

Université de Sherbrooke

Améliorer la prise en charge psychosociale des hommes par la révision de la
procédure de référence d'un groupe de médecine de famille (GMF).

Par
Elise Nault Horvath
Programme de Maîtrise en pratiques 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

Longueuil, Québec, Canada
Juin, 2021

Membres du jury d'évaluation
René Bélanger, département de réadaptation, Université Laval
Chantal Sylvain, Programme de maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

© Elise, Nault Horvath, 2021

RÉSUMÉ

Problématique : Les besoins en santé et services sociaux varient selon le genre. L'adaptation des services permet de favoriser une meilleure adhésion des hommes et fait partie des bonnes pratiques à mettre en place. Le cadre offert par les groupes de médecine familiale (GMF) favorise cette adaptation des services.

But : L'objectif vise à implanter, en contexte de collaboration interprofessionnelle au sein de petits GMF, les recommandations du modèle de Tremblay et L'Heureux (2011) dans la procédure de référence de la clientèle masculine afin d'optimiser la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes selon les données probantes.

Méthodes : Une recension des modes de communication et des outils utilisés a été complétée afin d'établir le portrait actuel de la procédure de référence. Des entrevues semi-dirigées ont été menées dans le but de valider les perceptions et la compréhension des utilisateurs de la procédure de référence. Une analyse comparative s'appuyant sur les données probantes en intervention auprès des hommes et sur les résultats obtenus a permis d'identifier les éléments de la procédure nécessitant une adaptation. Le modèle d'intervention auprès des hommes proposé par Tremblay et L'Heureux (2011) a servi de cadre conceptuel. La méthode TRIAGE a été utilisée pour élaborer la procédure de référence adaptée permettant la collaboration des acteurs clés. Finalement, les éléments nécessaires à la planification du déploiement de la procédure de référence adaptée ont été développés.

Résultats : La participation continue des médecins et des professionnels au projet permet d'établir une procédure adaptée qui intègre les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes, selon la littérature, tout en répondant aux besoins du milieu de pratique. Les adaptations se regroupent sous trois thèmes : faciliter l'accès aux services, confirmer les processus de communication ainsi que développer un volet de formation continue et de soutien clinique intégré au rôle de la travailleuse sociale.

Conclusion : En plus de favoriser une meilleure prise en charge des besoins psychosociaux des hommes en GMF, l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la structure de soins et services est apparue comme un élément central. L'intégration des travailleurs sociaux étant récente, l'adaptation et la transformation de leur rôle au sein des GMF est une piste de recherche qui mérite une attention particulière dans le futur.

Mots-clés : Modèle de pratiques en intervention auprès des hommes, besoins psychosociaux, adaptation des services, procédure de référence, collaboration interprofessionnelle, GMF

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
TABLE DES MATIÈRES	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS	vi
REMERCIEMENTS	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE	3
1.1. Mise en contexte	3
1.2. Cadre de pratique	4
1.3. Implantation des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes	5
1.4. Finalité du projet d'innovation	6
CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS	7
2.1. Besoins psychosociaux des hommes	7
2.2. Bonnes pratiques associées aux besoins psychosociaux	9
2.3. Groupes de médecine familiale (GMF)	10
2.3.1. GMF : historique et cadre structurel	10
2.3.2 Cadre de pratique en GMF	11
2.3.3 Travail social en GMF	13
2.4. Démarche recommandée pour favoriser l'adaptation de pratiques en contexte organisationnel	14
2.4.1. Méthode de collecte de données	14
2.4.2. Analyse des stratégies de déploiement	16
2.4.3. Analyse des effets du déploiement	18
2.5. Synthèse de la recension	19
CHAPITRE 3. OBJECTIFS	20

3.1. Objectif général	20
3.2. Objectifs spécifiques.....	20
CHAPITRE 4. MÉTHODES.....	21
4.1. Identification des besoins d'adaptation de la procédure de référence	21
4.1.1 Établir un portrait de la procédure de référence actuelle pour la clientèle masculine présentant des besoins psychosociaux.....	21
4.1.2 Déroulement de la collecte de données	21
4.1.3 Analyse des données.....	23
4.2. Définition d'une procédure de référence selon les recommandations du modèle proposé par Tremblay et L'Heureux (2011).....	23
4.2.1 Méthode de collecte de données.....	23
4.2.2 Déroulement	24
4.2.3 Mise en œuvre de la méthode.....	27
4.3 Planification du déploiement de la procédure de référence adaptée.....	29
4.3.1 Méthode de collecte de données.....	29
4.3.2 Analyse des stratégies de déploiement.....	30
4.3.3 Analyse des effets du déploiement.....	30
CHAPITRE 5. RÉSULTATS.....	31
5.1 Besoins d'adaptation de la procédure de référence en cours au GMF	31
5.1.1 Procédure de référence actuelle.....	31
5.1.2 Point de vue des professionnels du GMF sur la procédure de référence actuelle.....	34
5.1.3 Procédure de référence adaptée	38
5.2 Adaptation de la procédure de référence selon les recommandations du modèle proposé par Tremblay et L'Heureux (2011).....	39
5.2.1 Participation au TRIAGE	39
5.2.2 Perceptions des référents	42
5.2.3 Adaptations proposées à la procédure de référence.....	44
5.3 Planification du déploiement de la procédure de référence adaptée.....	47
5.3.1 Facteurs facilitants et les obstacles.....	47
5.3.2 Stratégies de déploiement.....	50

5.3.3 Mesure des effets	54
5.4 Synthèse des résultats	57
CHAPITRE 6. DISCUSSION	59
6.1. Rappel de l'objectif général.....	59
6.2. Principaux constats	59
6.3. Forces et limites du projet	62
6.3.1. Biais potentiels	62
6.3.2 Critères de rigueur	62
6.4. Retombées attendues	63
6.5. Recommandations	64
6.5.1. Du point de vue de la pratique.....	64
6.5.2. Du point de vue de la recherche	64
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
ANNEXES	viii
ANNEXE 1 : Guide d'entrevue.....	ix
ANNEXE 2 : Tableau des thèmes	x
ANNEXE 3 : Lettre de présentation TRIAGE	xi
ANNEXE 4 : Bonnes pratiques en intervention auprès des hommes	xiii
ANNEXE 5 : Questionnaire TRIAGE.....	xiv
ANNEXE 6 : Carte conceptuelle de la procédure de référence	viii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé tableau des thèmes	35
Tableau 2 : Compilation des réponses du questionnaire	41
Tableau 3 : Synthèse des adaptations pour la procédure de référence	44
Tableau 4 : Facteurs influençant l'implantation	48
Tableau 5 : Stratégies de déploiement.....	51
Tableau 6 : Planification des ressources.....	52
Tableau 7 : Rôles et responsabilités	54
Tableau 8 : Mesure des effets	55
Tableau 9 : Compilation des données de mesure des effets	57

LISTE DES SIGLES ET DES ABBRÉVIATIONS

APPR : agent de planification, de programmation et de recherche

CLSC : centre local de services communautaires

CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CIUSSSE-CHUS : centre intégré université de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CSSS : centre de santé et de services sociaux

GMF : groupe de médecine familiale

INESSS : institut national d'excellence en santé et services sociaux

IPS: infirmier praticien spécialisé

MSSS : ministère de la santé et des services sociaux

PASBEH : plan d'action en santé et bien-être des hommes

RPSBEH: regroupement provincial de santé et de bien-être des hommes

OTSTCFQ : ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

TS : travailleur social

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet d'innovation est la finalité d'un parcours académique s'étalant sur 5 ans. Il n'aurait pu se concrétiser sans le soutien et la contribution de différentes personnes, que je tiens à remercier.

Tout d'abord, merci à mon mentor, René Bélanger, pour sa grande disponibilité, son sens critique aiguisé et son enthousiasme tout au long du projet qui me permettent de déposer un projet de qualité.

Merci à notre professeur, Chantal Sylvain, qui a su nous guider dans cette dernière grande étape de la maîtrise et nous a permis de réaliser un projet innovant.

Merci à mes collègues étudiantes : Catherine Boudreau et Johana Krizova. Malgré le contexte pandémique et les contacts virtuels, une belle collaboration s'est développée dans la dernière année. Votre soutien et vos conseils ont été appréciés.

Merci à mes collègues de la Clinique médicale de Fleurimont d'avoir participé au projet. Vous faites partie de cette réussite et vous avez été généreux.

Finalement, merci à ma famille pour leur présence et leurs encouragements tout au long de ce parcours académique.

INTRODUCTION

« Les besoins psychosociaux font partie des aspects liés à la qualité de vie et aux relations sociales, qui du point de vue des patients et des aidants, sont indispensables, importants, voire critiques, pour leur capacité psycho-émotionnelle... ». Cette vision des besoins psychosociaux est une traduction adaptée par Druet (2010) de Thomas et al. (2001). La réponse aux besoins psychosociaux est un élément important à considérer puisqu'elle fait partie des déterminants de la santé (INSPQ, 2020). Elle s'exprime différemment en fonction de certaines caractéristiques, dont le genre (Tremblay et L'Heureux, 2011).

Les hommes consultent moins pour recevoir des services psychosociaux malgré des besoins réels (Regroupement en santé et bien-être des hommes (RPSBEH), 2018). En 2004, le rapport Rondeau a mis en lumière que les services de santé et services sociaux actuels sont peu adaptés pour les hommes. Depuis, la littérature a détaillé les conditions nécessaires pour que ces services répondent davantage aux besoins des hommes. Deux pistes principales s'en dégagent : l'adaptation des services et la formation (Rondeau, 2004; Tremblay & L'Heureux, 2011; Lajeunesse, 2013). Ces éléments ont été mis en lumière par le plan d'action santé bien-être des hommes 2017-2022 (MSSS, 2017). Selon ce plan d'action, il en ressort que les médecins sont des acteurs clés dans la façon dont les hommes utilisent les services (RPSBEH, 2018). Ainsi au Québec, les groupes de médecine de famille (GMF) pourraient être une avenue intéressante pour permettre la mise en œuvre de ces recommandations en matière d'intervention auprès des hommes (Tremblay et L'Heureux, 2011).

La structure organisationnelle des GMF a été créée afin d'augmenter l'accès aux services de première ligne en misant sur la collaboration entre les infirmières et les médecins (INESSS, 2019). Or, il apparaît que cette structure initiale n'a pas été modifiée pour favoriser l'intégration uniforme des services professionnels en 2017 en GMF, dont les travailleurs sociaux. En l'absence de lignes directrices spécifiques et adaptées, ces derniers se sont intégrés selon ce cadre existant et ils ont développé leurs services basés sur leur savoir expérientiel. Ce qui a occasionné une grande variabilité dans la procédure de référence et la façon d'offrir les services psychosociaux en GMF auprès des hommes.

Par ce projet d'innovation, nous étudierons la procédure de référence des hommes présentant des besoins psychosociaux au sein du GMF afin d'optimiser leur prise en charge psychosociale.

CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre vise à établir la problématique rattachée au présent essai. Afin de bien situer le projet d'innovation, une mise en contexte, une présentation du cadre de pratique utilisé ainsi qu'une brève description des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes sont proposés.

1.1. Mise en contexte

Les besoins de santé diffèrent selon le genre. L'analyse différenciée selon les sexes (Massé et al., 2002) a mis en lumière cette distinction tout en orientant la réflexion sur l'adaptation de différents programmes, par exemple, en tenant compte de l'influence du genre sur les habitudes de vie, les comportements reliés à la santé ainsi que les prédispositions génériques. (Tremblay dans Deslauriers et al., 2011). Il apparaît que les hommes présentent des facteurs de risques différents entre autres, à ce qui a trait aux comportements agressifs, à l'abus de substances ainsi qu'aux habitudes de vie (Shen-Miller et al., 2013). Ces différences démontrent la nécessité d'adapter les programmes et les services disponibles auprès de la clientèle masculine. À titre d'exemple, une recherche auprès des hommes a démontré qu'ils sont quatre fois plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie (Houle et Dufour, 2010); ce qui a mené à des changements d'approche en prévention du suicide.

Plusieurs études, dont une méta-synthèse portant sur les perceptions des hommes québécois envers leurs besoins psychosociaux et leur rapport aux services ont mis en évidence que les hommes tardent à consulter et à demander de l'aide lorsqu'ils présentent des besoins psychosociaux, attendant souvent d'être dysfonctionnels ou à un point de crise (Rondeau, 2004; Roy et al., 2014). Le plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes, 2017-2022 (MSSS, 2017) intègre les conclusions de ces études. Elles confirment que les réponses aux demandes d'aide psychosociale effectuées par les hommes doivent être adaptées. Cela favorise l'adhésion aux services offerts et ainsi fournit l'assurance que les

hommes recevront le soutien nécessaire (Rondeau, 2004; Tremblay & L'Heureux, 2011; Lajeunesse, 2013). L'adaptation des services inclut : la disponibilité des intervenants au moment opportun, la qualité de l'accueil, la rapidité de la réponse à la demande d'aide, la compétence des intervenants ainsi que la qualité du suivi offert (Rondeau, 2004; Tremblay & L'Heureux, 2011; Lajeunesse, 2013).

Toujours en lien avec l'adaptation des services pour la clientèle masculine, une large consultation menée auprès des hommes québécois par le Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes (RPSBEH) a mis en lumière que les médecins sont les principaux professionnels que les hommes sont enclins à consulter et à écouter. Les auteurs de ce sondage suggèrent des actions visant à sensibiliser les médecins afin d'accroître la probabilité que les hommes consultent les intervenants psychosociaux pour ainsi augmenter l'adéquation avec les besoins psychosociaux (RPSBEH, 2018).

1.2. Cadre de pratique

La formule de groupes de médecine de famille (GMF) est d'autant plus intéressante qu'elle offre la possibilité de référer directement du médecin aux professionnels à l'intérieur même du GMF et ainsi assurer une continuité entre la demande d'aide psychosociale des hommes et la disponibilité des services. Théoriquement, les GMF se présentent comme un modèle d'organisation des soins qui répond aux bonnes pratiques psychosociales auprès des hommes, mis en lumière par le modèle d'intervention présenté par Tremblay et L'Heureux (2011) ainsi que par le plan d'action ministériel (MSSS, 2017).

Afin d'accompagner la création des GMF, un cadre de référence a été élaboré (MSSS, 2015). L'ajout des professionnels de la santé a bonifié l'offre de service initiale des GMF, en intégrant leur pratique en 2017. Toutefois, le cadre des GMF est demeuré le même et n'a pas été adapté depuis l'intégration de ces professionnels, dont les travailleurs sociaux. La présence des professionnels est variable selon le niveau de financement du GMF (1 à 9) (MSSS, 2015). Un GMF de niveau 1 offre des services en travail social à mi-temps (17,5 heures/semaine).

L'expérience clinique de petits GMF (niveau 1) démontre que le travail à temps partiel accentue les défis au niveau de l'implantation et de la collaboration interprofessionnelle, de la mise en place de nouvelles pratiques probantes et de la disponibilité des ressources professionnelles. Ces éléments s'avèrent un frein à l'actualisation des bonnes pratiques en matière d'intervention auprès des hommes ainsi qu'à l'uniformisation des services dans les GMF.

1.3. Implantation des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes

Le plan d'action ministériel sur la santé et le bien-être des hommes (MSSS, 2017) incite le milieu de la santé et des services sociaux à mettre en place des stratégies pour favoriser une meilleure prise en charge des hommes et de leurs besoins psychosociaux. Le modèle d'intervention proposé par Tremblay et L'Heureux (2011) permettrait d'établir un cadre plus inclusif pour les GMF et ainsi guider l'ensemble du personnel, médecins et professionnels, vers l'implantation de stratégies visant le développement des meilleures pratiques recommandées par la littérature pour la clientèle masculine nécessitant des services psychosociaux. Ces stratégies visent les différentes étapes de la prise en charge de la clientèle soit : l'évaluation initiale par le médecin, le dépistage des problèmes psychosociaux, la référence aux professionnels lorsqu'indiquée, le suivi psychosocial des hommes ainsi que la collaboration interdisciplinaire. La mise en place de ce modèle d'intervention auprès des hommes permettrait d'agir positivement sur les modes d'organisation des petits GMF et d'optimiser les pratiques psychosociales recommandées par ce modèle.

