évoluent. Ce type d'observation permet d'étudier un phénomène en profondeur et de recueillir, en temps réel, une grande variété de renseignements qui ne seraient pas accessibles autrement que par une intervention directe en situation concrète⁹³. Cette collaboration étroite du chercheur avec les participants peut toutefois entraîner des phénomènes relationnels subjectifs et des conflits de rôles de la part du chercheur⁹³. Une attention particulière a été portée à l'atténuation du risque de subjectivité par une prise de notes la plus exhaustive possible lors des rencontres avec les cliniciens ou les gestionnaires. Ces notes étaient présentées, commentées et discutées par l'équipe de recherche qui s'assurait d'un maximum d'objectivité en y donnant la signification la plus fidèle possible. Les comptes rendus des rencontres avec les milieux cliniques ont de plus été validés de façon continue par les cliniciens prenant part à la démarche. La méthode d'analyse principalement utilisée, soit l'analyse de contenu, comporte également une certaine part de subjectivité, mais la triangulation des sources et des méthodes de collecte de données a permis de valider les interprétations et de diminuer l'impact potentiel de cette source de biais.

Somme toute, en raison du temps imparti pour la recherche, certaines répercussions n'ont pu être observées et plusieurs questions restent entières. Pensons, par exemple, à la participation de l'ensemble des médecins dans le changement des pratiques, aux conditions de transfert des nouvelles pratiques à d'autres milieux cliniques, ou encore à l'application du processus de changement des pratiques à d'autres objets de prévention pour un même milieu. De plus, bien que certains effets sur le changement des pratiques ont pu être observés, le présent devis de recherche ne visait pas la mesure des effets sur les pratiques des cliniciens, ni sur les comportements ou l'état de santé des patients. Il était centré sur le processus même du changement.

Finalement, au-delà de la définition de ce que sont les meilleures pratiques cliniques (ex. : guides de pratique), l'amélioration des stratégies de santé publique commande ce type de recherche visant à préciser comment travailler ensemble pour que les PCP soient mieux intégrées par les cliniciens. Le point de vue offert par cette étude confirme et complète ainsi certaines connaissances déjà acquises en la matière et propose des bases de collaboration différentes avec les partenaires des milieux cliniques.

93. DESROSIERS, H. et coll. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec : gouvernement du Québec, 1998, 130 p.

5. CONDITIONS CRITIQUES ET SIGNIFICATION POUR LES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

La présente étude a permis de déterminer plusieurs conditions critiques à l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens auprès de leurs patients. Ces conditions, essentielles pour qu'un changement se produise, peuvent être regroupées selon trois thèmes, soit les éléments propres au processus de changement dans les pratiques cliniques, au milieu clinique lui-même ou encore à l'objet de prévention retenu. Elles s'adressent aux acteurs de santé publique aux niveaux régional et local.

Conditions relatives au processus de changement dans les pratiques cliniques

Pour parvenir à un changement dans les pratiques cliniques, peu importe la thématique retenue, il apparaît essentiel :

- ☑ que tous les acteurs engagés manifestent une ouverture à dresser un état de situation (détermination des forces et des limites de la pratique habituelle);
- ☑ que les véritables enjeux soient exprimés par les acteurs;
- ☑ que les bonnes pratiques soient définies (ex. : disponibilité de guides de pratique clinique);
- ☑ qu'il soit possible de recourir à des experts (qui aident à progresser dans la bonne direction);
- ☑ que les forces et les lacunes de l'organisation des services soient définies, notamment en utilisant le cheminement clinique du patient selon différentes situations cliniques;
- ☑ que des changements organisationnels soient préparés et opérés, et ce, même en dehors des milieux cliniques (par exemple en identifiant et en facilitant les corridors de services existants);
- ☑ que l'on mette sur pied une équipe de travail;
- ☑ que l'on ait du temps à y consacrer;
- ☑ qu'un soutien concret soit offert par la DSP et les CSSS;
- ☑ que les décideurs donnent leur aval et leur soutien aux orientations choisies;
- ☑ qu'il y ait présence soutenue d'une personne ayant des connaissances et de l'expérience relatives au processus de changement des pratiques;
- ☑ que les relations entre les personnes reposent sur le respect, l'écoute, la patience et la confiance;
- ☑ que l'on accepte de négocier à chaque étape du processus de changement des pratiques;
- ☑ que les ressources soient stables;
- ☑ que le geste préventif soit rendu systématique (intégration dans les habitudes et les routines);
- ☑ que l'on prévoie des ressources pour suivre le changement et les progrès réalisés;
- ☑ que l'on accepte que tout ne soit pas fait exactement comme le recommandent les guides de pratique.

