

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

**POUR LA RÉADAPTATION DE LA CLIENTÈLE
ADULTE AYANT SUBI UN TCC MODÉRÉ OU GRAVE**

ÉVALUATION DES BESOINS ET DES ATTENTES DES UTILISATEURS CIBLÉS

RÉSULTATS FINAUX - RAPPORT SYNTHÈSE

Le 18 septembre 2014



Ontario Neurotrauma Foundation
Fondation ontarienne de neurotraumatologie

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux

Québec 

REMERCIEMENTS

L'équipe du projet d'élaboration d'un guide de pratique clinique pour la réadaptation de la clientèle adulte ayant subi un TCC modéré ou grave (TCCMG) souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé à la consultation, au Québec et en Ontario, dont les résultats sont résumés dans le présent rapport. Un merci particulier aux directeurs, gestionnaires et coordonnateurs cliniques qui ont facilité la diffusion du sondage et favorisé un taux de participation très élevé dans les équipes cliniques.

L'équipe de projet :

Catherine Truchon

Co-chargée de projet
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Bonnie Swaine

Co-directrice scientifique
Université de Montréal

Marie-Ève Lamontagne

Chercheuse
Université Laval

Mario De Bellefeuille

Conseiller
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Anne-Sophie Allaire

Coordonnatrice pour le Québec

Corinne Kagan

Co-chargée de projet
Ontario Neurotrauma Foundation (ONF)

D^r Mark Bayley

Co-directeur scientifique
University Health Network, Toronto

D^r Shawn Marshall

Chercheur
Institut de recherche de l'Université d'Ottawa

Ailene Kua

Coordonnatrice pour l'Ontario

LISTE DES SIGLES

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ESA	Établissement de soins aigus
ERE	Établissement de réadaptation offrant des services en externe
ERIE	Établissement de réadaptation offrant des services en interne et en externe
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRDQP	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
ONF	Ontario Neurotrauma Foundation
TCCMG	Traumatisme craniocérébral modéré ou grave

CONTEXTE

Aux fins du projet d'élaboration et de soutien à l'implantation d'un guide de pratique clinique (GPC) pour la réadaptation de la clientèle adulte ayant subi un TCCMG, une vaste consultation a été effectuée auprès des utilisateurs ciblés par cet outil, soit les gestionnaires, les coordonnateurs et les cliniciens offrant des services de réadaptation auprès de cette clientèle, soit en milieu de soins aigus (réadaptation précoce) ou en milieu de réadaptation spécialisée (interne et/ou externe). L'objectif principal de cette consultation était d'explorer les perceptions et les besoins des utilisateurs en ce qui a trait au contenu, à la forme ainsi qu'à l'implantation du GPC. Plus précisément, la consultation visait les objectifs suivants :

1. Évaluer la perception des utilisateurs concernant les GPC (connaissance, acceptation, utilité, utilisation effective, utilisation projetée).
2. Identifier les besoins des utilisateurs en ce qui concerne les domaines, la nature et la forme des recommandations nécessaires pour soutenir la réadaptation optimale des personnes ayant subi un TCCMG.
3. Explorer la perception des utilisateurs en ce qui concerne le niveau actuel de la pratique clinique et des processus de réadaptation des personnes ayant subi un TCCMG comparativement à l'état optimal perçu.
4. Explorer les perceptions et les attentes des utilisateurs concernant les indicateurs de performance qui accompagneront les recommandations.
5. Identifier les besoins et les attentes des utilisateurs en ce qui concerne l'implantation d'un GPC.

MÉTHODOLOGIE

Suite à l'approbation du comité d'éthique de l'IRDPO, une consultation a été effectuée par sondage électronique (*Fluidsurvey*) entre le 11 novembre et le 13 décembre 2013. Les responsables des programmes de réadaptation précoce et de réadaptation spécialisée desservant la clientèle TCCMG ont envoyé aux intervenants visés dans leur équipe un courriel contenant le lien permettant d'accéder au sondage. Pour être admissible à la consultation, les participants devaient avoir une expérience d'au moins six mois auprès de la clientèle adulte ayant subi un TCCMG, à raison d'au moins deux jours par semaine (à l'exception des médecins, chez lesquels une présence d'une journée par semaine auprès de cette clientèle était acceptée). Le sondage était accessible en anglais ou en français.

Le sondage a ainsi été diffusé dans 16 établissements de soins aigus (8 au Québec et 8 en Ontario) ainsi que dans 32 établissements de réadaptation (15 au Québec et 17 en Ontario). Les figures 1 à 3 ainsi que le tableau 1 dressent le portrait sociodémographique et professionnel des **487 répondants** qui ont rempli le sondage. On constate une proportion légèrement plus élevée de répondants en provenance du Québec par rapport à l'Ontario, ainsi qu'une répartition par région sociosanitaire relativement hétérogène, sans être nécessairement proportionnelle à la représentation attendue de chaque territoire. La répartition des répondants selon leur milieu de pratique, le poste occupé ainsi que leur formation professionnelle correspond de façon générale au profil attendu dans ce secteur d'activité. Plus de 60 % des répondants comptent au moins 5 années d'expérience auprès de la clientèle TCCMG.

Mentionnons qu'un rapport détaillé de la méthodologie et des résultats est actuellement en cours de rédaction.