1.4. Finalité du projet d'innovation

Ainsi, l'adaptation des pratiques recommandées selon la littérature permettrait une meilleure prise en charge des besoins psychosociaux de la clientèle masculine pour qui l'adhésion aux traitements ainsi qu'aux services psychosociaux semblent être plus difficile. Ceci pourrait diminuer la prévalence de détresse et des gestes suicidaires chez les hommes en favorisant un meilleur accès aux soins de santé et psychosociaux (Houle et Dufour, 2010). Considérant que l'adaptation et l'uniformisation des pratiques recommandées selon la littérature s'avère un long processus qui dépasse le temps disponible dans le cadre de cet essai, nous nous attarderons à la première étape de cette adaptation. Elle consiste à examiner la procédure de référence utilisée par les médecins et les professionnels de la clinique. L'implantation des recommandations du modèle d'intervention auprès des hommes de Tremblay et L'Heureux (2011) à même la procédure de référence utilisée en GMF favorisera cette meilleure réponse aux besoins psychosociaux des hommes. Cette implantation est en adéquation avec les orientations du plan d'action ministériel de santé et bien-être des hommes (MSSS, 2017).

CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits a pour objectifs de définir les besoins psychosociaux des hommes, de détailler la problématique entourant l'offre de soins et de services psychosociaux pour cette clientèle ainsi que d'identifier les caractéristiques des GMF et leurs cadres de pratiques.

2.1. Besoins psychosociaux des hommes

Une recension des écrits sur le sujet de l'adhésion des hommes aux services psychosociaux a été réalisée à l'automne 2019 (Nault Horvath, 2019). Elle a permis de constater que les besoins spécifiques des hommes s'avèrent un sujet relativement récent dans la littérature et peu étudié. Afin de mener à bien la recension, la littérature grise a été consultée. Une saturation a rapidement été observée, retrouvant des concepts et des conclusions similaires dans plusieurs travaux.

Cette recension a permis de mettre en lumière les préoccupations concernant les besoins psychosociaux des hommes et les éléments favorisant leur adhésion aux services psychosociaux offerts. Voici les principaux éléments de ce travail.

Au Québec, deux grandes études servent de référence au sujet de la relation des hommes en lien avec les services sociaux. Il s'agit du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, sous la direction de Gilles Rondeau (2004) et de l'étude de Lajeunesse et al., portant sur les hommes de la région de Montréal (2013). Bien qu'elles datent, elles sont fréquemment citées dans d'autres travaux plus récents effectués sur la question de la santé et du bien-être des hommes (Tremblay et Careau, 2014; Groulx et Deslauriers, 2015). Cela démontre qu'elles sont toujours pertinentes, aujourd'hui.

Le rapport Rondeau (2004) a mis en lumière que les services sociaux actuels sont peu adaptés à la condition masculine. Tel qu'expliqué par Tremblay et L'Heureux (2005), l'homme porteur du modèle masculin traditionnel doit préserver une image d'invulnérabilité

et d'indépendance. De telles images placent l'homme en profonde contradiction, s'il a besoin de demander de l'aide. Certains facteurs propres aux hommes expliquent donc la faible adhésion aux services psychosociaux offerts, mais d'autres éléments structuraux tels que l'accessibilité des services, les listes d'attente et l'absence de continuum de soins (Lajeunesse et al., 2013) s'ajoutent également pour étayer la faible adhésion de la clientèle masculine envers les services psychosociaux.

L'étude de Lajeunesse et al. (2013) ainsi que le rapport Rondeau (2004) révèlent que les principaux éléments à considérer pour améliorer l'intervention auprès des hommes consistent à l'adaptation des services, la formation des intervenants ainsi que la disponibilité, l'accueil et la qualité des services offerts. Les résultats de la consultation menée pour le RPSBEH (2018) affluent dans la même direction en soulignant l'importante influence du médecin dans la réponse favorable aux demandes d'aide des hommes.

La recension (Nault Horvath, 2019) a permis de mettre en lumière les facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant la demande d'aide, en plus d'éclairer sur les besoins, en termes de services. Les facteurs intrinsèques qui ont une plus forte incidence sur l'acquiescement aux services psychosociaux sont l'adhésion par l'homme au modèle traditionnel masculin, la qualité du réseau social et la connaissance des ressources par l'homme (Lajeunesse et al., 2013; Rondeau, 2004).

Quant aux facteurs extrinsèques, ils sont en lien avec l'offre de services, soit la disponibilité des services au moment opportun, la réponse rapide à la demande d'aide ainsi qu'un horaire et un milieu d'intervention adaptés.

2.2. Bonnes pratiques associées aux besoins psychosociaux

Tremblay et l'Heureux (2011) ont élaboré un modèle des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Ce modèle, approuvé par le ministère de la santé et des services sociaux est toujours d'actualité (MSSS, 2017). Il est régulièrement cité comme référence dans plusieurs autres travaux (Tremblay et Careau, 2014; Groulx et Deslauriers, 2015).

Le modèle d'intervention de Tremblay et L'Heureux (2011) comprend dix stratégies qui concernent autant l'intervention que la posture de l'intervenant :

1. Être sensible aux dimensions de genre;
2. Voir l'homme comme un être humain avant tout;
3. Porter une attention particulière aux réactions contre-transférentielles;
4. Reconnaître l'inconfort de l'homme dans la demande d'aide;
5. Soutenir, responsabiliser;
6. Donner du pouvoir et protéger;
7. Miser sur les forces pour contrecarrer la honte;
8. Briser l'isolement affectif;
9. Adapter les services;
10. Agir rapidement et être proactif ainsi que prendre soin de soi comme intervenant.

Ainsi, le plan d'action ministériel de santé et bien-être des hommes (PAMSBEH), 2017-2022 s'appuie sur ce modèle en l'intégrant à la formation à dispenser aux différents professionnels de la province. Il valide sa pertinence. Trois grandes orientations se dégagent de ce plan d'action soit : 1- mieux rejoindre la population masculine par des stratégies de promotion et de prévention, 2- adapter les services pour améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes, 3- améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques pour répondre aux besoins des hommes (MSSS, 2017).

Le PAMSBEH vise également à soutenir des activités régionales en appui aux milieux de pratique. Concrètement, cela a mené à la nomination de répondant régionaux pour

le dossier santé et bien-être des hommes (SBEH) ainsi qu'à la création d'un plan d'action régional santé bien-être des hommes Estrie 2019-2022 (CIUSSSE-CHUS, 2019). Ce plan d'action régional reprend textuellement les trois orientations du PAMSBEH et détaillent les objectifs spécifiques, les moyens à mettre en œuvre ainsi que les collaborateurs à impliquer. L'implantation de ce modèle de bonnes pratiques est portée par le répondant régional, responsable de sa mise en œuvre.

2.3. Groupes de médecine familiale (GMF)

2.3.1. GMF : historique et cadre structurel

Cette section présente la mise en place des GMF ainsi que leur structure. Le nombre de GMF au Québec varie d'une année à l'autre en raison de la fluctuation du nombre de patients inscrits. Pour donner une idée de grandeur, en 2017, 302 GMF étaient répertoriés sur le territoire québécois (CISION, 2017). L'information relative au nombre de GMF par niveau de financement (niveau 1 à 9) n'a pas été possible malgré plusieurs démarches effectuées à l'hiver 2021, auprès de différentes instances (MSSS, CISSS, et littérature sur les GMF).

Les GMF ont été mis en place en 2002 à la suite de la Commission Clair qui recommandait que « ...le réseau soit formé à partir de la double réalité des CLSC et des cabinets de médecins; que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine familiale avec la collaboration des infirmières cliniciennes. » (INESSS, 2019). Depuis la création des GMF, de nouvelles recommandations émises (MSSS, 2008 et Breton et al., 2011) ont permis d'améliorer la structure de soins et de revoir le cadre de services offerts.

Les niveaux de GMF sont déterminés entre autres en fonction du nombre de patients inscrits et déterminent la quantité d'heures rattachées à l'offre des services professionnels. À titre d'exemple, les niveaux 1 correspondent à des GMF de plus petites envergures et l'offre des services psychosociaux équivaut à 2.5 jours par semaine (MSSS, 2015). Cette variabilité de l'offre des services est d'autant plus importante pour les plus petits GMF (GMF de niveau 1) en raison du défi de couvrir les services psychosociaux à temps partiel.

L'implantation des GMF au Québec vise à favoriser le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle et renforcer la responsabilité populationnelle du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (MSSS, 2015). Pour soutenir la mise en place des GMF, un cadre de gestion a été constitué afin d'établir les obligations auxquelles ils doivent répondre (MSSS, 2015). Ce cadre présente les différentes balises entourant les GMF et spécifie qu'il doit offrir des services médicaux généraux à toute clientèle, dont un suivi continu aux patients inscrits au GMF. L'accès raisonnable, en temps opportun aux services, se veut un élément de base de la structure des soins. Ces balises comprennent les critères tels que : le nombre d'inscriptions, la couverture offerte, le taux d'assiduité des patients, le financement des ressources professionnelles par les CISSS ou CIUSSS et les ententes de services avec les pharmaciens (MSSS, 2015).

2.3.2 Cadre de pratique en GMF

Cette section s'attarde au cadre de pratique. Elle permettra de mieux comprendre les différentes balises entourant la prestation des services et la collaboration interprofessionnelle en GMF.

Le cadre de gestion des GMF n'a pas été révisé depuis 2015, malgré l'arrivée des professionnels en 2017. Sa structure initiale visait une prise en charge des patients en dyade médecin-infirmière. Ce cadre quantifie les services plutôt que de préciser les balises permettant l'actualisation et l'intégration des différentes offres de soins au sein de la structure. Ce constat témoigne de l'absence d'information envers l'intégration et la pratique des professionnels en GMF et peut expliquer l'utilisation des savoirs expérientiels lors de la mise en place, souvent disparates, des services psychosociaux.

Une étude d'implantation, effectuée en 2008, a mis en lumière les effets du déploiement des GMF en 2002 (MSSS, 2008). Elle démontre que le leadership des médecins est un élément favorisant la cohésion du groupe. De plus, la collaboration avec les infirmières a nécessité un apprentissage, principalement au niveau du travail collaboratif et de la connaissance des rôles de chacun. Ainsi un meilleur partage des responsabilités a été institué. L'expérience des patients en GMF concernant l'accessibilité, la continuité et l'utilisation des

services a démontré que des améliorations devaient être mises en place afin d'améliorer ces aspects (MSSS, 2008). Un enjeu soulevé par cette étude porte sur l'isolement des professionnels œuvrant en GMF en raison du manque d'accès au soutien clinique présent en établissement. Ceci démontre que la structure de soins actuelle soulève des défis pour les professionnels, de l'inconfort et une certaine souffrance. Bien que cette évaluation date de 2008, l'expérience clinique démontre que ces enjeux semblent toujours d'actualité pour les professionnels en GMF.

L'intégration des professionnels et des travailleurs sociaux en GMF est arrivée tardivement, soit en 2017, après la recommandation d'accroître la multidisciplinarité au sein des GMF (Breton et al., 2011). Un guide général et sommaire d'intégration des professionnels à l'intention des GMF a été produit en 2016. Bien que le guide général présente les rôles et les responsabilités des professionnels en GMF, il ne précise pas le moyen de les actualiser.

Le cadre de référence des GMF est demeuré le même, peu adapté à la pratique des nouveaux professionnels et à l'implantation uniforme de leurs services au sein des GMF. À la lumière de l'expérience clinique des professionnels en GMF, il est peu adapté au travail interdisciplinaire et il entraîne plusieurs inconforts dans la pratique clinique quotidienne. Cela conduit à une variation des pratiques et de la mise en place des services. Les conséquences d'un cadre non adapté à la réalité clinique se situent à plusieurs niveaux : irritation et frustration pour les professionnels en raison d'une méconnaissance de leurs expertises, des références inappropriées, des collaborations plus difficiles et inégales ainsi qu'une difficulté à implanter de nouvelles pratiques basées sur les données probantes ou à initier des changements au sein de l'organisation.

Breton et al. (2011) dans un article portant sur le potentiel et les limites de l'accroissement de la performance de soins de santé primaire, identifient des pistes d'améliorations à mettre en place afin d'optimiser la structure de soins offertes par les GMF. Ils recensent les éléments suivants : 1- accroître l'impact du GMF par une modification de la rémunération médicale, 2- accroître la multidisciplinarité au sein du modèle GMF, 3- accroître les ressources informatiques et 4- améliorer la prestation des services en GMF par

une gouvernance clinique accrue, tout en spécifiant que les activités assurées conjointement par les infirmières et les médecins doivent être mieux formalisées. Ces recommandations démontrent que le besoin de formaliser les pratiques était présent bien avant l'intégration des professionnels.

Ces mêmes auteurs suggèrent que les GMF pourraient être des lieux propices à l'instauration de pratiques orientées vers l'amélioration continue; tout en spécifiant qu'il est nécessaire d'établir des protocoles identifiant la nature et la séquence des services offerts. Le concept de « maison médicale » est proposé comme modèle d'évolution pour les GMF. Ce modèle améliorerait la prestation des soins primaires ainsi que l'accès aux soins. Il a, entre autres, pour objectif que les soins s'adressent à l'entité globale du patient et qu'ils soient coordonnés, continus et complets en donnant accès à une équipe professionnelle.

2.3.3 Travail social en GMF

Depuis 2017, l'ensemble des GMF inclut des services psychosociaux offerts par des travailleurs sociaux. Une consultation effectuée auprès de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) a permis d'établir qu'à l'heure actuelle, 401 travailleurs sociaux œuvrent en GMF au Québec (OTSTCFQ, 2020). La mise en œuvre de l'offre de services des travailleurs sociaux en GMF est balisée par les lignes directrices du programme de services généraux offerts en CLSC qui se définissent comme suit, selon l'offre de service du ministère de la santé et des services sociaux :

« Les services sociaux généraux ont la responsabilité de répondre à toute personne qui s'adresse au CSSS pour obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et de l'orienter vers les services appropriés. À cet effet, ils doivent comprendre le service suivant : accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) [...] Les services sociaux généraux ont également la responsabilité de répondre aux personnes qui présentent des problèmes généralement ponctuels ou de courte durée, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible » (MSSS, 2013).

Cette offre de services définit globalement l'encadrement de la pratique des travailleurs sociaux en GMF. Bien qu'elle procure certaines balises quant au type de services offerts, son application en GMF n'est pas documentée. Ce qui a pour effet de donner une actualisation variable de ces services au sein des différents GMF et ce, en fonction de la réalité de chaque clinique et des professionnels en place. En résumé, ces services incluent l'accueil, l'évaluation, l'orientation vers les ressources appropriées et des suivis à court terme.

2.4. Démarche recommandée pour favoriser l'adaptation de pratiques en contexte

organisationnel

2.4.1. Méthode de collecte de données

La prise en compte du contexte dans lequel est déployée toute nouvelle pratique est primordiale. Ce contexte aura une influence sur la réussite ou non du déploiement (Beauchamps et al., 2012). La façon dont est présentée et déployée la nouvelle pratique doit correspondre aux besoins du milieu. L'expérience clinique ainsi que les données recueillies dans les premières étapes permettent d'augmenter la compréhension du milieu de pratique.

