



Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé

Table des matières

| | |
|--|----|
| Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé..... | 1 |
| Remerciements | 3 |
| Introduction | 4 |
| Comment utiliser ce guide | 6 |
| Facteurs importants à considérer | 7 |
| Réflexion | 7 |
| Ressources | 8 |
| Procéder au changement : Étapes de la mise en œuvre..... | 9 |
| Cible 1 : Adapter les connaissances à votre milieu de pratique local | 9 |
| Pourquoi est-ce important?..... | 9 |
| Information sur le contexte | 9 |
| Réflexion | 10 |
| Réflexion | 11 |
| Exemple 1 : Adaptation d'un guide de pratique clinique relativement aux soins de la peau pour prévenir l'érythème fessier chez les patients en oncologie pédiatrique | 12 |
| Exemple 2 : Adaptation d'un guide de pratique clinique fondé sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une recommandation précise..... | 12 |
| Exemple 3 : Adaptation d'un guide de pratique clinique pour améliorer l'atteinte des objectifs généraux | 12 |
| Procéder au changement : Étapes de la mise en œuvre..... | 13 |
| Cible 2 : Cerner les obstacles et les éléments facilitateurs à la mise en œuvre dans votre milieu..... | 13 |
| 1. Caractéristiques de l'innovation ou du changement de pratiques | 14 |
| 2. Caractéristiques des fournisseurs de soins individuels | 16 |
| Réflexion | 17 |
| Réflexion | 18 |
| 3. Caractéristiques du milieu de pratique | 18 |
| Réflexion | 20 |



| | |
|---|----|
| 4. Caractéristiques de l'organisation..... | 21 |
| Réflexion | 23 |
| Réflexion | 25 |
| Réflexion | 26 |
| Procéder au changement : Étapes de la mise en œuvre..... | 28 |
| Cible 3 : Choisir et adapter les stratégies de mise en œuvre pour cibler les objectifs et les obstacles ainsi que pour favoriser les éléments facilitateurs du changement..... | 28 |
| Réflexion | 36 |
| Réflexion | 36 |
| Passer à l'action..... | 36 |
| Réflexion | 37 |
| Annexe A : Bibliographie | 41 |
| Annexe B : Glossaire..... | 41 |
| Adapter les données probantes : | 46 |
| Processus ADAPTE..... | 49 |
| Obstacle..... | 49 |
| Analyse de rentabilité..... | 46 |
| Champion..... | 47 |
| Guide de pratique clinique | 48 |
| Méthode Delphi..... | 48 |
| Données probantes..... | 47 |
| Élément facilitateur | 48 |
| Groupes de discussion | 48 |
| Objectif..... | 49 |
| Mise en œuvre | 49 |
| Innovation | 48 |
| Cadre « Des connaissances à la pratique » | 47 |
| Leader d'opinion | 48 |
| Résultats | 49 |
| Cadre PARIHS..... | 47 |
| Cycle Planification-Exécution-Étude-Action (PEEA) | 47 |
| Intervenants (groupe de travail ou autre groupe organisé) | 48 |
| Durabilité | 48 |
| Revue systématique | 49 |



| | |
|---|----|
| Annexe C : Algorithme du processus de prise de décision fondé sur des données probantes (adapté de l'ébauche d'un algorithme préparé par le bureau de transition du Centre universitaire de santé McGill) | 49 |
| Annexe D : Facteurs qui influencent les comportements et les intentions relativement aux soins de santé : modèle théorique | 52 |
| Annexe E : Tableau pour consigner les obstacles, les éléments facilitateurs et les stratégies de mise en œuvre | 53 |
| Annexe F : Exemples d'obstacles et d'éléments facilitateurs | 54 |
| Connaissances | 54 |
| Attitudes | 54 |
| Obstacles externes | 54 |
| Annexe G : Questions d'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs | 55 |
| Annexe H : Liste de vérification pour la mise en œuvre | 55 |

Préparé par S. A. Castiglione, inf. aut., M.Sc.(A) et

J. A. Ritchie, inf. aut., Ph. D.

Recherche en soins infirmiers³ – *Échanger – Innover – Agir*

Centre universitaire de santé McGill

Le 28 mars 2012

Remerciements

Ce module a été élaboré à l'intention des cliniciens grâce au soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada.

Nous souhaitons remercier les professionnels qui ont appuyé la production de ce document en proposant des idées, en prenant le temps de le lire et en faisant part de leurs expériences en matière de mise en œuvre et de pratiques fondées sur des données probantes.

Les auteures tiennent à remercier les réviseurs suivants :

- Instituts de recherche en santé du Canada : Ian D. Graham, Adrian Mota, Jacqueline Tetroe et Ryan McCarthy
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM) : Jane C. Evans, Catherine Oliver, Jacynthe Sourdif, France Paquet, Caroline Laberge, Anelise Espirito-Santo, Anne Choquette, Luisa Ciofani, Sabrina Haas, Anna Balenzano, Angie Fiorda, Suzanne Watt, Claire Nehme, Nancy Turner, Susan Jones et le personnel infirmier du CUSM de différents sites



Introduction

Vous avez peut-être déjà vécu une situation semblable :

Vous êtes préoccupé par une pratique présente dans votre milieu clinique qui touche un groupe de patients particulier. Ces inquiétudes vous poussent à faire des recherches documentaires, une approche typique de recherche que vous avez déjà appliquée à de nombreuses reprises. Vous trouvez un guide de pratique clinique et d'autres données probantes relatives à la question à l'étude, et vous vous dites « Eureka! Je sais exactement ce que nous devrions faire! ».

Puis, tranquillement, cette excitation se transforme à nouveau en inquiétude.

Vous vous dites : « Je sais ce que je veux changer, mais que faire, maintenant? »

« Comment procéder pour que tout le personnel adhère à ce changement? »

De nombreux professionnels de la santé sont confrontés à ces questions lorsqu'ils songent à la complexité du changement de comportement des professionnels de la santé. On a déjà cru que le simple fait de présenter les recommandations de changement ou de distribuer une note de service suffirait pour changer les comportements. Ce n'est malheureusement pas si simple! L'application des données probantes à la pratique peut se révéler un processus complexe et rebutant, qui nécessite une réflexion sérieuse, de l'innovation en tant que telle jusqu'à l'élaboration des politiques organisationnelles.

Le présent guide se veut une ressource à l'intention de tous les professionnels de la santé pour la mise en œuvre de changements de pratiques fondés sur des données probantes.

Un changement de pratiques peut prendre différentes formes :

- recommandation(s) issue(s) de guides de pratique clinique ou d'une revue systématique de la recherche;
- changement d'une procédure habituelle de pratique;
- nouvelle technologie.

