

Université de Sherbrooke

**Dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle :
développement et processus d'implantation d'un protocole clinique**

Par
Julie Larivière
Programme de Maîtrise en pratique de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)
Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Sherbrooke, Québec, Canada
Juin, 2016

Membres du jury d'évaluation
Chantal Sylvain, directrice, École de réadaptation
Diana Zidarov, mentor, Université McGill

© Julie Larivière, 2016

RÉSUMÉ

Dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle : développement et processus d'implantation d'un protocole clinique

Par Julie Larivière

Programmes de Maîtrise en pratique de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.), Maîtrise en pratiques de la réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Problématique : En 2014, l'Association des établissements en réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) a publié et disséminé un Guide complémentaire au cadre de référence sur la réadaptation au travail portant sur la précocité des interventions. Toutefois, au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal, ces lignes directrices n'ont pas été adoptées ni implantées dans un protocole clinique permettant de dépister précocement les facteurs pronostics de réinsertion professionnelle. Par conséquent, certains facteurs personnels et environnementaux initialement présents et modifiables pouvaient devenir des obstacles majeurs au retour au travail. Ce projet d'innovation visait le développement et l'implantation d'un protocole clinique de dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle, basé sur les lignes directrices émises par l'AERDPQ. Il a pris la forme d'un projet pilote qui s'est déroulé au programme des maladies évolutives (PMÉ) du CRLB du CIUSSS du Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal. Ce programme voit, depuis quelques années, son nombre d'utilisateurs actifs sur le marché du travail s'accroître. Cependant, les protocoles cliniques en place pour évaluer les préalables à la réinsertion professionnelle ne répondaient pas aux besoins cliniques. **Objectifs** : Ce projet avait pour but d'optimiser le potentiel de réinsertion professionnelle des utilisateurs du PMÉ, au travers un processus d'implantation d'un protocole de dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle. Les objectifs spécifiques étaient : 1) Évaluer le niveau de disposition initiale de l'environnement hôte; 2) Identifier et mettre en place des stratégies d'implantation afin de disposer des conditions propices à l'implantation; 3) Développer un protocole clinique de dépistage de facteurs pronostics et d'identification des priorités d'intervention. **Méthode** : Un devis qualitatif a été utilisé. Tous les membres du PMÉ ont été invités à participer au projet. Deux entrevues semi-dirigées (une avec les deux coordonnateurs cliniques et une avec les cliniciens) ont permis de révéler la présence de facilitateurs et de barrières à l'implantation de l'innovation proposée. Les données recueillies ont été analysées en se basant sur le « *Consolidated Framework for Implementation Research* » afin d'évaluer le niveau de disposition initiale. Pour développer et implanter le protocole clinique, une approche participative et collaborative de co-construction basée sur le « *Quality Implementation Framework* » a été utilisée. Une première ébauche a été proposée et suite à une période de consultation de trois semaines, le protocole a été testé avec

trois (3) usagers du PMÉ. **Résultats** : L'équipe d'implantation était composée de deux coordonnateurs cliniques, deux ergothérapeutes, un éducateur spécialisé et un travailleur social. L'évaluation du milieu clinique a mis en évidence un niveau de disposition initiale élevé au PMÉ se reflétant par la présence de sept facilitateurs (besoin clinique, avantage relatif, données probantes crédibles et solides, faible coût, motivation, ressources accessibles, leadership) et deux barrières (connaissances sur le sujet limitées, climat organisationnel instable). Des stratégies d'implantation (soutien de la gestion, amélioration des connaissances, communication régulière et efficace, formation d'une équipe d'implantation et pré-test du protocole) ont été déployées pour minimiser l'impact des barrières révélées lors des entrevues initiales. Le protocole final a été favorablement accueilli par le PMÉ. Selon les membres de l'équipe d'implantation, il est simple à utiliser et s'intègre facilement aux processus en place. **Discussion** : Les résultats sont cohérents avec les éléments mis en évidence par la revue de la littérature. Le niveau de disposition initiale s'est avéré un bon élément prédictif du succès de la démarche. Le PMÉ dispose dorénavant d'un protocole de dépistage, basé sur les données probantes, qui permet d'identifier les priorités d'interventions et mettre en place un plan d'intervention concerté afin d'intervenir précocement sur les déterminants de la réinsertion professionnelle.

Mots-clés : réinsertion professionnelle, facteurs pronostics, processus d'implantation, niveau de disposition initiale, stratégies d'implantation

REMERCIEMENTS

Le présent projet a été possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes.

Je tiens d'abord à remercier ma mentor, Mme Diana Zidarov, pour son suivi rigoureux à chacune des étapes de ce projet et le partage de son expertise. Merci également à Mme Chantal Sylvain pour sa disponibilité et son soutien inestimable durant le déroulement de ce projet.

Merci aux membres de mon sous-groupe de travail, avec qui j'ai pu partager mes questionnements : Aïsha Khan, Audrey Lemelin, Geneviève Larivée et Joanie Fouquereau-Blais. J'espère avoir pu être aussi aidante pour vous que vous l'avez été pour moi.

Je tiens également à remercier Mme Nathalie Charbonneau, directrice adjointe de la déficience physique 1^{ère}, 2^{ième} et 3^{ième} ligne du CIUSSS Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal pour avoir cru en mon projet et avoir donné son appui, malgré un contexte organisationnel en grands changements.

Merci à Mme Michèle Quinn, chef du programme des maladies évolutives (PMÉ) du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau du CIUSSS Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal pour avoir accueilli mon projet dans son programme et encouragé les cliniciens à y participer. Je tiens également à remercier tous les cliniciens du PMÉ pour leur enthousiasme et leur accueil chaleureux. Les usagers seront certainement les grands gagnants de ce projet d'innovation. Je tiens à remercier plus particulièrement les membres de l'équipe d'implantation qui ont accepté d'investir leur temps, si précieux, dans ce projet : Doris Duguay, Gilbert De Foenbrune, Geneviève Laurin, Gilles Vaillancourt, Marie-Pierre Duceppe et Stéphane Dufour. Merci à Brigitte Whelan pour sa brève participation au projet.

J'aimerais également remercier les cliniciens et le gestionnaire du Programme de réadaptation au travail qui m'ont partagé leurs encouragements tout au long de ce projet. Je remercie tout particulièrement Heïdie Bouchard et Stéphanie Girard qui ont accepté de partager leur expertise et de contribuer à ce projet. Un grand merci également à Frédéric Loiselle et Pierre Vincent, collègues et amis, qui me soutiennent dans mes études depuis le tout début.

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	ii
Table des matières.....	vi
Liste des figures	ix
Liste des tableaux.....	x
Liste des abréviations.....	xi
Introduction	12
1. La problématique	13
1.1 Le contexte	13
1.2 Le problème	14
1.3 Les lignes directrices de l'AERDPQ.....	15
1.4 Le projet d'innovation.....	16
2. L'état des connaissances	17
2.1 Les outils existants.....	17
2.2 Les facteurs qui influencent le processus d'implantation	18
2.3 Le niveau de disposition initiale	21
2.4 Les stratégies d'implantation.....	21
3. Les cadres conceptuels utilisés.....	23
3.1 Le « Quality Implementation Framework » (QIF)	23
3.2 Le « Consolidated Framework for Implementation Research» (CFIR).....	24
4. Les objectifs du projet d'innovation.....	26
5. Matériel et méthodes.....	27
5.1 Approche et devis	27
5.2 Collecte de données	27
5.2.1 Population à l'étude	27
5.2.2 Échantillonnage et recrutement	27
5.2.3 Source de données et méthodes	28
5.2.3.1 Entrevues.....	28
5.2.3.2 Documentation.....	29
5.3 Analyse des données.....	29
5.3.1 Entrevues	29
5.3.2 Documentation.....	29
5.4 Développement du protocole clinique.....	30

5.4.1	Élaboration d'une équipe d'implantation	30
5.4.2	Élaboration du protocole clinique	30
5.4.3	Pré-test du protocole et élaboration d'une version finale	31
6.	Résultats	32
6.1	Les participants	32
6.2	L'évaluation du niveau de disposition initiale du PMÉ	32
6.2.1	Les facilitateurs.....	33
6.2.1.1	Les facilitateurs liés aux caractéristiques de l'innovation	33
6.2.1.2	Les facilitateurs liés aux caractéristiques des individus.....	35
6.2.1.3	Les facilitateurs liés au contexte organisationnel.....	36
6.2.2	Les barrières	37
6.2.2.1	Les barrières liées aux caractéristiques des individus	37
6.2.2.2	Les barrières liées aux caractéristiques du contexte organisationnel.....	38
6.2.3	Les autres facteurs qui influencent le processus d'implantation.....	38
6.3	Les stratégies retenues et mises en place pour optimiser le niveau de disposition initiale	40
6.4	Le protocole de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle	46
6.4.1	Les principes directeurs.....	46
6.4.2	Les objectifs.....	47
6.4.3	Les étapes du protocole de dépistage.....	47
7.	Discussion.....	49
7.1	Les principaux résultats	49
7.2	Les retombées sur la pratique	53
7.3	Les forces et limites.....	54
7.4	Les pistes futures	55
	Conclusion.....	56
	Liste des références.....	57
	Annexe 1	60
	Annexe 2	63
	Annexe 3	65
	Annexe 4	66
	Annexe 5	70

Annexe 6	72
Annexe 7	73
Annexe 8	74
Annexe 9	77
Annexe 10	80

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel de Chaudoir et al. (tiré de Chaudoir *et al*, 2013, p.4).....19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Étape d'implantation du QIF	24
Tableau 2 : Facilitateurs et barrières à l'implantation du protocole de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle.....	33
Tableau 3 : Les stratégies d'implantation mises en place.....	41
Tableau 4 :Les étapes du protocole de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle.....	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AVC	Accident cérébral vasculaire
CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PMÉ	Programme des maladies évolutives
PRT	Programme de réadaptation au travail
QIF	<i>Quality Implementation Framework</i>
SEP	Sclérose en plaques
TMS	Trouble musculo-squelettique

INTRODUCTION

Le travail occupe bien souvent une grande place dans la vie des gens. Il permet à bon nombre d'individus de, certes, gagner leur vie mais également de s'actualiser par la réalisation d'un rôle social important. Un arrêt de travail, pour des raisons de santé, amène son lot de conséquences : capacités altérées, diminution du revenu, etc. Le système de la santé joue un rôle influent dans la réinsertion professionnelle en soutenant les individus dans la préparation, l'intégration et le maintien en emploi et un soutien adéquat à chacune de ces étapes est déterminant au succès de la démarche (Hulshof et Pransky, 2013). À cet égard, les établissements de réadaptation en déficience physique viennent en aide aux personnes dont l'état de santé a provoqué une perte d'autonomie socio-professionnelle, en intervenant non seulement sur les facteurs personnels mais également sur les facteurs environnementaux.

Le présent projet d'innovation consiste principalement au développement et à la mise en place d'un protocole de dépistage précoce des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle, par un processus d'implantation réalisé en co-construction avec le milieu clinique. Il vise à optimiser le potentiel de réinsertion professionnelle des usagers, en outillant les intervenants à mieux cibler les priorités cliniques, mettre en place un plan d'intervention concerté et élaborer des pronostics d'autonomie socio-professionnelle. L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) a déjà fait un premier pas pour soutenir les équipes dans l'évaluation des déterminants de la réinsertion professionnelle en publiant des lignes directrices sur le cheminement clinique en réintégration au travail en 2014. Il demeure néanmoins que celles-ci doivent être intégrées à des outils cliniques concrets et adaptées au contexte dans lequel elles seront utilisées. Cet essai synthèse présente les grandes lignes du processus de développement et d'implantation d'un protocole de dépistage précoce des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle, basé sur les lignes directrices de l'AERDPQ, dans un programme clientèle d'un centre de réadaptation en déficience physique.

1. LA PROBLÉMATIQUE

1.1 Le contexte

Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB), maintenant intégré au CIUSSS Centre-Sud-De-l’Ile-De-Montréal, est un établissement de réadaptation axé sur l’intégration sociale pour des personnes ayant une incapacité motrice ou neurologique. Les services sont offerts en continuité aux services de réadaptation fonctionnelle intensive. L’offre de service est diversifiée. Elle inclut des programmes « clientèle » (par diagnostic) où toutes les habitudes de vie sont abordées, à l’exception du travail. Elle inclut également des programmes « multicientèles » qui reçoivent des usagers avec des diagnostics variés, mais toujours en lien avec une incapacité motrice ou neurologique tels accidents vasculaires cérébraux (AVC), sclérose en plaques (SEP) ou blessures médullaires. Dans ces programmes, une seule habitude de vie est abordée. C’est le cas du programme de réadaptation au travail (PRT) qui aborde uniquement l’habitude de vie travail.

L’offre de service du PRT est diversifiée, allant d’une ponctuelle évaluation du poste de travail à un développement des capacités de travail visant une réinsertion à l’emploi pré-lésionnel. Il arrive même que le processus mène à une réorientation professionnelle complète. Les principaux référents du PRT sont, à proportion relativement égale, les programmes clientèles du CRLB (ex : encéphalopathie, maladies évolutives), l’Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal et l’Hôpital de réadaptation Villa Médica. Les autres référents (Centres hospitaliers, Services spécialisés de main d’œuvre, médecin, etc.) ont des volumes de référence beaucoup moins significatifs.

Bien que le PRT ait une expertise en lien avec l’habitude de vie travail, les interventions sur les déterminants de la réinsertion professionnelle sont en responsabilité partagée avec les programmes clientèles du CRLB. Ainsi, certains préalables à la réinsertion professionnelle tels l’endurance, la gestion de l’énergie, les déplacements et les perceptions face au retour au travail peuvent être abordés par ces programmes clientèles, où l’usager bénéficie d’interventions avant d’être référé au PRT. Il peut alors être mieux préparé à son éventuel cheminement de réinsertion professionnelle. Un de ces programmes clientèles, avec

qui le PRT travaille en responsabilité partagée, est le programme des maladies évolutives (PMÉ). Depuis quelques années, le PMÉ voit son nombre d'utilisateurs encore actifs sur le marché du travail s'accroître, les amenant à réfléchir sur leur offre de service. Les outils et protocoles cliniques en place pour évaluer les préalables à la réinsertion professionnelle sont insatisfaisants et les priorités d'intervention en lien avec l'habitude de vie travail ne sont pas toujours bien identifiées. Conséquemment, les cliniciens ont parfois à intervenir en situation de crise (ex : financière) alors que la situation aurait pu être autrement si les bonnes informations avaient été connues dès le début des interventions. Pour ces raisons, le présent projet d'innovation se déroulera en collaboration avec le PMÉ du CRLB du CIUSSS Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal.

1.2 Le problème

Un élément clé du succès d'une réinsertion professionnelle identifié dans le « Cadre de référence sur la réadaptation au travail pour les personnes ayant des incapacités qui découlent d'une déficience auditive, du langage, motrice ou sensorielle » (AERDPQ, 2009) est la précocité des interventions. Par le biais d'un sondage réalisé en 2011 dans les Centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) du Québec, l'AERDPQ fait toutefois le constat que l'habitude de vie travail est peu souvent abordée tôt dans les processus de réadaptation. Cette situation cause un réel problème en raison de ses conséquences potentielles. En effet, ne pas aborder l'habitude de vie travail précocement peut faire en sorte que des informations déterminantes peuvent être manquées et ainsi faire obstacle au plan d'intervention (Deutsch et Fralish cité par AERDPQ 2009). Cela peut également nuire au maintien de l'identité de travailleur de l'utilisateur et ainsi affecter le processus de réinsertion professionnelle (Fraser et al cité par AERDPQ, 2009). De plus, un processus de réadaptation qui se prolonge peut amener à devoir faire une réinsertion professionnelle dans un contexte moins favorable (ex : stress, fin des indemnités d'assurance, fin du lien d'emploi imminente).