Identification des facilitateurs et des obstacles

L'analyse du contexte sert à mettre en évidence certains obstacles et facilitateurs au déploiement de la nouvelle pratique. Beauchamps et al. (2012) mettent en lumière les différents facteurs pouvant influencer positivement l'implantation d'un guide de pratique. Selon ces auteurs, le guide doit être perçue comme une valeur ajoutée. Il importe donc de faire reconnaître la nouvelle pratique comme un outil qui facilitera le travail et la collaboration des référents. Cette plus-value se présente avec des ajustements compatibles à la pratique courante qui minimisent le niveau de rupture avec les habitudes d'intervention ainsi qu'un degré de complexité qui ne soit pas trop grand (Beauchamps et al., 2012). L'identification des obstacles permet d'inclure, dans la stratégie de déploiement des actions afin d'en limiter les impacts (Lortie et al., 2012).

Les obstacles au déploiement

La connaissance de ces obstacles permet de les prendre en considération et d'en minimiser les impacts. Lortie et al. (2012) définissent les types d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique. Ils sont classés selon différents plans : innovation, intervenants, usagers, contexte social, contexte organisationnel, contexte économique et politique.

Certains obstacles identifiés par ces auteurs apparaissent particulièrement pertinents à considérer dans le cadre de l'implantation d'une nouvelle pratique soit ceux sur les plans de l'innovation (faisabilité, crédibilité, accessibilité et attrait), des intervenants (sensibilisation, connaissances, attitudes, motivation au changement et habitudes), du contexte social (opinion des collègues, culture du réseau, collaboration et leadership) ainsi que du contexte organisationnel (processus de prestation des services, main-d'œuvre, capacités, ressources, structures) (Lortie et al., 2012).

Les facilitateurs au déploiement

L'analyse du contexte du déploiement recommande également de considérer les facilitateurs. *Le bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé* (Lortie et al., 2012) ainsi que le document de l'INESSS (Institut National d'Excellence en santé et Services Sociaux) *Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique en santé* (Beauchamps et al., 2012) exposent ces facilitateurs:

- Avoir les connaissances nécessaires à l'utilisation des guides de pratique : ce qui implique être au courant de l'existence des guides et être informé (se sentir suffisamment compétent pour utiliser les guides)
- Élaborer un guide en fonction des données probantes
- Assurer la participation des groupes cibles à l'élaboration du contenu
- Disposer des conditions adéquates pour le déploiement
- Mesurer l'effort à consentir pour les personnes visées

Finalement l'analyse du contexte doit également soulever les questions d'ordres organisationnelles et financières.

2.4.2. *Analyse des stratégies de déploiement*

Identifier les effets visés

Afin de bien planifier le déploiement d'une nouvelle pratique et son évaluation, il importe au préalable de se questionner sur les effets visés par ce déploiement. Beauchamps et al. (2012) ont mis en lumière une revue systématique de revues de synthèse portant sur l'efficacité et l'efficience des stratégies d'implantation des guides de pratique. Les effets recherchés par les stratégies visent : l'amélioration des processus, l'adhésion aux guides et le changement de comportements des praticiens. Pour certaines autres stratégies avancées, les auteurs n'en définissent pas les effets visés. L'identification de ces effets doit permettre de déterminer les stratégies de communication les plus efficaces à adopter.

Cette revue systématique détaille l'efficacité, l'inefficacité, une efficacité variable ou incertaine des stratégies d'implantation. Les stratégies efficaces identifiées sont les suivantes : la sensibilisation directe, la formation interactive, la participation à l'élaboration du contenu, les interventions multiples ou centrées sur l'utilisateur, la rationalité procédurale ainsi que les rappels et le système d'aide à la décision (Beauchamps et al., 2012). Plusieurs documents consultés (Beauchamps et al., 2012; Lortie et al., 2012 et Agence de la santé publique du Canada, 2013) confirment l'importance de combiner plusieurs stratégies d'implantation ou de communication afin d'assurer son efficacité.

Stratégies de communication en fonction des effets visés

Afin d'assurer le déploiement de toute nouvelle pratique, le choix d'une ou de plusieurs stratégies d'implantation s'avère central. La taxonomie proposée par le Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) (Beauchamps et al., 2012) présente une classification des stratégies d'implantation qui peut s'avérer utile en vue de cibler les stratégies à mettre en place.

Planifier les ressources nécessaires

La planification du déploiement doit également considérer les ressources qui seront nécessaires pour l'appuyer. Elles sont d'ordre matérielles, financières, humaines et organisationnelles.

Afin d'identifier les ressources à considérer, la proposition de Mariott et al. (2000) dans *Le bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé* (Lortie et al., 2012) propose une stratégie qui se déploie en 5 questions :

1. Qui a besoin de savoir (audience)?
2. Qu'ont-ils besoin de savoir (contenu)?
3. De qui ont-ils besoin de l'entendre (source)?
4. Quelle est la meilleure façon de les atteindre (véhicule)?
5. Qu'est-ce qui influence leur attitude face au message reçu (contexte, environnement)?

Mobiliser les acteurs clés

L'ultime étape de la planification du déploiement est la mobilisation des acteurs clés. Souhaitant que le projet soit utile à l'ensemble des intervenants concernés et afin d'en assurer la pérennité, il importe de partager la responsabilité du déploiement (Agence de Santé Publique du Canada, 2013). L'identification des ressources s'avère préalable à cette étape.

2.4.3. *Analyse des effets du déploiement*

Avant même de déployer une nouvelle pratique, il importe de planifier l'évaluation de cette implantation. Elle doit faire partie intégrante de la structure du projet.

Dans un premier temps, il a été nécessaire de déterminer ce qui devait être évalué dans le cadre de ce déploiement. L'outil d'aide à l'élaboration d'un plan d'application des connaissances (AC) de l'Agence de la santé publique du Canada (2013), propose trois questions qui servent de guide pour déterminer les éléments d'évaluation :

1. Comment allez-vous surveiller ou évaluer la portée et l'usage de ses connaissances?
2. Avez-vous rejoint votre public?
3. Avez-vous atteint vos objectifs?

Identifier les indicateurs

Le choix des indicateurs s'avère une étape importante. Il se fait en fonction de la mesure souhaitée. Les indicateurs doivent être mesurables et en lien avec l'objectif d'évaluation. L'agence de la Santé Publique du Canada, par son outil d'aide à l'élaboration d'un plan d'application des connaissances (AC) (2013), propose des indicateurs permettant de:

- Mesurer la portée
- Mesurer l'utilité
- Mesurer l'usage
- Mesurer la collaboration et le renforcement de la capacité

La planification de l'évaluation doit détailler : le moment de l'évaluation, le déroulement ainsi que les outils nécessaires à l'exercice.

2.5. Synthèse de la recension

La littérature propose un modèle d'intervention auprès des hommes (Tremblay et L'Heureux, 2011) qui inclut des stratégies pour améliorer les pratiques auprès de cette clientèle. Le peu de détail opérationnel du cadre de gestion des GMF crée des difficultés quant à l'intégration des professionnels et soulève un doute sur l'efficacité de certaines interventions. L'application du modèle d'intervention de Tremblay et L'Heureux (2011) en GMF permettra de mieux répondre aux besoins psychosociaux de la clientèle masculine en actualisant les pratiques et ainsi améliorer leur prise en charge. Ces actions s'inscrivent dans les deux premiers objectifs de l'orientation 2 recommandés par le plan d'action régional SBEH (CIUSSS-E, 2019) : 2.1 sensibiliser les différents acteurs responsables de l'organisation et de la planification des services, à l'égard des bonnes pratiques en SBEH et 2.2 habiliter les différents acteurs à bien intervenir auprès des hommes. Cela favorisera donc une meilleure intégration des professionnels offrant des services psychosociaux en GMF et améliorera la collaboration interprofessionnelle pour l'ensemble du GMF.

Dans le cadre de ce projet d'innovation, nous nous intéressons aux services offerts et à la procédure de référence utilisée pour de petits groupes de médecine familiale (GMF). Ceci afin d'optimiser les services psychosociaux offerts aux hommes par l'intégration d'un modèle d'intervention basé sur les données probantes. Nous ferons mention de la procédure de référence, terme utilisé pour définir le mode de collaboration et de référence entre les médecins et les professionnels. Le terme « procédure » est défini ainsi par le petit Robert : « Manière de procéder juridiquement, série de formalités qui doivent être remplies ». La référence quant à elle, est défini comme une action ou un moyen de se référer (Petit Robert, 2020). Dans l'usage de ce travail, ces termes se rapportent à l'ensemble des actions entourant l'utilisation de l'outil de référence soit : le dépistage, la collaboration interprofessionnelle, le mode de transmission de l'outil ainsi que la prise en charge du patient par le professionnel.

CHAPITRE 3. OBJECTIFS

Cette section présente l'objectif général de ce projet d'innovation ainsi que les objectifs spécifiques qui permettront l'atteinte de l'objectif principal. Les étapes de réalisation seront présentées dans le chapitre 4 : méthodes.

3.1. Objectif général

Implanter en contexte de collaboration interprofessionnelle au sein de petits GMF, les recommandations du modèle de Tremblay et L'Heureux (2011) dans la procédure de référence de la clientèle masculine afin d'optimiser la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes selon les données probantes.

3.2. Objectifs spécifiques

1- Identifier les besoins d'adaptation de la procédure de référence actuellement en vigueur au sein du GMF clinique médicale de Fleurimont.

2- Définir, en collaboration avec les acteurs clés, une procédure de référence selon les recommandations du modèle proposées par Tremblay et L'Heureux (2011).

3- Planifier le déploiement de la procédure de référence adaptée.

CHAPITRE 4. MÉTHODES

Dans le prochain chapitre, une description des différentes méthodes utilisées sera présentée. La méthodologie sera détaillée selon les 3 objectifs spécifiques de ce projet d'innovation.

4.1. Identification des besoins d'adaptation de la procédure de référence

4.1.1 Établir un portrait de la procédure de référence actuelle pour la clientèle masculine présentant des besoins psychosociaux

La première étape du projet consistait à établir le portrait de la procédure de référence actuelle. Une recension des outils de communication en circulation à la clinique et des différents modes de communication utilisés entre les professionnels, pour procéder à la référence vers la travailleuse sociale de la clinique, a été complétée.

Les sources consultées comprenaient les documents utilisés à l'interne, en format papier et électronique, disponibles à la clinique. La recension des modes de communication a consisté à détailler les diverses façons de communiquer entre les référents et la travailleuse sociale, ainsi que les étapes du traitement de l'information, en fonction de l'expérience clinique.

4.1.2 Déroulement de la collecte de données

La seconde étape visait à valider les perceptions et la compréhension des utilisateurs de la procédure de référence actuelle à la clinique. Pour ce faire, des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès des médecins et des infirmières de la clinique. Une méthode de diversification interne ainsi qu'un échantillonnage par choix raisonné ont été retenus pour compléter ce processus.

Processus de recrutement et de consultation des référents.

Afin d'obtenir une représentativité significative des perceptions et du vécu des différents référents concernés par la procédure de référence, une personne par professions a été invitée à participer aux entrevues. Cette représentativité se détaillait par la participation souhaitée d'un médecin, d'une infirmière et d'un infirmier praticien spécialisé (IPS).

Le recrutement a eu lieu lors d'une rencontre administrative en janvier 2021. L'ensemble de l'équipe des médecins et des professionnels étaient présents, à l'exception de l'infirmière. Une brève présentation du projet et une explication de la méthode de collecte de données ont été effectuées.

Deux relances, l'une par courriel et l'autre verbale, autant auprès de l'IPS que de l'infirmière, ont été faites dans les jours suivants afin de susciter l'intérêt et de s'assurer de la représentativité escomptée.

Guide d'entrevue

Un guide d'entrevue a été élaboré afin de conduire les entretiens semi-dirigés (ANNEXE 1). Les questions ont été rédigées selon le cadre des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes selon Tremblay et L'Heureux (2011) et des données recueillies à l'étape précédente. Ce guide a, au préalable, été validé par le mentor du présent essai. Un prétest a été effectué auprès de collègues ne participant pas à la collecte de données afin de valider la pertinence et la compréhension des questions.

Les entrevues ont été réalisées à la fin du mois de janvier 2021, dans les locaux de la clinique médicale de Fleurimont, après l'obtention d'un consentement écrit de la part des participants. Une captation audio des entrevues a été réalisée.

Analyse des données recueillies

Des résumés ont été complétés pour chacune des entrevues. Ce contenu a permis de procéder à l'analyse thématique.

Un tableau des thèmes a permis de classer l'information en rubriques et sous-rubriques (ANNEXE 2). Ceci a fait ressortir les thèmes saillants des entrevues.

4.1.3 Analyse des données

Cette dernière phase visait à cibler les étapes de la procédure nécessitant une adaptation, selon les besoins d'interventions psychosociales des hommes.

Une analyse comparative des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes et des données recueillies aux étapes précédentes a été effectuées permettant d'émettre des recommandations pour bonifier la procédure de référence.

Afin de cibler les étapes de la procédure qui nécessitent une adaptation, le document : « bonnes pratiques en intervention auprès des hommes; outil à l'intention des intervenants » (Tremblay et L'Heureux, 2020) a été retenu. Ce document est en adéquation avec le modèle d'intervention de bonnes pratiques en intervention auprès des hommes de Tremblay et L'heureux (2011) utilisé dans le cadre de ce projet d'innovation.

Une double validation de l'analyse comparative a également été effectuée auprès du mentor de l'essai en cours et de la professeure responsable du cours REA 106 essai synthèse 2020-2021.

4.2. Définition d'une procédure de référence selon les recommandations du modèle proposé par Tremblay et L'Heureux (2011)

4.2.1 Méthode de collecte de données

L'acronyme TRIAGE signifie Technique de Recherche d'Information par Animation d'un Groupe d'Experts. Il s'agit d'une méthode qualitative dans laquelle un groupe d'experts doit atteindre un consensus après avoir trié une série d'énoncés (Lamontagne et Tétreault, 2014).

La méthode TRIAGE, orientée vers la recherche d'un consensus, a été privilégiée dans le cadre de ce projet d'innovation en raison de son faible coût d'application et de la rapidité associée à sa mise en œuvre. Ces deux qualités se sont avérées primordiales et stratégiques pour s'assurer du maintien de la participation des personnes consultées en raison de leur faible disponibilité expliquée par une importante surcharge de travail liée au contexte pandémique actuel.

4.2.2 Déroulement

La méthode TRIAGE est une méthode de collecte de données qui utilise la collaboration pour permettre une prise de décision et atteindre un consensus à l'intérieur d'un groupe (Gervais et Pépin, 2002). Le consensus est un processus coopératif selon lequel les membres d'un groupe arrivent à un accord mutuel pour appuyer une décision qui privilégie l'ensemble. La contribution de chaque membre est prise en compte et un effort basé sur la bonne foi est effectué pour discuter de tous les points de vue légitimes (Dressler, 2006; St-Arnaud, 2008).

Cette méthode se détaille en 4 phases de production succinctes : 1- la définition de l'objectif, 2- la production individuelle, 3- la production de groupe et 4- l'analyse des données (Lamontagne et Tétreault, 2014).

La première phase correspond à la préparation de la collecte de données. Le recrutement et la préparation du matériel nécessaire à la réalisation du TRIAGE sont également complétés à cette étape.

Le deuxième volet se veut une production individuelle. Cette étape est réalisée indépendamment par chacune des personnes consultées et il ne doit pas y avoir d'interaction entre les participants. Selon Lamontagne et Tétreault (2014), cela devrait se dérouler deux à quatre semaines avant la rencontre de consultation de groupe. Le chercheur demande aux participants de produire une série d'énoncés de façon individuelle, sans consultation auprès des autres participants. L'ensemble des énoncés recueillis sera soumis à une analyse thématique afin de déterminer les réponses récurrentes de celles qui ne le sont pas.