Conditions relatives au milieu clinique

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au milieu clinique, pour parvenir à un changement dans les pratiques cliniques, il est nécessaire :

- ☑ que le médecin responsable de la clinique donne son accord et s'engage activement à soutenir la démarche;
- ☑ que les CSSS acceptent de libérer du temps des infirmières dont ils assurent la responsabilité;
- ☑ que quelques infirmières soient parties prenantes de la démarche dès le départ;
- ☑ qu'une façon soit trouvée pour que les médecins s'engagent à la mesure de ce qui est attendu d'eux et de leur disponibilité;
- ☑ que les médecins fassent, au minimum, du renforcement en ce qui concerne la pratique infirmière;
- ☑ qu'il y ait une personne-ressource dans le milieu clinique, c'est-à-dire une personne-clé qui se sent responsable du projet et qui s'y engage comme telle.

Conditions relatives à l'objet de prévention

Relativement à l'objet de prévention choisi, il paraît indispensable :

- ☑ que la thématique retenue soit un enjeu important pour tous les acteurs (qu'elle ait une pertinence clinique ainsi que de santé publique);
- ☑ que les cliniciens aient l'impression de faire *mieux*, pas de faire *plus*;
- ☑ qu'il y ait présence soutenue d'une personne ayant des connaissances et de l'expérience en lien avec la thématique retenue;
- ☑ que l'objet de changement s'inscrive dans le contexte réel de pratique.

Signification de ces conditions pour les acteurs de santé publique

Les acteurs de santé publique de niveaux régional et local qui s'engagent dans une démarche d'accompagnement doivent également accepter :

- que l'intégration des pratiques cliniques préventives est en concurrence avec l'intégration des pratiques de soins, nombreuses et en constante évolution, et qu'en conséquence, la prévention n'est pas de prime abord une priorité pour les milieux cliniques;
- qu'il est difficile de traiter plus d'une PCP à la fois pour un milieu donné ou d'aborder une PCP dans plusieurs milieux à la fois (il faut faire des choix);
- qu'une réelle intégration prend du temps (quelques mois, voire quelques années) et que, même si l'investissement diminue avec le temps, il faut prévoir un soutien pour maintenir les acquis;
- que le travail ne fait que commencer lorsqu'une porte s'ouvre (il ne suffit pas de remettre le guide de pratique);
- que chaque action entreprise peut en commander d'autres, qui n'étaient pas nécessairement anticipées;
- que certains cliniciens (médecins ou infirmières) ne participeront pas tout de suite ou ne participeront jamais (il vaut donc mieux viser une masse critique engagée);

- que certains milieux, que ce soient les cliniques, les CSSS ou la DSP, malgré leur bonne volonté, ne peuvent pas assurer les conditions requises (ex. : affectation de ressources en continu et accompagnement soutenu) pour s'engager dans un tel processus;
- que le travail en silos devra être remis en question à l'intérieur des différentes organisations;
- que certains éléments, tels que le changement de personnel ou l'affectation des ressources à d'autres tâches, seront continuellement hors de leur contrôle;
- qu'il y aura des périodes moins productives (il peut être difficile de maintenir un rythme constant);
- que les changements amenés dans la pratique demeurent fragiles tant qu'ils ne sont pas intégrés dans la routine;
- qu'en fin de compte, les patients demeurent libres de faire les choix relatifs à leur santé.