L'invalidité a de plus un coût au point de vue social. La Régie des rentes du Québec rapporte d'ailleurs que l'explosion des coûts liés aux programmes d'invalidité de longue durée nuit au développement économique (<http://www.rrq.gouv.qc.ca>). Le problème a également des conséquences pour le PRT. Dans le contexte où les principaux enjeux liés à la

réinsertion professionnelle ont peu ou pas été abordés par le programme clientèle référent, en l'occurrence le PMÉ, certains facteurs initialement présents et modifiables deviennent parfois des obstacles majeurs au retour au travail. Ainsi, afin que le PMÉ puissent intervenir rapidement sur ces facteurs modifiables, et ce, avant même de référer l'utilisateur au PRT, il est essentiel que les intervenants de ce programme soient en mesure de bien les identifier dès le début de leurs interventions, pour pouvoir ajuster leur plan d'intervention en fonction de ces facteurs.

1.3 Les lignes directrices de l'AERDPQ

L'AERDPQ a mis en place, en 2011, un comité clinique ayant comme mandat de concevoir un guide complémentaire au cadre de référence pour aider les équipes à aborder l'habitude de vie travail rapidement dans le processus de réadaptation. Les membres du comité provenaient de divers milieux de réadaptation en déficience motrice, neurologique ou sensorielle, avec une expertise en réadaptation au travail. Ce guide a été présenté sous forme de lignes directrices. Il en revenait ensuite aux CRDP d'adopter ces lignes directrices et de les intégrer dans un outil ou protocole clinique adapté à leur propre réalité. Ce guide est intitulé « Cheminement clinique en réintégration au travail : outil d'aide à la décision » et comprend trois sections distinctes :

- 1) **Le cheminement clinique** : outil d'aide à la décision qui oriente les équipes dans les différentes étapes du processus de réadaptation.
- 2) **Guide de collecte de données** : aide à cibler les informations pertinentes en lien avec le travail tout au long du processus de réadaptation.
- 3) **Facteurs pronostics de réintégration au travail** : permet de repérer la présence de facteurs de risque de chronicité et des facilitateurs et surtout, de voir s'ils sont modifiables ou non.

Le guide a d'abord été disséminé en octobre 2014, dans le cadre d'une formation s'adressant à tous les gestionnaires et coordonnateurs cliniques des CRDP du Québec. En mai 2015, l'AERDPQ a sondé ces mêmes CRDP pour constater que seulement 40% des équipes cliniques connaissaient ces lignes directrices. Les résultats de la dissémination sont

tout aussi mitigés au CRLB où les pratiques cliniques sont demeurées inchangées suite à la formation. Les lignes directrices n'ont pas été adoptées et aucun outil ou protocole clinique pour dépister les facteurs pronostics de réinsertion professionnelle n'a été mis en place. Pour cette raison, le présent projet vise à développer un protocole clinique, basé sur ces lignes directrices, en impliquant les intervenants qui seront les futurs utilisateurs de ce protocole afin qu'ils soient partie prenante du processus. En effet, pour réussir l'implantation d'une innovation, il ne suffit pas de la développer et de l'imposer aux utilisateurs. Bien que cette stratégie puisse parfois favoriser un processus d'implantation rapide, elle diminue considérablement les chances de pérennisation (Greenhalgh *et al.*, 2004). La littérature met plutôt en évidence que le processus d'implantation d'une innovation dans les services de santé est un processus beaucoup plus complexe. Il est influencé par de nombreux facteurs, dont la présence ou l'absence est déterminante à la réussite de la démarche (Carlfjord, Andersson *et al.*, 2010; Chaudoir *et al.*, 2013). Les stratégies d'implantation doivent être méticuleusement réfléchies et les étapes d'implantation bien planifiées.

1.4 Le projet d'innovation

Ce projet d'innovation concerne donc le développement et l'implantation d'un protocole clinique de dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de la réinsertion professionnelle, basé sur les lignes directrices émises par l'AERDPQ. Il vise l'optimisation du potentiel de réinsertion professionnelle des usagers. Il prendra la forme d'un projet pilote qui se déroulera au PMÉ du CRLB du CIUSSS Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal. Plusieurs programmes ont été considérés pour ce projet. Toutefois, en raison du contexte de restructuration organisationnelle en cours, certains programmes ont été éliminés d'emblée puisque les intervenants n'avaient pas la disponibilité suffisante pour s'investir dans un tel projet. Le PMÉ a été retenu en raison de l'absence d'outils formels permettant d'évaluer les déterminants de la réinsertion professionnelle et de la proportion élevée d'usagers pouvant bénéficier d'une meilleure identification des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle.

2. L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans un premier temps, la revue de littérature a permis de faire une brève recension d'outils existants qui permettent l'évaluation précoce de facteurs pronostics de la réinsertion professionnelle, afin de savoir si un tel outil ou protocole existe déjà. Par la suite, elle a permis de recenser différents facilitateurs et barrières qui peuvent influencer le processus d'implantation ainsi que des stratégies à mettre en place pour favoriser le succès de la démarche.

2.1 Les outils existants

Il existe déjà plusieurs outils qui permettent l'évaluation de déterminants de la réinsertion professionnelle. À titre d'exemple, il existe l'Orteses-TMS¹ (Corbière et Durant, 2011 [document de travail], adaptation de l'Orteses [Corbière et al, 2004]) ou encore le Questionnaire estime de soi du travailleur (Corbière et al, 2009 dans IRSST, 2011). Il est également possible de trouver des questionnaires auto-administrés comme le : « *Are YOU Ready To Return To Work : a self assessment guide for people with stroke* » (www.swostroke.ca).

La principale limite de ces outils se situe dans le fait qu'ils ne permettent pas une évaluation à la fois holistique et précise des déterminants de la réinsertion professionnelle tels qu'identifiés par l'AERDPQ, c'est-à-dire les données relatives à l'emploi, les données financières et administratives ainsi que les attentes et perceptions de l'utilisateur et de ses proches. À titre d'exemple, l'Orteses-TMS permet l'évaluation des perceptions du travailleur face à plusieurs obstacles potentiels au retour au travail mais ne permet pas d'obtenir des données précises sur les obstacles en question. Ainsi, il permet de savoir si le travailleur perçoit les exigences de son travail comme étant un obstacle à son retour au travail. Toutefois, il ne permet pas de connaître précisément les exigences de son travail, comme le recommandent les lignes directrices de l'AERDPQ. Les autres outils présentent également des limites. Le « Questionnaire estime de soi du travail » évalue un seul déterminant de la

¹ Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter – Trouble Musculosquelettique

réinsertion professionnelle et le questionnaire auto-administré : « *Are YOU Ready To Return To Work : a self assessment guide for people with stroke* » est spécifique aux personnes ayant subi un AVC. La réinsertion professionnelle étant un processus complexe qui est influencé par de nombreux facteurs, ceux-ci doivent être évalués rapidement afin d'être pris en considération dans le plan d'intervention de l'utilisateur. Un outil unidimensionnel, aussi pertinent soit-il, ne permet pas une telle évaluation holistique. Ainsi, la création d'un nouvel outil ou protocole clinique intégrant les déterminants identifiés par l'AERDPQ s'est rapidement avérée une avenue à privilégier.

2.2 Les facteurs qui influencent le processus d'implantation

Greenhalgh *et al.* (2004) identifient les grandes étapes de l'implantation d'une innovation et du transfert de connaissances comme étant la diffusion, la dissémination, l'adoption, l'implantation et la pérennisation. L'AERDPQ a déjà complété les deux premières étapes du processus et les étapes subséquentes relèvent maintenant de la responsabilité de chaque établissement, qui doit adopter les lignes directrices et les implanter dans des processus cliniques locaux. Le sondage de l'AERDPQ de mai 2015 révèle que la non-adoption dont nous sommes témoins au CRLB du CIUSSS Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal n'est pas une situation unique. D'ailleurs, la littérature documente largement que la dissémination seule de lignes directrices est loin d'assurer le succès d'une implantation, lequel est influencé par de nombreux facteurs (Barnett *et al.*, 2011 ; Chaudoir *et al.*, 2013 ; Greenhalgh *et al.*, 2004).

La littérature présente une variété de cadres conceptuels servant à expliquer l'interaction des facteurs qui influencent les processus d'implantation. Dans leur revue systématique, Chaudoir *et al.* (2013) proposent un cadre conceptuel qui permet une vue d'ensemble de ces facteurs en précisant que le processus d'implantation d'une innovation est influencé par cinq catégories ou niveaux de facteurs : l'innovation, les bénéficiaires (les usagers), les intervenants, l'organisation et l'environnement externe. À chacun de ces niveaux se trouvent des facteurs qui peuvent faciliter ou faire obstacle au processus d'implantation d'une innovation.

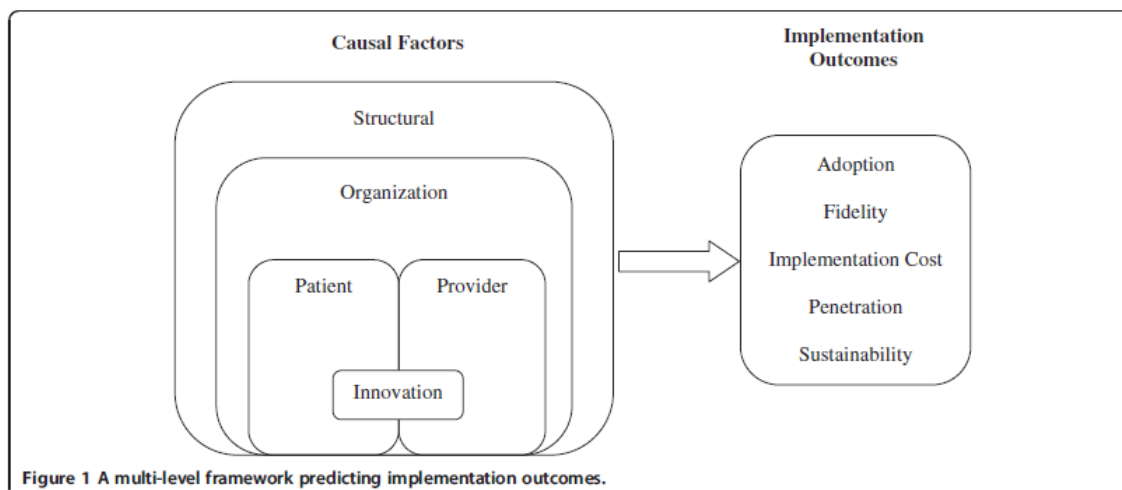


Figure 1 : Cadre conceptuel de Chaudoir et al. (tiré de Chaudoir *et al.*, 2013, p.4)

Au niveau de l'innovation, la solidité des données probantes, une innovation qui a déjà fait ses preuves, qui répond à un besoin et qui a un bon potentiel de pérennité et de généralisation sont des éléments qui s'avèrent tous des atouts indispensables (Barnett *et al.*, 2011; Brooks *et al.*, 2011; Carljford, Lindberg *et al.*, 2010; Döpp *et al.*, 2013). L'implantation est également facilitée si l'innovation s'intègre facilement aux pratiques usuelles, offre une certaine flexibilité pour l'adapter au contexte local, est en accord avec la culture et les valeurs organisationnelles et possède un niveau de complexité relativement bas (Carljford, Lindberg *et al.*, 2010; Chuang *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014; Barnett *et al.*, 2011). Quant à l'utilisateur, la littérature met en évidence l'importance d'une masse critique qui justifie l'implantation de la nouvelle pratique (Alanen *et al.*, 2009; Döpp *et al.*, 2013). Il s'avère également facilitant que l'utilisateur ait une perception positive de l'innovation (Luxford *et al.*, 2006). En ce qui concerne les intervenants, le fait qu'ils soient profondément convaincus de la crédibilité des données probantes sur lesquelles se base l'innovation et de la plus-value de l'innovation est déterminant dans la réussite du processus (Alanen *et al.*, 2009; Luxford *et al.*, 2006; Rabin *et al.*, 2008; Carljford, Lindberg *et al.*, 2010; Urquhart *et al.*, 2014). De plus, le fait qu'ils perçoivent positivement l'innovation et qu'ils démontrent une attitude proactive et la volonté d'implanter l'innovation sont tous des facteurs facilitant l'implantation (Alanen *et al.*, 2009; Cadmen *et al.*, 2011). À cela s'ajoute la capacité à faire face au changement imposé par l'implantation, la confiance envers leurs capacités à utiliser l'innovation ainsi que la capacité de certains individus à assurer un leadership dans la démarche qui sont tous des facteurs

déterminants dans le processus d'implantation (Alanen *et al.*, 2009; Cadmen *et al.*, 2011; Carljford, Lindberg *et al.*, 2010; Döpp *et al.*, 2013; Urquhart *et al.*, 2014). La charge de travail des intervenants peut toutefois nuire au processus si celle-ci est déjà perçue comme étant trop lourde au moment de l'implantation (Cadmen *et al.*, 2011; Carljford, Lindberg *et al.*, 2010; Chuang *et al.*, 2011). Au niveau de l'organisation, l'implantation d'une innovation est facilitée si la culture et les valeurs de l'organisation favorisent et soutiennent l'implantation d'innovations, si l'organisation offre du soutien aux personnes impliquées dans le changement, si elle favorise la créativité chez son personnel et les encourage à tenter d'implanter de nouvelles pratiques, tout en assumant les risques qui peuvent y être associés (Brooks *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014; Barnett *et al.*, 2011; Carljford, S., Andersson, A. *et al.*, 2010). Le soutien du personnel de gestion, notamment les cadres intermédiaires, est également un facteur favorable à l'implantation d'innovations (Alanen *et al.*, 2001; Brooks *et al.*, 2011; Barnett *et al.*, 2011; Döpp *et al.*, 2013; Chuang *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014). En effet, un climat de stabilité et de confiance mutuelle entre le gestionnaire et les intervenants est primordial au succès de l'implantation, sans quoi celle-ci peut être vouée à l'échec, même si les ressources sont suffisantes (Barnett *et al.*, 2011; Brooks *et al.*, 2011). L'accès à des ressources humaines, financières, temporelles et matérielles suffisantes est également un facilitateur indéniable au processus d'implantation (Chuang *et al.*, 2013; Döpp *et al.*, 2013; Luxford *et al.*, 2006; Urquhart *et al.*, 2014; Barnett *et al.*, 2011; Cadmen *et al.*, 2011). À l'opposé, un contexte de restriction budgétaire peut influencer négativement les processus d'implantation, l'organisation peinant parfois à simplement assurer le soutien opérationnel (Chuang *et al.*, 2011; Barnett *et al.*, 2011). Finalement, au niveau de l'environnement externe, un contexte socio-économique et politique difficile est un facteur défavorable à l'implantation d'une innovation (Barnett *et al.*, 2011). Lors des phases de pré-implantation du protocole de dépistage, l'évaluation de ces facteurs permettra d'identifier les barrières et facilitateurs en place et de déployer des stratégies pour optimiser ou limiter leur impact, selon le cas.

2.3 Le niveau de disposition initiale

Une analyse des facilitateurs et obstacles qui influencent le processus d'implantation permet de connaître le niveau de disposition initiale de l'environnement hôte à recevoir l'innovation. Le niveau de disposition initiale se définit sommairement comme étant la réceptivité et la disposition des individus impliqués, individuellement et collectivement, dans la mise en place d'un changement (Holt *et al.*, 2009). De façon générale, le niveau de disposition initiale fait référence à l'intérêt, la volonté et l'habileté d'un individu ou d'une équipe à recevoir, adopter et implanter une nouvelle pratique (Barwick M. A. *et al.*, 2005). D'ailleurs, l'utilisation d'une mesure de disposition initiale est recommandée puisqu'il s'agit d'un élément important et même décisif au changement et au succès de l'implantation d'une innovation (Armenakis *et al.*, 1999 dans Holt *et al.*, 2007). Ce concept inclut à la fois des facteurs psychologiques (ex : reconnaître l'existence d'une situation ou d'un problème qui justifie le changement, être en accord avec le changement proposé) et structureaux (ex : circonstances qui ont amené au changement). Greenhalgh et al (2004) précisent également que bien qu'une organisation peut être souple et réceptive aux innovations, elle n'est pas nécessairement toujours disposée à le faire, d'où l'importance de connaître le niveau de disposition initiale de l'environnement hôte. Cette évaluation constituera le premier objectif spécifique du présent projet.