La troisième phase correspond à la production de groupe et devrait durer de deux à trois heures. Le résultat de la production de groupe est orienté vers l'atteinte du consensus. La composante visuelle est au cœur des échanges guidés par l'animateur (Lamontagne et Tétreault, 2014). Six catégories sont utilisées pour réaliser le tri des énoncés et en dégager un consensus : la mémoire, le regroupement, la sélection, le veto, le frigo et la poubelle. Les énoncés retenus lors de l'analyse thématique sont inscrits sur des cartons qui seront déplacés dans une des catégories en fonction de l'évolution de la discussion de groupe.

Six catégories permettent le tri (Lamontagne et Tétreault, 2014) :

- Mémoire : L'ensemble des énoncés proposés par les participants. Les énoncés y sont placés avant le début de la rencontre.
- Regroupement : Les énoncés regroupés qui paraissent similaires, selon les participants.
- Poubelle : Les éléments qui sont unanimement considérés non pertinents ou peu importants y sont placés.
- Frigo : Les énoncés y sont placés de façon temporaire lorsque les participants n'arrivent pas à se mettre en accord. S'il n'y a pas de consensus après un deuxième tour, ils pourraient être placés dans la section Veto.
- Veto : Les éléments qui pourraient être soumis ultérieurement à un deuxième groupe d'experts. Les énoncés y sont placés en l'absence d'un consensus.
- Sélection : Les énoncés que les participants souhaitent conserver. Les éléments se trouvant dans cette section sont considérés comme la finalité du TRIAGE.

Le rôle de l'animateur consiste à guider les participants dans le choix des éléments à conserver selon les critères de sélection établis par le chercheur (Lamontagne et Tétreault, 2014). La phase de production de groupe est terminée lorsque tous les éléments ont été triés.

Enfin, la quatrième et dernière phase correspond à l'analyse des données et la rédaction d'un rapport. La méthode TRIAGE permet une analyse rapide des données puisque les participants peuvent, dès la fin de l'exercice, prendre note des éléments retenus et agir sur ces éléments, si le contexte y est propice (Lamontagne et Tétreault, 2014). Une analyse approfondie des données recueillies lors de la phase individuelle et des discussions de groupe peut également s'avérer pertinente.

Lamontagne et Tétreault (2014) proposent cette structure classique pour la rédaction du rapport d'analyse : 1- une description de la situation nécessitant le recours au TRIAGE, 2- une description précise de la question de recherche, 3- une description du recrutement des participants, 4- une description de la technique et des outils utilisés lors de la phase de production individuelle, 5- une synthèse des résultats de la phase de production individuelle, 6- une description sommaire des participants au groupe, 7- une description des résultats de la séance de groupe, 8- une discussion des résultats et finalement 9- une discussion des forces et faiblesses de la méthode TRIAGE.

Adaptation au contexte du GMF

Une adaptation de la méthode TRIAGE a été effectuée afin de répondre aux particularités du milieu et ainsi favoriser une participation maximale lors de la collecte de données.

Le temps requis pour participer à un TRIAGE (2 à 3 heure) tel que décrit dans la littérature aurait été un frein important à la participation des personnes consultées. Le projet d'innovation se déroulant dans une clinique médicale, la majeure partie de l'échantillon est composée de médecins de famille. L'expérience clinique ainsi que les données recueillies lors des entrevues semi-dirigées révèlent que les médecins et les professionnels sont sursollicités et qu'ils ont très peu de temps libre de disponible. Le contexte de la pandémie dans lequel nous évoluons, depuis plus d'un an, accentue l'importance de ces enjeux.

Afin de contourner ces inconvénients, le choix du questionnaire électronique s'est avéré juste pour compléter la phase individuelle en raison du peu de temps qu'il nécessite à être complété et de la facilité de passation. Une attention particulière à la longueur des documents et au temps requis pour compléter le questionnaire, a été accordée.

Ainsi, il a été convenu de modifier le déroulement de la phase de production de groupe. La littérature propose de réserver une plage horaire de deux à trois heures pour la consultation de groupe (Lamontagne et Tétreault, 2014). Ce laps de temps est irréaliste dans le milieu clinique actuel pour réaliser la collecte de données. Afin de répondre à l'enjeu de réunir dans une même période donnée l'ensemble des médecins et professionnels de la clinique, il a été décidé d'intégrer la phase de production de groupe à même une rencontre

administrative planifiée en avril 2021. Le temps accordé pour l'exercice est toutefois restreint à 15 minutes. Ces adaptations paraissent nécessaires pour rejoindre les participants, susciter leur intérêt et s'assurer de maintenir leur participation.

4.2.3 Mise en œuvre de la méthode

Une lettre de présentation rappelant les objectifs du projet, l'approche utilisée ainsi que les consignes pour compléter la première phase de la méthode TRIAGE a été envoyée, par courriel, à l'ensemble des médecins et professionnels de la clinique en mars 2021.

Elle reprenait les étapes préalables à la mise en place d'un TRIAGE telles que détaillées par Lamontagne et Tétreault, 2014 soit : une présentation du projet, une brève description de la méthodologie, un résumé du cadre conceptuel ainsi que le détail des consignes à suivre. Afin d'assurer une participation optimale et pour tenir compte des personnes ciblées, les documents ont été produits dans un format simplifié (ANNEXE 3). Ils ont été corrigés et validés par le mentor associé au projet ainsi que la professeure responsable du cours REA 106 essai synthèse 2020-2021.

Une version papier de ces documents et du questionnaire a été déposée dans les cases des médecins et professionnels de la clinique afin d'éliminer de possibles enjeux technologiques. Il a été alors demandé de déposer le formulaire complété dans la case de la travailleuse sociale.

Un rappel, par courriel, a été fait à l'ensemble des participants une semaine après le premier envoi. Ils ont eu 12 jours pour compléter le questionnaire.

Cette période de temps a été planifiée en fonction de la présence des personnes à la clinique, selon l'horaire affichée, en tenant compte du départ ou du retour de vacances du personnel en place.

Avant de compléter le formulaire, les participants devaient consulter un document résumant les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes (ANNEXE 4). Il a été adapté à partir du document de Tremblay et L'Heureux (2021). Des énoncés ont été mis en surbrillance et correspondaient aux éléments à intégrer à la nouvelle procédure de référence. Ces éléments identifiés résultent de la première étape de ce projet d'innovation soit : d'établir les composantes de la procédure de référence actuelle nécessitant une adaptation. Ils font référence aux bonnes pratiques à intégrer à la procédure actuelle de la clinique.

Les participants avaient pour tâches de compléter un formulaire comprenant 14 énoncés (ANNEXE 5). Afin de répondre aux exigences du milieu, le questionnaire devait être court, facile d'accès et nécessiter peu de temps pour être complété. Toujours dans le but de respecter la faible disponibilité des personnes sondées, le temps estimé pour compléter le formulaire était de 10 minutes. Les questions ont été élaborées en fonction de l'objectif initial de l'essai, soit de définir une nouvelle procédure de référence qui incorporerait les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Le formulaire comprend 14 énoncés divisés en trois thèmes : 1- l'accès aux services, 2- la communication et 3- le premier contact avec la clientèle masculine. Il a été construit à partir des informations collectées et analysées à l'étape précédente (entrevues individuelles) et avait pour objectif de cibler un consensus sur les modifications à apporter à la procédure de référence actuelle. Les thèmes et les énoncés ont été validés à deux reprises auprès du mentor associé au projet ainsi que de la professeure chargée du cours REA 106 essai synthèse 2020-2021.

Afin de limiter la quantité de données à traiter, les participants avaient à compléter une simple échelle d'appréciation avec deux éléments; soit *en accord* ou *en désaccord*. Trois questions nécessitant des réponses courtes étaient également présentes. Les participants devaient, entre autres, justifier leur désaccord en proposant un nouvel énoncé pour lequel ils seraient en accord. Les énoncés produits avaient pour objectif de susciter la discussion lors de la consultation de groupe et d'atteindre un consensus. Les éléments du questionnaire pour lesquels le consensus était déjà constaté ne seront pas discutés.

Le sondage a été complété via la plateforme *Google Forms* en raison de sa simplicité d'utilisation et de sa facilité d'accès. Le contenu du questionnaire a été validé à deux reprises auprès du mentor de l'essai en cours et de la professeure responsable du cours RÉA 106 essai synthèse 2020-2021.

Finalement, une analyse thématique a été effectuée afin de trier les réponses obtenues. Pour chacun des énoncés ayant une échelle d'appréciation, l'analyse a visé à déterminer la présence ou non d'un consensus et à calculer le taux d'accord vs de désaccord. Le consensus est atteint avec un taux d'accord de 75%. Les réponses courtes produites par les participants ont été classées par thèmes.

Une synthèse des résultats de la phase de production individuelle a permis de mettre en lumière l'atteinte d'un consensus. Ces résultats ont révélé qu'il n'était pas nécessaire de procéder à la troisième étape du TRIAGE, la rencontre de groupe (voir section Résultats 5.2). La collecte de données pour cette étape du projet d'innovation a pris fin avec l'analyse et la synthèse des résultats des réponses fournies dans les questionnaires.

4.3 Planification du déploiement de la procédure de référence adaptée

L'étape du déploiement de la procédure est un élément clé à la réussite du projet (Agence de Santé Publique du Canada, 2013). En raison du temps restreint par les échéances académiques de l'essai, nous nous limiterons à la planification du déploiement. L'implantation de la nouvelle procédure sera complétée ultérieurement après le dépôt de l'essai. Cette section se découpe en trois volets soit : 1- l'analyse du contexte de développement, 2- l'identification des stratégies de déploiement et 3- la planification de l'évaluation du déploiement.

4.3.1 Méthode de collecte de données

Afin de compléter cette étape, les facilitateurs et les obstacles du milieu d'implantation ont été compilés dans un tableau. Cela a permis d'identifier les stratégies de déploiement efficaces en fonction du contexte. Le tableau est détaillé dans la section des résultats.

4.3.2 Analyse des stratégies de déploiement

Le choix des stratégies à mettre en place a été réalisé en fonction de l'analyse du contexte, des effets visés par le déploiement et à l'aide des résultats de la revue systématique de Prior et al. (2008) dans Beauchamps et al. (2012) qui met en lumière l'efficacité ou non des stratégies d'implantation.

Afin de mobiliser les acteurs, un tableau qui illustre les ressources nécessaires et les acteurs concernés selon leur titre d'emploi, leurs rôles et leurs responsabilités dans l'organisation des services a été élaboré (présenté dans la section des résultats au chapitre 5).

4.3.3 Analyse des effets du déploiement

Dans le cadre de ce projet, nous planifions des indicateurs qui mesureront la satisfaction des médecins et des professionnels pour s'assurer de leur adhésion envers la procédure de référence. D'autres indicateurs permettant de mesurer l'utilité et l'usage ont également été identifiés. La mesure de l'usage permet de quantifier l'impact de la procédure sur la pratique professionnelle.

Il est proposé d'élaborer un court formulaire d'appréciation afin de mesurer la satisfaction des médecins et des professionnels de la clinique. Fort de l'expérience acquise lors de la production de la phase individuelle du TRIAGE, deux versions devraient être simultanément disponibles (papier et électronique) afin d'augmenter le taux de participation du personnel. Le formulaire à compléter doit répondre aux exigences du milieu, donc être court et concis.

CHAPITRE 5. RÉSULTATS

Ce chapitre comprend quatre parties. La première présente les résultats de l'objectif spécifique 1 soit l'identification des besoins d'adaptation de la procédure de référence actuelle. La deuxième fait état des résultats de la mise en œuvre du TRIAGE tandis que la troisième section traite de la planification du déploiement de la procédure de référence adaptée. Finalement, la dernière partie propose une synthèse des résultats.

5.1 Besoins d'adaptation de la procédure de référence en cours au GMF

5.1.1 Procédure de référence actuelle

Recension des outils et des modes de communication

La recension des outils qui supportent la procédure de référence et des modes de communication a été réalisée en amont des entrevues semi-dirigées. Elle a permis de mettre en lumière les mécanismes actuellement utilisés. Les résultats ont été consignés sous forme de carte conceptuelle (ANNEXE 6). Ceci favorise la compréhension de la procédure actuelle avant qu'elle ne soit adaptée.

Constats :

Deux outils sont utilisés au GMF pour référer les patients en service social. Il s'agit d'un formulaire papier et d'un outil électronique. Le formulaire papier résume les informations nécessaires à la référence. Cet outil a été créé par une travailleuse sociale œuvrant dans un GMF. Il n'est utilisé que par les personnes favorisant le mode de communication papier. Une copie est disponible dans le dossier médical électronique (DME). Sa version électronique n'est pas utilisée par les médecins et professionnels de la clinique, probablement en raison d'une méconnaissance des utilisations possibles. Le recours au DME incluant les formulaires électroniques se veut une pratique récente pas totalement intégrée à la clinique médicale Fleurimont.

Le principal outil utilisé par les référents est la fonction *Tâche* du DME. Il permet d'envoyer un message directement au clinicien concerné. Ce message est attaché au dossier médical du patient. L'intervenant a alors un accès direct au dossier, ce qui laisse par la même occasion une trace tangible de la communication. Il est également possible de joindre à la fois le formulaire de référence de façon électronique.

Aucun gabarit n'est utilisé pour structurer la communication. Le logiciel permet toutefois d'en créer, si cela est souhaité. Trois différents modes de communication sont utilisés pour procéder aux références. Ceux-ci requièrent différents outils qui se caractérisent par des délais de traitement variables qui ont une influence sur le temps de prise en charge de la clientèle par la travailleuse sociale.

Le mode de communication le plus rapide et requérant le moins d'étapes, entre le premier contact du patient à la clinique et sa prise en charge par la travailleuse sociale, est la fonction *tâche*, via le dossier médical électronique. Elle permet un échange direct en temps réel entre les professionnels.

Le formulaire papier s'avère également un mode de communication utilisé. Il requiert une étape de traitement supplémentaire qui allonge quelque peu le processus de référence. Le formulaire complété par le professionnel référent est remis au secrétariat. L'adjointe administrative numérise le document pour qu'il soit versé au dossier électronique du patient. En dernier lieu, le formulaire est déposé dans la case de la travailleuse sociale qui le récupère lors de son passage au secrétariat.

L'échange verbal est le dernier mode de communication recensé entre professionnels. Peu utilisé, il favorise un contact direct, toutefois, il ne laisse aucune trace au dossier du patient et il accentue le risque d'erreur. Le moment de l'échange doit être garant de la disponibilité des deux professionnels au même moment.

Création d'une carte conceptuelle

La carte conceptuelle est apparue comme un outil permettant de synthétiser les informations collectées et d'en faire l'analyse.

La carte conceptuelle avait pour objectif d'illustrer les différentes étapes de la trajectoire d'un patient. Deux d'entre-elles ont été identifiées : la première étant lorsque le patient contacte directement la clinique afin d'obtenir un rendez-vous et la deuxième lorsque le patient se réfère à l'accueil psychosocial du CLSC (Centre Local de Services Communautaires) afin d'obtenir des services. Il est à noter qu'une personne qui est inscrite auprès d'un médecin de famille du GMF sera dirigée vers les services psychosociaux offerts au sein de ce GMF, si les besoins identifiés correspondent à l'offre de services du programme de services généraux.

Cette carte conceptuelle comprend un code de couleur afin de bien identifier les différents acteurs impliqués et les orientations possibles :

- Bleu pâle : le patient
- Vert : les services offerts par le CLSC
- Saumon : le secrétariat de la clinique
- Aqua : les médecins et les professionnels référents
- Mauve : la travailleuse sociale
- Jaune : les orientations possibles pour le patient (programmes spécifiques du CLSC, programme d'aide aux employés (PAE), ressources privées, organismes communautaires, fin de l'intervention/besoin répondu/refus du patient)

Synthèse des résultats : La carte conceptuelle a permis de mettre en évidence le nombre élevé d'étapes entre le premier contact à la clinique par le patient et le début du suivi par la travailleuse sociale avec celui-ci. De plus, l'utilisation du formulaire papier pour effectuer la référence ajoute une étape qui nécessite l'implication d'un acteur supplémentaire (le secrétariat).