CONCLUSION

Cette recherche-action visait à développer, expérimenter et apprécier de façon continue une démarche de collaboration, entre une DSP, des CSSS et des milieux cliniques, centrée sur une stratégie d'accompagnement soutenu, la facilitation, en vue de mieux intégrer la prévention dans les pratiques des cliniciens. Les résultats révèlent qu'il est faisable d'adopter une stratégie de facilitation dans le contexte québécois de soins de première ligne et rendent compte d'un réel changement dans les pratiques cliniques, particulièrement celles des infirmières. Cette recherche met en lumière un certain nombre d'apprentissages, comme autant de changements à intégrer dans les façons de faire de la santé publique aux niveaux régional et local. Il apparaît clairement que l'accompagnement est indispensable pour changer les pratiques. Par ailleurs, le soutien à l'égard de l'intégration des pratiques cliniques préventives exige le développement d'un réel partenariat entre la DSP, les CSSS et les milieux cliniques.

Cette démarche a engagé une multitude d'acteurs provenant d'organisations différentes qui ont tous un rôle à jouer en prévention. Les rôles de chacun de ces partenaires se sont définis en cours de collaboration. Certains rôles reviennent incontestablement à l'un ou à l'autre. Notamment, la DSP assume un rôle de soutien scientifique sur le plan des données probantes; les CSSS fournissent un apport important en ce qui a trait aux rôles des infirmières et à l'organisation des services de leur territoire; et les professionnels des milieux cliniques constituent les agents de changement au sein de leur milieu, notamment en mobilisant leurs collègues au regard des nouvelles pratiques. D'autres rôles sont toutefois plus partageables et pourront évoluer dans le temps, principalement pour ce qui est de l'accompagnement du processus de changement des pratiques. En ce sens, plus de travaux paraissent nécessaires pour préciser comment peut s'actualiser, au fil du temps, cette répartition des rôles entre les différents acteurs.

Dans d'autres régions du Québec, des DSP expérimentent actuellement des façons de travailler avec les CSSS et les milieux cliniques pour mieux intégrer la prévention dans les pratiques cliniques. La mise en commun des apprentissages est certainement souhaitable pour favoriser l'analyse, la discussion et la réflexion, mais surtout pour apprendre de nos façons différentes de travailler et continuer à avancer vers notre objectif commun d'avoir davantage d'effet dans nos actions auprès des cliniciens.

ANNEXES

Annexe A

Stratégies et conditions d'efficacité pour l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques

FIGURE 1 : EFFICACITÉ DES 14 STRATÉGIES ANALYSÉES INCLUANT LES 6 CONDITIONS D'EFFICACITÉ



- M** : Motivation des milieux
A : Accompagnement des milieux
F : Flexibilité de l'intervention
I : Intensité de l'intervention
C : Continuité de l'intervention
O : Inclusion de changement organisationnel dans l'intervention

Les flèches et l'encadré en pointillés illustrent que les stratégies peuvent changer de catégorie en fonction de nouvelles données provenant de la littérature. Les étoiles identifient les conditions gagnantes de l'intervention.

Source : PROVOST, M.-H. et coll. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives), 2007, 168 p.