2.4 Les stratégies d'implantation

Afin d'optimiser le niveau de disposition initiale et de favoriser le succès de l'implantation, des stratégies pertinentes et efficaces doivent être mises en place pour assurer l'intégration intentionnelle des facteurs favorables et limiter l'impact des facteurs défavorables pouvant nuire au processus. La littérature met en évidence quelques stratégies, notamment la présence d'intervenants champions (Barnett *et al.*, 2011; Brooks *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014), le fait d'offrir l'opportunité aux intervenants de bénéficier de périodes d'essais (Carlfjord, Andersson *et al.*, 2010; Carlfjord, Lindberg *et al.*, 2010; Döop *et al.*, 2013; Luxford *et al.*, 2006; Rabin *et al.*, 2008; Urquhart *et al.*, 2014), la mise en place rapide de partenariats qui assurent la collaboration des parties impliquées (Barnett *et al.*, 2011; Carlfjord, Lindberg *et al.*, 2010; Meyers *et al.*, 2012; Brooks *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014), la mise en place d'une communication transparente, rapide, concrète et détaillée

(Chuang *et al.*, 2011; Cadmen *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014) et le soutien au changement des individus concernés (Cadmen *et al.*, 2011; Urquhart *et al.*, 2014). Dans le cadre de ce présent projet, plusieurs de ces stratégies d'implantation seront utilisées notamment l'élaboration d'une équipe d'implantation, composée d'intervenants champions, ainsi qu'une communication soutenue à toutes les étapes du projet. À cet égard, différents moyens de communication seront utilisés : rencontres formelles et informelles, publications sur la plateforme informatique du programme, etc.

3. LES CADRES CONCEPTUELS UTILISÉS

L'utilisation de cadres conceptuels pour la mise en place du présent projet d'innovation s'est avérée une nécessité, notamment pour avoir un guide sur lequel appuyer les différentes étapes du processus d'implantation. Il existe une variété de cadres conceptuels qui s'attardent aux processus d'implantation, bien qu'à ce jour, aucun d'entre eux ne s'est avéré supérieur à un autre pour prédire fidèlement les résultats d'une implantation (Chaudoir *et al.*, 2013). Deux cadres conceptuels ont été retenus pour le présent projet. Le premier servira de guide sur lequel sera basé le processus d'implantation alors que le deuxième servira à évaluer l'environnement hôte et analyser les résultats de cette évaluation. Ainsi, le « *Quality Implementation Framework* » servira de modèle sur lequel s'inspirera le processus d'implantation. Le « *Consolidated Framework for Implementation Research* », sera plutôt utilisé dans le processus d'évaluation de l'environnement hôte, notamment dans la conception des canevas d'entrevues et dans l'identification des facilitateurs et barrières au processus d'implantation.

3.1 Le « *Quality Implementation Framework* » (QIF)

Dans le cadre d'une revue systématique de la littérature, Meyer *et al.* (2012) ont étudié 25 cadres conceptuels d'implantation pour créer le « *Quality Implementation Framework* » (QIF). Ce cadre conceptuel propose un guide d'implantation qui met l'accent sur les éléments essentiels d'un processus d'implantation. Ces éléments sont présentés sous forme d'étapes et d'actions précises. Le cadre est divisé en quatre (4) étapes principales, lesquelles sont à leur tour subdivisées en 14 sous-étapes. Les deux premières étapes sont en amont de l'implantation (pré-implantation). Elles consistent à d'abord évaluer l'environnement hôte et concevoir la structure requise pour réaliser l'implantation. Les deux étapes suivantes sont des étapes d'implantation en tant que telles. La troisième consiste à assurer le suivi de l'implantation par une structure de soutien continu et la quatrième consiste à mettre en place un processus d'amélioration continue. Ce cadre conceptuel, dans une version adaptée, guidera l'implantation du protocole de dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de la réinsertion professionnelle. Le tableau 1 détaille chacune des sous-étapes du cadre.

Tableau 1 : Étape d'implantation du QIF

Pré-Implantation	Étape 1 : Évaluer l'environnement hôte
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer le besoin pour l'innovation donnée et les ressources disponibles ✓ Évaluer la comptabilité avec le milieu hôte ✓ Évaluer la disposition initiale ✓ Évaluer les possibilités d'adaptation de l'innovation ✓ Obtenir l'appui des parties impliquées ✓ Préparer le milieu à recevoir l'innovation ✓ Recruter le personnel requis ✓ Former le personnel requis
	Étape 2 : Concevoir la structure d'implantation
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Créer les équipes d'implantation ✓ Développer le plan d'implantation
Implantation	Étape 3 : Assurer le suivi de l'implantation
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place une structure de soutien à l'implantation : soutien technique, supervision, évaluation ✓ Évaluer le processus ✓ Mettre en place un mécanisme de feedback constructif.
	Étape 4 : Mettre en place un processus d'amélioration continue
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place un mécanisme formel de retour critique et constructif sur le processus

3.2 Le « Consolidated Framework for Implementation Research» (CFIR)

Le CFIR est un cadre conceptuel pragmatique utilisé en complément à d'autres cadres conceptuels d'implantation (Damschroder *et al.*, 2009). Il présente une liste complète de construits dont l'influence (positive ou négative) sur le processus d'implantation est reconnue. Il présente une forme de consensus dans la communauté scientifique (Damschroder *et al.*, 2009). Le CFIR est divisé en cinq (5) grands domaines, qui comprennent à leur tour trente-neuf (39) construits pouvant influencer le processus d'implantation. Les

cinq grands domaines sont les caractéristiques des individus (1), les caractéristiques de l'innovation (2), les caractéristiques de l'environnement interne (3) et externe (4) et le processus d'implantation (5). Une définition claire est donnée pour chaque domaine et construit. De façon générale, les domaines et construits associés permettent une meilleure compréhension du processus d'implantation en s'attardant précisément sur chacun des éléments pouvant l'influencer. Le CFIR peut être utilisé, à la fois au moment de procéder à l'implantation d'une innovation ou encore, dans un contexte d'évaluation formative portant sur un processus d'implantation. Il permet de sensibiliser à la présence de facteurs pouvant influencer le processus d'implantation. Il facilite également l'analyse des résultats de l'évaluation du niveau de disposition initiale ainsi que l'organisation et les ajustements du processus d'implantation (Damschroder *et al.*, 2009 ; Breimaier *et al.*, 2015). Ainsi, dans une étape de pré-implantation, le CFIR peut guider l'évaluation de l'environnement hôte et permettre d'évaluer la compatibilité entre l'environnement et l'innovation à implanter (Damschroder *et al.*, 2009). Dans le présent projet, le CFIR guidera l'évaluation du milieu clinique dans la première étape de pré-implantation de l'innovation. C'est à partir des construits du CFIR que les canevas d'entrevues seront bâtis.

4. LES OBJECTIFS DU PROJET D'INNOVATION

L'objectif général de ce projet est d'optimiser le potentiel de réinsertion professionnelle des usagers inscrits au PMÉ du CRLB, au travers un processus d'implantation d'un protocole de dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle. Afin d'y parvenir, les objectifs spécifiques suivants ont été établis :

1. Évaluer le niveau de disposition initiale de l'environnement hôte.
2. Identifier et mettre en place des stratégies d'implantation, en fonction des éléments du contexte et de l'état des connaissances, afin de disposer des conditions propices à l'implantation.
3. Développer un protocole clinique de dépistage de facteurs pronostics de réinsertion professionnelle, basé sur les lignes directrices de l'AERDPQ.

Ainsi, le présent projet vise l'adoption et l'adaptation des lignes directrices disséminées par l'AERDPQ en 2014, via le développement d'un protocole clinique local mis en place par un processus de co-construction avec le milieu clinique. Ainsi, le protocole clinique sera développé et mis en place par une équipe d'implantation élaborée à même les professionnels du PMÉ. Le projet sera conduit par la coordonnatrice clinique du PRT (leader du projet), avec qui le PMÉ est appelé à travailler en responsabilité partagée.

5. MATÉRIEL ET MÉTHODES

5.1 Approche et devis

Une approche participative collaborative a été privilégiée pour la mise en place de ce projet d'innovation. Cette approche de co-construction permet aux individus d'être partie prenante du processus. Le leader du projet joue un rôle important de catalyseur, mais laisse une place importante à l'équipe de travail. Elle permet au leader de bien connaître les besoins et la réalité du contexte dans lequel il travaillera, afin d'élaborer un plan qui s'imprègne de cette réalité (REA113-Doré, 2013). Un devis qualitatif, qui place les sujets impliqués au cœur du processus, a été utilisé.

5.2 Collecte de données

5.2.1 Population à l'étude

Le projet d'innovation s'est déroulé au sein du PMÉ du CRLB du CIUSSS Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal. Ce programme est composé d'une gestionnaire, deux coordonnateurs cliniques, un médecin et vingt cliniciens de huit disciplines différentes : éducation spécialisée, ergothérapie, kinésiologie, nutrition, orthophonie, physiothérapie, psychologie et travail social.

5.2.2 Échantillonnage et recrutement

Le projet a d'abord été présenté à la gestionnaire du programme et ensuite aux coordonnateurs cliniques. Suite à l'accord du gestionnaire et considérant leur rôle au sein du programme, les deux coordonnateurs cliniques ont été invités à participer au projet. Ils ont tous deux accepté.

Le projet a ensuite été présenté à tous les membres du programme lors d'une réunion d'équipe tenue le 25 novembre 2015. Tous les cliniciens du programme étaient éligibles à participer. Un échantillonnage de convenance favorisant la participation volontaire des individus a été retenu afin de favoriser une motivation optimale des participants.

La période de recrutement des cliniciens s'est déroulée du 30 novembre au 22 décembre 2015. Un courriel, invitant les volontaires à signifier leur intérêt a été envoyé à tous. Une relance a été faite trois semaines plus tard pour augmenter la participation. Au terme du recrutement, cinq cliniciens représentant quatre des huit disciplines du PMÉ se sont ajoutés aux deux coordonnateurs cliniques pour participer au projet (n=7).

5.2.3 Source de données et méthodes

Deux sources de données ont été utilisées pour la réalisation du présent projet d'innovation. Ces sources sont les entrevues de groupes et la documentation écrite.

5.2.3.1 Entrevues

Deux entrevues de groupe semi-dirigées ont été réalisées : une avec les coordonnateurs cliniques (n=2) et une avec les cliniciens (n=5). L'entrevue de groupe semi-dirigée a été privilégiée puisqu'elle permet un échange verbal entre l'interlocuteur et les participants, favorise le partage de leur expertise et permet de dégager une compréhension et un savoir commun sur un phénomène d'intérêt (Savoie-Zajc, 2009). Les entrevues, d'une durée de 90 minutes chacune, ont été enregistrées. Des verbatim et des résumés d'entrevues ont été produits pour chacune des entrevues. Chaque résumé d'entrevue a été relu et approuvé par les participants du sous-groupe concerné.

Les canevas d'entrevue ont été bâtis à partir du CFIR. Le canevas d'entrevue des coordonnateurs cliniques comprenait trente-six (36) questions (Annexe 1) alors que celui des cliniciens en comprenait vingt-six (26) (Annexe 2). Les questions ont été formulées de manière à être ouvertes et permettre d'aborder chaque construit du CFIR. Des questions ont été ajoutés au canevas des coordonnateurs cliniques afin de comprendre le cheminement de l'utilisateur à travers le PMÉ et les processus cliniques associés. Afin de vérifier la formulation des questions et la conception des canevas d'entrevues (Van Der Maren, 2010), ceux-ci ont été révisés par deux sources distinctes : des collègues étudiants du cours REA 106 et par Mme Diana Zidarov, mentor de ce projet. Des ajustements dans la formulation et dans l'ordre des questions ont été apportés.

5.2.3.2 *Documentation*

Deux sources de documentation ont été consultées afin de guider le développement du protocole clinique. La principale source a été le Guide complémentaire de l'AERDPQ (Cheminement clinique en réintégration au travail : outil d'aide à la décision). Les outils identifiés lors de la sommaire recension d'outils existants portant sur l'évaluation précoce de facteurs pronostics de la réinsertion professionnelle ont également été consultés pour inspirer le contenu du protocole développé.

5.3 **Analyse des données**

5.3.1 *Entrevues*

Les données recueillies par les entrevues semi-dirigées ont fait l'objet d'une analyse thématique mixte. Ce type d'analyse est réalisé à partir d'une liste initiale de catégories qui peut se modifier en cours de codage, en laissant la place à l'émergence de nouveaux thèmes (REA 106 – Van der Maren, 1996). La liste initiale de catégorie a été basée sur les construits du CFIR. Chacune des entrevues a été analysée de manière à identifier les facilitateurs et barrières présentes ainsi que les besoins cliniques au niveau du protocole de dépistage. Les éléments ont été rassemblés de manière à avoir une vue d'ensemble du niveau de disposition initiale du milieu et des besoins cliniques concernant le protocole à implanter.

5.3.2 *Documentation*

Le Guide complémentaire de l'AERDPQ a été étudié de manière à identifier les principaux déterminants de la réinsertion professionnelle devant faire l'objet d'un dépistage précoce chez l'utilisateur. Un des outils recensés, soit le « *Are YOU Ready To Return To Work : a self assessment guide for people with stroke* » a servi de guide dans la présentation des questions abordant les perceptions de l'utilisateur.

5.4 Développement du protocole clinique

Le processus de développement du protocole clinique a été le fruit d'une co-construction entre le leader du projet et une équipe d'implantation mise en place suite aux entrevues. Pour élaborer une première version du protocole clinique, un processus de consultation entre le leader du projet et l'équipe d'implantation a eu lieu. Deux cliniciens du PRT ont également été consultés sur le contenu du protocole clinique. Il a ensuite été testé avec des usagers du PMÉ.

5.4.1 Élaboration d'une équipe d'implantation

Au terme des entrevues, une équipe d'implantation a été élaborée. Cette équipe était constituée des mêmes professionnels ayant participé aux entrevues, à l'exception d'un clinicien qui a dû se retirer du projet pour des raisons de disponibilité (n=6). Une équipe d'implantation constitue une stratégie favorisant de manière significative le succès des processus d'implantation en permettant de capitaliser sur la présence d'intervenants champions (Barnett *et al.*, 2011 ; Brooks *et al.*, 2011 ; Urquhart *et al.*, 2014).

5.4.2 Élaboration du protocole clinique

À partir des lignes directrices émises par l'AERDPQ et de la documentation recensée, une première ébauche a été élaborée par le leader du projet.