5.1.2 Point de vue des professionnels du GMF sur la procédure de référence actuelle

Dans la poursuite du même objectif, qui consiste à établir le portrait de la procédure de référence actuelle, il s'est avéré important de connaître le vécu envers cette procédure chez les référents. Le choix de procéder par entrevues semi-dirigées s'est avéré juste puisqu'il a permis de mettre en lumière certains enjeux actuellement vécus. Ils seront détaillés plus loin dans cette section.

Entrevues semi-dirigées

Malgré des tentatives de relance, il n'a pas été possible d'avoir une représentation juste de l'ensemble des types de professionnels à la clinique, possiblement en raison de contraintes liées à la disponibilité de certains professionnels. L'invitation à participer aux entrevues a été transmise à l'ensemble des médecins et des professionnels (n=11). Les participants retenus pour les entrevues se sont volontairement proposés. Un formulaire de consentement a été complété pour chacun des participants.

Au total, trois entrevues ont été complétées (n=3), une infirmière et deux médecins de la clinique. Une saturation des données a été observée, l'échantillon de trois personnes a donc été suffisant pour cette étape de la collecte de données. La captation audio a permis de procéder à l'analyse thématique. Les entrevues ont des durées variables allant de 15 à 30 minutes.

Analyse thématique des données des entrevues

Les entrevues préalablement enregistrées ont été écoutées et transcrites selon un gabarit de résumé d'entrevue (ANNEXE 1). Une approche ouverte a été choisie pour procéder au codage des données. De ce fait, les rubriques et les thèmes nécessaires à la grille d'analyse se sont définis au fur et à mesure que se déroulait l'exercice.

Ce repérage a permis d'identifier trois rubriques : collaboration, procédure de référence et spécificités pour l'homme. Chacune des rubriques a été subdivisée en deux sous-rubriques : facilitateurs et obstacles. Le tableau utilisé pour l'analyse thématique a été déposé en annexe (ANNEXE 2). Le codage et le repérage ont permis d'identifier des thèmes récurrents :

Tableau 1 : Résumé tableau des thèmes

Rubriques	Thèmes	Facilitateurs (F) ou Obstacles (O)
Collaboration	Mode de communication	F
	Proximité	F
	Disponibilité	F
	Formulaire	O
	Disponibilité restreinte	O
Procédure de référence	Lien de confiance	F
	Simplicité	F
	Rôle TS pas clair	O
Spécificité hommes	Avoir un professionnel formé en santé des hommes	F
	Connaissances des facteurs de risque	F
	Stéréotypes face aux hommes	O

L'analyse des différents thèmes démontre que le rôle de la travailleuse sociale est flou. À la lumière des trois entrevues réalisées, nous constatons trois explications incomplètes du rôle de la travailleuse sociale. Cette ambiguïté entraîne une sous-estimation du rôle et des compétences de la travailleuse sociale œuvrant en GMF. Les grandes lignes du mandat de la travailleuse sociale en GMF sont toutefois connues : évaluer, orienter et assurer un suivi psychosocial.

Certains biais de perception face aux hommes sont également soulevés dans les réponses. À titre d'exemple, un homme seul avec des enfants aura plus de difficultés psychosociales qu'une femme seule avec des enfants. De plus, le réflexe chez le médecin ou le professionnel de référer vers la travailleuse sociale est davantage présent en présence d'une femme qui consulte plutôt qu'un homme, tel que soulevé par ces professionnels lors des entrevues : « Pour l'homme, même s'il a des problèmes interpersonnels, on va moins y penser. »

Il apparaît que les référents adaptent certaines de leurs interventions face aux hommes sachant que ces derniers consultent moins et parlent plus difficilement de leurs problèmes, par exemple, en prenant soin d'investiguer les aspects psychosociaux même si la raison de consultation est d'ordre physique. Cette adaptation prend en considération les différences quant à la façon d'aborder les difficultés. Le prochain extrait d'entrevue illustre cette adaptation.

« La demande d'aide peut souvent venir de la femme. Un homme déprimé va venir pour d'autres plaintes, il va avoir de la difficulté à verbaliser ses difficultés. Nous devons creuser davantage. »

Il est à noter que la préoccupation face aux taux de suicide plus élevé chez les hommes n'a été soulevée que par un des participants.

La collaboration entre professionnels s'est révélée un enjeu significatif chez les référents. Les modes de communication doivent être efficaces et simples. La disponibilité, la proximité et le lien de confiance envers la travailleuse sociale sont ressortis comme des éléments essentiels. Plusieurs professionnels interrogés ont souligné ces enjeux :

« C'est rassurant d'avoir parlé avec la travailleuse sociale ou d'avoir référé le patient.... Je sais que ta partie est faite et qu'on se tient au courant s'il y a d'autres choses. »

Dans l'ensemble des entretiens, les échanges verbaux avec la travailleuse sociale sont apparus comme des éléments incontournables afin de soutenir la référence et d'assurer un suivi. La nécessité de maintenir des périodes de rencontres informelles afin de favoriser ces échanges verbaux est apparue comme une évidence pour l'ensemble des participants interviewés. Les extraits suivants démontrent l'importance des échanges verbaux, incluant des moments informels, pour assurer la relation de collaboration qui fait partie intégrante de la procédure de référence :

« On se parle souvent, ce qui aide beaucoup. Nos bureaux sont près, je crois que ça aide. S'il n'y avait pas de feedback sur la nature de la demande et le suivi, ça serait dérangeant. »

« La proximité des bureaux est aidante, l'échange verbal rassure et sauve du temps. »

La présence de la travailleuse sociale à temps partiel à la clinique, a été soulevée plus d'une fois comme un frein aux références. Cela crée une retenue à référer les patients afin d'éviter de l'embourber et permet de conserver la ressource disponible pour les situations plus complexes et urgentes. Cette réalité changera sous peu. La travailleuse sociale sera présente à temps plein à la clinique dans les prochaines semaines.

L'analyse thématique a permis de mettre en lumière les faits saillants permettant une meilleure compréhension du vécu et des perceptions des référents envers la procédure de référence. Ces éléments ont servi à identifier les étapes de la procédure nécessitant une adaptation en fonction des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes (voir section 5.2).

En résumé, voici les points saillants résultant de cette analyse thématique :

- Le rôle flou de la travailleuse sociale pour les professionnels référents.
- Les biais de perception face aux hommes et l'adaptation de certaines pratiques en fonction des spécificités des hommes en intervention.
- La collaboration interprofessionnelle et le lien de confiance avec le professionnel sont des éléments centraux.
- Les modes de communication doivent être simples et efficaces.
- La disponibilité, la proximité et les échanges informelles sont des éléments appréciés de la procédure de référence actuelle.

5.1.3 Procédure de référence adaptée

Cette dernière section du sous-objectif 1 visait à cibler les étapes de la procédure de référence actuelle qui nécessitent une adaptation afin d'inclure les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes.

Résultats de l'analyse comparative

Les résultats de cette section sont présentés sous forme de recommandations et font état des modifications à apporter à la procédure de référence originale afin d'y inclure les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes.

Ces recommandations ont pour objectif de faciliter l'accès aux services. Elles s'appliqueront à certaines sections de la procédure de référence. Une première modification s'actualisera en minimisant les étapes entre la prise de contact initiale des hommes avec la clinique et la travailleuse sociale. Ceci permettra une plus grande disponibilité de la travailleuse sociale et ainsi favorisera l'accès à la ressource au moment opportun pour l'homme. Ce supplément de temps sera également bénéfique pour actualiser la collaboration interprofessionnelle sous forme d'échanges informels avec les référents de la clinique. Tel

que mis en lumière lors des entrevues semi-dirigées, les modes de communications simples et efficaces sont à favoriser dans la procédure de référence. Cet aspect se veut un élément de contexte à prendre en considération pour les étapes subséquentes.

L'analyse comparative révèle également la nécessité d'une deuxième modification à la procédure de référence, soit : permettre de détecter rapidement les besoins psychosociaux des hommes lors de la première rencontre avec les référents. Les bonnes pratiques en prévention du suicide doivent également faire partie intégrante de cette première rencontre. Ces bonnes pratiques et les recommandations qui en découlent ont été utilisées pour créer le formulaire électronique lors de la réalisation de la phase individuelle de collecte de données. Les résultats sont exposés dans la section suivante (section 5.2).

5.2 Adaptation de la procédure de référence selon les recommandations du modèle proposé par Tremblay et L'Heureux (2011)

Un des objectifs de ce projet visait à adapter la procédure de référence en y intégrant les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes.

La prochaine section présente les résultats du TRIAGE, l'interprétation des résultats ainsi que les adaptations proposées à la procédure de référence.

5.2.1 Participation au TRIAGE

Tel que décrit précédemment dans le chapitre 4 *Méthodologie*, les étapes du TRIAGE ont été adaptés au contexte clinique.

Participation

La participation des membres de l'équipe a été significative considérant que l'échantillon sollicité était de 11 participants. Huit formulaires ont été complétés, quatre en version électronique et le même nombre en format papier. La majorité des questionnaires papiers sont arrivés après l'échéance annoncée du premier avril. Cela amène à penser que le délai offert pour compléter les formulaires s'avérait trop court. Ce qui renforce l'importance

de tenir compte des enjeux énoncés précédemment, soit la surcharge de travail de l'équipe et la sur sollicitation de tous dans le contexte pandémique actuel. Il est noté également que pour une prochaine collecte de données, l'utilisation des formulaires papier devrait être offerte systématiquement. Il apparait que pour un bassin de participants significatif, le formulaire papier s'avère un incitatif à participer à la collecte de données.

L'échantillon est donc de 8 personnes ($n=8$). Un des participants n'a pas complété la section 3 du questionnaire. Les résultats ont tout de même été comptabilisés et les pondérations ont été ajustées en conséquence. Comme les résultats des participants sont anonymes, il fut impossible de retracer les professionnels ayant complété ou non les formulaires. Toutefois, nous sommes en mesure de statuer, de façon déductive, qu'une majorité de réponses provient des médecins.

Compilation des données

Un document a été créé afin de compiler les données (Tableau 2). Il reprend l'ensemble des énoncés exprimés par les personnes sondées. Lorsque les réponses des participants étaient identiques, la mention consensus a été inscrite. Pour chacun des énoncés, les pondérations ont été calculées afin de comparer le taux d'accord et de désaccord. Lorsque la question demandait une réponse courte, elle a été retranscrite.

Peu d'énoncés ont été produits par les participants. Certains d'entre-eux n'ont pas été pris en compte dans l'interprétation des résultats car ils étaient trop vagues pour en comprendre la signification ou le lien avec la question initiale.

Tableau 2 : Compilation des réponses du questionnaire

Numéro de la question*	Nombre de réponses	Pourcentage
THÈME 1 : Faciliter l'accès aux services		
Q1	8 en accord	100%
Q2	8 en accord	100%
Q3	Triage par la secrétaire Référence par la secrétaire lors de cas évident Possibilité d'une pré-évaluation par la secrétaire pour permettre une référence vers la travailleuse sociale (par exemple en contexte de crise suicidaire) Exposer les services de la TS dans la salle d'attente 30-60 min/jour de sans rdv	n/a
THEME 2 : Communication		
Q1	8 en accord	100%
Q2	7 en accord 1 en désaccord	87.5% 12.5%
Q3	8 en accord	100%
Q4	8 en accord	100%
Q5	L'outil Tâche parait l'idéal Que la TS informe lorsqu'il y a de longs délais Histoire de cas puisque le référent connaît le patient	n/a
THÈME 3 : Premier contact avec la clientèle masculine		
Q1	3 en accord 4 en désaccord	43% 57 %
Q2	5 en accord 2 en désaccord	60% 40%
Q3	6 en accord 1 en désaccord	83% 17%
Q4	Pas familier avec le guide Un guide serait dispo Afficher le guide si disponible	n/a

Les questions liées à ce tableau se trouve à l'annexe 5.

5.2.2 Perceptions des référents

Les résultats obtenus sont significatifs considérant le taux de participation élevé (73%). Le consensus a été clairement établi pour tous les énoncés proposés des thèmes 1 et 2, soit *faciliter l'accès aux services* et la *communication*.

Les énoncés qui couvrent le thème 1- *Faciliter l'accès aux services* démontrent la présence d'un consensus au sein de l'équipe. Les résultats suggèrent la mise en place de référence directe entre le secrétariat et la travailleuse sociale pour certains cas précis (3 énoncés/6). Ils permettent d'ajouter des éléments de contexte, par exemple, en suggérant d'annoncer les services psychosociaux dans la salle d'attente ou en proposant une façon de moduler les plages horaires sans rendez-vous de la travailleuse sociale.

Les réponses rattachées au thème 2- *Communication* révèlent que plusieurs éléments de la procédure actuelle sont appréciés par les référents. Les données confirment que les processus de communication doivent demeurer simples et efficaces. La fonction *Tâche* du dossier médical électronique semble très bien répondre à cette attente (100%).

De plus, la proximité de la travailleuse sociale à la clinique est un élément significatif favorisant la collaboration interprofessionnelle (88%). Une seule personne a répondu être en désaccord avec cet énoncé. En contrepartie, aucun énoncé alternatif n'a été proposé. Il n'est donc pas possible d'interpréter le sens de ce désaccord. Il est donc considéré non significatif (1/8).

Le troisième thème portant sur le 3- *Premier contact avec la clientèle masculine* démontre que la présence de guides fournissant l'information nécessaire à la détection des besoins psychosociaux des hommes et permettant de juger du risque suicidaire chez les hommes s'avère inconnu ou absent. Les énoncés produits par les collègues sondés soutiennent l'interprétation des données en spécifiant que l'existence du guide n'est pas connue ou qu'ils devraient être diffusés, s'ils existent.

En résumé, les résultats démontrent que la procédure de référence actuelle est appréciée et considérée efficace par les référents. L'ajout de plages horaires sans rendez-vous à l'agenda de la travailleuse serait apprécié (100%). Cela favoriserait une prise en charge rapide dans certaines situations et répondrait aux bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. La possibilité de référer directement à la travailleuse sociale sans évaluation médicale préalable (100%) renforcera la mise en place des bonnes pratiques en diminuant les intermédiaires dans la demande d'aide et augmenterait la rapidité de la prise en charge. L'instauration d'un mécanisme de référence entre le secrétariat et la travailleuse sociale permettrait de soutenir cette pratique.

De plus, il apparaît que les outils de communication ainsi que la proximité de la travailleuse sociale sont des éléments importants à considérer pour la procédure de référence adaptée. Les outils doivent demeurer simples et efficaces tels que la fonction électronique *Tâche* (100%). La proximité de la travailleuse sociale considérée, par la majorité des répondants, favorise la collaboration interprofessionnelles (88%). Tel que soulevé lors des entrevues semi-dirigées cette collaboration est essentielle pour assurer l'efficacité du mécanisme de référence et maintenir le lien de confiance entre les référents et la travailleuse sociale. Cet élément réaffirme l'importance que la travailleuse sociale soit physiquement présente à la clinique.

Finalement, il apparaît que les guides soutenant la pratique des référents ne sont pas disponibles ou peu connus. Les énoncés rattachés à cette section recommandent de rendre ces outils disponibles. Sachant que des guides de pratique existent, leur adaptation pour soutenir la détection des besoins psychosociaux chez les hommes et situer le risque suicidaire s'avère une solution répondant aux besoins exprimés. De plus, l'implantation de tels outils favoriserait l'augmentation des connaissances en intervention auprès des hommes, ce qui est en concordance directe avec les bonnes pratiques proposées par le modèle d'intervention de Tremblay et L'Heureux (2011).