Tableau 14
Conditions d'efficacité des stratégies

<p>La motivation des milieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • La motivation des milieux fait référence à la dynamique interne, plus précisément au fait que les membres de la clinique sont motivés à faire de la prévention et qu'ils ont une attitude positive à l'égard des changements qui sont nécessaires pour y parvenir. • Le niveau de motivation peut être modulé par plusieurs éléments notamment l'environnement social de la clinique (capacité de travailler en équipe, communication, etc.). • Il importe de créer une culture de changement en impliquant tous les membres du milieu dans le processus de changement. • La présence d'un leader local dans le milieu peut accroître la motivation des membres du milieu au regard du changement. 	<p>L'accompagnement des milieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accompagnement réfère au soutien donné au milieu de pratique. • Le soutien permet de définir les obstacles au changement et aiderait à les réduire. • La personne qui vient en soutien au milieu peut travailler avec celui-ci pour évaluer la pratique actuelle au regard de la prestation de services préventifs, déterminer des objectifs pour améliorer la pratique, planifier les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, implanter les approches et outils retenus et évaluer le changement réalisé. • Le soutien peut être présent tout au long du processus de changement.
<p>La flexibilité de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • La flexibilité de l'intervention signifie qu'elle est adaptée au milieu de pratique. • Des caractéristiques propres au milieu de pratique (structure organisationnelle, barrières, besoins, ressources, etc.) sont associées à la capacité d'accroître la prestation de services préventifs. • Il importe d'individualiser l'intervention sur la base de l'évaluation de ces facteurs et des solutions faisant consensus. • Cette analyse devrait faire partie des premières étapes de l'élaboration de l'intervention et être réalisée en collaboration avec les personnes du milieu. 	<p>L'intensité de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intensité de l'intervention fait référence à l'énergie déployée pour parvenir aux objectifs de changement à atteindre. • Le nombre et la diversité des stratégies déployées, le nombre de répétitions de certaines actions et les ressources investies sont autant de composantes de l'intensité. • Pour qu'une intervention soit efficace, on a avantage à revenir à la charge à plusieurs reprises, avec plusieurs outils et auprès de l'ensemble du personnel d'un même milieu. • L'utilisation de ressources externes, notamment pour offrir du soutien et du renforcement de même que la mise à contribution des ressources internes sont également importantes.
<p>La continuité de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • La continuité de l'intervention se rapporte au maintien de celle-ci dans le temps. • Les actions entreprises et visant à favoriser l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens doivent être là pour rester. • Pour assurer la continuité de l'intervention, il apparaît essentiel de désigner une personne qui en sera responsable, qu'elle vienne de l'intérieur du milieu ou de l'extérieur. 	<p>L'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les changements organisationnels peuvent viser l'organisation des soins, l'organisation physique des lieux de pratique, la coordination des services ou le soutien au travail d'équipe. • Des mécanismes de soutien à la pratique sont nécessaires pour générer le changement de comportement visé et en assurer le maintien. • Il importe d'agir sur l'individu mais également sur son environnement, en créant un environnement favorisant la prestation de services préventifs.

Annexe B**Principaux acteurs engagés dans la démarche de collaboration****Ressources participant aux groupes de travail créés dans les milieux cliniques**