Suite à cette première ébauche, une première période de consultation s'est déroulée du 1^{er} au 25 février. Des consultations ont été réalisées avec l'équipe d'implantation du PMÉ et deux cliniciens experts du PRT. L'équipe d'implantation du PMÉ a été consultée par courriel. Au terme de la consultation, quatre participants sur six ont transmis leurs commentaires. Tous les commentaires reçus ont tous été traités et compilés dans un tableau (Annexe 3). Les deux cliniciens du PRT ont été sélectionnés puisque leur rôle au sein du PRT les amène à collaborer avec le PMÉ dans des dossiers en responsabilité partagée. Ils ont été consultés, à titre d'experts en réadaptation au travail, sur le contenu du protocole clinique. Ils ont été rencontrés individuellement afin de recueillir leurs commentaires, lesquels ont été intégrés au tableau des commentaires. Cette période de consultation s'est terminée par une

réunion de l'équipe d'implantation du PMÉ avec le leader du projet. L'objectif de la réunion était de discuter des changements apportés suite à l'analyse des commentaires et d'obtenir un consensus sur le contenu du protocole. Le tableau des commentaires compilés et analysés a été présenté à l'équipe d'implantation. Certains commentaires ont été matière à discussion durant la réunion et des derniers ajustements ont été apportés au protocole. Au terme de la réunion, une version finale du protocole était prête à être testée avec des usagers.

5.4.3 Pré-test du protocole et élaboration d'une version finale

La période de pré-test s'est déroulée du 9 mars au 19 avril 2016. L'objectif était de tester le protocole avec 3 nouveaux usagers du PMÉ (n=3). Des outils de suivi du pré-test ont été remis aux membres de l'équipe d'implantation (Annexe 4). Ces outils visaient à recueillir diverses informations : les dates de réalisation des étapes du protocole, la pertinence des questions, la complexité du protocole et la capacité à identifier des facteurs pronostics et des priorités d'intervention.

Une dernière réunion de l'équipe d'implantation du PMÉ avec le leader du projet a eu lieu en date du 19 avril 2016. L'objectif de cette réunion était de faire le bilan du pré-test et d'avoir consensus sur une version finale du protocole clinique. Trois des six membres de l'équipe étaient présents à la réunion. Pour des raisons de non disponibilité, les commentaires d'un autre membre de l'équipe d'implantation ont été recueillis lors d'une rencontre individuelle. Des ajustements mineurs ont été apportés au protocole clinique, notamment au niveau des consignes. Le 4 mai 2016, la version finale du protocole clinique de dépistage de facteurs pronostics de réinsertion professionnelle a été présentée au PMÉ lors d'une rencontre de programme. Le début de l'utilisation du protocole est prévu dès que les formulaires approuvés par le service de l'Admission-Évaluation-Orientation seront disponibles.

6. RÉSULTATS

La prochaine section présente d'abord les participants au projet pour ensuite aborder les résultats obtenus en fonction des trois objectifs spécifiques initialement établis : l'évaluation du niveau de disposition du PMÉ, l'identification et la mise en place de stratégies d'implantation ainsi que le développement du protocole clinique de dépistage des facteurs pronostics.

6.1 Les participants

Au total, sept (7) cliniciens (sur vingt éligibles) ont participé aux entrevues. Quatre des huit disciplines du PMÉ étaient représentées. L'équipe d'implantation a été formée à partir des individus ayant participé aux entrevues à l'exception d'un clinicien qui a dû se retirer pour des raisons de disponibilité. L'équipe d'implantation était donc composée de six personnes (n=6) : deux coordonnateurs cliniques, un éducateur spécialisé, deux ergothérapeutes et un travailleur social, ayant tous une expérience entre 1 et 6 ans au PMÉ.

6.2 L'évaluation du niveau de disposition initiale du PMÉ

L'analyse thématique des entrevues a permis de mettre en évidence plusieurs éléments témoignant d'un niveau de disposition initiale élevé qui se reflétait par la présence de plusieurs facilitateurs et de peu de barrières. Les facteurs révélés par l'analyse se situaient principalement dans trois des cinq domaines de construits identifiés par Damschroder et al (2009) : les caractéristiques de l'innovation, les caractéristiques des intervenants visés par l'innovation et le contexte organisationnel. Au total, douze facteurs ont été révélés par l'analyse thématiques des entrevues initiales. Trois de ceux-ci n'étaient pas présents au moment de débiter le projet mais devaient être considérés dans le processus puisqu'ils pouvaient influencer le développement et l'implantation du protocole clinique, selon la façon dont ils étaient pris en compte.

Tableau 2 : Facilitateurs et barrières à l’implantation du protocole de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle

Domaines	Construits	
	Facilitateurs	Barrières
Les caractéristiques de l'innovation (protocole de dépistage)	Besoin clinique	
	Avantage relatif	
	Crédibilité et solidité des données probantes	
	Coût	
Les caractéristiques des individus impliqués	Motivation	Connaissances et sentiment d'efficacité personnelle
Le contexte organisationnel	Les ressources nécessaires	
	Leadership	Climat organisationnel

6.2.1 Les facilitateurs

Des facilitateurs ont été identifiés au niveau des caractéristiques de l’innovation, des caractéristiques des individus impliqués dans le processus et au niveau du contexte organisationnel. Au total, sept facilitateurs ont été soulevés.

6.2.1.1 Les facilitateurs liés aux caractéristiques de l’innovation

Au niveau des caractéristiques du protocole de dépistage précoce des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle, quatre facilitateurs ont été révélés. Ces facilitateurs sont la présence d’un besoin clinique, la perception d’un avantage relatif, la crédibilité et la solidité de la source de l’innovation et le coût.

La présence d’un besoin clinique

Il existait déjà des outils cliniques (informels) au PMÉ qui aidaient à évaluer les déterminants de la réinsertion professionnelle avec les usagers ayant un lien d’emploi. Les

usagers étaient brièvement questionnés à leur arrivée au programme. Le questionnaire utilisé était le DPS-3-022 : « Renseignements nominatifs et identification des besoins au programme » et si l'utilisateur avait un lien d'emploi, une annexe à ce questionnaire (l'annexe 2) était également complétée. Ces questionnaires étaient complétés par le coordonnateur clinique, à partir des informations contenues au dossier central et celles obtenues lors d'une entrevue initiale avec l'utilisateur. Au besoin, un autre clinicien pouvait être en soutien à cette démarche si la situation clinique nécessitait une expertise particulière dans la collecte et l'analyse des renseignements. Toutefois, lors des entrevues avec les cliniciens, il a été mentionné que ces outils ne répondaient pas vraiment aux besoins cliniques et qu'ils ne contenaient pas tous les renseignements utiles : « L'outil actuel n'est pas très aidant (...) l'annexe, je trouve qu'elle est tellement basic que j'ai rarement besoin d'aller la re-consulter car en entrevue, de toute façon, on va en parler et il va nous le dire. Pour moi, renseignements nominatifs super pertinent, l'annexe, pas vraiment » (clinicien 2). De plus, la procédure d'analyse des déterminants de la réinsertion professionnelle n'était pas systématisée et n'allait pas au-delà de la collecte d'informations initiales : « On va regarder qu'est-ce qui le préoccupe en lien avec le travail (...). On va chercher les croyances et les valeurs au travail (...) ce qui les motive à vouloir continuer ou pas. Mais ça s'arrête là » (coordonnateur clinique 2).

L'avantage relatif

L'avantage relatif fait référence à la plus-value de l'innovation telle que perçue par les utilisateurs visés. À la fois les coordonnateurs cliniques et les cliniciens percevaient plusieurs avantages à mettre en place un protocole clinique qui permettrait d'aborder précocement et de manière systématique les préalables au travail. Tout d'abord, un tel protocole allait permettre de rapidement recueillir et centraliser l'information et pourrait faciliter l'identification des priorités d'intervention en précisant les rôles et responsabilités de chacun : « Permet d'avoir la bonne information et la juste information au même endroit. Donc c'est sûr que d'avoir un questionnaire adapté à l'habitude de vie travail ça serait un bon outil » (coordonnateur clinique 1). Deuxièmement, il permettrait d'éviter que des éléments ne soient pas questionnés, surtout s'il s'agit d'enjeux importants « s'assurer qu'elle [l'information] ne passe pas sous le radar, considérant les malaises et les difficultés »

(clinicien 5). Ensuite, une intervention précoce permettrait de rapidement dépister les stressés et les tensions, financières ou autres, qui sont directement liés au travail pour ensuite déterminer les stratégies d'intervention à mettre en place pour favoriser le retour ou le maintien en emploi. Finalement, une intervention précoce pourrait permettre d'amener l'utilisateur à amorcer rapidement une réflexion sur sa capacité d'assumer son rôle de travailleur.

La crédibilité et la solidité de la source de l'innovation

Ce construit fait référence à la solidité et la crédibilité des données probantes sur lesquelles s'appuie l'innovation, telle qu'elle est perçue par les utilisateurs visés. Le fait que le protocole sera construit à partir de données probantes déjà publiées par une instance externe et crédible telle l'AERDPQ était identifié comme un facilitateur, d'autant plus que de façon générale, le Guide et les lignes directrices étaient bien reçues et inspiraient à changer certaines pratiques : « je l'ai trouvé pas mal complet » (clinicien 1); « j'ai trouvé intéressant le pronostic, je ne sais pas si on pourra l'aborder un peu plus ici dans l'équipe » (clinicien 3).

Le coût

Ce construit fait référence aux coûts associés à l'innovation et à son implantation, tant au niveau financier, que du temps ou de l'équipement et des infrastructures nécessaires. Tous les participants étaient d'avis que l'implantation du protocole de dépistage pouvait se réaliser à peu de coût autre que celui associé au temps investi par les membres de l'équipe d'implantation. Aucun achat de matériel n'était requis.

6.2.1.2 Les facilitateurs liés aux caractéristiques des individus

Au niveau des caractéristiques des intervenants impliqués dans l'implantation du protocole clinique, un seul facilitateur a été soulevé.

La motivation à implanter une nouvelle pratique

Ce construit fait référence à l'enthousiasme des individus à changer leur pratique en implantant l'innovation proposée. À la fois au niveau des coordonnateurs cliniques et des cliniciens, la motivation à implanter un nouveau protocole de dépistage était présente et directement liée au besoin d'actualiser les pratiques initialement en place. Les cliniciens

étaient très explicites quant à leur motivation à implanter le protocole de dépistage proposé. Ils n’exprimaient aucune appréhension face au projet et sentaient que le changement était nécessaire étant donné des outils actuels insatisfaisants et la clientèle, plus jeune et active sur le marché du travail, qui augmente au PMÉ « (Je n’ai) aucune appréhension. Je trouve que c’est un plus (...) je trouve que plus on en sait, mieux c’est. Moi j’ai plus de la moitié de mes usagers qui ont une dynamique importante avec le travail » (clinicien 2). La position des coordonnateurs cliniques était davantage nuancée. Ils se disaient très motivés à implanter le nouveau protocole clinique mais, selon leur perspective, la motivation était inégale parmi les cliniciens du PMÉ. Leur appréhension concernait principalement la crainte qu’un nouveau protocole clinique puisse alourdir la tâche de travail et démobiliser certains cliniciens : « Il faut démontrer qu’avec ça, ils vont sauver du temps et ça va orienter l’intervention » (coordonnateur clinique 2); « Ça remplace une partie de quelque chose qui se fait autrement actuellement » (coordonnateur clinique 1).

6.2.1.3 Les facilitateurs liés au contexte organisationnel

Dans ce dernier domaine, deux facilitateurs ont été soulevés : les ressources nécessaires et le leadership.

Les ressources nécessaires

On fait référence ici à la facilité avec laquelle l’équipe d’implantation a accès aux ressources requises pour réaliser le processus d’implantation. Déjà, il y avait un certain consensus à l’effet que le projet nécessitait peu de ressources et impliquait peu de coûts. Au besoin, des ressources humaines en informatique ou du service de l’Admission-Évaluation-Orientation pour rendre les formulaires officiels pouvaient être requises durant le développement du protocole. Toutes ces ressources étaient offertes par l’organisation et facilement accessibles.

Le leadership

Le leadership se traduit par l’engagement des parties impliquées dans le processus d’implantation. Un leadership fort, à tous les niveaux est favorable au succès de la démarche. Dans le présent projet d’innovation, le leadership était présent à la fois chez les

coordonnateurs cliniques et les cliniciens. Tout d'abord, les coordonnateurs cliniques percevaient avoir un rôle de leader dans le changement de pratique proposé « Je vois un rôle de leadership pour porter ce projet-là. Moi j'aimerais être un porteur positif » (coordonnateur clinique 2). Il en était de même pour les cliniciens, membres de l'équipe d'implantation, qui considéraient également avoir un rôle de leadership et d'agents de changement auprès de leurs pairs : « un rôle de rappel, de réitérer auprès du coordonnateurs quand on a une requête, peux-tu m'en dire un peu plus sur le travail, insister davantage. Devenir un peu « gardien » de l'habitude de vie » (clinicien 5). Les participants percevaient la présence d'un leader de projet comme étant favorable et même nécessaire au processus : « On a besoin de ton contenu, de tes informations, tes données probantes pour les partager à l'équipe, un rôle de courroie de transmission » (coordonnateur 2).

6.2.2 Les barrières

Des barrières ont été identifiées au niveau des caractéristiques des individus impliqués dans le changement et du contexte organisationnel. Au total, deux seules barrières ont été soulevées.

6.2.2.1 Les barrières liées aux caractéristiques des individus

La barrière soulevée était liée au niveau des connaissances et du sentiment d'efficacité personnelle des intervenants impliqués dans l'implantation du protocole clinique.

Les connaissances et le sentiment d'efficacité personnelle

Ce construit fait référence aux connaissances requises pour implanter et utiliser l'innovation. Les coordonnateurs cliniques évaluaient leur niveau de connaissances face aux enjeux liés à la réinsertion professionnelle comme étant plutôt faible : « Très minime. Ce que j'en connais c'est ce que j'entends de vous (PRT) et ce que j'entends des intervenants ici qui ont de l'expérience. Mon malaise vient de là » (coordonnateur clinique 2). Les cliniciens rapportaient également avoir des connaissances limitées, à la fois au niveau des déterminants de la réinsertion professionnelle et de l'offre de service du PRT, son approche et ses partenaires : « (...) tout le détail sur les délais par rapport au travail, dévoiler versus ne pas

dévoiler, je n'ai pas toute la connaissance » (clinicien 1). Les cliniciens ont d'ailleurs exprimé le désir de trouver une formule, peut-être sous la forme d'une présentation récurrente, qui permettrait au PMÉ de recevoir périodiquement des informations à jour sur les enjeux de la réinsertion professionnelle « s'assurer en continu que l'équipe entende de façon assez régulière et relativement récurrente, les outils dont on dispose pour soutenir les personnes avec l'habitude de vie travail » (clinicien 5).

6.2.2.2 Les barrières liées aux caractéristiques du contexte organisationnel

À ce niveau, le climat organisationnel a été la seule barrière révélée lors des entrevues.

Le climat organisationnel

La grande réorganisation en cours depuis l'application de la loi 10 a amené plusieurs changements au sein des établissements. Au moment des entrevues, la gestion des programmes était en révision et allait être appelée à changer durant le déroulement du projet. L'arrivée d'un nouveau chef de programme pouvait possiblement compromettre la réalisation à terme du projet, dans l'éventualité où ce dernier pourrait avoir d'autres priorités que le présent projet. De plus, un tel contexte créait un sentiment d'insécurité chez les cliniciens et un climat de travail moins favorable au développement clinique et à l'implantation de nouvelles pratiques.

6.2.3 Les autres facteurs qui influencent le processus d'implantation

L'analyse des entrevues a fait ressortir trois facteurs reconnus dans la littérature comme pouvant avoir une influence sur le succès de l'implantation. Au moment de l'entrevue leur influence était inconnue. Ces facteurs devaient être pris en considération dans le développement du protocole clinique car s'ils étaient négligés, ils pouvaient devenir des barrières à l'implantation et à l'utilisation du protocole de dépistage.