5.2.3 Adaptations proposées à la procédure de référence

Les résultats obtenus à l'étape précédente permettent de préciser les adaptations nécessaires à la procédure de référence afin d'y intégrer les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Le prochain tableau présente les améliorations ou les éléments importants à considérer pour l'adaptation de la procédure de référence.

Tableau 3 : Synthèse des adaptations pour la procédure de référence

THÈMES	Adaptations
Faciliter l'accès aux services	Ajout de plages horaires sans-rendez-vous pour la travailleuse sociale
	Accès à la travailleuse sociale sans évaluation médicale préalable
	Mise en place d'un algorithme permettant la référence directe entre le secrétariat et la travailleuse sociale
Communication	Utilisation de la fonction « Tâche » du dossier médical électronique pour les références.
	Maintenir un dialogue entre les référents et la travailleuse sociale
Premier contact avec la clientèle masculine	Adaptation des guides de pratique; les rendre disponibles
	Volet formation et accompagnement de la pratique des professionnels (Intégré au rôle de la travailleuse sociale)

Les principaux éléments à considérer sont l'ajout de plages horaires sans-rendez-vous à l'agenda de la travailleuse sociale, l'établissement d'un algorithme pour soutenir les secrétaires lors des références acheminées directement à la travailleuse sociale ainsi que l'adaptation des guides de pratique (détection des besoins psychosociaux et dépistage du risque suicidaire) afin qu'ils deviennent des outils de référence pour les médecins et les professionnels référents.

De plus, les résultats du TRIAGE démontrent un besoin de formation et d'accompagnement de la pratique professionnelle. Ce volet pourrait être intégré à même le rôle et les fonctions de la travailleuse sociale. Par sa présence au GMF et par les liens établis grâce à la collaboration interprofessionnelle, la travailleuse sociale aurait également un rôle de soutien pour les professionnels et médecins. Ce rôle s'actualise déjà en partie en GMF lorsque par exemple, l'avis clinique de la travailleuse sociale est sollicité pour analyser une problématique. Les résultats démontrent l'importance du volet de formation continue dans la fonction de la TS pour soutenir le dépistage des besoins psychosociaux et des idées suicidaires chez les hommes. Cette formule s'avère avantageuse en comparaison aux formations plus conventionnelles qui vont à l'encontre des contraintes nommées par les collègues sondés, soit la surcharge et la sur sollicitation.

Considérant le temps restreint pour la mise en œuvre du projet d'innovation et des adaptations recommandées; l'actualisation de l'algorithme ainsi que l'adaptation des guides existants devront être produits ultérieurement à ce projet. Ils sont toutefois préalables au déploiement de la procédure de référence. L'adaptation de ces guides devra tenir compte des besoins recensés et confirmés dans la présente collecte de données : avoir des outils simples et efficaces ainsi que tenir compte du contexte de surcharge de travail. Les outils produits devraient, idéalement, être concis au maximum. Le rôle de ces outils sera de soutenir le dépistage des besoins psychosociaux des hommes afin de référer au moment opportun, incluant le dépistage des idées suicidaires, tel que spécifié dans les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes.

Voici les éléments essentiels à inclure dans l'algorithme pour soutenir les références du secrétariat vers la travailleuse sociale :

- ✓ Valider la disponibilité de la travailleuse sociale pour répondre rapidement à la demande
- ✓ Situations qui sont propices à la référence directe à la travailleuse sociale :
 - Idées suicidaires ou détresse verbalisée
 - Questionnements quant à l'orientation d'une demande (exemple : demande d'information sur des ressources communautaires)
 - Besoin de parler à quelqu'un, verbalisé comme raison de consultation

Ces éléments devront, dans un premier temps, être validés et co-construits avec le chef médical de la clinique. L'algorithme pourrait être présenté sous forme de projet-pilote afin de pouvoir le faire évoluer selon l'expérience clinique. Il serait intéressant de consulter d'autres travailleuses sociales en GMF pour l'élaboration de cet algorithme afin de partager l'expérience vécue ainsi que les expertises d'autres milieux. Ceci permettrait d'uniformiser les offres de services au sein des différents GMF.

La procédure de référence adaptée confirmera l'utilisation du dossier médical électronique pour le partage de l'information. Elle favorisera une prise en charge psychosociale plus rapide grâce à l'ajout de plages horaires sans rendez-vous par la travailleuse sociale et par le référencement direct entre le secrétariat et la travailleuse sociale. Cette procédure adaptée inclut également un soutien clinique pour les référents par l'ajout d'outils au dépistage des besoins psychosociaux et à la prévention du suicide chez les hommes.

5.3 Planification du déploiement de la procédure de référence adaptée

En raison du temps restreint pour la mise en œuvre du projet d'innovation, le déploiement de la procédure de référence adaptée s'actualisera à un moment ultérieur. La prochaine section présente la planification de ce déploiement qui se répartit en trois volets : l'identification des facteurs facilitants et des obstacles, le choix des stratégies de déploiement et la planification de l'évaluation de ce déploiement.

5.3.1 Facteurs facilitants et les obstacles

L'identification des facteurs facilitants et des obstacles à l'implantation permet d'améliorer la compréhension du contexte d'implantation et de cibler les stratégies de déploiement efficaces (Lortie et al, 2012).

Ces facteurs ont été déterminés en analysant le contexte actuel de la clinique selon les types d'obstacles à l'implantation du guide de pratique fondé sur les données probantes (Lortie et al., 2012). Pour les facteurs facilitants, ils s'inspirent du guide de l'INESSS *Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux* (Ibid., 2012).

Tableau 4 : Facteurs influençant l'implantation

Plans	Types d'obstacles	Facilitateurs	Obstacles
Innovation	Faisabilité Crédibilité Accessibilité Attraits	Proposer un outil simple : résumé des guides de pratique sur une page. L'intégrer dans le DME. Nouvelle procédure facilite la référence et la prise en charge (plus-value)	Les guides pourraient être perçus comme contraignants
Intervenants	Sensibilisation Connaissances Attitudes Motivation au changement Habitudes	Implication de l'équipe de la clinique dans l'adaptation (TRIAGE); sensibilisation et connaissance du projet en cours.	Démotivation de certains intervenants face aux changements de pratique
Contexte social	Opinion des collègues Culture du réseau Collaboration Leadership	Lien de confiance présent Collaboration des collègues à la collecte de données. Soutien du chef médical.	Changement d'intervenant à venir; lien de confiance à établir. Surcharge de travail
Contexte organisationnel	Processus de présentation des services Main d'œuvre Capacités Ressources Structures	Adaptations qui ne nécessitent pas d'implication financière.	Manque de temps pour implanter le volet formation au rôle de la travailleuse sociale.

En résumé, les éléments facilitant le déploiement de la procédure de référence adaptée sont les suivants : la crédibilité du projet qui a été élaborée en fonction des données probantes; la participation conjointe de l'équipe médicale et des professionnels à la construction du projet qui a permis d'en augmenter l'adhésion; l'adaptation des outils pour qu'ils répondent aux exigences du milieu (courts et concis); ainsi que le soutien offert par la

travailleuse sociale pour la mise en œuvre des adaptations et la formation du milieu envers les bonnes pratiques en intervention auprès de hommes (à même le rôle et les fonctions de la travailleuse sociale). La qualité du lien de confiance entre l'équipe et la travailleuse sociale se veut également un élément essentiel. Cette bonne relation facilite le déploiement en assurant l'adhésion de la majeure partie de l'équipe de la clinique à la démarche proposée. De plus, le déploiement du projet ne nécessite pas de ressources financières, ce qui en aurait grandement limité le déploiement.

Quant aux obstacles, ils sont principalement d'ordre organisationnel. Les ressources temporelles étant limitées, la travailleuse sociale devra prévoir des plages à son agenda afin de favoriser le déploiement et actualiser son rôle de formatrice. La modification de l'agenda de la travailleuse sociale devra se planifier, conjointement avec l'accord de la gestionnaire du CSSS ainsi que le chef médical, afin de correspondre à la fois aux exigences du programme services généraux et aux besoins du milieu de pratique. Tel que nommé précédemment, le contexte actuel de surcharge et de sur sollicitation pourrait s'avérer être un obstacle considérable au déploiement. Certaines résistances au changement doivent également être prises en considération afin de moduler les interventions de déploiement. Un changement de travailleuse sociale aura lieu sous peu à la clinique, ce qui pourrait s'avérer un obstacle important. Le lien de confiance avec l'équipe médicale et professionnelle sera à bâtir.

Facilitateurs :

- ✓ Implications des médecins et professionnels dès le début de la démarche
- ✓ Lien de confiance présent
- ✓ Plus-value perçue du projet : facilite les références
- ✓ Soutien offert dans la mise en œuvre de la procédure
- ✓ Adaptations sans ajout financier

Obstacles :

- ✓ Résistance aux changements possibles
- ✓ Perceptions des guides soient comme une surcharge
- ✓ Enjeu au niveau des ressources temporelles; contexte de surcharge
- ✓ Changement de travailleuse sociale à la clinique

5.3.2 Stratégies de déploiement

Ces stratégies se divisent en quatre segments : l'identification des effets visés, le choix des stratégies de déploiement, la planification des ressources et la mobilisation des acteurs concernés (Beauchamps et al., 2012; Lortie et al., 2012 et Agence de la santé publique du Canada, 2013).

Deux effets visés ont été identifiés. Le déploiement de la procédure de référence adaptée vise dans un premier temps à améliorer un processus qui est déjà en place, en y intégrant des éléments favorisant une meilleure prise en charge des besoins psychosociaux des hommes. Dans un deuxième temps, le déploiement vise une adhésion de l'équipe aux changements proposés tel que l'implantation de nouveaux outils (guides adaptés) et le nouveau mécanisme de référence qui passera directement du secrétariat à la travailleuse sociale (algorithme).

Ces visées permettent donc d'identifier des stratégies de déploiement qui vont s'arrimer avec ces deux volets. Tel que soutenu par la littérature (Beauchamps et al., 2012; Lortie et al., 2012 et Agence de la santé publique du Canada, 2013), le choix de combiner des stratégies de déploiement afin d'en assurer l'efficacité s'est imposé.

Les stratégies d'implantation choisies sont : la diffusion de matériels éducatifs, la sensibilisation directe « *outreach* », le processus consensuel et les rappels (Beauchamps et al., 2012). Le tableau suivant présente les actions rattachées aux stratégies de déploiement.

Tableau 5 : Stratégies de déploiement

Stratégies de déploiement	Actions
Diffusion de matériel éducatif	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser la procédure de référence adaptée - Diffuser les guides adaptés
Sensibilisation directe	<ul style="list-style-type: none"> - Échanges informels lors de rencontres à la clinique : salle commune, diner, discussion de corridor. - Proactivité : questionner les médecins et professionnels sur la mise en œuvre de la procédure adaptée
Processus consensuel	<ul style="list-style-type: none"> - Rétroaction lors des rencontres administratives : solliciter les avis et les recommandations
Rappels	<ul style="list-style-type: none"> - Faire des rappels sporadiques du rôle de la travailleuse sociale; offrir du soutien informel.

Planification des ressources

Afin d'assurer un déploiement efficace et de favoriser la pérennité du changement souhaité, plusieurs personnes seront à impliquer dans le déploiement. La proposition de Mariott et al. (2000) dans *Le bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé* (Lortie et al., 2012) servira de guide pour actualiser la planification des ressources nécessaires. La proposition qui se déploie en 5 questions a été colligée dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Planification des ressources

Qui a besoin de savoir? (Audience)	Les médecins, professionnels de la clinique et le personnel du secrétariat
Qu'ont-ils besoin de savoir? (Contenu)	Procédure de référence adaptée, algorithme de référence du secrétariat, outils pour soutenir dépistage psychosocial (guides)
De qui ont-ils besoin de l'entendre? (Source)	APPR (agent de programmation de recherche et de planification) Chef médical et gestionnaire du CSSS (cogestion) Travailleuse sociale
Quelle est la meilleure façon de les atteindre? (Véhicule)	Communications hybrides, formelles et informelles : courriel et papier Présentation verbale lors d'une réunion d'équipe
Qu'est-ce qui influence leur attitude face au message reçu? (Contexte, environnement)	La quantité d'information (concise et claire) Lors d'une rencontre administrative : moment dédié à la présentation Le lien de confiance envers le professionnel Leur implication dans le processus de changement

Afin d'assurer un déploiement efficace de la procédure de référence adaptée, il importe de partager les tâches et les responsabilités. La crédibilité des outils développés favorisera leur implantation. Afin d'en augmenter la qualité et de rendre réaliste la création de ces outils, l'implication des autres travailleurs sociaux en GMF s'avère une stratégie gagnante. Ils pourraient être sollicités lors d'une rencontre administrative. L'accord préalable de la gestionnaire du programme de services généraux du CLSC, qui chapeaute cette équipe, est requis.

La sollicitation de l'agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) associé au GMF est également un élément à considérer. Par son mandat, cette personne est spécialiste dans la mise en œuvre et de l'évaluation de programme. Elle possède d'excellentes stratégies pour potentialiser le déploiement et elle pourrait jouer un rôle dans le suivi du succès de l'implantation.

Le chef médical de la clinique doit être l'une des premières personnes à impliquer dans le déploiement. Cette personne, par sa position hiérarchique, devra approuver le plan de déploiement. Ceci renforcera l'adhésion des médecins et des professionnels de la clinique. Finalement, la travailleuse sociale aura également un rôle central dans le déploiement. Par son implication quotidienne auprès de l'équipe de la clinique, elle s'assurera de l'adhésion de l'équipe, proposera des activités de sensibilisation directe « *outreach* » et soutiendra la mise en place des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes, grâce à des activités de formation et d'accompagnement clinique.

Le déploiement nécessite essentiellement les ressources humaines déjà en place. Peu de ressources financières sont à prévoir, ne serait-ce que pour des frais minimes de photocopies. L'utilisation des ressources humaines nécessite l'approbation de la gestionnaire. Cette personne devra préalablement être informée de la démarche, des bienfaits sur la pratique et de l'amélioration de l'accès aux services qui est un enjeu d'actualité en santé et services sociaux.

Tableau 7 : Rôles et responsabilités

Acteurs	Rôles et responsabilités
Travailleuse sociale	Mise en œuvre du déploiement Personne-ressource pour les médecins et les professionnels de la clinique
Chef médical	Approbation du plan de déploiement Soutien au déploiement
Médecins et professionnels de la clinique	Utilisateurs de la procédure de référence adaptée Évaluer la procédure et les outils.
Gestionnaire du CSSS	Autoriser l'implication des TS des autres GMF Soutenir le déploiement
Équipe psychosociale GMF	Accompagner la création des outils adaptés et de l'algorithme de référence du secrétariat vers la TS.
APPR GMF	Spécialiste en évaluation de programme : soutien au déploiement et au suivi du déploiement.

5.3.3 Mesure des effets

L'évaluation du déploiement est un moment crucial. Il permet d'ajuster les changements tout en impliquant les différents acteurs concernés par le projet (Agence de la Santé Publique du Canada, 2013).

Afin de planifier l'évaluation du déploiement, des indicateurs ont été identifiés à l'aide, entre autres, de l'outil d'aide à l'élaboration d'un plan d'application des connaissances (Agence de la Santé Publique du Canada, 2013). Un rappel du tableau *Synthèse des adaptations pour la procédure de référence* produit dans la section 5.2.2 a été reproduit afin de mieux guider le lecteur. Pour chaque amélioration proposée à la procédure de référence, des indicateurs ont été identifiés.