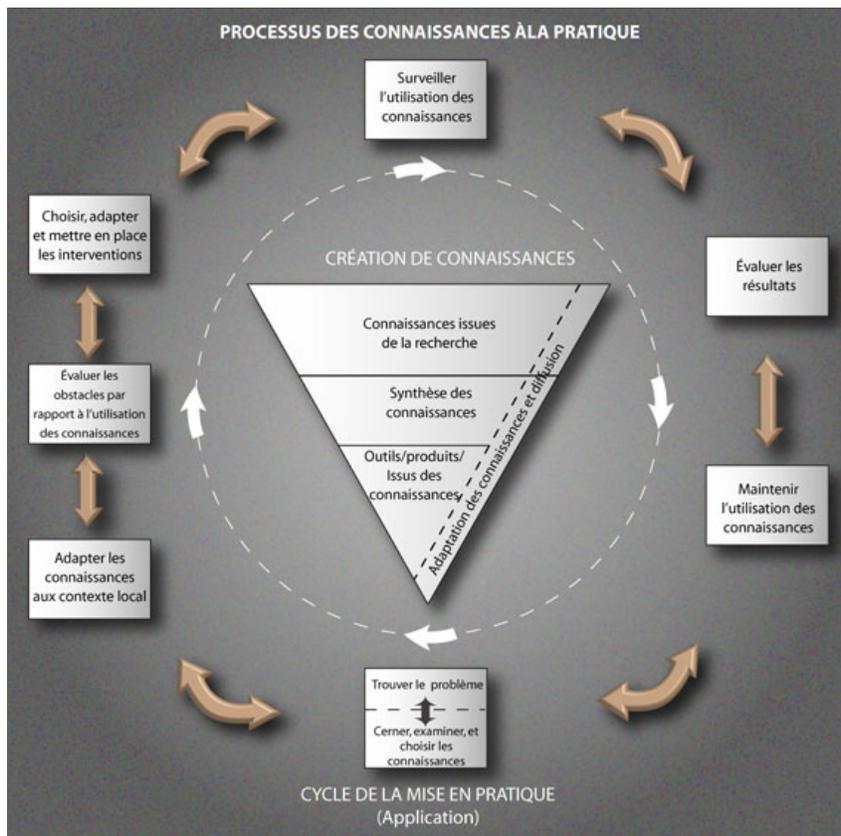
Il existe plusieurs modèles capables de nous guider dans l'application des données probantes à la pratique. L'un d'entre eux, très utile, est le cadre « Des connaissances à la pratique » (CAP) (Graham et coll., 2006), dans lequel on présente la relation qui existe entre la création de connaissances et les sept étapes de la mise en œuvre. Le processus est complexe et dynamique, chacune des étapes exerçant une influence sur les autres. Il peut être appliqué à différents contextes ou milieux de travail, qui auront également une incidence sur le processus. Pour obtenir plus de renseignements sur l'application des connaissances, visitez le site Web des IRSC (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>).

Le présent guide traite de trois étapes de mise en œuvre correspondant à trois des étapes du cadre « Des connaissances à la pratique » (voir ci-dessous) :

1. adapter les données probantes au contexte local;
2. évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances;
3. choisir, adapter et mettre en place les interventions.



Le cycle des connaissances à la pratique (Graham et coll., 2006)



Reproduction autorisée par le *Journal of Continuing Education in the Health Professions*.

Cycle des connaissances à la pratique

Certaines étapes déterminantes ont été jugées nécessaires pour combler les lacunes dans le passage des connaissances à la pratique. Pour des raisons pratiques, ces étapes sont décrites comme faisant partie d'un cycle; les intervenants sont tous situés à des étapes différentes du cycle des connaissances à la pratique.

Au centre du cycle des connaissances à la pratique se trouve l'« entonnoir des connaissances ».

Cet entonnoir représente le processus par lequel les connaissances sont perfectionnées, synthétisées et adaptées aux besoins des utilisateurs finaux des connaissances comme les professionnels de la santé et les responsables des politiques.

L'« entonnoir des connaissances » comporte trois niveaux différents :

1. recherche de connaissances;
2. synthèse des connaissances;
3. outils ou produits des connaissances.

Le cycle de la pratique représente les étapes d'activité qui, selon les théories du changement planifié, sont nécessaires pour que l'application des connaissances produise un changement sciemment conçu dans des groupes de tailles et de milieux variés.



Voici les sept étapes du cycle de la mise en pratique :

1. déterminer les lacunes dans le passage des connaissances à la pratique;
2. adapter les connaissances au contexte local;
3. évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances;
4. choisir, adapter et mettre en place les interventions;
5. surveiller l'utilisation des connaissances;
6. évaluer les résultats;
7. maintenir l'utilisation des connaissances.

D'autres ressources, qui peuvent être trouvées dans la documentation et en ligne, sont énumérées pour les autres étapes du processus de mise en œuvre (comme l'établissement d'objectifs et l'évaluation du processus); elles ne seront pas étudiées en détail dans le présent guide.

Comment utiliser ce guide

Chacune des sections du présent guide traite d'une étape précise de la mise en œuvre et contient les sections suivantes :

Cible – Ce que vous accomplirez lors de cette étape.

Pourquoi est-ce important? – Le but de l'étape.

Information sur le contexte – Le résumé de l'étape.

Des questions et pistes de réflexion par rapport à l'étape.

Passer à l'action – La décomposition de l'étape en petites actions menant à sa réalisation.

Exemples concrets – Présentation de scénarios illustrant l'étape.

Ressources – Ressources accessibles dans la documentation et en ligne pour obtenir de plus amples renseignements ou de l'aide. Un clic sur le lien souligné vous dirigera vers la ressource en ligne (si vous êtes connecté à Internet).

Notes – Espace vide pour vos propres idées et réflexions.

D'autres ressources se trouvent en annexe à la fin du présent document :

- Bibliographie (annexe A)
- Glossaire (annexe B)
- Algorithme du processus de prise de décision fondé sur des données probantes (annexe C)
- Facteurs qui influencent les comportements et les intentions relativement aux soins de santé : modèle théorique (annexe D)
- Tableau pour consigner les obstacles, les éléments facilitateurs et les stratégies de mise en œuvre (annexe E)
- Exemples d'obstacles et d'éléments facilitateurs (annexe F)
- Questions d'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs (annexe G)
- Liste de vérification pour la mise en œuvre (annexe H)

Le processus de mise en œuvre n'étant pas linéaire, il est conseillé de lire le guide en entier avant d'entreprendre un projet de changement de pratiques.



Facteurs importants à considérer

Parfois, nous voulons nous engager sur-le-champ dans un changement après avoir découvert une innovation susceptible d'améliorer les pratiques et les résultats pour les patients dans notre milieu. Bien que cet enthousiasme soit très important, il est essentiel que nous franchissions les étapes initiales de la mise en œuvre en organisant et en clarifiant soigneusement les éléments suivants :

- le but poursuivi par l'adoption du changement (quel est ce but, exactement?);
- les intervenants qui peuvent être touchés par le changement;
- les données probantes qui démontrent la nécessité du changement.