PROFIL DES RÉPONDANTS

N = 487

Figure 1 - Provenance

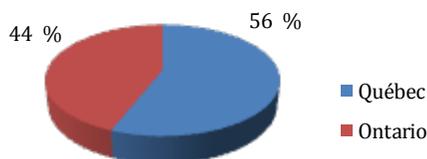


Figure 2 - Sexe

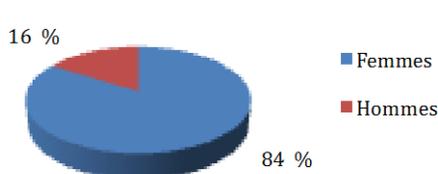


Figure 3 - Type de poste

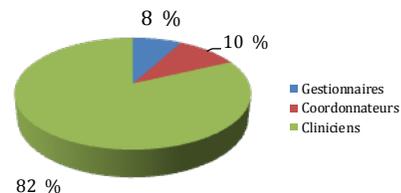


Tableau 1 Autres caractéristiques professionnelles des répondants (n = 487)

Caractéristiques	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Milieu de pratique		
Établissement de soins aigus (ESA) (réadaptation précoce)	109	22
Établissement de réadaptation offrant des services internes et externes (ERIE)	256	53
Établissement de réadaptation offrant des services externes (ERE)	120	25
Donnée manquante	2	0
Formation principale		
Ergothérapie	87	18
Physiothérapie	77	16
Psychologie	31	6
Neuropsychologie	40	8
Travail social	49	10
Orthophonie	43	9
Nutrition	4	1
Kinésiologie, éducation physique	12	2
Éducation spécialisée	24	5
Récréologie, loisirs	14	3
Sciences infirmières	59	12
Médecine	24	5
Administration	9	2
Autre formation	1	0
Donnée manquante	13	3
Années d'expérience		
1 à 5	131	27
6 à 10	108	22
11 à 15	95	20
16 à 20	59	12
21 et plus	54	11
Donnée manquante	40	8
Régions sociosanitaires du Québec		
01 - Bas-Saint-Laurent	22	8
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	17	7
03 - Capitale-Nationale	31	12
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	32	12
05 - Estrie	12	5
06 - Montréal	47	18
07 - Outaouais	5	2
08 - Abitibi-Témiscamingue	5	2
09 - Côte-Nord	6	2
11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0
12 - Chaudière-Appalaches	12	5
13 - Laval	20	8
14 - Lanaudière	12	5
15 - Laurentides	8	3
16 - Montérégie	23	9
Donnée manquante	7	2
Régions sociosanitaires de l'Ontario		
01 - Erie St. Clair	5	3
02 - South West	17	9
03 - Waterloo Wellington	9	5
04 - Hamilton Niagara Haldimand Brant	17	9
05 - Central West	1	1
06 - Mississauga Halton	10	5
07 - Toronto Central	50	26
08 - Central	5	3
09 - Central East	3	1
10 - South East	7	3
11 - Champlain	34	17
12 - North Simcoe Muskoka	0	0
13 - North East	30	15
14 - North West	6	3
Donnée manquante	1	0

RÉSULTATS

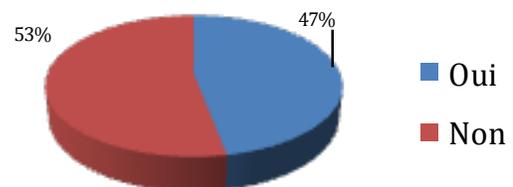
Les résultats de la consultation sont présentés ici en trois sections, lesquelles correspondent aux trois thématiques couvertes par le sondage, soit la perception actuelle par rapport aux guides de pratique clinique (GPC), les besoins et les attentes vis-à-vis du contenu et finalement, les stratégies d'implantation à privilégier.

LA PERCEPTION ACTUELLE PAR RAPPORT AUX GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE

Pourquoi s'y intéresser? On sait que les connaissances qu'ont les utilisateurs d'une nouvelle intervention ou d'un nouveau processus influencent de façon importante le succès de son implantation. Il était donc primordial pour l'équipe de projet de mieux connaître et comprendre le niveau de connaissances et la perception des cliniciens, des coordonnateurs et des gestionnaires par rapport à un GPC destiné à soutenir la réadaptation des adultes ayant subi un TCCMG, et ce, afin d'être en mesure d'élaborer une stratégie d'implantation qui puisse répondre le mieux possible aux besoins des utilisateurs.

Qu'est-ce que les répondants nous ont dit à ce sujet? Une forte proportion des répondants (53 %), en provenance de l'Ontario comme du Québec, **ne connaissent pas de GPC visant à soutenir la réadaptation des adultes ayant subi un TCCMG** (voir la figure 4). Les répondants provenant des établissements de réadaptation offrant des services en interne et en externe (ERIE) de même que ceux qui desservent la clientèle externe uniquement (ERE) étaient plus nombreux à connaître de telles ressources que ceux qui travaillent en milieu de soins aigus (ESA) [ERIE = 50 % et ERE = 52 % comparativement à ESA = 32 % des répondants]. Toutefois, seule une minorité (34 %) des ressources mentionnées à titre de GPC par les répondants correspondait réellement à la définition usuelle d'un GPC, les autres ressources citées se définissant plutôt comme des programmations cliniques, des outils cliniques spécifiques, des cadres de référence produits par des organismes gouvernementaux ou des manuels cliniques.

Figure 4 - Je connais au moins un GPC visant à soutenir la réadaptation de la clientèle TCCMG



Par ailleurs, **peu de répondants utilisent actuellement des GPC** pour guider la réadaptation des personnes ayant subi un TCCMG (voir la figure 5). Les répondants québécois sont moins nombreux que les répondants ontariens à rapporter l'utilisation de ces ressources (médiane de 1 au Québec comparativement à une médiane de 5 en Ontario sur l'échelle de 10 de Likert). Bien qu'ils aient plus souvent recours à des GPC, les répondants de l'Ontario rapportent se sentir moins outillés que les répondants du Québec pour utiliser ces ressources. De façon globale, plusieurs répondants mentionnent qu'une bonne expérience auprès de cette clientèle peut faciliter l'utilisation d'un GPC. **L'absence de formation spécifique sur l'utilisation des GPC ainsi que différentes barrières liées à leur environnement de pratique sont décrites comme des obstacles à l'utilisation des GPC.**

Bien qu'ils connaissent et utilisent peu de GPC, la plupart des répondants au sondage **estime que les GPC constituent une base solide pour soutenir la réadaptation des adultes ayant subi un TCCMG** (voir la figure 6). Plusieurs répondants commentent que, selon eux, ce type d'outil favorise une intervention fondée sur des données probantes et peut améliorer la qualité et l'uniformité de leur pratique, tout en facilitant la mise à jour des connaissances. Enfin, la plupart des répondants, de tous les milieux et de toutes les catégories de poste (gestionnaires, coordonnateurs et cliniciens), estiment que les **interventions qu'ils offrent correspondent souvent aux meilleures pratiques**. Ils indiquent plusieurs domaines d'intervention dans lesquels une amélioration est plus spécifiquement requise, notamment les troubles cognitifs, le retour au travail, les troubles du comportement, l'intervention auprès des personnes âgées et le travail interdisciplinaire.