La complexité du protocole

Ce facteur fait référence à la complexité de l'innovation qui est implantée, c'est-à-dire le protocole de dépistage précoce des facteurs pronostics. De façon générale, plus un niveau de complexité est bas (consignes simples, peu d'étapes), plus le processus d'implantation s'en trouve favorisé (Barnett et al., 2011). Ce facteur était très présent dans le discours des coordonnateurs cliniques alors que cliniciens en n'ont pas fait mention. Les coordonnateurs cliniques ont soulevé l'importance d'avoir un questionnaire simple, qui ne demande pas de compétences particulières (transdisciplinaire) et qui permettrait de rapidement déceler les priorités d'interventions : « déceler plus rapidement les cas d'urgence, les cas à risque de détresse financière » (coordonnateur clinique 1); « ça ne demande pas des compétences particulières d'une discipline pour la passer » (coordonnateur clinique 1).

La compatibilité

Ici, on fait référence au degré de compatibilité entre l'innovation proposée et les processus déjà en place, de manière à ce qu'elle s'intègre facilement. Afin de faciliter le changement de pratique proposé, les participants voulaient un protocole de dépistage qui s'intégrerait aisément dans les processus cliniques d'évaluation initiale de l'utilisateur déjà en place au PMÉ. On ne voulait pas tout revoir les processus cliniques : « ça serait juste un questionnaire supplémentaire sur l'HDV travail qui ne ferait que remplacer l'annexe qu'on a déjà donc, qu'on utilise déjà mais qui n'est pas un outil formel » (coordonnateur clinique 1). Bien que ce projet d'innovation était bien accueilli en répondant à un besoin clinique, les entrevues révélaient tout de même la préoccupation que le nouveau protocole puisse ajouter à la charge de travail des intervenants. Cette volonté de ne pas alourdir la charge de travail était uniquement ramenée par les coordonnateurs cliniques : « une vigilance sur le fait d'avoir quelque chose de plus ou même de nouveau à faire. Il ne faut pas que ça se rajoute à la charge » (coordonnateurs clinique 1).

La communication

Afin de favoriser l'adhésion, la communication est un enjeu à ne pas sous-estimer. Elle doit être récurrente, concrète et permettre de clarifier les attentes des personnes impliquées dès le début (Urquhart et al., 2014). Les entrevues avec les coordonnateurs

cliniques ont d'ailleurs mis en évidence l'importance et le besoin d'une communication régulière de la part du leader du projet : « avoir un petit plan de communication et nous faire atterrir un outil » (coordonnateur clinique 2).

6.3 Les stratégies retenues et mises en place pour optimiser le niveau de disposition initiale

Les stratégies d'implantation ont été retenues à la lumière des thèmes ayant émergées de l'analyse des entrevues de groupe et de la revue de littérature réalisée. Elles ont été réfléchies de manière à minimiser les barrières identifiées et en tenant compte des autres facteurs mentionnés comme étant importants à considérer (complexité, compatibilité du protocole et communication). Certaines des stratégies ont été déployées avant de débiter le projet alors que d'autres l'ont été tout au long du projet. Au total, cinq (5) stratégies ont été retenues et mises en place durant le projet : 1) obtenir, dès le début du projet, le soutien de la direction de la déficience physique et de la chef de programme; 2) améliorer le niveau de connaissance et d'efficacité personnelle des membres du PMÉ; 3) mettre en place des moyens de communication efficaces et récurrents; 4) former une équipe d'implantation qui sera impliquée à chaque étape du processus; 5) permettre aux membres de l'équipe d'implantation de faire un pré-test du protocole, avec des usagers, afin de vérifier sa compatibilité avec les processus actuels du PMÉ et les besoins des cliniciens. Le tableau 3 présente un récapitulatif des stratégies mises en place durant le présent projet d'innovation.

Tableau 3 : Les stratégies d'implantation mises en place

Construits	Facteurs	Stratégies
Le contexte organisationnel	Climat organisationnel	Obtention du soutien de la directrice adjointe de la déficience physique et de la chef du PMÉ
Les caractéristiques des individus impliqués	Connaissances et sentiment d'efficacité personnelle	Amélioration du niveau de connaissances et d'efficacité personnelle en lien avec les déterminants de la réinsertion professionnelle
Autres facteurs	Communication	Mise en place de moyens de communication efficaces et récurrents
	Compatibilité et complexité	Formation d'une équipe d'implantation impliquée à chaque étape du processus
		Pré-test d'une version pilote du protocole avec des usagers du PMÉ

Obtention du soutien de la directrice adjointe de la déficience physique et de la chef de programme

Considérant la réorganisation en cours depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, il s'avérait essentiel d'obtenir le soutien de la gestion pour assurer la réalisation complète du projet. Le présent projet débutant à l'automne 2015, la réorganisation de l'organigramme avec la nomination de nouveaux chefs de programme prévue pour janvier 2016 pouvait potentiellement devenir une barrière au projet d'innovation. Pour cette raison, le soutien de la direction des programmes de déficiences physiques a été recherché dès les premières étapes de la pré-implantation. À cet effet, le projet a d'abord été présenté à la directrice adjointe en déficience physique 1^{ère}, 2^{ième} et 3^{ième} ligne pour ensuite être présenté au gestionnaire duquel relevait le PMÉ. Les deux étaient en accord avec le projet et le soutien

de la directrice adjointe en déficience physique assurait la poursuite du projet advenant un changement de gestionnaire du PMÉ en cours de projet.

Amélioration du niveau de connaissance et d'efficacité personnelle

Les entrevues ayant mis en évidence un faible niveau de connaissance et d'efficacité personnelle à aborder l'habitude de vie travail avec les usagers, une présentation de 90 minutes portant sur les déterminants et les enjeux de la réinsertion professionnelle a eu lieu. Au total, quatorze des vingt professionnels du PMÉ ont assisté à la présentation (taux de participation de 70%). L'objectif était d'augmenter le niveau de connaissances sur les principaux enjeux liés à la réinsertion professionnelle de l'équipe du PMÉ. Les sujets abordés ont été : l'offre de service du PRT, l'état des connaissances, les outils de référence de l'AERDPQ ainsi que les ressources et partenaires. Un document PowerPoint a été utilisé en soutien didactique à la présentation orale. Il a ensuite été déposé sur la plateforme informatique commune pour référence future au besoin.

Un questionnaire d'auto-évaluation sur le niveau de connaissances et d'efficacité personnelle à aborder les enjeux liés à la réinsertion professionnelle a été remis aux participants avant la présentation (Annexe 5). Les participants devaient évaluer leur niveau de connaissance et d'efficacité personnelle avant et après la présentation. Des questions d'appréciation générale furent également demandées. Au total, treize des quatorze personnes présentes ont complété le questionnaire d'auto-évaluation (taux de réponse : 93%). Les niveaux initiaux de connaissance et d'efficacité personnelle en lien avec les enjeux reliés à la réinsertion professionnelle étaient évalués par une échelle graduée de 1 à 10, 1 étant aucune connaissance/aisance et 10 étant un niveau de connaissance/aisance très élevé. Au niveau des connaissances, 31% des participants évaluaient leur niveau de connaissance initial comme étant supérieur à 6/10. Ce taux augmentait à 100% après la présentation. Au niveau de l'efficacité personnelle, 46% des participants évaluaient leur niveau initial à aborder les enjeux de la réinsertion professionnelle à un niveau supérieur à 6/10. Ce taux augmentait à 92% après la présentation. Tous les participants (100%) ont augmenté leur niveau de connaissances alors que 69 % ont augmenté leur niveau d'efficacité personnelle et 31% estimaient avoir maintenu le même niveau. Le niveau de satisfaction de la présentation a été

évalué par une échelle graduée de 1 à 10, 1 étant pas du tout satisfait et 10 étant très satisfait. Tous les participants ont évalué leur niveau de satisfaction supérieur ou égale à 8/10 (moyenne de 9.2/10).

Mise en place de moyens de communication efficaces

Tout au long du projet d'innovation, une communication régulière a été assurée avec tous les membres du PMÉ et particulièrement les membres de l'équipe d'implantation. Considérant le climat organisationnel instable, cette stratégie s'avérait d'autant plus importante. Avant de débiter le projet, ce dernier a d'abord été présenté à tous les membres du PMÉ lors d'une réunion d'équipe tenue le 25 novembre 2015 afin que tous puissent connaître la nature du projet. Lors de cette présentation, les objectifs et les étapes du projet d'innovation ainsi que les outils de référence de l'AERDPQ ont été présentés. L'occasion a également permis d'informer que le projet avait été entériné par la direction adjointe de la déficience physique et qu'il serait maintenu malgré les changements organisationnels prévus. C'est suite à cette présentation que le recrutement de l'équipe d'implantation a été réalisé.

Par la suite, les entrevues de groupes ont révélé le besoin d'avoir facilement accès à de l'information concernant les déterminants de la réinsertion professionnelle. Un dossier sur la réinsertion professionnelle a donc été créé dans la plateforme informatique du PMÉ et des documents de référence y ont été déposés (cadre de référence de l'AERDPQ, guide complémentaire de l'AERDPQ, etc.).

Tout au long du processus de développement du protocole de dépistage, une communication par courriel a été privilégiée. Cette stratégie permettait de transmettre de l'information efficacement, sans demander trop de temps. Avec les membres du PMÉ, le contenu de courriels étaient informatifs. Ils servaient essentiellement à informer les membres sur l'avancement des travaux. Les échanges ont été plus nombreux avec l'équipe d'implantation, notamment durant la période de développement du protocole. Les consultations suite à la proposition d'une première ébauche se sont principalement déroulées par courriel. Des rencontres ont eu lieu à des moments plus charnières du développement de

l'outil, c'est-à-dire, à la fin de la consultation de la première ébauche et à la toute fin du pré-test avec les usagers.

Suite au pré-test et aux derniers ajustements du protocole clinique qui s'en sont suivis, les cliniciens du PMÉ ont à nouveau été rencontrés dans le cadre d'une rencontre de programme afin de leur présenter les grandes lignes du déroulement du projet ainsi que la version finale du protocole clinique de dépistage des facteurs pronostics. Les sujets abordés étaient le contexte et les étapes du projet ainsi que les résultats. Les étapes de pré-implantation étant alors terminées, la chef de programme et les coordonnateurs cliniques ont pris en charge l'implantation du protocole clinique au PMÉ afin de systématiser son utilisation.

Formation d'une équipe d'implantation

Toujours en phase de pré-implantation, une équipe d'implantation, composée des deux coordonnateurs cliniques et des cliniciens volontaires a été formée. Cette stratégie permettait aux individus d'être partie prenante du processus et pouvait éventuellement favoriser une meilleure compatibilité du protocole clinique à développer avec les besoins du programme. L'équipe a rapidement été formée et elle a été consultée à toutes les étapes du projet. Elle s'est réunie à deux reprises et a été consultée par courriel au moment du développement de la conception du protocole clinique et du pré test avec les usagers. Tout au long du projet s'étalant sur 6 mois, la participation des membres était constante, bien qu'elle ait commencé à démontrer des signes d'essoufflement à la fin du projet (taux de participation de 50% lors de la dernière rencontre portant sur le bilan du pré-test).

Pré-test du protocole

En plus de former une équipe d'implantation, une autre stratégie qui pouvait favoriser le processus d'implantation est de réaliser un pré-test de l'innovation (Luxford et al., 2006). Ainsi, pour obtenir un niveau de compatibilité et de complexité qui s'alignaient bien avec les processus cliniques du PMÉ, celui-ci a été testé avec trois usagers avant de finaliser le protocole (n=3). Ce pré-test a été réalisé par deux membres de l'équipe d'implantation, un coordonnateur clinique et l'éducateur spécialisé, puisqu'ils étaient les deux professionnels

attitrés aux trois nouveaux usagers admis durant la période du pré-test pour qui l'habitude de vie travail était questionnée. Cette période d'essai s'est déroulée à la toute fin de la période de pré-implantation.

Les rétroactions ont été recueillies de deux façons. D'une part, les intervenants ayant utilisé le protocole devaient remplir des feuilles de suivi (Annexe 4), lesquelles ont été remises au leader de projet lors de la réunion finale de l'équipe d'implantation. D'autre part, des commentaires généraux, provenant des intervenants impliqués dans le pré-test, ont été recueillies lors d'échanges individuels après avoir testé le protocole avec les trois usagers et lors de la rencontre bilan ayant eu lieu à la toute fin du pré-test.

Le protocole de dépistage des facteurs pronostics pré-testé comprenait trois étapes distinctes. La première étape était réalisée par le coordonnateurs clinique lors de l'arrivée de l'utilisateur au programme. Elle consistait en quelques questions rapides pour déceler les priorités d'interventions. La deuxième étape était réalisée par un clinicien identifié par le coordonnateur clinique. Il s'agissait d'un questionnaire comprenant une dizaine de questions sur l'habitude de vie travail. La troisième et dernière étape était une étape d'analyse réalisée en équipe, en préparation au plan d'intervention initial. Lors des trois essais, le protocole a permis d'identifier les principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle et les priorités d'intervention ont été intégrées au plan d'intervention. Toutefois, avec un des trois usagers, il n'a pas été possible de réaliser l'étape 3 (analyse). Des évaluations supplémentaires étaient nécessaires. À cet effet, les instructions de l'Étape 3 ont été ajustées de manière à préciser que l'information utilisée pour cette étape d'analyse des facteurs pronostics pouvait provenir de diverses sources et non pas uniquement des informations obtenues lors de l'Étape 2. Par exemple, le PMÉ administre la MHAVIE² à ces nouveaux usagers. Les informations recueillies par cet outil pourraient facilement être utilisées à l'Étape 3, afin de fournir des informations additionnelles permettant de préciser les priorités d'intervention et les pronostics de participation sociale.

² Mesure des habitudes de vie

Les deux intervenants qui ont testé le protocole ont rapporté que, de façon générale, le protocole clinique était compatible avec les processus déjà en place. Les questions de l'Étape 1 s'intégraient bien au questionnaire DPS-3-022 déjà utilisé par les coordonnateurs cliniques. Le protocole n'était pas perçu comme étant trop long et lourd à administrer, mis à part l'analyse (étape 3) qui demandait un temps de réflexion sur des enjeux avec lesquels les intervenants étaient moins familiers. Ce nouveau protocole répondait au besoin d'identification des priorités d'intervention et des urgences financières, besoin qui avait été révélé lors des entrevues avec les coordonnateurs cliniques et les cliniciens. Il était également perçu comme étant utile puisqu'il permettait de connaître des informations pertinentes que les autres outils cliniques utilisés à ce jour par les intervenants du PMÉ ne permettaient pas de recueillir. Un questionnement a été soulevé quant à la façon dont les informations recueillies (étape 2) pourraient rapidement être rendues disponibles pour tous les cliniciens devant intervenir auprès de l'utilisateur. À cet égard, l'archiviste du CRLB du CIUSSS Centre-Sud-De-l'Ile-De-Montréal a été rencontrée et le questionnaire de l'Étape 2 sera officialisé par le service de l'Admission-Évaluation-Orientation de l'Établissement, de manière à ce qu'il puisse être facilement intégré au dossier de l'utilisateur. Ainsi, une fois l'étape 2 complétée, les résultats pourront être déposés au dossier de l'utilisateur et devenir accessibles à tous les intervenants assignés au dossier. Aucun autre changement n'a été apporté au protocole suite au pré-test.

6.4 Le protocole de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle

Après 5 mois de développement collaboratif avec l'équipe d'implantation, un protocole final a été présenté au PMÉ en date du 4 mai 2016 (Annexe 6).

6.4.1 Les principes directeurs

Le protocole clinique est principalement basé sur les principes de précocité d'intervention et de la continuité des services, deux principes préalablement identifiés dans le Cadre de référence sur la réadaptation au travail pour les personnes ayant des incapacités qui découlent d'une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle (AERDPQ, 2009).

6.4.2 Les objectifs

Le protocole clinique vise quatre objectifs distincts :

- Identifier les facteurs pronostics favorables et défavorables à la réinsertion professionnelle;
- Permettre une intervention rapide sur les facteurs modifiables;
- Cibler les besoins de l'utilisateur et les priorités d'intervention afin de permettre l'élaboration d'un plan d'intervention concerté;
- Faciliter l'élaboration du pronostic d'autonomie socio-professionnelle.