Chaque étape du processus de mise en œuvre est importante et nécessite qu'on y consacre du temps et des ressources. Dans certains cas, le changement peut s'effectuer très rapidement, alors que dans d'autres cas, il pourrait nécessiter plus de temps.

Voici les étapes qui doivent être franchies avant de poursuivre le processus de mise en œuvre :

- Une question ou une inquiétude a été soulevée dans ma pratique ou dans mon milieu de pratique.
 - Des intervenants ont été réunis pour discuter de la question et examiner les données probantes.
- Des données probantes à l'appui d'une innovation ou d'un changement de pratiques ont été découvertes ou créées, puis évaluées.
 - La qualité des données probantes a été évaluée.
 - Les meilleures données probantes ont été mises en évidence (une ou plusieurs sources).
- Les écarts entre les données probantes (au sujet de ce qui devrait se produire) et les pratiques actuelles dans mon milieu ont été cernés par des mesures.
 - Des données de référence ont été recueillies dans mon milieu de pratique au sujet de l'état actuel des pratiques.
 - On a déterminé si cette inquiétude est suffisamment pertinente pour justifier la mise en œuvre d'un changement, compte tenu des conclusions.
 - Les objectifs du changement de pratique ont été consignés et sont mesurables.
 - La cible du changement de comportement a été établie (Qui? Où? Quand? Quoi? Pendant combien de temps?). *Exemple : Tous les patients admis à l'unité feront l'objet d'une évaluation du risque de plaies de pression à l'aide de l'échelle de Braden dans les 24 heures suivant leur admission.*

La mise en œuvre n'est pas une entreprise individuelle. Une équipe devrait être formée pour préparer le processus et le mener à bien. Les membres de l'équipe peuvent être des intervenants et d'autres parties intéressées par l'amélioration des résultats du point de vue des soins aux patients. Cette équipe pourrait être nommée « groupe de travail » ou « comité directeur ». La composition de ce groupe pourra changer au fil du temps et en fonction des questions à l'étude. Il est important de désigner une personne responsable qui fera office de porte-parole et de gestionnaire de projet.

Réflexion

Les étapes initiales de la mise en œuvre nécessitent une réflexion constante au sujet des décisions prises et de celles qui devront l'être. À cette étape du processus, réfléchissez aux questions suivantes :



- Est-ce que la question ou l'objectif est clairement énoncé(e)? Comment saurai-je que le résultat visé a été atteint?
- Ai-je mobilisé tous les intervenants concernés par le processus? Ai-je mobilisé des intervenants de tous les échelons de l'organisation? Que puis-je faire pour m'assurer de ne pas avoir oublié un intervenant essentiel?
- Quel est le point de vue des intervenants sur le changement de pratique proposé?
- Les objectifs du changement de pratiques sont-ils précis et mesurables? Comment peuvent-ils être mesurés ou observés?
- La cible du changement de pratique est-elle atteignable et réalisable?

Pour en savoir plus sur la façon de franchir ces étapes, veuillez consulter la liste de ressources ci-dessous.

Ressources <http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-clinical-practice-guidelines>

[Instituts de recherche en santé du Canada : À propos de l'application des connaissances aux IRSC](#)

[Instituts de recherche en santé du Canada : Introduction au processus décisionnel fondé sur des faits](#)

[Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario : Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique](#)

[Research, Quality and Outcomes Management : Toolkit for Promoting Evidence-Based Practice](#) [en anglais seulement]

[Instituts de recherche en santé du Canada : Des connaissances à la pratique : Recueil de cas d'application des connaissances](#)

[The AGREE Collaboration : Appraisal of guidelines for research and evaluation \(AGREE II\) instrument](#) [en anglais seulement]

[Instituts de recherche en santé du Canada : Évaluation critique des études d'intervention](#)

[University of Kent : Critical Appraisal of the Journal Literature](#) [en anglais seulement]

[KT Clearinghouse : Identifying Gaps between Evidence and Practice](#) [en anglais seulement]

[Journal de l'Association médicale canadienne : The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps](#) [en anglais seulement]

[Centre de collaboration nationale des méthodes et outils : Introduction à la prise de décisions fondée sur des données probantes](#)



Procéder au changement : Étapes de la mise en œuvre

Cible 1 : Adapter les connaissances à votre milieu de pratique local

Pourquoi est-ce important?

Que vous cherchiez à changer les pratiques en fonction de données probantes issues d'un guide de pratique clinique ou des recommandations d'une revue systématique, vous devez tenir compte de la compatibilité des pratiques recommandées avec votre situation. De nombreux aspects peuvent influencer sur votre décision à propos de cette compatibilité.

Les conclusions tirées des données probantes de la recherche sont fondées sur des échantillons de populations qui peuvent ou non ressembler à votre milieu de pratique. De même, les recommandations de guides de pratique clinique peuvent ne pas correspondre aux valeurs et aux croyances de votre groupe de patients ou du personnel, ou peuvent nécessiter l'utilisation d'équipement ou d'autres ressources qui ne vous sont pas facilement accessibles. Certaines recommandations peuvent être vagues ou manquer de clarté quant aux approches souhaitées. Par conséquent, il peut s'avérer nécessaire d'adapter les recommandations pour assurer la compatibilité avec votre milieu et la cohérence avec les données probantes. L'adaptation des recommandations à votre milieu de pratique est une étape nécessaire à une mise en œuvre réussie.

Dans cette section, vous en apprendrez plus au sujet des différents processus d'adaptation des recommandations de données probantes de la recherche pour assurer la compatibilité avec votre milieu de pratique local.

Information sur le contexte

L'adaptation de recommandations à partir de données probantes pour qu'elles soient compatibles avec votre situation est un exercice crucial pour améliorer vos chances de succès quant à la mise en œuvre d'un changement. À cette étape du processus, vous avez établi des objectifs de changement des comportements fondés sur des données probantes, par exemple :

- guides de pratique clinique;
- synthèse de la littérature scientifique (revues systématiques, séries d'études individuelles, etc.);
- projets de recherche élaborés dans votre milieu (une attention appropriée doit être accordée à la qualité et à la généralisabilité);
- consensus local dans votre milieu et validation (professionnels de la santé ou patients et familles);
- combinaison de sources.

À cette étape, vous avez déjà évalué la solidité (qualité) des données probantes et avez effectué un tri pour ne conserver que les meilleures d'entre elles et leurs recommandations connexes. La prochaine étape consisterait à adapter les recommandations des données probantes pour les rendre « utilisables » dans votre milieu. Le processus d'adaptation doit être systématique et participatif et tenir compte de nombreux facteurs.

Vous devrez considérer la réalité de votre milieu, ce qui sera utile pour la prochaine étape, dans laquelle vous évalueriez formellement les obstacles et les éléments facilitateurs à la mise en œuvre d'un changement de pratiques.