Figure 5 - J'utilise couramment au moins un GPC pour la réadaptation de la clientèle TCCMG

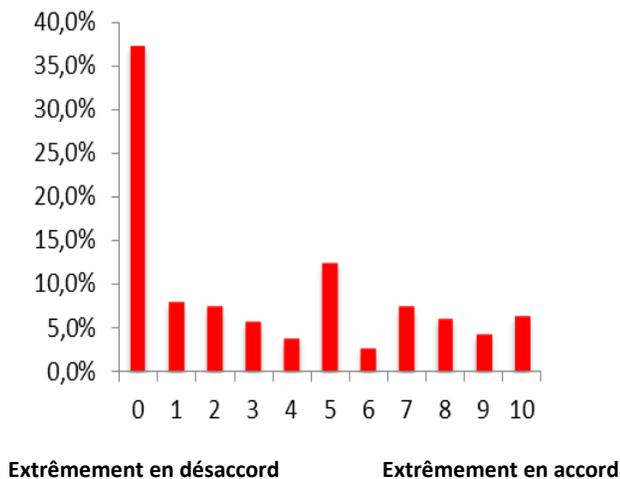
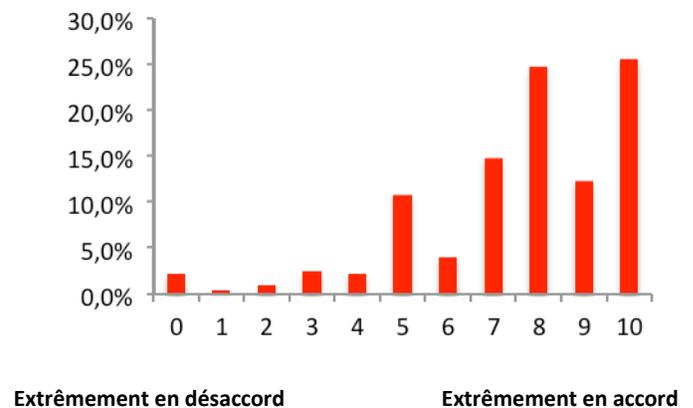


Figure 6 - Je pense qu'un GPC constitue une base de connaissances solide pour soutenir la réadaptation de la clientèle TCCMG

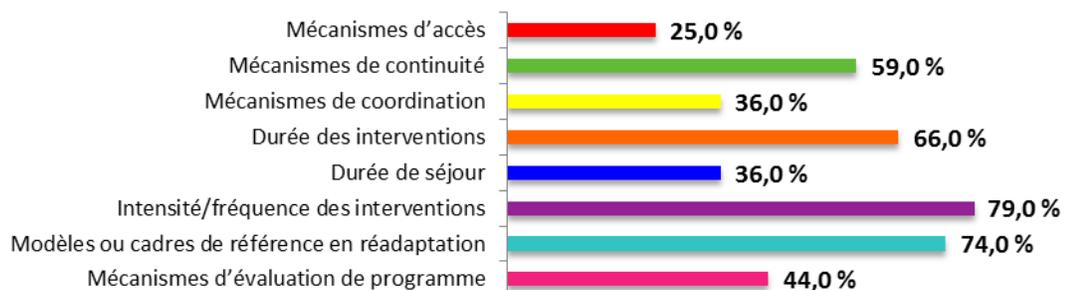


LES BESOINS ET LES ATTENTES PAR RAPPORT AU CONTENU DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

Pourquoi et comment documenter ce volet? Il est primordial pour l'équipe de projet de s'assurer que le GPC traitera des aspects importants pour les cliniciens, les coordonnateurs et les gestionnaires qui profiteront de cet outil. Nous avons ainsi regroupés et catégorisés l'ensemble des sujets potentiels répertoriés au moyen d'une revue systématique des GPC disponibles dans la littérature et avons demandé aux répondants d'indiquer lesquels étaient les plus importants pour eux. Les thématiques explorées dans la consultation concernaient autant les mécanismes et les paramètres de l'offre de service en réadaptation que les interventions cliniques auprès des personnes ayant subi un TCCMG.

Que ressort-il de cet exercice de mise en priorité ? En ce qui a trait aux mécanismes et aux paramètres de l'offre de services de réadaptation offerts aux personnes ayant subi un TCCMG, les répondants se montrent relativement unanimes. Les questions d'intensité et de fréquence des interventions de même que les modèles de réadaptation suscitent l'intérêt d'une grande majorité de répondants (79 % et 74 % respectivement), alors que les mécanismes d'accès (25 % des répondants), de coordination (36 %) ainsi que la durée de séjour (36 %) sont jugés moins importants à couvrir par les répondants (voir la figure 7). En réponse à une question ouverte, les répondants ont également exprimé le souhait que le GPC aborde les meilleures interventions ou les meilleurs outils d'évaluation, la structure de la réadaptation ainsi que le rôle de l'équipe interdisciplinaire.