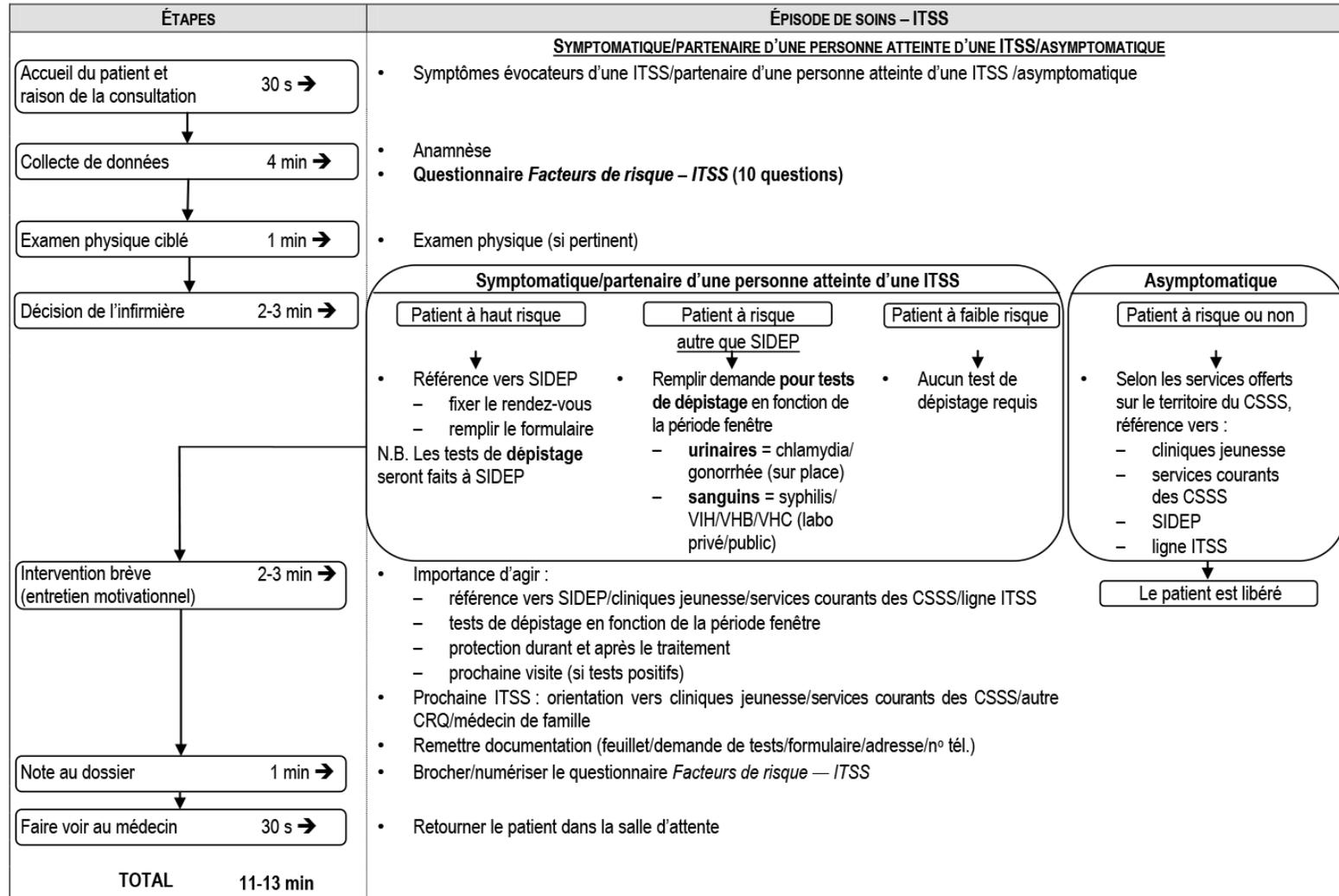
	Milieux cliniques	CSSS	DSP
Groupe de travail A	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin responsable de la clinique • Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne • Infirmière clinicienne en GMF-CRQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière assistante du supérieur immédiat 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnelle ayant des connaissances et de l'expérience en lien avec la thématique retenue • Professionnelles en soutien au processus de changement des pratiques (elles se sont aussi investies dans l'équipe de recherche)
Groupe de travail B	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière clinicienne en CRQ • Infirmière clinicienne en GMF • Médecin GMF-CRQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller clinicien en soins infirmiers et chef de programme CRQ-GMF 	
Groupe de travail C	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière clinicienne • Médecin 		

Principaux gestionnaires contribuant à la démarche de collaboration en dehors des groupes de travail

Organisation	Principaux gestionnaires
Milieu clinique A	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin responsable de la clinique (participe aussi au groupe de travail créé en milieu clinique)
Milieu clinique B	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin responsable de la clinique
Milieu clinique C	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin responsable de la clinique
CSSS A	<ul style="list-style-type: none"> • Chef de programme GMF-UMF-CRQ • Directrice des programmes des services généraux et de la santé publique
CSSS B	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller clinicien en soins infirmiers et chef de programme CRQ-GMF (participe aussi au groupe de travail créé en milieu clinique) • Directrice des soins infirmiers • Coordinatrice de la santé publique, de la prévention et de la promotion de la santé (incluant la coordination du programme régional de dépistage SIDEP) • Chef de programme UMF
DSP	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinateurs des équipes concernées