6.4.3 Les étapes du protocole de dépistage

Le protocole de dépistage des facteurs pronostics comprend trois étapes distinctes. La première étape du protocole clinique est réalisée par le coordonnateur clinique (Annexe 7). Elle est réalisée avec tous les usagers qui débutent les interventions au programme. Le nombre et le contenu des questions est différent si la personne a un lien d'emploi ou non. Les questions ont été intégrées au questionnaire DSP-3-022 déjà utilisé par les coordonnateurs cliniques. Les nouvelles questions permettent de rapidement déceler si l'utilisateur est dans une situation de précarité financière ou autre et s'il désire retourner à son emploi (ou sur le marché du travail s'il n'a pas de lien d'emploi).

La deuxième étape du protocole remplace « l'annexe 2 » qui était l'outil (informel) que le PMÉ utilisait pour recueillir des informations sur l'habitude de vie travail. Elle consiste essentiellement à recueillir de l'information et évaluer les principaux déterminants de la réinsertion professionnelle. Elle peut être réalisée par tous les cliniciens du PMÉ puisque le questionnaire a été développé pour être transdisciplinaire. Il ne demande pas de compétences particulières pour être utilisé. La personne chargée d'administrer le questionnaire de l'Étape 2 est déterminée par le coordonnateur clinique, en fonction des priorités identifiées dans l'Étape 1 et de l'expertise requise pour évaluer ces priorités. Il existe deux versions au questionnaire de l'Étape 2 : une pour les personnes ayant un lien d'emploi (Annexe 8) et une pour celles n'ayant pas de lien d'emploi (Annexe 9). Tous les usagers qui ont un lien d'emploi doivent compléter l'évaluation de l'Étape 2 dès leur arrivée au PMÉ. Pour ceux et celles qui n'ont pas de lien d'emploi, l'Étape 2 peut être complétée plus tard, au moment où un désir

de retourner sur le marché du travail est manifesté par l'utilisateur. Le questionnaire a été développé à partir du Guide de l'AERDPQ et de la documentation consultée. Une fois complété, il est déposé au dossier de l'utilisateur.

La troisième étape est l'étape d'analyse des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle qui ont été mis en évidence par les questions posées aux étapes 1 et 2 (Annexe 10). Il s'agit d'une nouvelle étape puisque le PMÉ n'avait pas de mécanisme systématique pour analyser les informations recueillies sur l'habitude de vie travail. L'analyse se fait à l'aide d'une grille qui permet d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pronostics présents et surtout, de déterminer s'ils sont modifiables ou non. Conséquemment, la grille aide à préciser les priorités d'intervention en mettant en lumière les éléments qui font présentement obstacle à la réinsertion professionnelle. Cette étape a été conçue pour être réalisée en équipe, au moment de préparer le plan d'intervention initial et que les priorités d'intervention seront identifiées et les pronostics d'autonomie socio-professionnels élaborés. Au besoin, la grille peut être utilisée à plusieurs reprises au cours du processus de réadaptation de l'utilisateur, afin d'ajuster les pronostics et les cibles d'intervention en fonction de l'évolution des facteurs pronostics. Il s'agit essentiellement d'un outil d'aide à la réflexion.

Tableau 4 : Les étapes du protocole de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle

<p>Étape 1 : Dépistage initial par le coordonnateur clinique</p> <p>→ <u>Outil modifié</u> : Renseignement nominatif et identification des besoins au programme (DSP-3-022)</p> <p>Étape 2 : Questionnaires détaillés</p> <p>→ <u>Outil créé</u> : Questionnaire détaillé – avec ou sans lien d'emploi</p> <p>Étape 3 : Analyse des facteurs pronostics et élaboration d'un plan d'action</p> <p>→ <u>Outil créé</u> : Grille d'analyse des facteurs pronostics</p>
--

7. DISCUSSION

Ce projet d'innovation avait pour but d'optimiser le potentiel de réinsertion professionnelle des usagers inscrits au PMÉ du CRLB du CIUSSS Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal, au travers un processus de développement et d'implantation d'un protocole de dépistage précoce des principaux facteurs pronostics de réinsertion professionnelle. Concrètement, il consistait à adopter et intégrer les lignes directrices sur la réinsertion professionnelle, émises par l'AERDPQ en 2014, dans un protocole clinique développé en co-construction avec le milieu clinique. Ce protocole visait à outiller les intervenants à identifier les facteurs pronostics de réinsertion professionnelle afin de mieux cibler les priorités d'intervention clinique et de mettre en place un plan d'intervention concerté.

7.1 Les principaux résultats

Le présent projet d'innovation est maintenant complété et s'avère un succès. En effet, un protocole a été développé en étroite collaboration avec le milieu clinique et a également pu être pré-testé avec des usagers. Le protocole final a été accueilli favorablement par les cliniciens du PMÉ. De plus, la gestionnaire et les coordonnateurs cliniques sont engagés à s'investir dans la poursuite de l'implantation du protocole dans les processus cliniques du programme.

La littérature démontre que le niveau de disposition initiale est un prédicteur du succès de l'implantation d'une innovation (Armenakis et al, 1999 dans Holt, 2007). L'évaluation du niveau de disposition initiale s'est en effet avérée très utile en permettant d'identifier les facilitateurs et barrières présentes ainsi que les stratégies à mettre en place pour maximiser les chances de succès. Dès le début, l'évaluation du milieu clinique mettait en évidence un niveau de disposition initiale élevé au PMÉ, se reflétant par la présence de sept facilitateurs et de seulement deux obstacles. L'évaluation a permis de comprendre la nature de ces facilitateurs et surtout, la nature des barrières qui pouvaient potentiellement nuire au succès de la démarche. Elle a également permis de révéler d'autres facteurs considérés comme importants dans la littérature et pouvant influencer positivement ou négativement le processus d'implantation, selon s'ils sont tenus en compte ou non (complexité, compatibilité,

communication). Finalement, l'évaluation a permis de déployer des stratégies qui allaient tenter de minimiser l'impact des barrières identifiés et de tenir compte des facteurs pouvant influencer le succès de la démarche.

Plusieurs facilitateurs ont contribué au succès de ce projet. Un des premiers éléments ayant largement contribué à cette réussite est le fait que, dès le début, le projet présenté au PMÉ répondait à un besoin clinique (Calford, Lindberg et al. 2010). Les entrevues l'ont bien mis en évidence : la clientèle active sur le marché du travail était grandissante au PMÉ et les outils cliniques à la disposition des intervenants pour évaluer les déterminants de la réinsertion professionnelle étaient perçus comme étant insatisfaisants. Dès le début, les participants étaient motivés par la plus-value potentielle du projet d'innovation sur la qualité des interventions et par l'impact positif d'un tel protocole sur les usagers. La littérature met d'ailleurs en évidence le fait que l'innovation réponde à un besoin clinique et que les intervenants en perçoivent une plus-value sur leur pratique est fondamental à la démarche d'implantation et contribue grandement à son succès (Carlfjord, Lindberg et al., 2010 Luxford et al., 2006). En plus d'avoir contribué à l'adhésion des participants au projet, le fait que le protocole réponde à un besoin a suscité chez les participants une attitude proactive et un désir d'être des agents de changement. Ils se sont projetés et ont assumé le rôle de leadership qu'ils auraient à jouer auprès de leurs pairs, un élément également reconnu par la littérature comme étant contributif au succès d'une démarche d'implantation (Urquhart et al., 2014). Le déroulement du projet a également été facilité par le fait qu'il était mené par un leader qui veillait au bon déroulement du processus dans son ensemble, faisait des rappels aux membres de l'équipe d'implantation et s'assurait que tous les facteurs évalués soient pris en considération. Ce facteur est également rapporté comme étant un élément déterminant dans le succès d'une démarche d'implantation (Döpp et al., 2013). De plus, le protocole prenant assise sur des données probantes solides et crédibles aux yeux des participants, ceux-ci ont rapidement adhéré aux propositions sur le contenu. La littérature rapporte que des données probantes solides et, encore plus important, crédibles aux yeux des participants facilitent le processus d'implantation (Barnett et al., 2011). Finalement, les derniers éléments ayant contribué au succès de la démarche et qui méritent d'être soulignés sont le fait que le protocole ait été développé de manière à ce qu'il s'intègre facilement aux pratiques en place

au PMÉ et qu'il ne demande pas de compétences particulières pour être utilisé, ce qui en fait un outil clinique transdisciplinaire. Une innovation possédant un niveau de complexité relativement peu élevé et qui s'intègre facilement aux pratiques courantes sont deux facteurs reconnus par la littérature comme facilitant les processus d'implantation (Brooks et al., 2011; Barnett et al., 2011; Carlford, Lindberg et al., 2010).

L'évaluation du niveau de disposition initiale a également mis en lumière la présence de deux barrières. Ces deux barrières étaient le climat organisationnel instable ainsi qu'un niveau de connaissances et d'efficacité personnelle limité en ce qui concerne les déterminants de la réinsertion professionnelle. À partir de la recension des écrits, cinq stratégies ont été mises en place tout au long du projet : deux stratégies visaient à minimiser l'impact du contexte organisationnel instable; une autre visait à augmenter le niveau de connaissances et le sentiment d'efficacité personnelle; deux autres visaient à s'assurer que le protocole clinique ait un niveau de complexité relativement bas et qu'il s'intègre facilement aux pratiques courantes du PMÉ.

Les deux stratégies visant à minimiser l'impact du contexte organisationnel furent d'obtenir dès le début, le soutien de la gestion et d'assurer une communication régulière tout au long du projet. En effet, bien qu'on puisse avoir un impact limité en regard au climat organisationnel, il n'en demeure pas moins que le fait d'avoir eu le soutien, dès le début, de différents paliers de gestion et d'avoir mis en place des stratégies de communication efficaces ont contribué au succès du projet. La littérature démontre déjà que le soutien des décideurs dans les processus d'implantation d'innovation est essentiel voire indispensable au succès des processus d'implantation (Barnett et al., 2011; Urquhart et al., 2014). Dans le présent projet, ce soutien était d'autant plus important considérant le remaniement complet des cadres intermédiaires des programmes clientèles prévu pour l'hiver 2016 et qui pouvait laisser le PMÉ avec un chef qui aurait pu avoir d'autres priorités que le présent projet. Au niveau de la communication, le fait d'avoir présenté le projet à tous les membres du PMÉ, en novembre 2015, a d'abord permis de recruter les membres de l'équipe d'implantation parmi tous les professionnels du PMÉ. Ensuite, cette présentation a permis d'avoir une compréhension commune des objectifs et du déroulement du projet. La littérature révèle que d'informer, dès

le début, les personnes impliqués dans le changement sur les grandes lignes du projet favorise un engagement proactif et amène les gens à mieux collaborer (Barnett et al., 2011). L'autre barrière identifiée était le niveau d'efficacité personnelle et de connaissances limitées des déterminants de la réinsertion professionnelle. La présentation offerte aux professionnels du PMÉ, suite aux entrevues initiales, a contribué à minimiser l'impact de cette barrière tel que démontré par les résultats de l'évaluation de la perception du niveau de connaissance et du sentiment d'efficacité personnelle réalisée suite à la présentation. De plus, la création d'un dossier dans la plateforme informatique du PMÉ, à l'intérieur duquel se retrouve maintenant de la documentation sur la réinsertion professionnelle (ex : le cadre de référence sur la réadaptation au travail, le PowerPoint de la présentation sur les déterminants de la réinsertion professionnelle, etc.) contribue à maintenir l'information sur la réinsertion professionnelle facilement accessible pour les cliniciens du PMÉ, un autre élément considéré comme étant déterminant dans l'adhésion au changement (Cadmen et al., 2011). La coordonnatrice clinique du PRT contribue à assurer que cette information demeure à jour en y déposant régulièrement la documentation utilisée par le PRT. Le travail de partenariat entre les deux programmes s'en trouve ainsi bonifié. La littérature met d'ailleurs en évidence qu'un partenariat solide entre les parties impliquées dans un processus d'implantation favorise l'adhésion des participants au processus d'implantation (Barnett et al, 2011). Finalement, la mise en place d'une équipe d'implantation qui a développé et pré-testé le protocole a également influencé positivement le présent projet. En effet, le fait d'avoir développé le protocole clinique par une approche collaborative de co-construction avec une équipe d'implantation composée d'intervenants du PMÉ a favorisé, tel que rapporté par la littérature, l'adhésion des participants à l'innovation proposée (Urquhart et al., 2014). L'invitation à faire partie du projet ayant été lancée à tous les intervenants du PMÉ, ceux qui se sont investis dans le projet étaient d'emblée motivés par celui-ci. Ces intervenants, issus de diverses disciplines du PMÉ, sont devenus des intervenants champions qui croient à la plus-value du protocole de dépistage précoce des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle. Ainsi, la gestionnaire et les coordonnateurs cliniques peuvent maintenant compter sur la présence de ces intervenants champions pour poursuivre l'implantation du protocole dans les pratiques courantes du PMÉ. La littérature révèle en effet que la présence d'intervenants champions contribue au succès d'un processus d'implantation et peut produire un effet de levier auprès

des pairs (Brooks et al., 2011; Urquhart et al., 2014). Finalement, le fait que cette équipe ait eu l'occasion de pré-tester le protocole avec des usagers a également contribué à une meilleure compatibilité avec les processus initialement en place dans le milieu clinique. La littérature démontre qu'une période d'essai permet, d'une part, aux intervenants à connaître l'innovation en question. D'autre part, elle permet de valider la compatibilité avec les pratiques courantes (Carlfjord, S., Lindberg, M. et al., 2010).

7.2 Les retombées sur la pratique

Les retombées cliniques du développement et de l'implantation du protocole clinique de dépistage précoce des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle avec le PMÉ sont nombreuses. Tout d'abord, le projet a permis de mettre en place un protocole clinique concerté qui fait en sorte que les déterminants de l'autonomie socio-professionnelle sont dorénavant systématiquement abordés pour tous les usagers ayant un lien d'emploi. Et si un usager sans lien d'emploi manifeste le désir de réintégrer le marché du travail, le protocole peut également être utilisé. Les bénéfices pour l'utilisateur sont importants. Les facteurs personnels et environnementaux liés à la réinsertion professionnelle sont discutés dès le premier plan d'intervention et des priorités d'intervention peuvent alors être identifiées. L'utilisateur peut rapidement commencer à travailler sur les préalables à son éventuel retour au travail, tel que le prescrit le principe de la précocité des interventions. Le protocole permet également d'identifier, dès le premier contact avec l'utilisateur, des situations critiques qui peuvent parfois survenir dans un contexte d'arrêt de travail prolongé (ex : fin de prestations des assurances ou fin du lien d'emploi). En intégrant la notion d'échéance dès l'Étape 1 du protocole, que ce soit au niveau de l'arrêt de travail ou de la couverture d'assurance, les coordonnateurs cliniques sont dorénavant en mesure de rapidement identifier ces priorités d'intervention et de référer au professionnel concerné.

Ce projet d'innovation permet également d'optimiser la réalisation du travail en responsabilité partagée, en fournissant au PMÉ un protocole clinique concret qui outille les professionnels du PMÉ pour intervenir sur les préalables à la réinsertion professionnelle. Ils ont la possibilité d'être plus autonomes, en tant qu'équipe, pour intervenir dès le début de la réadaptation sur les facteurs pronostics modifiables. Les pronostics d'autonomie socio-

professionnelle peuvent maintenant être élaborés en s'appuyant sur des données probantes solides pour expliquer les facteurs en cause et surtout, leur impact sur la réinsertion professionnelle.