Figure 7 - Quels mécanismes et paramètres de l'offre de service devraient être couverts par le GPC? (5 choix prioritaires par répondant)

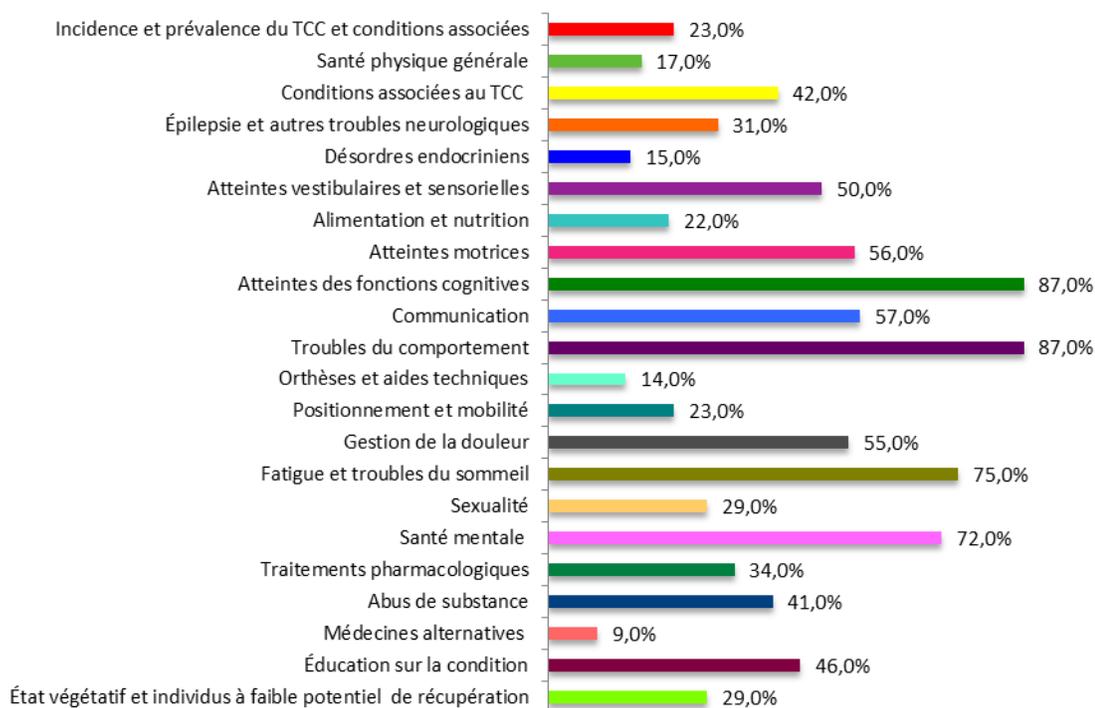


Quelques différences d'intérêt

- La question de la durée de séjour est estimée plus importante par les répondants de l'Ontario (48 %) que par les répondants du Québec (31 %) de même que par les répondants des ERIE (43 %) par rapport aux répondants des ERE (25 %).
- Les mesures d'évaluation de programme, si elles s'avèrent, de façon globale, modérément intéressantes (44 %), le sont davantage au yeux des répondants de l'Ontario (54 %), comparativement à ceux du Québec (39 %).
- À l'inverse, une plus forte proportion de répondants du Québec exprime un intérêt pour les modèles ou les cadres de référence par rapport aux répondants ontariens (81 % contre 62 %).

En ce qui a trait aux éléments associés plus spécifiquement au **processus de réadaptation intensive** (voir la figure 8), les répondants indiquent, à titre d'aspects plus importants, ceux qui concernent les incapacités cognitives (87 % des répondants), les troubles de comportement (87 %), la fatigue et les problèmes de sommeil (75 %) ainsi que les problèmes de santé mentale (72 %). Peu de répondants considèrent comme important que le GPC propose des recommandations relatives aux médecines alternatives (9 % des répondants), aux orthèses et aux aides techniques (14 %), aux désordres endocriniens (15 %) ou à l'état de santé physique général (17 %). Concernant cette question également, les répondants ont souligné vouloir être informés des meilleures interventions et des meilleurs outils d'évaluation à privilégier.

Figure 8 - Quels éléments concernant le processus de réadaptation intensive pour la clientèle TCCMG devraient être couverts par le GPC? (10 choix prioritaires par répondant)