Annexe C Schémas d'épisode de soins

Épisode de soins ITSS, 1^{re} visite Infirmière en CRQ



Adapté de :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide québécois de dépistage : Infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec : gouvernement du Québec, 2006, 149 p.
 AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Édition 2006. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 426 p.

Épisode de soins ITSS, 1^{re} visite Médecin et infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en CRQ

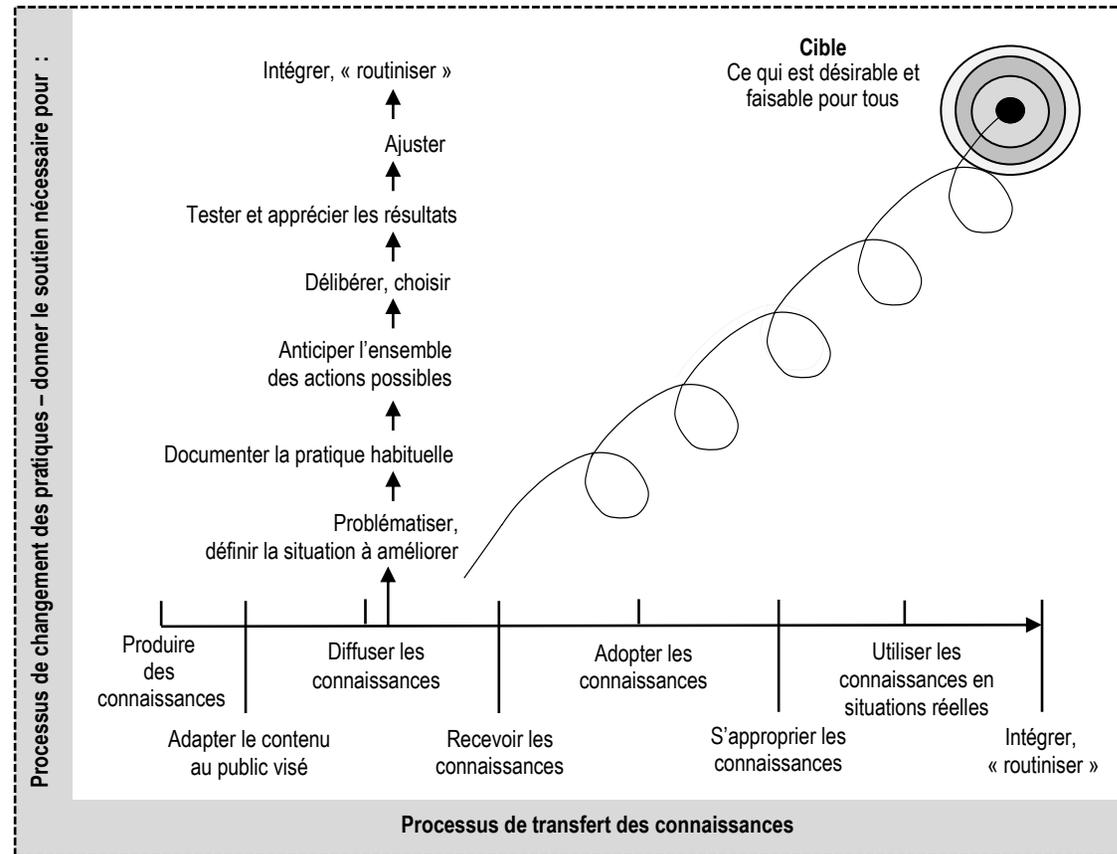
ÉTAPES	ÉPISODE DE SOINS – ITSS										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Accueil du patient et raison de la consultation 30 s →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Collecte de données 2-3 min →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Examen physique ciblé 2-5 min →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Tests diagnostiques/ examens complémentaires 2-3 min →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Prise de connaissance de la référence et des tests de dépistage demandés par l'infirmière 30 s →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Diagnostic et traitement 1 min →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Intervention brève 2-5 min →</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Note au dossier 1 min →</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">TOTAL 11-19 min</div>	<p style="text-align: center;"><u>SYMPTOMATIQUE/PARTENAIRE D'UNE PERSONNE ATTEINTE D'UNE ITSS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes évocateurs d'une ITSS/partenaire d'une personne atteinte d'une ITSS • Anamnèse • Remplir/consulter le questionnaire <i>Facteurs de risque – ITSS</i> • Examen physique • Chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH, VHB, VHC, VHS, vaginose, cytologie, etc. <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Symptomatique/partenaire d'une personne atteinte d'une ITSS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">Patient à haut risque</td> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">Patient à risque <i>autre que SIDEP</i></td> <td style="width: 33%; text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">Patient à faible risque</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↓</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Référence vers SIDEP faite par l'infirmière <p>N.B. Les tests de dépistage seront faits à SIDEP</p> </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Demande de tests de dépistage rédigée par l'infirmière en fonction de la période fenêtre </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun test de dépistage requis </td> </tr> </table> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic clinique et ordonnance pour la médication • Importance d'agir : <ul style="list-style-type: none"> – activités