Tableau 8 : Mesure des effets

THÈMES	AMÉLIORATIONS	INDICATEURS
Facilité l'accès aux services	Ajout de plages horaires sans-rendez-vous pour la travailleuse sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des plages horaires sans rendez-vous • Motif de consultation de ces plages • Genre des personnes rencontrées (h/f)
	Accès à la travailleuse sociale sans évaluation médicale préalable	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de références provenant directement du secrétariat • Genre des personnes référées (h/f)
	Mise en place d'un algorithme permettant la référence directe entre le secrétariat et la travailleuse sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de satisfaction pour les secrétaires et TS • Degré de satisfaction des médecins et professionnels
Communication	Utilisation de la fonction « Tâche » du dossier médical électronique pour les références.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de référence via la fonction « Tâche » (le nombre total de référence est déjà comptabilisé par la travailleuse sociale)
	Maintenir un dialogue entre les référents et la travailleuse sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction quant aux périodes d'échanges cliniques
Premier contact avec la clientèle masculine	Adaptation de guides de pratique; les rendre disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des guides de pratique • Pourcentage de répondants qui considèrent que les guides soutiennent leur pratique
	Actualisation d'un volet de formation et accompagnement de la pratique des professionnels dans le rôle de la travailleuse sociale.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes qui considèrent avoir un meilleur soutien pour faire les références

Planification du déroulement

La première mesure des effets de l'implantation pourrait être planifiée six mois après l'installation de la nouvelle procédure de référence. Ce délai a été établi en tenant compte du contexte de sur sollicitation nommé par les médecins et professionnels rencontrés dans le cadre de ce projet. De plus, ce laps de temps favorise l'intégration des nouvelles connaissances et des nouvelles procédures. Considérant que les rencontres administratives se déroulent plus ou moins au 3 à 4 mois, une de ces rencontres pourrait être utilisée pour annoncer l'évaluation à venir.

La travailleuse sociale, par son lien de confiance avec l'équipe médicale et professionnelle de la clinique, est la personne qui devrait conduire cette évaluation. Il est suggéré que l'évaluation du déploiement se planifie et se déroule en partenariat avec l'APPR, en raison de son mandat de spécialiste en évaluation de programme et d'accompagnement à la mise en place de nouveau programme.

L'évaluation pourrait être reconduite minimalement une fois par année afin de maintenir la collaboration de l'ensemble de l'équipe dans l'évolution des pratiques.

Deux outils seront nécessaires à l'évaluation. Un questionnaire qui sera remis en deux versions, électronique et papier, ainsi qu'un tableau de type Excel pour compiler des données.

Le questionnaire qui sera élaboré, devra être court et précis. Il permettra de mesurer la satisfaction en lien avec la procédure de référence adaptée. L'utilisation de la plate-forme « *Google Forms* » s'est avérée un succès dans le cadre de ce travail; elle pourrait également être utilisée pour compiler les données du questionnaire.

La travailleuse sociale sera responsable de la compilation des données en raison de son accès privilégié aux informations. Afin de ne pas alourdir la tâche de la travailleuse sociale, l'analyse et la présentation des données sera de la responsabilité de l'APPR.

Ci-joint, une proposition de tableau pour compiler les données. La travailleuse sociale en GMF a déjà certaines données à compiler de façon régulière dans un tableau Excel. Il pourrait s'avérer judicieux d'intégrer ces données au tableau. La demande doit être préalablement approuvée par la gestionnaire pour que l'adjointe administrative puisse prendre en charge le volet clérical.

Tableau 9 : Compilation des données de mesure des effets

Indicateurs	Données	Genre des personnes rencontrées (homme/femme)
Nombre de plages horaires sans rendez-vous		N/A
Nombre de plages horaires sans rendez-vous utilisées		N/A
Raison de consultation des plages horaires sans rendez-vous		
Nombre de références totales		N/A
Nombre de références provenant directement du secrétariat		

5.4 Synthèse des résultats

Cette dernière section présente la synthèse des résultats obtenus et discutés dans ce dernier chapitre.

Le projet d'innovation avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes par la révision de la procédure de référence.

Trois moments clés ont permis d'en arriver à ce résultat. 1- L'étude de la procédure de référence actuelle a révélé que plusieurs étapes intermédiaires sont présentes entre la demande d'aide initiale du patient et le premier contact avec la travailleuse sociale. Cette information est importante puisqu'une des bonnes pratiques identifiées par le modèle de Tremblay et L'Heureux (2011) se veut la rapidité de la réponse à la demande d'aide. Il est

également apparu que plusieurs modes de communication étaient utilisés pour procéder à la référence et que les étapes de traitement s'allongeaient selon le mode de communication choisi.

2- Les entrevues semi-dirigées ont permis d'accroître la compréhension du contexte dans lequel se vit la procédure de référence. L'analyse thématique a mis en évidence des thèmes qui ont servi à construire le questionnaire soumis à l'équipe de médecins et de professionnels dans le cadre de phase individuelle du TRIAGE.

Le taux de participation au TRIAGE a été favorable et a démontré un fort consensus des participants sur plusieurs éléments, mettant un terme à la collecte de données. Les résultats ont confirmé l'importance de faciliter l'accès aux services psychosociaux pour les hommes en référant directement à la travailleuse sociale. L'ajout de plages horaires sans rendez-vous favorise également un accès plus rapide aux services psychosociaux. Le lien de confiance et l'accès à la travailleuse sociale pour les médecins et les professionnels référents sont des éléments importants pour soutenir la collaboration interprofessionnelle et actualiser la procédure de référence adaptée. Finalement, il est apparu que le volet formation continue ou soutien à la pratique professionnelle par la travailleuse sociale était à développer. La formation des intervenants s'avère également, un élément fortement recommandé dans les bonnes pratiques en interventions auprès des hommes (Tremblay et L'Heureux, 2011). Ce volet formation s'actualisera par l'adaptation de guides de pratique déjà existants et par un soutien clinique offert par la travailleuse sociale pour l'implantation de ces guides et de la procédure adaptée.

3- La dernière étape a consisté à planifier le déploiement de cette nouvelle procédure au sein de la clinique médicale. Afin d'assurer un déploiement efficace et une pérennité au projet, plusieurs acteurs sont impliqués dans ce déploiement. Des outils de collecte de données sont également proposés afin de mesurer les effets de la procédure de référence adaptée.

CHAPITRE 6. DISCUSSION

Ce chapitre comprend cinq sections. Après un bref rappel des objectifs, une seconde section présente les principaux constats de la réalisation de ce projet d'innovation tandis qu'une troisième fait état des forces et des limites du projet. Par la suite, une section présentera les retombées attendues du projet. Finalement, le chapitre se terminera par les recommandations découlant du projet d'innovation.

6.1. Rappel de l'objectif général

La planification de ce projet d'innovation a débuté en septembre 2020. Le projet visait à implanter, en contexte de collaboration interprofessionnelle au sein de petits GMF, les recommandations du modèle de Tremblay et L'Heureux (2011) dans la procédure de référence de la clientèle masculine afin d'optimiser la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes, selon les données probantes.

6.2. Principaux constats

Cette section présente les principaux constats découlant de la réalisation du projet d'innovation.

L'adaptation des services

L'identification des besoins d'adaptation de la procédure de référence actuelle a permis de mettre en lumière les éléments à considérer afin d'améliorer la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes en GMF. Ces adaptations se regroupent sous trois grands thèmes : 1- faciliter l'accès aux services, 2- maintenir une communication efficace et 3- consolider le positionnement du référent envers les réels besoins psychosociaux des hommes. Ces données concordent avec les résultats de l'étude de Lajeunesse et al. (2013) ainsi que le rapport Rondeau (2004). Ils révèlent que les principaux éléments à considérer pour améliorer l'intervention auprès des hommes sont l'accès à des services adaptés ainsi que la qualité des

services offerts, qui incluent une sensibilisation des différents intervenants à la réalité des besoins des hommes.

Il apparaît également que la stratégie proposée dans ce projet, soit d'utiliser la procédure de référence pour implanter les bonnes pratiques, s'est avérée gagnante. L'approche microscopique privilégiée, soit de s'attarder à un élément concret : la procédure de référence, a permis de réaliser un projet d'envergure réaliste. Cette stratégie a tenu compte des contraintes du milieu de pratique et des échéanciers académiques, tout en s'adressant à un problème d'ordre général : l'implantation des bonnes pratiques psychosociales en GMF. Ce constat est cohérent avec l'étude de Groulx et Deslauriers (2015) qui démontre que l'amélioration de la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes peut passer par des interventions concrètes. Ils ont analysé les impacts de l'implantation de la formation « Intervenir auprès des hommes » au sein d'un organisme communautaire. Leurs recommandations finales ont consisté à proposer d'implanter cette formation plus largement puisqu'elle favorise de meilleures interventions de la part des intervenants et une meilleure prise en charge des besoins des hommes.

Les besoins des référents

Le deuxième objectif du projet visait à établir, en collaboration avec les acteurs concernés, une procédure de référence adaptée intégrant les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Les adaptations ciblées, à la suite de l'analyse des données collectées, concordent avec les propositions recensées dans la littérature; soit le rapport Rondeau (2004) et l'étude de Lajeunesse et al. (2013). Ces adaptations soutiennent des actions visant à augmenter la flexibilité des services psychosociaux offerts. Elles réaffirment également la nécessité de maintenir des canaux de communication simples qui favorisent la collaboration interprofessionnelle et exposent le besoin de soutien clinique pour améliorer la détection des besoins psychosociaux des hommes.

L'adaptation des services et la formation des intervenants font partie intégrante du modèle de bonnes pratiques de Tremblay et L'Heureux (2011). De plus, le PAMSBEH (MSSS, 2017) soutient ces éléments clés par l'établissement de trois grands axes d'action.

Les axes 2 et 3 sont directement en lien avec les résultats obtenus : - axe 2 : Adapter les services pour améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes, - axe 3 : Améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques pour répondre aux besoins des hommes (*ibid.*, 2017).

La collaboration interprofessionnelle

Finalement un constat majeur de ce projet s'avère l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans l'amélioration des services offerts. La collaboration a été un élément central tout au long du projet. Les stratégies utilisées (consultations des référents, méthode TRIAGE) ont permis l'adhésion des participants et potentialisé l'implication des personnes concernées par le projet. La méthode TRIAGE favorise d'ailleurs le renforcement de cette collaboration interprofessionnelle par la recherche d'un consensus. La collaboration des participants était déjà présente avant la mise en œuvre de ce projet. Ce processus d'innovation aura contribué à renforcer tout en démontrant son importance dans l'amélioration des pratiques

Cette implication a permis de sensibiliser le personnel de la clinique médicale aux bonnes pratiques en intervention auprès des hommes, dès le début de la démarche. L'adhésion au résultat final a été favorisée puisque l'implication des référents tout au long de la démarche a donné une procédure de référence qui répond, à la fois, aux besoins psychosociaux des hommes ainsi qu'aux attentes du milieu de pratique. Ce constat rejoint l'une des visées de la création des GMF, soit de favoriser le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle (INESSS, 2019). Au-delà de ce projet d'innovation, il apparaît qu'un élément clé de l'amélioration des pratiques en GMF concerne la qualité de la collaboration interprofessionnelle. Ceci aura une influence certaine sur la qualité des services psychosociaux offerts auprès de la clientèle masculine. Tout comme l'apprentissage des pratiques collaboratives entre les médecins et les infirmières (MSSS, 2008) lors de la création des GMF, l'intégration des travailleurs sociaux en GMF est un processus d'adaptation continu sur les rôles de chacun et des meilleures méthodes collaboratives à mettre en place.

6.3. Forces et limites du projet

Cette section présente les biais potentiels de ce projet ainsi que ses forces.

6.3.1. *Biais potentiels*

Le biais du chercheur pourrait être potentiellement présent étant à la fois la personne ayant eu l'idée initiale du projet et la personne en charge de la collecte de données incluant l'analyse des résultats. Afin d'atténuer ce biais, un journal de bord réflexif a été utilisé, permettant de prendre un recul dans la réflexion. De plus, l'accompagnement continu du mentor dans le processus de collecte de données et d'analyse a favorisé cette réflexion objective.

Considérant que la collecte de données a eu lieu avec des collègues de travail auprès desquels un lien était déjà établi, il est difficile d'exclure le biais du participant. Un guide d'entrevue a été utilisé pour accompagner la collecte de données. Ce guide a permis d'encadrer les réponses recherchées en assurant une uniformité des questions soulevées à chacun des participants et ainsi diminuer le biais du chercheur. Le guide d'entrevue a permis d'aborder les mêmes thèmes de façon constante auprès des participants.

6.3.2 *Critères de rigueur*

Sommes toutes, la démarche proposée dans le cadre de ce projet démontre une rigueur satisfaisante. La méthode de fiabilité inter-juges a été utilisée lors de la révision des différentes analyses effectuées par le mentor. Cela a favorisé une compréhension commune et objective des résultats.

De plus, le dépôt en annexe des différents canevas et outils de collecte de données utilisés dans le cadre du projet permet d'assurer une reproductibilité des résultats dans des conditions similaires, ce qui renvoie à la notion de traçabilité du processus.

Les résultats obtenus ainsi que leurs interprétations sont crédibles, étant justes et pertinents avec ce qui a été mis en lumière dans la recension des écrits. De plus, la place centrale qu'occupe la collaboration des référents concernés dans le projet confère de la crédibilité au processus ainsi qu'aux résultats, tout en assurant que ceux-ci correspondent aux réels besoins du milieu.

Finalement, un bémol est à noter au niveau de la validité externe des résultats. Considérant que le projet s'attardait à un milieu de pratique précis, soit la clinique médicale de Fleurimont, les résultats de ce projet correspondent à la réalité de ce GMF. La transférabilité des résultats à d'autres GMF devra être davantage étudiée puisqu'ils n'ont pas été validés pour d'autres GMF.

6.4. Retombées attendues

Globalement, ce projet visait l'amélioration de la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes. Il a également mis en lumière la place centrale de la collaboration interprofessionnelle dans l'amélioration des services offerts en GMF. Considérant que l'intégration des professionnels dans les GMF est récente et dont les travailleurs sociaux font partie, cette collaboration sera à renforcer davantage afin d'optimiser les impacts.

Il est apparu que le lien de confiance présent entre les référents et la travailleuse sociale était un atout. Il est attendu, que le déploiement de la procédure de référence adaptée respecte les principes de collaboration. Cela favorisera une adhésion de l'équipe face au changement proposé et permettra le maintien des pratiques collaboratives. Il assurera ainsi une amélioration de la structure de services qui répond à la fois aux utilisateurs et aux personnels du GMF.

Plus concrètement, l'implantation d'éléments découlant des bonnes pratiques en intervention auprès des hommes permettra d'offrir des services plus accessibles et flexibles, en plus d'outiller les référents à dépister rapidement les besoins psychosociaux des hommes. En ce sens, une augmentation des références pour les hommes bénéficiant des services psychosociaux offerts en GMF, est attendue.

De plus, un élément significatif de ce projet s'adresse au développement du volet soutien à la pratique clinique rattaché au rôle de la travailleuse sociale en GMF. Cette fonction s'actualisera par la formation continue et le support offerts directement dans le milieu autant au niveau clinique que procédural. Ce rôle de formatrice se manifestera également lors de l'adaptation et du soutien à la mise en place des outils de référence adaptés.

Finalement, l'accès à la travailleuse sociale sans intermédiaire selon un algorithme établi renforcera l'efficacité de la référence.

6.5. **Recommandations**

6.5.1. *Du point de vue de la pratique*

Dans l'optique de futurs projets d'implantation ou d'amélioration des pratiques, nous recommandons d'utiliser des approches favorisant les décisions partagées et les processus collaboratifs, tel que la méthode TRIAGE. Cette stratégie s'est avérée un élément fort de la réussite de ce projet.

D'un point de vue clinique, l'éventail des fonctions de la travailleuse sociale en GMF doit être davantage clarifié auprès des partenaires et des référents. De plus, ce rôle est appelé à évoluer afin de s'intégrer davantage à la pratique en GMF, notamment en intégrant un volet formation permettant à la travailleuse sociale d'apporter du soutien à la pratique et d'agir en tant que pilier du développement probant et unifié de la pratique psychosociale au sein de l'organisation.