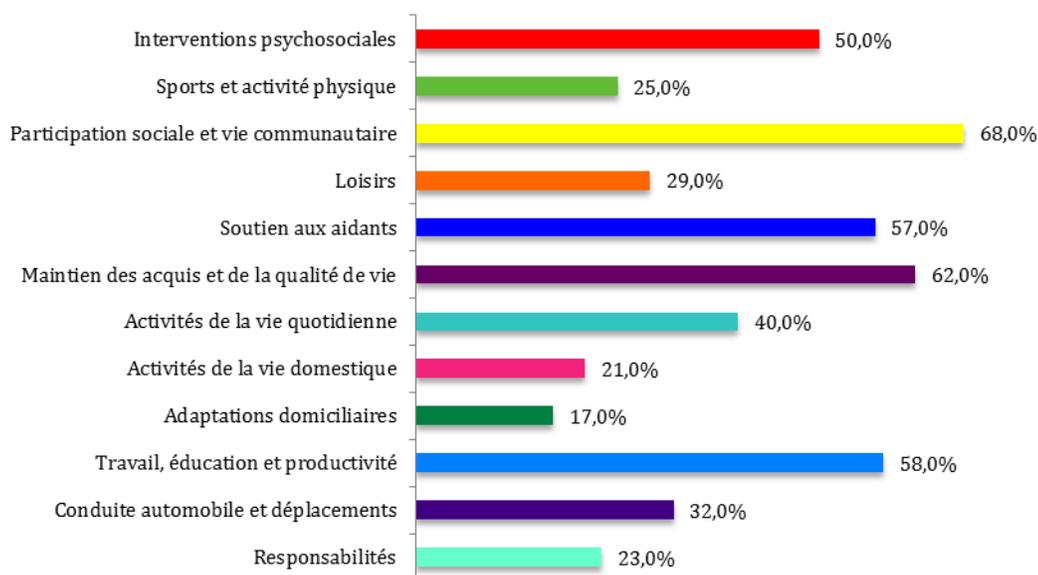


Quelques différences d'intérêt

- Les répondants ontariens montrent un intérêt relativement plus prononcé que celui des répondants québécois pour la communication (respectivement 65 % pour les répondants de l'Ontario et 52 % pour le Québec), le positionnement et la mobilité (35 % et 16 %) ainsi que l'enseignement sur le TCC (61 % et 38 %).
- A l'inverse, les répondants québécois expriment un besoin plus grand que leurs homologues ontariens pour l'épilepsie et les autres complications neurologiques (respectivement 36 % des répondants du Québec vs. 22 % de l'Ontario), les désordres endocriniens (19 % et 7 %), la fatigue et les troubles du sommeil (80 % et 67 %) ainsi que la sexualité (35 % et 20 %).
- Les gestionnaires montrent un intérêt plus grand que leurs collègues cliniciens et coordonnateurs pour la nutrition (43 % des gestionnaires contre 20 % des coordonnateurs et 21 % des cliniciens), les déficits moteurs (79 % contre 60 % et 53 % respectivement) et la communication (79 % contre 57 % et 54 % respectivement).
- Les répondants en ESA manifestent une préférence plus marquée pour ce qui a trait aux incapacités motrices (70 % contre 51 % en ERIE et 57 % en ERE) de même qu'au positionnement et à la mobilité (48 % contre 20 % et 9 % respectivement).
- Finalement, les éléments relatifs à la santé mentale s'avèrent plus importants pour les répondants en ERE que pour ceux en ESA (81 % contre 60 % respectivement).

Enfin, concernant la phase d'intégration sociale (voir la figure 9), les dimensions qui semblent plus importantes pour l'ensemble des personnes consultées sont la participation sociale et la vie communautaire (68 %), le maintien des acquis et la qualité de vie (62 %), les activités occupationnelles (58 %) et le soutien aux aidants (57 %). L'adaptation du domicile (17 % des répondants), les activités domestiques (21 %) et les responsabilités (23 %) s'avèrent des thématiques importantes pour moins de 25 % des répondants.

Figure 9 - Quels éléments relatifs au processus d'intégration sociale pour la clientèle TCCMG devraient être couverts par le GPC? (5 choix prioritaires par répondant)



Quelques différences d'intérêt

- Les répondants de l'Ontario sont davantage intéressés par les stratégies psychosociales (61 % contre 46 % au Québec) et les activités de la vie quotidienne (51 % contre 35 %) tandis que les répondants du Québec accordent davantage d'importance à la question des loisirs (34 % contre 22 % en Ontario), des activités domestiques (24 % contre 14 %) et des responsabilités (30 % contre 10 %).

- Les répondants en ESA semblent davantage intéressés par les notions relatives au soutien à offrir aux aidants (68 % contre 43 % en ERE), aux activités de la vie quotidienne (63 % contre 30 % en ERE), et à la participation sociale et la vie communautaire (56 % des répondants en ESA contre 27 % en ERIE et en ERE).
- Les répondants en ESA sont toutefois moins intéressés par les aspects relatifs aux loisirs (19 % contre 43 % en ERE), aux occupations liées au travail, à l'école et à la productivité (36 % contre 68 % en ERE) ainsi qu'aux responsabilités (14 % contre 33 % en ERE).
- Fait intéressant à souligner, les répondants en ERE expriment un intérêt significativement moins grand pour la question du soutien aux aidants (43 % contre 68 % en ESA et 62 % en ERIE).
- Les répondants en ERE indiquent cependant un intérêt plus grand que les répondants en ESA et en ERIE pour la dimension du sport et de l'activité physique (respectivement 38 %, 24 % pour les ESA et 18 % pour les ERIE).
- La seule différence constatée entre les types de poste occupé concerne les activités quotidiennes, un aspect pour lequel les coordonnateurs montrent un intérêt significativement plus faible (17 %) que les gestionnaires (46 %) et les cliniciens (43 %).

LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION À PRIVILÉGIER

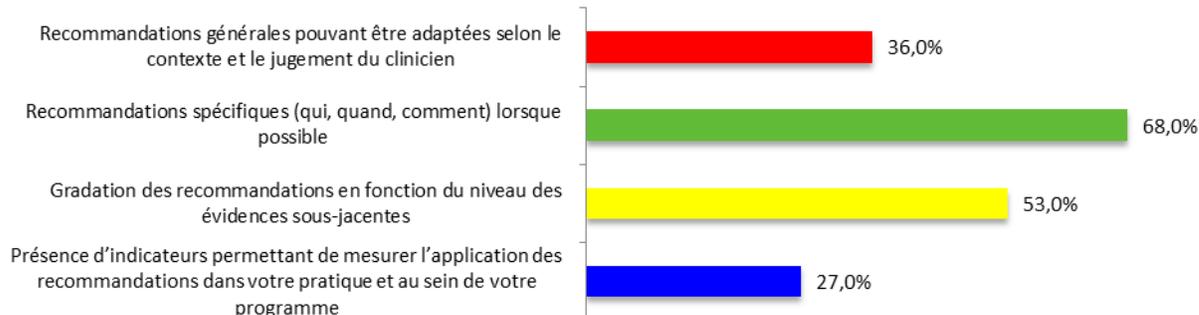
Pourquoi aborder ce volet si tôt? L'élaboration d'un GPC sollicite énormément de temps et de ressources. Ces efforts seront vains si les milieux cliniques n'adoptent pas l'outil et ses recommandations au terme des travaux, un écueil qui peut découler tout autant d'un contenu plus ou moins bien adapté que d'un processus inadéquat de transfert du matériel ou de soutien à son utilisation. Tenant compte de cette préoccupation, l'équipe de projet a mis en place, en collaboration avec ses différents partenaires du réseau, des modalités de planification et de préparation de la phase d'implantation. Une des étapes charnières de cette préparation consiste à documenter les attentes et les préférences des différents utilisateurs visés par le GPC en ce qui a trait à la forme de même qu'aux éléments facilitants et aux obstacles potentiels à son implantation, sachant que ces différents éléments pourraient bien varier d'une province à l'autre, d'un type de poste à un autre ou d'un milieu clinique à un autre.