Réflexion

Réfléchissez aux données probantes provenant de votre milieu de pratique lors de l'adaptation des recommandations issues de guides de pratique clinique pour la mise en œuvre ([Harrison et coll., 2010](#)).

- Y a-t-il des problèmes de pratique précis concernant mon milieu? Quelles sont les données qui indiquent qu'il y a un problème ou qu'il pourrait y en avoir un?
- Quels sont les besoins de mon milieu?
- Quelles sont les priorités établies dans mon milieu?
- Quelles sont les lois, les politiques ou les ressources qui pourraient entraver ou faciliter certains aspects des données probantes dans mon milieu?
- Quel est le champ d'activité du groupe cible de mon milieu (p. ex. infirmières, physiothérapeutes, etc.)?
- Les données probantes sont-elles compatibles avec les modèles de prestation des soins de mon milieu de pratique?
- Cette pratique pourrait-elle être maintenue au fil du temps, compte tenu des priorités de mon milieu et de la population cible?

Afin de faciliter la mise en œuvre et concrétiser et clarifier les attentes, créez un outil à l'appui du changement de pratiques, comme un protocole ou une procédure, un algorithme qui présente les étapes et les points de décisions cliniques pour les soins des patients, ou des outils de documentation nouveaux ou adaptés. Le produit final du processus d'adaptation nécessite de la créativité et une compréhension des éléments qui seront utiles dans votre milieu de pratique.

Un manuel et une trousse, appelés « processus ADAPTE », ont été élaborés récemment pour orienter l'adaptation des guides de pratique clinique. Ce processus guide l'utilisateur au cours de trois étapes d'adaptation : planification et mise au point, adaptation et élaboration. En fonction du document que vous souhaitez adapter, de la conscience des obstacles et des éléments facilitateurs déjà connus dans votre milieu et des ressources qui y sont disponibles, vous pouvez adapter le processus ADAPTE et utiliser les étapes qui conviennent le mieux à votre situation. Lorsque vous suivez le processus ADAPTE, le résultat final peut consister en :

- l'adoption d'un guide de pratique clinique inchangé;
- la traduction du matériel et l'adaptation du format;
- la modification et la mise à jour de recommandations;
- la production d'un guide sur mesure (peut comprendre l'adoption d'une partie ou de sections d'un guide de pratique clinique).

En règle générale, le processus d'adaptation d'un guide de pratique clinique au milieu se déroule comme suit :

- Évaluer la qualité, l'actualité et la cohérence des recommandations en fonction des données probantes sous-jacentes (c.-à-d. évaluer la source ou la recherche primaire à la base de chaque recommandation).
- Adapter le document pour répondre aux besoins et respecter les priorités du milieu, s'il y a lieu, tout en assurant la cohérence avec les données probantes. Il peut s'agir de choisir certaines recommandations dont les données probantes sont solides et qui peuvent être mises en œuvre à l'échelle locale, de modifier les recommandations (en fonction de nouvelles données probantes) ou d'utiliser les meilleures recommandations issues de plusieurs guides de pratique clinique pour créer un guide local.



- Structurer les recommandations de façon à ce qu'elles comportent des énoncés sur des cibles en matière d'amélioration de la qualité (c.-à-d. des objectifs pour l'évaluation du changement de pratique).
- Réfléchir à des activités de mise en œuvre (comme la conception de messages, la modification de formulaires de documentation et l'obtention de ressources) lors de l'adaptation des guides de pratique clinique. Ces considérations vous aideront lors des étapes suivantes du processus de mise en œuvre.
- Rédiger la version définitive du document adapté en vous basant sur les commentaires formulés par les intervenants et, dans certains cas, par ceux qui ont préparé le guide de pratique clinique d'origine.
- Rédiger le guide final et mettre en place un processus de mise à jour.

Par ailleurs, d'autres groupes ont élaboré des processus d'adaptation des connaissances fondées sur des données probantes concernant des groupes précis, qui peuvent être utiles pour obtenir une bonne compatibilité entre les données probantes et les conditions menant à une mise en œuvre réussie. Par exemple, la division des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies chargée de la prévention du VIH/sida (2006) a préparé des guides sur l'adaptation de recommandations dans des domaines précis de la pratique. CAN-IMPLEMENT© ([Harrison et van den Hoek, 2011](#)) est aussi une ressource utile en matière d'adaptation de guides et de planification de la mise en œuvre. Dans ce document, le processus ADAPTE est simplifié pour favoriser l'adaptation des documents sur le traitement du cancer et comprend un volet de diffusion et de planification de la mise en œuvre. Il peut être utile de consulter la documentation existante dans votre domaine de spécialité pour voir des exemples d'adaptation.

Passer à l'action

- 1) Trouvez la ou les sources des données probantes que vous désirez mettre en œuvre (par exemple, guide de pratique clinique, revue systématique, etc.).
 - a) Effectuez cette étape en tenant compte de votre objectif de changement de pratique.
- 2) Tout au long du processus, communiquez avec les intervenants et faites-les participer. Il est possible de créer un sous-comité chargé de prendre des mesures à l'égard de l'adaptation.
- 3) Adaptez les recommandations des données probantes en respectant un processus normalisé, par exemple le processus ADAPTE. *Remarque : selon vos besoins, il se peut que vous n'ayez pas à suivre le processus ADAPTE en entier.
- 4) Créez un document écrit du guide adapté dans le format et la langue finaux des recommandations pour le changement de pratiques, comme un algorithme, un tableau, etc. *Remarque : l'utilisation du processus ADAPTE vous mènera à cette étape.
- 5) Vous pourriez avoir à réexaminer les problèmes d'adaptation lors d'étapes ultérieures du processus de mise en œuvre. Par exemple, si des obstacles imprévus sont rencontrés ou si les cliniciens trouvent que les recommandations manquent de clarté, vous pourriez devoir peaufiner ou revoir ces dernières.

Réflexion

Réfléchissez sur les décisions prises jusqu'à maintenant :

- Sommes-nous toujours sur la bonne voie pour atteindre l'objectif fixé? Cet objectif doit-il être modifié?
- Devons-nous revenir sur nos pas et réfléchir à nouveau à des décisions déjà prises?
- Quelles hypothèses avons-nous formulées? Tiennent-elles toujours la route?
- La composition de l'équipe convient-elle toujours?



- Est-ce qu'une personne ou un groupe au sein de l'organisation pourrait contribuer à la poursuite de cette étape?
- En tant que responsable de projet, quel est mon rôle à cette étape?
- En tant que leader au sein de l'organisation, que puis-je faire pour contribuer au changement de pratique à cette étape?