6.5.2. *Du point de vue de la recherche*

Ce projet d'innovation s'est limité à la révision de la procédure de référence afin d'en faire un projet réaliste et réalisable dans les délais prescrits. La recension des écrits effectuée nous amène à considérer le besoin de se référer à des cadres théoriques et des balises probantes récentes pour favoriser l'implantation des professionnels en GMF et ainsi tendre vers des offres de services unifiées. Ce besoin pourrait faire l'objet de nombreuses recherches futures. De plus, il serait intéressant de s'attarder davantage à la collaboration interprofessionnelle en y détaillant les éléments favorisant son implantation et en y intégrant l'apport de la travailleuse sociale. Finalement, l'offre de service psychosociale étant récente en GMF, il serait intéressant de s'attarder à l'adaptation du rôle de la travailleuse sociale et de l'offre de service à la suite de l'intégration à cette structure de soins.

CONCLUSION

En conclusion, ce projet d'innovation a visé à réviser la procédure de référence de la clinique médicale de Fleurimont afin d'y intégrer les bonnes pratiques recommandées par la littérature en intervention auprès des hommes. En plus de favoriser l'amélioration de la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes en GMF, le projet a mis en lumière un élément central de cette structure de soins et services, soit l'importance de la collaboration interprofessionnelle.

Cet élément deviendra, possiblement la pierre angulaire de l'amélioration des pratiques en GMF et favorisera l'adaptation des services afin d'offrir des soins de première ligne plus efficaces et balisés par des données probantes.

La réussite de ce projet d'innovation a été possible grâce à l'implication active des participants à la démarche. L'intégration des professionnels en GMF est une pratique récente et méritera qu'on s'y attarde davantage afin de bien camper l'ampleur du rôle que peuvent tenir les travailleurs sociaux en GMF. Ce lien entre les données probantes, les modèles conceptuels et les clinique GMF s'avère l'orientation future à donner pour s'assurer d'une réponse valide, adaptée et efficace envers les réels besoins de la clientèle qui consulte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé publique du Canada. (2013) Outil d'aide à l'élaboration d'un plan d'application des connaissances. Gouvernement du Canada. 24p.

Beauchamp, S., Duplantie, J. P., Moutquin, J. M., Dagenais, P., & Mercier, C. (2012). Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Une.

Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des soins*, 42(2), 101-109.

Brodeur, N. et coll. (2021). Hommes issus de la diversité culturelle ou de l'immigration. Défis pour les sphères familiales et socioprofessionnelle. Dans Houle, J. et coll. (à venir). Coffre à outils pour hommes, Montréal : Vitalité- Laboratoire de recherche sur la santé (UQAM) en collaboration avec le Comité régional santé et bien-être des hommes de la région de Montréal.

CISION (2017). Le Québec peut maintenant compter sur plus de 300 groupes de médecine familiale. Document disponible en ligne : <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/le-quebec-peut-maintenant-compter-sur-plus-de-300-groupes-de-medecine-de-famille-620472793.html>

Le collège des médecins de famille du Canada (2020) Pour la facilitation de la pratique en soins primaires, un guide d'introduction et de plaidoyer. Document disponible en ligne: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/Pour-la-facilitation-de-la-pratique-en-soins-primaires-Un-guide-d-introduction-et-de-plaidoyer.pdf>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). 2019 Plan d'action régionale santé bien-être des hommes Estrie 2019-2022.

Deslauriers, J. M., Tremblay, G., Genest-Dufault, S., Blanchette, D., & Desgagnés, J. Y. (2011). Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir. Presses de l'Université Laval.

Groulx, J., & Deslauriers, J. M. (2015). La formation Intervenir auprès des hommes dans le réseau de santé en Montérégie. Une perspective organisationnelle. Santé Publique, 27(6), 829-836.

Houle, J., & Dufour, M. A. (2010). Intervenir auprès des hommes suicidaires. Psychologie Québec, 27(1), 27-29. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2019) État des connaissances. Mécanismes d'accès aux services de proximité. Direction des services généraux. 55p.

Institut national de santé publique du Québec (2020) Déterminants de la santé. Pourquoi agir sur les déterminants de la santé? Document disponible en ligne < <https://www.inspq.qc.ca/printpdf/book/export/html/6330> >

Lajeunesse, S. L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R., & Camus, F. (2013). Les hommes de La région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts. Montréal, Québec, Canada: ROHIM.

Lamontagne, M. E., & Tétreault, S. (2014). Méthode TRIAGE. Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain-la-Neuve (Belgium): De Boeck Supérieur, 355-366.

L'Heureux, P., & Tremblay, G. (2011). Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes plus traditionnels. Regards sur les hommes et les masculinités. Comprendre et intervenir, 125-152.

Lortie, M., Laroche, E., Denis, D., Nastasia, I., Faye, C., Gravel, S., ... & Desmarais, L. (2012). Bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé: enseignements clés et transférabilité pour la santé et la sécurité au travail. Études et recherches/Rapport R-736, Montréal: IRSST.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013) Offre de services sociaux généraux (programme-services, services généraux, activité clinique et d'aide) - Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Orientations ministérielles. Document disponible en ligne < <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>>

Ministère de la santé et des sociaux (2015) Cadre de gestion, groupe de médecine de famille GMF), groupe de médecine de famille-réseau (GMF-R). Québec. Gouvernement du Québec 2015.

Ministère de la santé et des services sociaux (2017) Plan stratégique du ministère de la santé et des services sociaux 2015-2020, mis à jour en 2017. Québec, Gouvernement du Québec, 2017.

Ministère de la santé et des services sociaux (2017) Plan d'action ministériel, Santé et bien-être des hommes, 2017-2022 Site accessible < <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf> >

Pineault, R. (2012). Utilisation des services de santé (Chap.2), in Comprendre le système de santé pour mieux le gérer (pp.47-68). Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Regroupement en santé et bien-être des hommes. (2018) Rapport final Sondage auprès des hommes québécois.

RONDEAU, G. (sous la direction de) et coll. 2004. Les Hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins, Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, Québec, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Université de Montréal.

Roy, J., Tremblay, G., Guillemette, D., Bizot, D., & Dupéré, S. (2014). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. Méta-synthèse, Québec, gouvernement du Québec.

Shen-Miller, D. S., Isacco, A., Davies, J. A., St. Jean, M., & Phan, J. L. (2013). The men's center approach: Ecological interventions for college men's health. *Journal of Counseling & Development*, 91(4), 499-507.

Thomas, C., Morris, S., Soothill, K., McIlmurray, M., Francis, B., & Harman, J. (2001). What are psychosocial needs of cancer patients and their main careers?: A study of user experience of cancer services with particular reference to psychosocial needs. Disponible en ligne: < <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/149425/1/Mémoire%20WAGENER%20Aurélie%20Ulg%202012.pdf> >

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entrevue

Une mise en contexte rappelant les objectifs du projet et précisant l'objectif des entrevues a été préalablement présentée aux participants.

La carte conceptuelle produite à l'étape précédente ainsi que les outils et modes de communication identifiés ont également été exposés avant le début de la collecte de données.

Objectif 1 : Identifier les besoins d'adaptation de la procédure de référence actuellement en vigueur au sein du GMF clinique médicale de Fleurimont.

1- Quels sont vos critères qui déterminent le besoin de référer un patient vers la travailleuse sociale? Est-ce que ces éléments sont identiques pour les hommes et pour les femmes?

2- Comment le besoin d'être référé est expliqué au patient?

3- Quelles sont vos attentes face à la prise en charge?

4- Lorsque vous voulez référer un patient vers la travailleuse sociale et qu'il y a une résistance, que faites-vous à ce moment?

5- Que pensez-vous des modes de communication actuels (Fonction tâche ou message électronique, référence papier, référence verbale) en lien avec la référence? Sont-ils efficaces?

6- Quels sont, selon vous, les délais de prise en charge?

7- S'il y a un délai entre la référence et la de prise en charge, est-ce qu'il y a des mécanismes ou des actions planifiées?

ANNEXE 2 : Tableau des thèmes

RUBRIQUES	SOUS-RUBRIQUES	THÈMES	EXTRAITS DE VERBATIM
Collaboration	Facilitants	Mode de communication	
		Proximité	
		Disponibilité	
	Obstacles	Disponibilité restreinte (temps partiel)	
Procédure de référence	Facilitants	Lien de confiance	
		Simplicité	
	Obstacles	Rôle TS flou	
	Facilitants	Avoir une professionnelle formée en santé des hommes	
		Connaissances des facteurs de risque	
	Obstacles	Stéréotypes Hommes	

ANNEXE 3 : Lettre de présentation TRIAGE

Dans le cadre de mon projet d'essai synthèse qui vise à améliorer la procédure de référence en y implantant les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes, je vous invite à participer à une rencontre de groupe qui se tiendra lors de notre prochaine rencontre administrative.

Un court moment de cette rencontre sera réservé pour expérimenter la méthode TRIAGE (Technique de recherche d'information par animation d'un groupe expert).

Cette méthode permettra de nous entendre sur une procédure de référence répondant à vos attentes et aux bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Les résultats obtenus permettront d'améliorer la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes.

Afin de préparer cette rencontre, bien vouloir lire le document ci-joint et remplir le sondage suivant ce courriel avant le 1er avril 2021. Une dizaine de minutes vous seront nécessaires.

L'information recueillie par le sondage permettra une rencontre de groupe efficace. L'information retenue et partagée dans le cadre de ce sondage demeure anonyme.

Je vous remercie de participer à ce projet visant l'amélioration de la prise en charge des besoins psychosociaux des hommes.

N'hésitez pas à me contacter pour des informations supplémentaires.

Elise Nault Horvath

Travailleuse sociale

CIUSSSE de l'Estrie-CHUS

Étudiante à la maîtrise en pratiques de la réadaptation

Université de Sherbrooke

elise.nault-horvath.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Présentation du projet

Objectif du projet

Ce projet d'innovation s'intéresse aux services offerts et à la procédure de référence utilisée dans de petits groupes de médecine familiale (GMF). Il vise ultimement à optimiser les services psychosociaux offerts aux hommes par l'intégration d'un modèle d'intervention soutenu par les données probantes.

La démarche proposée vise à s'entendre sur une procédure de référence répondant à vos attentes et intégrant les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Cette démarche s'effectuera à l'aide de la méthode TRIAGE.

Méthode TRIAGE¹

La méthode TRIAGE est une méthode de collecte de données qui utilise la collaboration pour permettre une prise de décision et l'atteinte d'un consensus à l'intérieur d'un groupe (Gervais et Pépin, 2002).

Consigne :

- 1- Prendre connaissance des bonnes pratiques en interventions auprès des hommes
- 2- Vous prononcer sur des énoncés qui permettront d'actualiser ces bonnes pratiques au sein du GMF

¹ Tétreault et Guilez (2014) Guide pratique de recherche en réadaptation. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, chapitre 9 Méthodes de recherche pour les groupes, p. 313-377.

ANNEXE 4 : Bonnes pratiques en intervention auprès des hommes

(Les éléments soulignés correspondent aux bonnes pratiques à intégrer à la procédure de référence.)

1) Faciliter l'accès aux services (rendez-vous pris par un intermédiaire, accompagnateur pendant la rencontre, disponibilité sans rendez-vous)

2) Maximiser la première rencontre (pour augmenter les chances qu'ils reviennent ou que cette rencontre soit le plus utile possible)

3) Utiliser un langage adapté à l'homme qui est devant vous

4) Briser l'isolement en les aidant à rester en contact et en favorisant de nouveaux liens (impliquer un partenaire, considérer les demandes de changements qui viennent des enfants et de la conjointe.)

5) Reconnaître la différence entre la colère et la violence pour mieux les gérer (l'irritabilité est reconnue comme un signe de dépression; reconnaître la détresse derrière la colère)

6) Préserver sa dignité (honte et culpabilité sont les principales émotions, éviter de les susciter par exemple en questionnant l'arrêt d'un suivi ou le délai avant le rendez-vous).

7) Manifester de la proactivité par rapport au suicide (Certains hommes décident de consulter parce qu'ils ont pensé au suicide sans le nommer dans les motifs de consultation, vérifier rapidement s'ils sont suicidaires.)

8) Adapter l'intervention à la diversité culturelle (être attentif aux biais culturels)

9) Adapter son intervention face à la diversité sexuelle (Plusieurs font face à un lot de barrières qui recourent et s'additionnent à celles des autres hommes.)

10) Tenir compte des inégalités sociales dans votre intervention (reconnaître que nous ne sommes pas tous égaux sur le plan de la santé qui est influencée par notre statut social et nos conditions de vie.)

Document adapté par Tremblay et L'Heureux, 2020. Tiré de Houle, J. et coll. (à venir). *Coffre à outils pour hommes*, Montréal : Vitalité-Laboratoire de recherche sur la santé (UQAM) en collaboration avec le Comité régional santé et bien-être des hommes de la région de Montréal. Projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Diffusion Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes.

ANNEXE 5 : Questionnaire TRIAGE

Procédure de référence Clinique médicale de Fleurimont.

Vous êtes invités à répondre aux questions en vous basant sur votre expérience. Cette consultation vise à établir un consensus et situer les éléments à travailler pour bonifier la procédure de référence de la clinique médicale Fleurimont en intégrant les bonnes pratiques en intervention auprès des hommes. Les éléments ne faisant pas consensus seront discutés lors de la rencontre de groupe.

Le questionnaire comprend 12 énoncés divisés sous trois thèmes: 1- l'accès aux services, 2- la communication et 3- le contact initial avec la clientèle masculine. Pour chacun des énoncés, vous devrez indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord. Si vous êtes en désaccord, vous serez invités à proposer une reformulation de l'énoncé afin d'être en accord. Certaines questions visent à clarifier les thèmes. Des réponses courtes avec un maximum de deux réponses par question vous sont demandées.

THÈME 1 : Faciliter l'accès aux services

1. La travailleuse sociale doit avoir des plages horaires sans rendez-vous disponibles afin de permettre des prises en charges rapides.
2. L'accès à la travailleuse sociale peut se faire sans évaluation préalable du médecin ou du référent (infirmière, IPS).
3. Y aurait-il des procédures à établir pour la mise en place des deux mesures précédemment énoncées? si oui, proposez un à deux éléments de réponse.

THÈME 2 : Communication

Les enjeux liés à la communication ont un impact sur la collaboration professionnelle ainsi que sur la qualité des services offerts. Cette section s'attarde à ces enjeux.

1. L'utilisation de la fonction *Tâche* du dossier médical électronique est efficace afin d'assurer une bonne communication entre les professionnels de la clinique.
2. La proximité de la travailleuse sociale dans la clinique permet une meilleure collaboration interprofessionnelle.
3. La procédure de référence doit permettre des moments d'échange informel.
4. Les plages horaires sans rendez-vous pourraient être utilisées pour les moments d'échange.
5. Nommez un ou deux éléments supplémentaires qui vous paraissent essentiels en lien avec la communication lors des références. : (réponses courtes)

THÈME 3 : Premier contact avec la clientèle masculine

Les données probantes démontrent l'importance de la première rencontre avec la clientèle masculine. Cette section s'attarde aux outils recommandés pour maximiser cette première rencontre.

1. Un guide pour la détection rapide des besoins psychosociaux des hommes est disponible pour les référents.
2. Un guide pour juger du risque suicidaire chez les hommes est disponible pour les référents.
3. La procédure de référence permet de référer rapidement et assurer une prise en charge rapide.
4. Si vous avez répondu que vous êtes en désaccord avec l'une de ces affirmations, quelle serait la formulation qui vous rendrait en accord?

ANNEXE 6 : Carte conceptuelle de la procédure de référence