sexuelles à court terme : contagiosité (ex. : 7 jours ou présence de symptômes) – partenaires : aviser de consulter/prescrire la médication (code K = cas-index; code L = partenaire) – appuyer référence vers SIDEP/tests de dépistage – prochaine visite (si tests positifs) • Remettre ordonnance pour prélèvements/traitement • Inscrire éléments pertinents • Code d'acte (examen ordinaire/examen complet) • Code d'acte 15230 : intervention préventive ITSS 	Patient à haut risque	Patient à risque <i>autre que SIDEP</i>	Patient à faible risque	↓	↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> • Référence vers SIDEP faite par l'infirmière <p>N.B. Les tests de dépistage seront faits à SIDEP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de tests de dépistage rédigée par l'infirmière en fonction de la période fenêtre 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun test de dépistage requis 	<p style="text-align: center;"><u>ASYMPTOMATIQUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ne verront pas ce patient
Patient à haut risque	Patient à risque <i>autre que SIDEP</i>	Patient à faible risque									
↓	↓	↓									
<ul style="list-style-type: none"> • Référence vers SIDEP faite par l'infirmière <p>N.B. Les tests de dépistage seront faits à SIDEP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de tests de dépistage rédigée par l'infirmière en fonction de la période fenêtre 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun test de dépistage requis 									

Adapté de :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide québécois de dépistage : Infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec : gouvernement du Québec, 2006, 149 p.
 AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Édition 2006. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 426 p.

Annexe D

Accompagnement du changement et transfert des connaissances : deux processus à intégrer



Afin que soient intégrés dans la pratique les changements qui sont désirables et faisables pour tous, les diverses phases du processus de changement des pratiques doivent se réaliser de façon simultanée aux étapes du processus de transfert des connaissances. Ainsi, il est utopique de croire que la diffusion des connaissances, seule, mènera à la « routinisation » des nouvelles pratiques. Pour ce faire, une aide concrète et une présence soutenue sont requises. Par ailleurs, il est impensable de réaliser un accompagnement sans transfert des connaissances.

Inspiré de :

LEMIRE, N., D. SOUFFEZ et M.-C. LAURENDEAU. *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outils d'animation*. Gouvernement du Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2009, 59 p.

BARIBEAU, C. *Recherche-action. Document de discussion à l'intention du groupe de soutien sur les pratiques cliniques préventives de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale*. Octobre 2009, 20 p