Que disent les répondants sur ces aspects? De façon unanime, les répondants expriment leur préférence pour un GPC en version électronique (77 % des répondants), incluant des **recommandations spécifiques** (68 %) et indiquant clairement le **niveau de preuve** sur lesquelles elles reposent (53 %). Ils s'expriment sur la nécessité d'obtenir des recommandations facilement applicables en milieu clinique. Le GPC devrait également être accompagné de plusieurs outils, tels que des protocoles de traitement, des outils d'évaluation et des grilles de consignation des interventions réalisées en fonction des recommandations.

Quelques différences d'intérêt

- La proposition de recommandations spécifiques (qui fait quoi, quand, comment) est relativement moins importante pour les répondants en ESA (53 % contre 71 % en ERIE et 74 % en ERE), mais plus importante pour les gestionnaires que pour les cliniciens (86 % contre 65 % respectivement).
- Les répondants de l'Ontario (61 %) sont également plus nombreux que leurs homologues du Québec (49 %) à favoriser une priorisation des recommandations selon le niveau des évidences.

**Figure 10 - Quels types de recommandations devraient être inclus dans le GPC?
(2 choix prioritaires par répondant)**

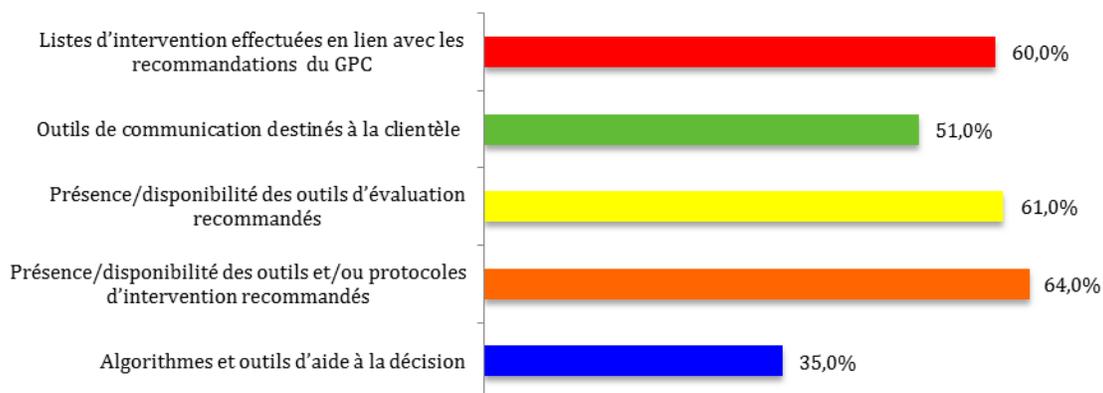


Consultés sur les outils complémentaires qui devraient accompagner le GPC, les répondants ont indiqué, en ordre de priorité, les protocoles d'intervention liés aux recommandations (64 %), les outils d'évaluation recommandés (61 %) ainsi que les grilles de consignation des interventions réalisées en fonction des recommandations (60 %).

Quelques différences d'intérêt

- La proposition de protocoles d'intervention semble particulièrement importante pour les répondants en ERE par rapport aux répondants en ESA (73 % contre 40 % respectivement).
- Bien que seulement 35 % de l'ensemble des répondants aient jugé prioritaire la présence d'algorithmes décisionnels, on note un écart marqué selon le type de poste occupé, 75 % des gestionnaires ayant noté cet élément prioritaire comparativement à 44 % des coordonnateurs et 30 % des cliniciens.

**Figure 11 - Quels outils complémentaires faciliteraient le plus votre utilisation du GPC?
(3 choix prioritaires par répondant)**