7.3 Les forces et limites

Une première force de ce projet d'innovation est certes le fait que la démarche s'appuie sur deux cadres conceptuels dont la robustesse a été démontrée. L'utilisation du QIF pour guider le processus d'implantation et du CFIR pour l'évaluation du milieu clinique permettent au présent projet de reposer sur des bases de conception solides et rigoureuses. De plus, le fait que les canevas d'entrevue aient été pré-testés par des pairs et que les résumés d'entrevue aient été révisés par les participants constitue également une force en soi. Finalement, la transférabilité de l'outil concède au projet d'innovation une force non-négligeable. En effet, mis à part l'Étape 1 du protocole qui est véritablement intégrée dans un questionnaire utilisé par le PMÉ, les deux autres étapes ont été développées avec l'objectif d'être flexibles et transférables à d'autres programmes clientèles de l'établissement.

Par ailleurs, le projet comporte également certaines limites. Le temps alloué pour le projet représente une première limite puisque la durée n'a pas permis le suivi de l'implantation afin de savoir si celle-ci est entièrement réussie et que le protocole est utilisé de manière systématique. De plus, la courte durée du projet a permis de pré-tester le protocole avec seulement trois usagers et ces essais ont tous été réalisés par les deux mêmes professionnels. Tester le protocole avec davantage d'usagers et par différentes disciplines aurait permis de varier les sources des commentaires recueillis et assurer une meilleure transdisciplinarité. De plus, l'appréciation des usagers n'a pas été recueillie. Finalement, il est également possible qu'un biais de désirabilité aient influencé la collecte de données puisque le leader du projet (et interviewer) est connu et travaille sur une base régulière avec plusieurs des membres de l'équipe d'implantation.

7.4 Les pistes futures

Le PMÉ étant un des nombreux programmes qui travaille en responsabilité partagée avec le PRT, il sera pertinent de réfléchir davantage sur la validité externe du protocole ainsi que sur la transférabilité des résultats dans un autre milieu, avec une autre population. À tout le moins, peut-être que certaines sections (étapes) pourraient être récupérées et utilisées par d'autres programmes travaillant en responsabilité partagée avec le PRT. C'est d'ailleurs dans cette logique que les deux versions du questionnaire de l'étape 2 ont été officialisées par le service Archives-Évaluation-Orientation et seront disponibles pour tous les programmes du CRLB du CIUSSS Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal. Bien que le protocole ne soit pas entièrement transférable, il n'en demeure pas moins que, le processus d'implantation utilisé pour le présent projet pourrait servir de guide pour inspirer un éventuel transfert vers d'autres programmes clientèles. Un processus similaire pourrait être utilisé de manière à favoriser une compatibilité avec les processus d'un autre milieu clinique. Le fait d'avoir d'abord obtenu le soutien de la directrice adjointe de la déficience physique ouvre la porte à présenter le projet à d'autres programmes de sa direction. Avant de procéder à une telle généralisation, il pourrait s'avérer pertinent de faire une étude longitudinale permettant de vérifier si l'évaluation précoce des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle prédit de façon juste le potentiel de retour au travail des usagers.

CONCLUSION

La réinsertion professionnelle est un processus complexe qui requiert une évaluation judicieuse des différents facteurs pouvant l'influencer. La précocité des interventions sur ces facteurs est reconnue comme étant un facteur clé du succès de la démarche de réinsertion professionnelle. En effet, une évaluation précoce et systématique des facteurs pronostics permet l'identification des priorités d'intervention et la mise en place rapide d'un plan d'intervention concerté qui favorise la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi des individus dont l'autonomie socio-professionnelle a été compromise. Le protocole clinique de dépistage des facteurs pronostics de réinsertion professionnelle, développé en étroite collaboration avec le milieu clinique pour qu'il réponde aux besoins des cliniciens, permet dorénavant une telle évaluation.

L'évaluation du niveau de disposition initiale du milieu clinique doit être une première étape incontournable afin de bien comprendre la nature des facilitateurs et barrières présents et cela avant d'entreprendre tout processus d'implantation d'une innovation. Dans le présent projet, cette évaluation a permis de constater que les conditions étaient propices au développement et à l'implantation d'une innovation. En effet, en mettant en lumière les barrières présentes et les facteurs pouvant influencer le processus, elle a permis de rapidement déployer des stratégies d'implantation permettant de limiter l'impact des barrières identifiées et de tenir compte des autres facteurs importants pouvant influencer la démarche d'implantation. Conséquemment, ce projet s'est avéré un succès et le PMÉ dispose dorénavant d'un protocole clinique permettant d'évaluer précocement les facteurs pronostics de réinsertion professionnelle. Les professionnels de la santé de ce programme peuvent ainsi débiter rapidement des interventions permettant d'optimiser le potentiel de réinsertion de leurs usagers. Le travail en responsabilité partagée avec le PRT s'en trouve ainsi amélioré et l'utilisateur est certainement le premier gagnant de ce partenariat bonifié

LISTE DES RÉFÉRENCES

- AERDPQ (2009), Cadre de référence sur la réadaptation au travail pour les personnes ayant des incapacités qui découlent d'une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle, 43 pages.
- Alanen, S., Välimäki, M., & Kaila, M. (2009). Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal of clinical nursing*, 18(18), pp. 2613-2621.
- Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L., & Young, T. (2011). Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study. *BMC health services research*, 11(1), 12 pages.
- Barwick, M.A., Boydell, C. M., Stasiulis, E., Ferguson, H., Balse, K, Dixsen D, (2005), Knowledge Transfer and Implementation of Evidence-Based Practice in Children's Mental Health, *Children's Mental Health of Ontario*, chapitre 2, pp. 22-40.
- Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, Ruud J. G., Lohrmann, C, (2015), The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nursing*, 14:43, 9 pages.
- Brooks, H., Pilgrim, D., & Rogers, A. (2011). Innovation in mental health services: What are the key components of success? *Implementation Science*, 6 (1), 10 pages.
- Camden, C., Swaine, B., Tétreault, S., & Carrière, M. (2011). Going beyond the identification of change facilitators to effectively implement a new model of services: Lessons learned from a case example in paediatric rehabilitation. *Developmental neurorehabilitation*, 14(4), pp. 247-260.
- Carlfjord, S., Andersson, A., Nilsen, P., Bendtsen, P., & Lindberg, M. (2010). The importance of organizational climate and implementation strategy at the introduction of a new working tool in primary health care. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(6), pp. 1326-1332.
- Carlfjord, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P., & Andersson, A. (2010). Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice*, 11(1), 11 pages.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implement Sci*, 8(1), 22 pages.
- Chuang, E., Jason, K., & Morgan, J. C. (2011). Implementing complex innovations: Factors influencing middle manager support. *Health care management review*, 36(4), pp. 369-379.

Corbière, M., Durand, M-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Les Presses de l'Université du Québec, Chapitre 5, p. 139-170.

Damschroder, L.J., Aron, D. C, Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4 (50), pp. 1-15.

Döpp, C. M., Graff, M. J., Rikkert, M. G. O., van der Sanden, M. W. N., & Vernooij-Dassen, M. J. (2013). Determinants for the effectiveness of implementing an occupational therapy intervention in routine dementia care. *Implementation Science*, 8(1), pp. 1-16.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: systematic Review and Recommendations, *The Milbank Quarterly*, Vol. 82, No. 4, pp. 581-629.

Hulshof, C., Pransky, G. (2013). *The role and influence of care provider on work disability*. Handbook of work disability: prevention and management. p. 203-215.

Holt, D., Armenakis, A. A., Field, H. S., Harris, S. G. (2007) Helfrich, C., Hall, C. G. Weiner, B.J. (2007). Readiness for Organizational Change. The Systematic development of a scale. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43:232, pp. 232 à 255.

Holt, D., Helfrich, C., Hall, C. G. Weiner, B.J. (2009). Are you Ready? How Health Professionals Can Comprehensively Conceptualise Readiness for Change. *Journal of general internal medicine* 25 (sup 1); pp. 50-55.

IRRSST (2009). *Une approche systématique d'identification des déterminants de l'incapacité liés au travail et à la santé psychologique dans un secteur ciblé*. Rapport R-679, 65 pages

Luxford, K., Hill, D., & Bell, R. (2006). Promoting the Implementation of Best-Practice Guidelines Using a Matrix Tool. *Disease Management & Health Outcomes*, 14(2), pp. 85-90.

Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 462-480.

Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123.

REA106 (2015). Note de cours. Marie-Josée Durant, Chantal Sylvain

REA113 (2013). Note de Cours. Guylaine Doré

Régie des rentes du Québec. Direction de l'évaluation, de la statistique et de la révision (2009). *Le satellite*. Vol. 7. No. 1. 3 pages.

Savoir-Zajc, Lorraine (2009). *L'entrevue semi-dirigée*. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*, chapitre 13, pp. 337-357

Stroke Network Southwestern Ontario. Return-to-work – Self assessment Introduction. <http://swostroke.ca/rtw-self-assessment-introduction>

Urquhart, R., Porter, G. A., Sargeant, J., Jackson, L., & Grunfeld, E. (2014). Multi-level factors influence the implementation and use of complex innovations in cancer care: a multiple case study of synoptic reporting. *Implementation Science*, 9(1), 25 pages.

Van der Maren (2010). La maquette d'un entretien. Son importance sur le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, Vol. 29 (1), pp. 129-139.

ANNEXE 1

CANEVAS D'ENTREVUES DES COORDONNATEURS CLINIQUES

1. LES INDIVIDUS ET L'ÉQUIPE

Caractéristiques

1. Depuis combien de temps êtes-vous au CRLB ?
2. Quelle est votre formation ?
3. Depuis combien de temps faites-vous la coordination clinique ?
4. Depuis combien de temps faites-vous la coordination clinique dans ce programme ?
5. Quels autres fonctions/postes avez-vous occupés ?
6. Quel est votre rôle au sein de votre équipe ?
7. Quels types de professionnels forment votre équipe ?
8. Pouvez-vous décrire le cheminement type suivi par l'utilisateur après qu'il ait été inscrit à votre programme par le service d'admission ?
 - Quelles sont les étapes qu'il doit franchir ?
 - Comment est déterminé l'équipe d'intervenants ?
 - Qui fait la première collecte de données avec l'utilisateur ?
 - Par quel moyen la première collecte de données est réalisées ?
 - En quoi consiste-t-elle ?
9. Comment abordez-vous l'habitude de vie travail dans votre programme ?
 - Est-elle abordée de façon systématique ?
 - Si elle n'est pas abordée, quelles sont les raisons pour qu'elle ne le soit pas ?
10. Quels sont les aspects de la procédure actuelle qui pourraient être bonifiés ? Comment

Connaissance et perceptions

11. Un des élément clé au succès de la démarche identifiée par l'AERDPQ est la précocité et c'est sur la base de cet élément qu'est basé le présent projet. Selon vous, pourquoi est-il important d'aborder l'HVDV travail précocement dans le processus de réadaptation ?
12. Quels sont à votre avis, les avantages d'avoir une procédure claire et systématique pour aborder les enjeux reliés au travail dès l'arrivée de l'utilisateur au programme ?
13. Quels sont, à votre avis, les inconvénients ?
14. Voyez-vous des solutions à ces obstacles ?
15. Quelles sont les forces de votre équipe qui nous aiderons à implanter l'outil clinique ?
16. Comment pourrions-nous maximiser ces atouts ?

Efficacité personnelle

17. Comment évaluez-vous les connaissances / compétences actuelles de votre équipe pour aborder les enjeux reliés au travail dès l'arrivée de l'utilisateur au programme ?
Sinon, qu'est-ce qui pourrait être fait ?
18. Comment évaluez-vous votre propre connaissances / compétences pour aborder ces enjeux rapidement dans le processus de réadaptation ?
 - Comment voyez-vous l'apport du projet dans ce sens ?

Gestion du changement : motivation/enthousiasme

19. Que pensez-vous de la motivation de votre équipe à implanter un nouvel outil ?
20. Qu'est-ce qui pourrait faciliter leur adhésion ?
21. Qu'est-ce qui pourrait porter obstacle à leur adhésion ?

2. Les caractéristiques de l'innovation

Solidité des données probantes

22. Quelle est votre perception de la crédibilité de l'AERDPQ qui a réalisé le guide duquel sera inspiré notre outil ?

Construction de l'outil

23. Quelles sont vos attentes envers ce nouvel outil ?
24. Quel serait l'outil idéal ?
 - Son format (papier, informatique, entrevue téléphonique, ...) ?
 - Ses caractéristiques essentielles ?
 - Le temps d'administration ?
 - Sa procédure d'administration (compatible avec vos processus actuels) ?
25. Quels devraient être les critères de sélection des usagers à qui l'outil est administré ?
26. Quelles disciplines pourraient être plus susceptibles d'administrer l'outil ?
27. Quelles sont les disciplines les plus susceptibles d'utiliser les données recueillies par l'outil ?
28. Quels seraient les moyens à mettre en place pour s'assurer que l'information recueillie par l'outil soit utilisée ?

3. Le processus d'implantation

Engagement

Champions

29. Pour développer et implanter l'outil, nous aurons besoin d'un groupe d'intervenants qui représentent toutes les disciplines du programme et qui sont intéressés par le projet. Ces intervenants nous aideront à réfléchir sur l'outil et sur le processus d'implantation. Au-delà de leur intérêt pour le projet, ces individus auront également

un rôle de leadership à jouer auprès de leurs pairs. Avez-vous des recommandations sur qui je devrais solliciter ?

- Quelle serait la meilleure façon de les solliciter (vous, moi, le gestionnaire) ?

Leader d'implantation

30. Comment voyez-vous votre rôle dans le développement et l'implantation de l'outil ?

Soutien

31. Quel genre de soutien vous et votre équipe avez besoin pour que l'implantation d'un nouvel outil fonctionne (formations, soutien de votre gestionnaire, de la direction, appui du PRT) ?

Ressources

32. De quelles ressources avons-nous besoin selon vous pour réussir notre implantation ?

- Sont-elles disponibles ?
- Sinon, comment pourrions-nous remédier à la situation ?

Source de l'innovation

33. Comment percevez-vous que je sois la personne responsable de l'élaboration de l'outil ?

4. L'environnement externe : l'organisation

34. Comment pensez-vous que les changements organisationnels en cours au CRLB peuvent influencer l'implantation d'un nouvel outil dans votre programme ?

35. Quelles seraient les stratégies pour contrer les obstacles potentiels ?

ANNEXE 2

CANEVAS D'ENTREVUES DES CLINICIENS

1. LES INDIVIDUS ET L'ÉQUIPE

Caractéristiques

2. Identification + profession
3. Depuis combien de temps êtes-vous au CRLB ?
4. Depuis combien de temps êtes-vous au programme des maladies évolutives ?
5. Avez-vous été dans d'autres programmes et si oui lesquels ? Combien de temps ?

Connaissance et perceptions

6. Un des élément clé au succès de la démarche identifiée par l'AERDPQ est la précocité et c'est sur la base de cet élément qu'est bâti ce projet. Selon vous, quels sont les avantages d'aborder l'HDV travail précocement dans le processus de réadaptation ?
7. Y voyez-vous des risques ou des inconvénients ?
8. Quels sont à votre avis, les avantages d'avoir une procédure claire et systématique pour aborder les enjeux liés au travail dès l'arrivée de l'utilisateur au programme ?
9. Quels sont, à votre avis, les inconvénients ?
10. Voyez-vous des solutions face à ces obstacles ?

Efficacité personnelle

11. Comment évaluez-vous vos connaissances / compétences actuelles pour aborder les enjeux liés au travail avec les usagers ?
12. Quelles sont vos références actuelles ?
13. Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aborder plus facilement/aisément l'habitude de vie travail avec vos usagers ?