Exemples concrets

Exemple 1 : Adaptation d'un guide de pratique clinique relativement aux soins de la peau pour prévenir l'érythème fessier chez les patients en oncologie pédiatrique

Les infirmières d'une unité d'oncologie pédiatrique s'inquiétaient de l'incidence élevée d'érythème fessier chez les nourrissons et les tout-petits qui suivent des traitements de chimiothérapie. Les infirmières en pratique avancée, en consultation avec les infirmières soignantes, ont manifesté le souhait de mettre en œuvre un changement de pratique pour prévenir l'érythème fessier. Une revue de la littérature a permis de trouver un guide de pratique clinique concernant l'érythème fessier préparé dans un autre hôpital pour enfants.

S'inspirant des recommandations du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) et du processus ADAPTE, tout en consultant les intervenants (infirmières et familles), l'hôpital pour enfants a adapté le guide de pratique clinique de Pittsburgh. Dans ce nouveau guide sont présentées les recommandations pour la prévention de l'érythème fessier ainsi qu'un algorithme à afficher au chevet du patient à titre de guide et de rappel à l'intention des infirmières et des parents.

Exemple 2 : Adaptation d'un guide de pratique clinique fondé sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une recommandation précise

Un groupe de travail qui se consacrait à la réduction du taux de plaies de pression dans un hôpital a choisi de mettre en œuvre un guide de pratiques exemplaires précis. Cependant, l'une des recommandations énonçait que, dans un hôpital de soins de courte durée, l'évaluation du risque chez les patients devait être effectuée toutes les 48 heures. La qualité des données probantes était de niveau C (opinion personnelle d'un chercheur de pointe dans le domaine, mais non fondée sur un projet de recherche). Les intervenants (infirmières cliniciennes qui travaillent dans des unités achalandées de malades hospitalisés) ont exprimé de sérieux doutes quant à la faisabilité de l'exécution de l'évaluation toutes les 48 heures. Le groupe de travail a donc décidé de ne pas intégrer cette étape aux politiques et au protocole, compte tenu du manque de données probantes de la recherche à l'appui de cette pratique.

Exemple 3 : Adaptation d'un guide de pratique clinique pour améliorer l'atteinte des objectifs généraux

Un groupe de travail qui se consacrait à la réduction du taux de plaies de pression dans un hôpital a choisi un guide de pratique clinique, déjà publié, pour le mettre en œuvre. Le guide contenait 34 recommandations, dont plusieurs étaient vagues ou générales, et n'étaient pas fondées sur des données de recherche solides. Certaines des recommandations portaient sur des pratiques qu'il serait plus compliqué de changer ou pour lesquelles les résultats ne seraient pas immédiatement visibles. Le groupe de travail a décidé d'entreprendre la mise en œuvre en se concentrant sur les recommandations portant plus précisément sur l'évaluation et de convertir les recommandations d'intervention en un algorithme résumant les étapes à suivre dans le cas d'un examen particulier. On en a ensuite créé des guides de poche et des affiches à l'intention des praticiens et des patients à titre de référence ou de rappel.



Ressources

[Journal de l'Association médicale canadienne : Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use](#) [en anglais seulement]

[ADAPTE : Guideline adaptation: A resource toolkit](#) [en anglais seulement]

[AIDS Education Prevention : Adapting evidence based behavioural interventions for new settings and target populations](#) [en anglais seulement]

[CAN-IMPLEMENT : Partenariat canadien contre le cancer](#)

Notes

Procéder au changement : Étapes de la mise en œuvre

Cible 2 : Cerner les obstacles et les éléments facilitateurs à la mise en œuvre dans votre milieu

Pourquoi est-ce important?

Que vous prévoyiez la mise en œuvre d'un changement de pratique à petite échelle dans votre clinique ou d'un guide de pratique clinique sur plusieurs sites, un tableau clair des questions ou des problématiques importantes propres à la situation vous aidera à mettre au point votre approche quant au choix de stratégies de mise en œuvre. Ces stratégies peuvent être plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux obstacles existants ou lorsqu'elles intègrent les éléments facilitateurs relevés dans le milieu.

La présente section vous permettra de mieux comprendre les facteurs qui peuvent contribuer à la mise en œuvre ou représenter des défis dans votre milieu de pratique, et vous apprendrez à cerner systématiquement ces éléments afin de créer un plan d'action.

Information sur le contexte

Dans le contexte de la mise en œuvre, un obstacle peut être défini comme tout facteur qui peut entraver le processus de mise en œuvre ou représenter un défi. Inversement, un élément facilitateur est considéré comme tout facteur qui peut contribuer au processus.

Les obstacles à la mise en œuvre et ses éléments facilitateurs peuvent être mis en évidence en étudiant les caractéristiques :

- de l'innovation ou du changement de pratique;
- des fournisseurs de soins individuels;
- du milieu de pratique;
- de l'organisation.

Chacune de ces caractéristiques comporte ses propres facteurs à considérer. Voici quelques exemples de facteurs qui peuvent être vus comme des obstacles au processus de mise en œuvre ou comme des éléments facilitateurs de ce processus :



1. Caractéristiques de l'innovation ou du changement de pratique

Les caractéristiques de l'innovation ou du changement de pratique peuvent être perçues comme des obstacles à leur mise en œuvre ou comme des éléments facilitateurs. Cette perception peut façonner les attitudes et les opinions de chacun des fournisseurs de soins qui participent à la mise en œuvre. Par exemple, lorsque les praticiens ne perçoivent aucun avantage ajouté associé au changement recommandé, des stratégies différentes ou plus intensives peuvent être nécessaires pour influencer sur le changement de pratique.

Rogers soutient que la facilité avec laquelle une innovation est adoptée dépend de notre perception de cinq grands attributs. Des personnes différentes peuvent avoir des opinions différentes à propos de n'importe lequel des attributs. [Greenhalgh et coll. \(2004\)](#) ont indiqué pour leur part qu'il existe des preuves directes et solides, de qualité modérée à élevée, que la perception des attributs influence l'utilisation des données probantes dans le contexte des soins de santé.

| Attribut | Définition | Exemple |
|------------------|---|--|
| Avantage relatif | La perception que l'innovation est ou non une amélioration par rapport aux pratiques en place. « Est-ce que ce sera une amélioration par rapport à ce que je fais déjà? » | Dans le cadre d'une initiative à l'échelle de l'hôpital, un guide de pratique clinique pour la prévention des plaies de pression a été mis en œuvre dans une unité de soins où le taux de prévalence était de 0 % au départ. À long terme, la pratique n'a pas été conservée, puisque les infirmières ont affirmé qu'elle n'était « pas pertinente » pour leurs patients. |
| Compatibilité | La perception que l'innovation s'inscrit ou non dans la continuité des valeurs et croyances du milieu (culture). « L'innovation est-elle conforme à mes croyances sur la façon de résoudre ce problème? » | Lors de la mise en œuvre d'un changement de pratique pour faire la promotion des soins axés sur la famille, les infirmières qui accordent de l'importance à l'opinion des familles pourraient être plus ouvertes aux changements que celles qui n'accordent pas d'importance à la participation des familles dans les soins. |
| Complexité | La perception du degré de difficulté ou de facilité de l'innovation. « Est-ce que j'aurai seulement l'impression d'avoir plus de travail? » | La réduction du recours à un « gardien » ou à des contentions pour les aînés après une intervention chirurgicale pourrait s'avérer complexe : plusieurs types de changements pourraient être requis de la part de différents intervenants. Par exemple, les médecins pourraient devoir modifier et harmoniser leurs ordonnances. Les infirmières pourraient devoir acquérir de nouvelles compétences pour évaluer le delirium et intervenir. |



| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Possibilité de faire des essais | La mesure dans laquelle l'innovation se prête à l'expérimentation initiale et aux essais. « Est-ce qu'il sera trop difficile de simplement l'essayer? » | Les infirmières doutaient d'un changement de pratique nécessitant des doubles vérifications indépendantes lors de l'administration de médicaments à haut risque pour améliorer la sécurité des patients. On a demandé à deux volontaires d'essayer cette pratique pendant un mois. Les résultats ont été indéniables : la sécurité des patients s'était améliorée de façon significative, et les autres infirmières étaient désormais plus en faveur de la nouvelle pratique. |
| Observabilité | La mesure dans laquelle des résultats de l'innovation sont visibles. « Est-ce qu'il sera facile de voir les résultats? » | Une innovation visant à améliorer le traitement de la douleur est plus visible qu'une innovation visant la promotion des soins axés sur la famille. |

Pour en savoir plus, consultez *Diffusion of Innovations* (Rogers, 2003).

D'autres chercheurs décrivent des attributs qui sont directement liés à l'adhésion à des recommandations issues de guides de pratique clinique. Outre les attributs présentés ci-dessus, les plus populaires sont les suivants :

| Attribut | Définition | Exemple |
|---------------------------------------|--|--|
| Données probantes citées comme source | Les recommandations fondées sur des données probantes de la recherche sont plus susceptibles d'être suivies. | Une étude a permis d'évaluer les facteurs qui influencent la propension des chirurgiens à utiliser une technique novatrice de suspension à l'aiguille avec treillis chez les patients souffrant d'un prolapsus génito-urinaire. Leur décision était le plus fortement influencée par la qualité des preuves scientifiques à la base de la technique (Hinoul et coll., 2010). |
| Controverse | Les recommandations qui ne suscitent pas de controverse sont plus susceptibles d'être suivies. | Il est fréquent de surveiller en continu le pouls du fœtus de façon électronique pendant le travail et l'accouchement normaux, malgré la publication de guides de pratique clinique qui découragent cette pratique. De nombreux praticiens s'opposent à cette recommandation en raison de préoccupations d'ordre médical et juridique. |



| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Clarté | Les recommandations explicites sont plus susceptibles d'être suivies. | Ce qui suit est la traduction d'une recommandation figurant dans un guide de pratique clinique traitant de l'intervention en situation de crise : « La prestation d'une intervention en situation de crise est fondée sur un cadre intégrateur » (RNAO, 2002). Puisqu'on n'y trouve aucune mesure clairement définie à l'intention des utilisateurs, cette recommandation est moins susceptible d'être suivie. |
| Changement dans les habitudes | Les recommandations qui ne nécessitent pas de changement dans les habitudes sont plus susceptibles d'être suivies. | Il existe des données probantes solides en faveur de l'administration d'antibiotiques à titre préventif et à intervalles prédéfinis avant et après l'opération chez les patients qui subissent une chirurgie gastro-intestinale. Dans un certain hôpital, l'adhésion au protocole d'administration d'antibiotiques à titre préventif a été bien en deçà du seuil optimal, mais des chirurgiens ont demandé d'acheter des éponges imbibées d'antibiotiques pouvant être utilisées pendant les interventions. Cette pratique semblait devoir entraîner moins de changements dans les habitudes. Cette demande a toutefois été refusée, et les chirurgiens ont été exhortés à respecter le protocole existant (Pan et Dendukuri, 2010). |

Pour plus de détails, consulter [Grol et coll. \(1998\)](#).

Des personnes œuvrant dans diverses disciplines de la santé et dans des milieux disparates peuvent être influencées de façon différente par leurs perceptions à l'égard d'attributs particuliers de l'innovation ou du changement de pratiques.

Par exemple, les médecins pourraient accorder une plus grande importance au fait que les recommandations sont fondées sur des données probantes par rapport à d'autres disciplines. Pour en savoir plus, veuillez consulter [Langley et Denis \(2011\)](#) et [Goosens et coll. \(2008\)](#).

2. Caractéristiques des fournisseurs de soins individuels

Les fournisseurs de soins individuels sont tous les fournisseurs de soins de santé de votre milieu qui seront visés par le changement de pratique. Leur attitude, leurs connaissances et leurs compétences peuvent avoir une incidence sur la culture d'un milieu de pratique et influenceront l'adoption du changement souhaité. Par exemple, si un changement concerne le processus du transfert de patients,



les infirmières pourraient être directement appelées à changer leur comportement. Les coordonnateurs d'unités et les préposés aux malades seraient eux aussi touchés par ce changement, mais pourraient avoir des points de vue différents sur le changement.

Réflexion

Les caractéristiques perçues de l'innovation influencent également les attitudes et les opinions des personnes. Réfléchissez aux questions suivantes (Rogers, 2003) :

- L'innovation est-elle perçue comme une amélioration par rapport aux mesures déjà en place?
- L'innovation s'inscrit-elle dans la continuité des valeurs existantes, des expériences antérieures de changement et des besoins des personnes?
- L'innovation est-elle complexe? À quel point sera-t-elle difficile à comprendre?
- L'innovation peut-elle être d'abord essayée à petite échelle?
- Les résultats de l'innovation seront-ils facilement observables?

Voici quelques exemples de facteurs à prendre en compte avec les fournisseurs de soins individuels lors de l'évaluation des obstacles à la mise en œuvre et de ses éléments facilitateurs :

| Facteur | Définition | Exemple |
|--------------------------|--|---|
| Compétence | Il s'agit des connaissances ou des compétences nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation. | L'innovation peut nécessiter d'apprendre à utiliser un dispositif technologique ou de comprendre un processus morbide. |
| Attitudes et opinions | Les intervenants peuvent avoir des attitudes et des opinions différentes à propos de l'innovation en tant que telle ou du changement aux pratiques existantes. | Dans certains environnements de travail, le changement peut être considéré comme un élément perturbateur. Le maintien du statu quo peut gêner la mise en œuvre du changement de pratique. |
| Motivation du changement | La motivation à changer de comportement peut dépendre du degré de satisfaction des personnes à l'égard de leur propre performance. Il peut s'agir d'une reconnaissance progressive, ou celle-ci peut être motivée par un événement précis. | Un incident négatif pendant lequel la santé d'un patient a été compromise en raison d'une connaissance insuffisante d'un processus morbide peut être le signe de la présence de points à améliorer pour le praticien. |



| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Caractéristiques individuelles | Il a été démontré que les caractéristiques individuelles des professionnels de la santé ont une influence sur leur utilisation des données probantes dans leur travail. | Dans une revue systématique mise à jour, Squires et coll. (2011) ont cerné des caractéristiques individuelles qui ont une incidence positive sur l'utilisation par les infirmières des données probantes dans leur travail : avoir une attitude positive à l'égard de la recherche, assister à des conférences, détenir un diplôme d'études supérieures, assumer un rôle de leader ou un rôle important, avoir une spécialisation clinique et être satisfaites de leur emploi. |
|--------------------------------|---|--|