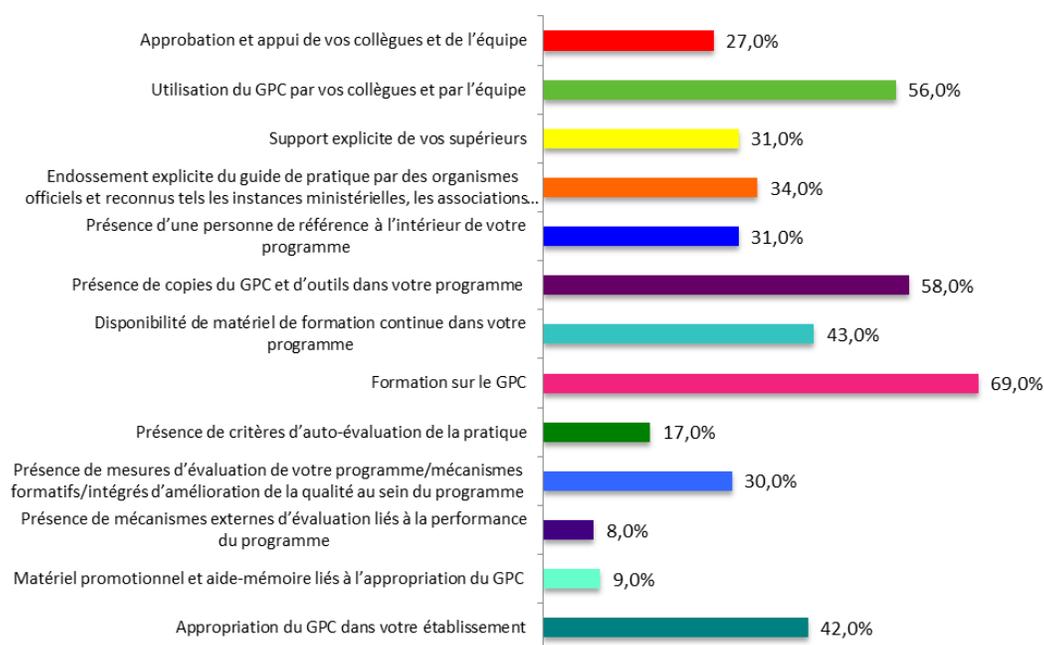


En ce qui concerne les éléments facilitateurs et les obstacles, les résultats de la consultation montrent que les éléments qui faciliteraient le plus l'usage du GPC, selon la majorité des répondants, sont l'offre d'une formation sur le GPC (69 % des répondants), la présence de copies facilement accessibles dans le programme (58 %) ainsi que l'utilisation du GPC par l'ensemble des membres de l'équipe (58 %). Les répondants ont mentionné que le fait que le GPC ne soit pas applicable au contexte de la réadaptation et le manque de temps pouvaient constituer des obstacles importants à l'utilisation de cette ressource.

Quelques différences d'intérêt

- L'utilisation partagée du GPC par les pairs semble être particulièrement importante pour les cliniciens (60 % comparativement à 36 % des gestionnaires).
- Bien que le taux global de réponse soit plus faible en ce qui concerne la présence de mesures d'évaluation ou de mécanismes formels d'amélioration continue, on observe que cet élément est sensiblement plus important pour les gestionnaires (46 %) et les coordonnateurs des programmes (44 %) que pour les cliniciens (27 %).
- Par ailleurs, 44 % des répondants ont indiqué que l'absence de support explicite de la part du supérieur constitue un élément qui peut nuire à l'utilisation du GPC.

Figure 12 - Quels éléments faciliteraient le plus l'utilisation du GPC dans la pratique quotidienne (5 choix prioritaires par répondants)



Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué que la formation envisagée devrait idéalement contenir des stratégies actives d'apprentissage, telles que des exemples cliniques (76 % des répondants), des ateliers interactifs (61%) et des périodes de questions (51 %). Les répondants ont d'ailleurs été nombreux à souligner la nécessité d'une formation interdisciplinaire.

Quelques différences d'intérêt

- Les répondants du Québec étaient plus nombreux à préférer une formation théorique sur le contenu du GPC (respectivement 54 % contre 31 %) tandis que ceux de l'Ontario accordaient plus d'importance aux ateliers interactifs (respectivement 70 % contre 56 %).
- Les répondants provenant des ESA accordent une plus grande importance à la présence d'outils de formation électroniques que ceux provenant des milieux de réadaptation (63 % contre 43 % pour les ERIE et 42% pour les ERE).

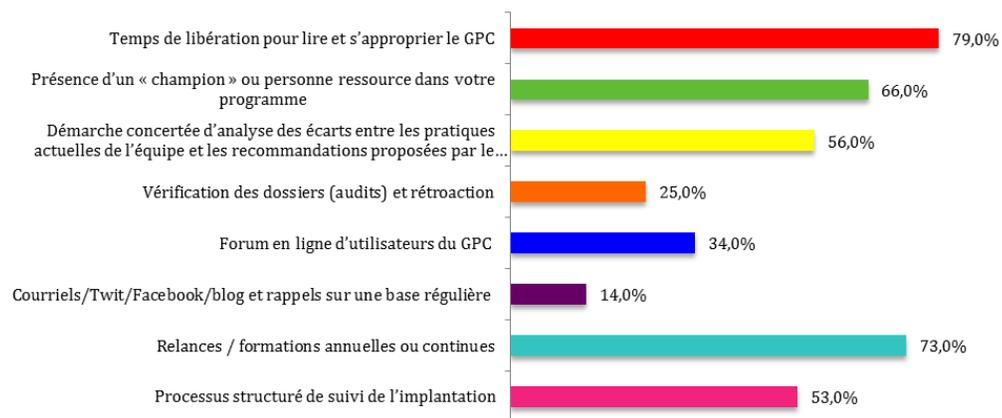
- Les répondants en ESA étaient par ailleurs moins nombreux à préconiser les périodes de questions et d'échange autour des GPC (30 % contre 53% en ERIE et 60 % en ERE).

En ce qui a trait à la stratégie ou au processus d'implantation proprement dit (voir la figure 13), les résultats montrent que l'ensemble des répondants juge important de pouvoir profiter d'une période déterminée et autorisée pour lire et comprendre le GPC (79 % des répondants), de modalités de suivi et de formation continue (73 %), de la présence d'un « champion » ou d'une personne-ressource dans le programme (66 %), de mécanismes d'analyse des écarts entre les pratiques courantes et les recommandations (56 %) ainsi que d'un suivi structuré relativement au processus d'implantation (53 %).

Quelques différences d'intérêt

- Il ressort que le temps accordé à la lecture et l'apprentissage du GPC est sensiblement plus important pour les répondants du Québec (84 %) que pour ceux de l'Ontario (69 %).
- Un écart interprovincial est également observé concernant l'utilisation d'un processus de vérification (audit) et de rétroaction, que les répondants de l'Ontario jugent important à 37 %, comparativement à 19 % des répondants du Québec.
- La présence d'un « champion » ou d'une personne-ressource dans le programme est très fortement privilégiée par les gestionnaires (89 %) et un peu moins par les cliniciens (62 %).
- Les gestionnaires signalent également un intérêt plus marqué (59 %) pour un forum en ligne sur le GPC, comparativement à 29 % des coordonnateurs et 32 % des cliniciens.

Figure 13 - Autres mécanismes et modalités d'implantation qui faciliteraient le plus l'implantation du GPC dans la pratique (5 choix prioritaires par répondant)



PRINCIPAUX CONSTATS ET MESSAGES CLÉS

L'analyse des nombreux commentaires et données recueillis lors de cette consultation permettent de faire quelques constats forts intéressants et de retenir des messages importants en vue de la poursuite des travaux.