Gestion du changement : motivation/enthousiasme

14. Qu'est-ce qui vous a motivé à vouloir participer à un cette réflexion sur un outil de dépistage pour la réinsertion professionnelle de vos usagers ?
15. Quelles sont vos inquiétudes ou vos appréhensions ?

2. Les caractéristiques de l'innovation

Solidité des données probantes

16. Quelle est votre perception de la crédibilité de l'AERDPQ qui a réalisé le guide duquel sera inspiré notre outil ?

Construction de l'outil

17. Quel serait l'outil idéal ?
 - a. Son format (papier, informatique, entrevue téléphonique, ...) ?

- b. Ses caractéristiques essentielles ?
 - c. Le temps d'administration ?
 - d. Sa procédure d'administration (compatible avec vos processus actuels) ?
 - i. Qui ?
 - ii. Quand ?
18. Quels devraient être les critères de sélection des usagers à qui l'outil est administré ?
19. Quel serait à votre avis le meilleur moment pour administrer un tel outil ?
20. Quelles disciplines pourraient être plus susceptibles d'administrer l'outil ?
21. Quels seraient les moyens à mettre en place pour s'assurer que l'information recueillie par l'outil est accessible et surtout utilisés par les cliniciens ? Qu'est-ce qui pourrait aider les cliniciens à ne pas la perdre de vue ?

3. Le processus d'implantation

Processus

22. Comment percevez-vous des différentes étapes, auriez-vous des propositions pour bonifier ?

Leader d'implantation

23. Comment voyez-vous votre rôle dans le développement et l'implantation de cet outil ?
24. Comment voyez-vous le rôle des coordonnateurs cliniques ?
25. Comment percevez-vous mon rôle ?

Soutien

26. Quel genre de soutien vous serait utiles pour réussir l'implantation de ce nouvel outil (formations, soutien de votre gestionnaire, de la direction, appui du PRT) ?

4. L'environnement externe : l'organisation

27. Comment pensez-vous que les changements organisationnels en cours au CRLB peuvent influencer l'implantation d'un nouvel outil dans votre programme ?
28. Quelles seraient les stratégies pour contrer les obstacles potentiels ?

ANNEXE 3

CANEVAS DU TABLEAU DU TRAITEMENT DES COMMENTAIRES

Commentaire reçu	Changement apporté	Explications
Coordonnateur clinique 1		
Coordonnateur clinique 12		
Clinicien 1		
Clinicien 2		
Clinicien 3		
Clinicien 4		
Clinicien 5		

ANNEXE 4

SUIVI : PRÉ-TEST AVEC LES USAGERS

Usager : _____ Diagnostic : _____

ÉTAPE 1 : DÉPISTAGE INITIAL PAR COORDONNATEUR

Date appel : _____

Questions posées			
Lien d'emploi	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Motivation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____

Protocole-questionnaire détaillé	
Aucun	<input type="checkbox"/>
Date de l'entrevue initiale avec éducateur	

ÉTAPE 2 : QUESTIONNAIRE DÉTAILLÉE AVEC ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ

Entrevue initiale au CRLB avec éducateur	
Date début du questionnaire	
Date fin du questionnaire	
Nombre de rencontres requises pour compléter questionnaire	

Questionnaire complété	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Questionnaire disponible dans dossier commun	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Questionnaire manuscrit scanné et versé au dossier commun	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Temps pour « scan » : _____ Si non pourquoi : _____ _____ _____
Questionnaire électronique versé au dossier commun	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Temps pour « retranscription » : _____ Si non pourquoi : _____ _____ _____

ÉTAPE 3 : ANALYSE

Discussion clinique entre coordonnateur et éducateur spécialisé			
Date			
Facteurs pronostics identifiés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____

Priorité d'interventions identifiés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Plan d'action établi	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Information intégrée aux demandes d'évaluation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Information intégrée au PI initial	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Information discutées lors d'une première discussion clinique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____
Informations transmises individuellement aux intervenants concernés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi : _____ _____ _____

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX SUR L'OUTIL**Étape 1** (dépistage coordonnateur clinique) :

Étape 2 (questionnaire détaillé) :

Étape 3 (analyse et plan d'action) :

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION

Afin de m'aider à documenter l'implantation d'un protocole de dépistage précoce des facteurs pronostics à la réinsertion professionnelle, svp bien vouloir compléter ces quelques questions.

Par enjeux liés à la réinsertion professionnelle, on entend

- Les enjeux liés au lien d'emploi
- Les enjeux liés aux revenus (assurance, contraintes à l'emploi, etc.)
- Les ressources (Emploi Québec, etc.)

Avant la présentation

1. À combien évaluez-vous votre niveau de connaissance sur les enjeux liés à la réinsertion professionnelle ? – 1 étant aucune connaissance et 10 étant un niveau très élevé de connaissances

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. À combien évaluez-vous votre aisance à aborder, avec vos usagers, les enjeux liés à la réinsertion professionnelle ? 1 étant aucune aisance et 10 étant très à l'aise

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Après la présentation

3. À combien évaluez-vous maintenant votre niveau de connaissance sur les enjeux liés à la réinsertion professionnelle ? – 0 étant aucune connaissance et 10 étant un niveau très élevé de connaissances

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. À combien évaluez-vous maintenant votre aisance à aborder, avec vos usagers, les enjeux liés à la réinsertion professionnelle ? 0 étant aucune aisance et 10 étant très à l'aise

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Quel est votre niveau de satisfaction de la présentation ? *1 étant pas du tout satisfait et 10 étant très satisfait.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Pensez-vous à d'autres éléments liés à la réinsertion professionnelle qui n'ont pas été abordés lors de la présentation mais que vous souhaiteriez aborder ?

Oui Non

Si oui, lesquels :

7. Commentaires sur la présentation et son contenu

Merci !

ANNEXE 6

PROTOCOLE DE DÉPISTAGE DES FACTEURS PRONOSTICS DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Principes directeurs

Un élément clé du succès d'une réinsertion professionnelle est la précocité des interventions³
Aborder l'habitude de vie travail précocement favorise l'identification rapide d'informations déterminantes au plan d'intervention et le maintien de l'identité de travailleur⁴

Le système de la santé joue un rôle influent dans la réinsertion professionnelle en soutenant les individus dans la préparation, l'intégration et le maintien en emploi et un soutien adéquat à chacune de ces étapes est déterminant dans le succès de la démarche (Hulshof et Pransky, 2013).

Objectifs de l'outil

Identifier les facteurs pronostics favorables et défavorables à la réinsertion professionnelle

Permettre une intervention rapide sur les facteurs modifiables

Cibler les besoins de l'utilisateur et les priorités d'intervention afin de permettre l'élaboration d'un plan d'intervention concerté

Faciliter l'élaboration du pronostic d'autonomie socio-professionnelle

Protocole de dépistage au programme des maladies évolutives

Étape 1 : Dépistage initial par le coordonnateur clinique

→ Outil : Renseignement nominatif et identification des besoins au programme

Étape 2 : Questionnaire détaillé

→ Outil : Questionnaire détaillé - Collecte de données en lien avec l'HDV travail

Étape 3 : Analyse des facteurs pronostics et élaboration d'un plan d'action

→ Outil : Tableau des facteurs pronostics – aide à la décision

³ AERDPQ (2009), *Cadre de référence sur la réadaptation au travail pour les personnes ayant des incapacités qui découlent d'une déficience auditive, du langage, motrice ou visuelle*, 43 pages

⁴ Idem

ANNEXE 7

ÉTAPE 1 : DÉPISTAGE DES COORDONNATEURS CLINIQUES

1. Avez-vous un lien d'emploi ? Oui Non

Si oui (lien d'emploi)

Êtes-vous présentement au travail ? Oui Non

Êtes-vous présentement en arrêt de travail ? Oui Non

Depuis quand ? _____

Pour quels motifs ? _____

Quelle est la date de fin prévue (si applicable) ? _____

Si non (pas de lien d'emploi)

Depuis quand n'avez-vous plus d'emploi ? _____

Avez-vous changé souvent d'emploi dans votre carrière ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? _____

Est-ce vous souhaitez éventuellement retourner au travail ? Oui Non

Est-ce une priorité pour vous actuellement ? Oui Non

2. Avez-vous des revenus actuellement ? Oui Non

Si oui, quelle est votre principale source de revenu ? _____

Si applicable : Quelle est la date de fin prévue de cette source de revenu ? _____

ANNEXE 8

QUESTIONNAIRE DÉTAILLÉ : AVEC LIEN D'EMPLOI

Situation d'emploi

1. Qui est votre employeur ? _____
2. Depuis quand êtes-vous chez cet employeur ? _____
3. Connaissez-vous la durée de votre lien d'emploi ? Oui Non
- 3.1. Quelle est-elle ? _____
4. Quel est votre titre d'emploi ? _____
5. Depuis quand avez-vous ce titre d'emploi ? _____
6. Quelles sont les principales tâches/exigences de votre emploi ?

7. Quel est votre statut d'employé ?
 Poste permanent
 Affectation temporaire
 Contractuel
 Syndiqué
 Autre : _____
8. Quel est votre horaire de travail ? SVP, précisez votre horaire.
 Temps plein : _____
 Temps partiel : _____
 Horaire en rotation (quart de travail) : _____
9. Comment vous déplacez-vous pour aller au travail ?
 Automobile
 Transport en commun
 Autre : _____
10. Êtes-vous à l'aise avec la gestion des démarches liées à votre retour au travail ?
 Oui Non

Situation financière

1. Quel est votre principale source de revenu actuelle ?

Salaire

Assurance collective

Courte durée Longue durée

Compagnie d'assurance : _____

Date de fin prévue : _____

Je connais les termes de ma couverture : Oui Non

Assurance emploi - régulier Date de fin prévue : _____

Assurance emploi – prestations de maladie Date de fin prévue : _____

Aide sociale régulière

Aide sociale : **Contraintes temporaires**

Solidarité sociale : **Contraintes sévères**

Régie des Rentes du Québec

Régulière Invalidité permanente

Autre

Précisez : _____

2. Êtes-vous à l'aise avec la gestion des démarches reliées à vos revenus ?

Oui Non

Attentes et perceptions

1. Comment évaluez-vous l'ambiance (climat) de travail de votre milieu ?

1 (mauvaise)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (excellente)

2. Comment évaluez-vous votre désir de retourner à votre emploi (ou vous maintenir à votre emploi) ?

1 (aucun)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (max)

3. A) Comment percevez-vous vos capacités actuelles ?

1 (minimales)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (maximales)

B) Selon vous, à quel niveau doivent être vos capacités pour envisager un retour au travail (ou pour réussir à vous maintenir à votre emploi) ?

1 (minimales)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (maximales)

4. Selon vous, quels sont les éléments qui doivent être améliorés pour retourner à votre emploi (par rapport à vous, par rapport à votre travail, etc.) ?

5. Comment évaluez votre niveau de confiance à améliorer ces éléments ?

1 Pas du tout confiant	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Très confiant

6. *Si vous êtes encore en emploi, quelles sont les éléments qui sont en place et qui vous aident à vous maintenir en emploi ?*

ANNEXE 9

QUESTIONNAIRE DÉTAILLÉ : SANS LIEN D'EMPLOI

Historique d'emploi et scolarité

1. Quel est votre dernier emploi occupé ? _____

2. Quelles sont les raisons ayant mené au dernier arrêt de travail ?

3. Quelles étaient vos principales tâches de travail ?

4. Quel était votre horaire de travail

Temps plein Temps partiel

5. Quels autres emplois avez-vous occupés ?

6. Quel est votre dernier niveau de scolarité atteint ?

- DES (diplôme d'études secondaires)
- DEP (diplôme d'études professionnelles) Précisez : _____
- CEGEP Précisez : _____
- Universitaire Précisez : _____
- Autre Précisez : _____

7. Comment prévoyez-vous vous déplacer pour aller au travail ?

- Automobile
- Transport en commun
- Autre : _____

8. Êtes-vous à l'aise avec les démarches de recherche d'emplois ? Oui Non

Situation financière

1. Quel est votre principale source de revenu actuelle ?

 Assurance collective Courte durée Longue durée

Compagnie : _____

Date de fin prévue : _____

 Assurance emploi – régulier Date de fin prévue : _____ **Assurance emploi – prestations de maladie** Date de fin prévue : _____ **Aide sociale régulière** Aide sociale : **Contraintes temporaires** Solidarité sociale : **Contraintes sévères** **Régie des Rentes du Québec** Régulière Invalidité permanente **Autre**

Précisez : _____

2. Êtes-vous à l'aise avec la gestion des démarches reliées à vos revenus ?

Oui Non **Attentes et perceptions**

1. Comment évaluez-vous votre désir à retourner sur le marché du travail ?

1 (min)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (max)

2. A) Comment percevez-vous vos capacités actuelles ?

1 (minimales)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (maximales)

B) Selon vous, à quel niveau doivent être vos capacités pour envisager un retour sur le marché du travail ?

1 (minimales)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (maximales)

3. Quels sont les obstacles actuels à un éventuel retour sur le marché du travail ?

4. Comment évaluez-vous votre niveau de confiance à surmonter ces obstacles ?

1 (min)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (max)

ANNEXE 10

ANALYSE DE FACTEURS PRONOSTICS ET PLAN D'ACTION : OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

À remplir, au meilleur de vos connaissances, à l'aide des informations recueillies par :

- Les renseignements nominatifs et identifications des besoins au programme
- Les questionnaires détaillés – collecte de données en lien avec l'habitude de vie travail
- La MHAVIE
- Le PIC
- Les entrevues disciplinaires

Se référer au document « Cheminement clinique en réintégration au travail – outil d'aide à la décision » produit par l'AERDPQ pour aider à déterminer si le facteur est favorable ou non (les pages sont indiquées dans le tableau)

Il n'est pas nécessaire de remplir toutes les lignes, il s'agit simplement d'un soutien dans :

- L'élaboration du pronostic de réinsertion professionnelle
- L'identification des priorités d'interventions (facteurs modifiables)

Ce tableau peut être rempli à plusieurs reprises durant le processus de réadaptation pour :

- Suivre l'évolution des facteurs pronostics
- Préciser le pronostic de réinsertion professionnelle

Tableau des facteurs pronostics

Facteurs d'ordre personnels	Favorables	Défavorables		AERDPQ
		Modifiables	Non-Modifiables	
Age				9
Sévérité de la déficience physique				9
Sommeil (quantité, qualité, récupération)				
Antécédents (médicaux, psychiatriques, comorbidité,...)				9
Croyances, perceptions et attitudes de l'usager (par rapport à : sévérité de la déficience, pronostic retour au travail et/ou de récupération,...)				10
Motivation à retourner travailler				10
Niveau d'éducation				10
Historique d'emplois				10
Composante culturelle et linguistique				10
Responsabilités et organisations familiales				10
Facteurs d'ordre environnemental				
Caractéristiques de l'emploi (exigences des tâches, ...)				11
Soutien de la famille et des proches				11
Implication financière d'un retour au travail				11
Possibilité d'accommodements et d'adaptation des tâches de travail				11
Relations de travail (climat)				12
Déplacement pour se rendre au travail				12
Accessibilité des commodités sur les lieux de travail				12
Contexte économique de l'entreprise				12

Analyse

Pronostic initial de réinsertion professionnelle

- favorable réservé défavorable

Priorité d'interventions identifiées

- Situation financière et/ou d'emploi
 Capacités (physiques et/ou cognitives)
 Perceptions, croyances et attitudes
 Sommeil
 Déplacements
 Autres : _____

Action à prendre

Demande d'évaluation

- Éducateur spécialisé
 Ergothérapie
 kinésiologie
 Neuropsychologie
 Orthophonie
 Physiothérapie
 Psychologie
 Travail social

Communication de l'information aux intervenants

- Information intégrée à la demande d'évaluation
 Information intégrée au document de Plan d'intervention initial
 Discussion clinique en équipe
 Discussion clinique individualisée avec l'intervenant.