Réflexion

Les théories sociocognitives peuvent aider à mieux comprendre le comportement des professionnels de la santé et fournir des indications pour vous aider à choisir le type de stratégie de mise en œuvre à utiliser. Elles peuvent servir à mieux orienter le processus de mise en œuvre. [Godin et coll. \(2008\)](#) ont constaté que la Theory of Planned Behavior [théorie du comportement planifié] (Ajzen, 1991) convenait à l'étude des attitudes et des croyances associées au comportement des professionnels de la santé. Voici quelques exemples de théories que vous pourriez vouloir consulter :

- Theory of Reasoned Action [théorie de l'action raisonnée] ([Fishbein et coll., 1975](#))
- Theory of Interpersonal Behavior [théorie des comportements interpersonnels] ([Triandis, 1980](#))
- Social Cognitive Theory [théorie sociocognitive] ([Bandura, 1986](#))
- Transtheoretical Model of Change [modèle transthéorique du changement] ([Prochaska et Velicer, 1997](#))

Vous trouverez à l'[annexe D](#) un modèle permettant de déterminer les facteurs qui peuvent influencer sur les comportements et les intentions des professionnels de la santé.

3. Caractéristiques du milieu de pratique

Le milieu de pratique comprend les personnes et les caractéristiques des patients du ou des endroits où l'innovation sera introduite. Cette catégorie tient également compte de la taille du milieu (qui ne peut habituellement pas être changée), des ressources locales et de la présence de leaders transformationnels.

Voici quelques exemples de facteurs relatifs au milieu de pratique à considérer, qui pourraient être des obstacles à la mise en œuvre ou des éléments facilitateurs :



| Facteur | Définition | Exemple |
|-----------------------------|--|---|
| Caractéristiques du patient | Les préférences du patient et de la famille peuvent entraver ou faciliter le processus de changement. Les résultats des traitements, les résultats en matière de soins de santé et les préférences concernant la participation à certaines activités liées aux soins peuvent être influencés par la culture, les croyances et les expériences antérieures du patient. Les opinions des fournisseurs de soins quant aux caractéristiques des patients comme l'âge et le genre ou le type et la gravité de la maladie peuvent aussi influencer leurs procédures habituelles de soins. | <p>La conviction qu'un groupe démographique de patients ont en général de meilleures capacités de lecture et d'écriture peut avoir un effet sur l'approche adoptée par les praticiens pour enseigner à ce groupe.</p> <p>Les jeunes adultes atteints de déficits cognitifs importants pourraient être incapables de participer aux mesures d'autogestion, même s'il est recommandé de valoriser ces compétences.</p> |
| Champions | Les champions sont des personnes désignées pour assurer la promotion du processus de mise en œuvre en encourageant ou en aidant les autres à adhérer à l'innovation, ou en les convainquant de le faire. Les champions peuvent être des éléments facilitateurs issus de divers échelons de l'organisation : direction, gestion ou, plus souvent, clinique. Les champions cliniques sont souvent des leaders informels qui ont une conception réaliste de leur milieu de pratique. Ils peuvent agir à titre de personnes-ressources et de mentors et participer à l'adaptation au milieu des stratégies de mise en œuvre. | <p>Les principales activités des champions sont les suivantes : sensibilisation des pairs à l'innovation, défense de l'innovation, établissement de relations positives avec les utilisateurs et communication avec d'autres professionnels et d'autres milieux de pratique. Ils peuvent aussi participer à des activités d'encadrement, d'évaluation, de rétroaction et de rappel.</p> <p>Lors de la mise en œuvre d'un guide de pratique clinique sur la prévention des chutes, l'infirmière gestionnaire d'un service de chirurgie a désigné deux championnes, une infirmière chevronnée et une autre moins expérimentée, qui avaient la confiance de différents groupes au sein du personnel infirmier.</p> |



| | | |
|------------------------------|---|--|
| Autres fournisseurs de soins | Les opinions de collègues d'autres disciplines ou d'une même discipline à l'égard de l'innovation peuvent grandement influencer la mise en œuvre de cette dernière. Parfois, le vocabulaire diffère d'une discipline à l'autre, ce qui peut donner lieu à une mauvaise communication des objectifs. | L'utilisation de filtres de dialyse réutilisables a été introduite avec prudence en raison d'opinions divergentes au sujet des avantages de cette technologie. Les néphrologues ne s'entendaient pas : certains y voyaient peu d'avantages sur le plan clinique, d'autres croyaient que ces filtres étaient risqués pour les patients et qu'ils pourraient être tenus responsables d'éventuels problèmes, et d'autres encore étaient d'avis que ces filtres pourraient permettre au service de réaliser des économies. Pour leur part, les techniciens, qui devaient être chargés de la stérilisation de ces filtres, étaient préoccupés par l'effet d'une utilisation accrue de formaldéhyde sur leur santé (Denis et coll., 2002). |
| Leaders d'opinion | Ces personnes sont considérées par leurs pairs comme importantes, dignes de confiance et influentes dans leur milieu de pratique; en outre, elles possèdent souvent une grande expertise. Un leader d'opinion est un leader informel qui peut représenter un élément facilitateur ou un obstacle au changement. | Un changement au modèle de soins nécessitait des médecins qu'ils communiquent avec l'infirmière attitrée de chaque patient, plutôt qu'avec l'infirmière en chef adjointe pour tous les patients du service. La plupart des médecins traitants étaient en désaccord avec ce changement. Le chef de service, membre actif de l'équipe, était en faveur de ce changement. Il a épaulé ses collègues, mais a fait la promotion du changement au modèle de soins. |

Réflexion

Réfléchissez à des leaders d'opinion possibles qui pourraient avoir une influence sur le processus de changement.

- Qui peut être mobilisé (éducateurs, responsables cliniques, gestionnaires locaux)?
- Pourquoi sont-ils des leaders (expertise/expérience, dignes de confiance, participation fréquente à l'évaluation des services, forte présence, etc.)?
- Leur opinion de l'innovation est-elle positive ou négative?
- Ces personnes peuvent-elles être considérées comme des obstacles au changement ou des éléments facilitateurs?
- Si elles sont considérées comme un obstacle, de quelles manières pourrait-on les faire changer d'avis?