Plus de la moitié des répondants au sondage ne connaissent pas de GPC traitant spécifiquement de la réadaptation de la clientèle TCCMG et une très faible proportion utilise ce type d'outil dans leur pratique. Ces personnes expriment une opinion assez favorable à l'égard des GPC en vue de soutenir leurs activités professionnelles – **ce qui nous confirme le besoin et la pertinence du projet d'élaboration et d'implantation d'un GPC pour la réadaptation de la clientèle TCCMG.**

La grande majorité des répondants ont identifié les paramètres d'intensité, de fréquence et de durée des interventions de même que les modèles ou les cadres de référence comme des éléments importants à couvrir par le GPC. **Ces préoccupations rejoignent directement celles de nos partenaires et décideurs « réseau ». Comme on sait qu'il existe moins de données probantes concernant les paramètres d'intensité, de fréquence et de durée des interventions, l'équipe de projet devra probablement se tourner vers d'autres types d'information pour traiter de ces questions.**

Les éléments relatifs à la phase de réadaptation intensive qui ressortent comme étant les plus importants pour les futurs utilisateurs du GPC correspondent assez bien aux sphères le plus fréquemment perturbées et comportant des défis particuliers à la suite d'un TCCMG, soit la cognition, les comportements, le niveau d'énergie et le sommeil de même que la santé mentale. Bien que ces éléments aient été mentionnés par tous les répondants, on observe quelques différences de priorisation entre les sous-groupes de l'ensemble des aspects proposés. **Puisqu'un seul GPC commun sera produit, l'équipe de projet devra considérer, dans sa stratégie d'implantation, la possibilité de moduler la priorisation de certaines recommandations en fonction des besoins et préoccupations des équipes.**

En ce qui a trait à la phase d'intégration sociale, **on constate un intérêt marqué pour ce qui touche la finalité attendue du processus de réadaptation ou le devenir à long terme de cette clientèle**, soit la participation sociale et la vie communautaire, le maintien des acquis et la qualité de vie, la sphère occupationnelle (travail, école, etc.) ainsi que le soutien aux aidants. **L'équipe de projet devra tenir compte de cette vision plus globale dans son organisation des informations plus spécifiques qui composeront les sections portant sur l'intégration et la participation sociale des personnes ayant subi un TCCMG.**

Plusieurs répondants ont formulé des commentaires ou des suggestions ayant trait à d'autres dimensions qu'ils aimeraient que le GPC considère, par exemple l'intervention auprès de la clientèle âgée. Bien que l'équipe de projet prenne bonne note de ces suggestions, le traitement qui leur sera accordé dans le GPC sera toujours tributaire de la disponibilité et de la qualité des données probantes disponibles.

Les informations recueillies au regard du processus d'implantation du GPC fournissent de nombreuses pistes pour faciliter le transfert du GPC dans les établissements du réseau et son utilisation par les gestionnaires, les coordonnateurs et les cliniciens. **On retient tout particulièrement les attentes et les besoins exprimés** au regard de modalités de formation interdisciplinaires et surtout interactives sur l'utilisation du GPC, la disponibilité d'outils d'évaluation et d'intervention, la présence d'une personne-ressource ou d'un champion afin de soutenir le processus, la possibilité d'accorder du temps pour lire le guide et se familiariser avec son contenu, l'accessibilité facile au GPC et à ses outils ainsi qu'un processus de suivi de la démarche. **La stratégie d'implantation devra, dans la mesure du possible, tenter d'incorporer ces différents moyens afin d'optimiser le processus d'adoption du GPC et d'en assurer la continuité.**

Il est important de souligner, en terminant, que les taux de réponse étaient dans l'ensemble plus faibles, c'est-à-dire relativement moins favorables à tout ce qui concerne les éléments de « mesure », soit les indicateurs, les mécanismes externes d'évaluation (audits), les critères d'auto-évaluation, etc. Comme les données probantes elles-mêmes soutiennent fortement cet aspect dans un processus d'implantation et surtout de changement réel et durable des pratiques, **l'équipe devra préparer adéquatement et soutenir les équipes dans l'acceptation et l'utilisation constructive des éléments de mesure.**

PROCHAINES ÉTAPES

L'information obtenue grâce à la consultation a déjà fait l'objet de nombreuses discussions au sein des comités de travail du projet afin d'en tirer les interprétations adéquates et surtout d'en extraire les pistes importantes en vue de la poursuite des travaux. Ce matériel permet en effet de valider et d'ajuster les orientations quant aux thématiques à couvrir dans le GPC, aux outils à mettre au point, aux éléments à privilégier ainsi qu'aux mécanismes d'implantation à prévoir. La prochaine étape importante dans l'avancement du projet consiste à réunir, en novembre 2014, les différents experts scientifiques et cliniques en vue de la sélection et de l'adaptation des recommandations et des indicateurs qui constitueront l'essentiel du GPC. L'équipe travaille actuellement très fort à rassembler et à synthétiser l'ensemble des données et du matériel disponible, dont font bien entendu partie les résultats du sondage auprès des utilisateurs, afin de préparer cette étape importante.

Commentaires extraits du sondage

« Les cliniciens vont suivre, si ce qui leur est proposé s'appuie sur des preuves solides et que les ordres professionnels l'approuvent. L'adhésion des gestionnaires sera également facilitée par une prise de position claire de l'établissement. Par contre, je pense que le défi réel et majeur est de libérer le temps nécessaire dans l'établissement à l'adoption et à l'évaluation des mesures mises en place. »

« Un guide de pratique clinique est devenu un incontournable! Je trouve très intéressant que vos différentes organisations unissent leurs efforts pour l'élaboration d'un tel projet. »

POUR PLUS D'INFORMATION VISITEZ-NOUS À :

www.onf.org

www.fecst.inesss.qc.ca