Veillez consulter [Titler \(2002\)](#) pour obtenir des feuilles de travail et l'analyse des parties prenantes de la RNAO dans la [trousse sur la marche à suivre de la RNAO](#).



La plupart des changements de pratique sont peu susceptibles d'être adoptés de façon universelle au même moment. Certaines personnes seront plus enclines à adhérer à un changement, tandis que d'autres pourront invoquer des raisons pour s'opposer à un changement particulier. Par exemple, elles peuvent craindre la façon dont le changement les touchera personnellement ou craindre que le changement soit impossible à réaliser. Ce phénomène est si courant que des chercheurs ont défini cinq différentes catégories d'utilisateurs ([Rogers, 2003](#)). Dans un milieu de pratique donné, 40 % des personnes entrent généralement dans l'un des trois premiers groupes décrits ci-dessous. En matière de soins de santé, par exemple, les caractéristiques, les tendances d'adoption et les perceptions à l'égard des technologies didactiques étaient différentes chez les professeurs de médecine, qui sont des « utilisateurs précoces » ([Zayim et coll., 2006](#)). En raison de cette tendance, il est utile de prendre le temps de déterminer quels membres du groupe entrent dans les diverses catégories pour un changement donné et de commencer les travaux préparatoires à l'égard du changement avec eux.

- Les innovateurs prennent des risques et sont les premiers à adopter des idées nouvelles issues de l'extérieur du milieu. Ce sont eux qui ont toujours des idées plein la tête.
- Les utilisateurs précoces sont les prochains à adopter des idées, mais font toutefois preuve de prudence. Il s'agit de membres respectés de leur milieu, qui donnent des conseils à propos de l'innovation. Ils occupent souvent des postes de leaders d'opinion.
- La majorité précoce adopte les idées nouvelles juste avant la personne moyenne dans le milieu de pratique. Les membres de cette catégorie peuvent étudier les innovations pendant une longue période et soulever des questions avant de les adopter.
- La majorité tardive adopte les innovations ou les changements de pratiques par nécessité ou en raison de la pression de leurs pairs. Les membres de cette catégorie font habituellement preuve de méfiance et de prudence à l'égard des idées nouvelles.
- Les utilisateurs tardifs sont les derniers à adhérer à une innovation ou à un changement de pratiques. Adhérant à des valeurs traditionnelles, ils sont souvent méfiants à l'égard du changement et doivent être assurés du succès d'une idée nouvelle avant de l'adopter.

Remarque : Les personnes peuvent changer de catégorie d'une innovation à l'autre.

Dans un milieu de travail, les différentes catégories d'utilisateurs sont généralement bien connues! Il est important de respecter tous les groupes et de les écouter. Commencez à travailler avec les innovateurs et les utilisateurs précoces, mais portez une attention particulière aux questions soulevées par la majorité tardive et les utilisateurs tardifs. Même les plus récalcitrants peuvent avoir des préoccupations très pertinentes au sujet d'une innovation ou d'un changement de pratiques. Le fait d'être attentif aux préoccupations de chacun des groupes peut vous aider à discerner des obstacles à la mise en œuvre et à choisir les stratégies appropriées pour les surmonter. Vous pouvez réfléchir à des stratégies pour chacune des catégories d'utilisateurs. Tâchez de ne pas vous laisser abattre par la négativité!

4. Caractéristiques de l'organisation

L'organisation illustre la structure à plus grande échelle du milieu de pratique ou du système de soins de santé (p. ex. ordre supérieur à l'individu). Cette catégorie comprend notamment des caractéristiques et procédures à l'appui du changement conçues par les groupes de leadership et de gestion du système hospitalier, de la communauté et d'autres organismes gouvernementaux.

Voici des exemples de facteurs dans l'organisation lorsqu'on considère les obstacles à la mise en œuvre et les éléments facilitateurs :



| Facteur | Définition | Exemple |
|-------------------------|--|---|
| Philosophie et mission | La philosophie d'une organisation, en fonction de laquelle des priorités relativement à l'amélioration des soins ont déjà été établies, peut entraver ou favoriser la mise en œuvre d'une innovation précise. | Le ThedaCare Center s'est doté d'une vision pour l'élaboration de nouveaux modèles de soins dans une optique d'amélioration de la qualité. Ce centre possède des objectifs d'amélioration bien définis pour réduire le gaspillage et améliorer la valeur des soins prodigués aux patients. Il est reconnu comme un leader en matière d'innovation et d'excellence (ThedaCare Center for Healthcare Value, 2011). |
| Leadership formel | Les leaders formels (par exemple, les directeurs de programme, les gestionnaires et les leaders en pratique avancée) sont responsables d'instaurer une culture réceptive au changement innovateur. Cependant, cette influence peut différer d'une discipline de la santé à l'autre, puisque la structure sociale varie (p. ex. médecine par rapport aux soins infirmiers). Les leaders et le style personnel de leadership peuvent nuire au changement ou, au contraire, le faciliter. | Les principaux comportements propices à une culture d'innovation comprennent notamment la création et le maintien d'une vision claire, la promotion du changement par l'exemple, l'adhésion à la vision, l'établissement de relations positives, le mentorat et l'harmonisation des actions et des priorités à la vision énoncée. |
| Ressources et structure | Les installations, l'espace, les documents, la technologie, la dotation en personnel et la validité de la structuration du travail au sein de l'organisation peuvent avoir une incidence sur la mise en œuvre. L'accès aux nouvelles technologies et l'élaboration de nouveaux programmes de services peuvent aussi entrer en ligne de compte. Les procédures officielles déjà en place peuvent être favorables ou défavorables au processus de mise en œuvre. | La disponibilité sur place de certains services d'imagerie, les procédures d'aiguillage à la clinique, la composition et l'expérience du personnel des unités de soins, la fréquence à laquelle les patients sont examinés, les procédures de documentation et les formulaires sont tous des exemples de problèmes relatifs aux ressources et à la structure qui ont une incidence sur la mise en œuvre. Le taux de déclaration par les infirmières de l'utilisation de la recherche dans la pratique était plus élevé lorsque celles-ci avaient également une perception positive de leur milieu de travail (Cumings et coll., 2010). |



| | | |
|---------------------------|---|---|
| Ressources financières | Les ressources financières à l'appui de la mise en œuvre peuvent notamment être des fonds disponibles existants, des occasions de présenter des demandes de financement spécial par l'entremise de subventions ou une réaffectation des fonds. | Le soutien financier peut être utilisé pour l'achat d'équipement neuf, l'appui salarial pour des journées de formation, s'il y a lieu, l'embauche d'experts sur le terrain aux fins d'encadrement ou de démonstration, le recours à du personnel supplémentaire pendant une courte période de transition, l'utilisation d'une imprimante pour l'impression de feuillets d'information ou de brochures de sensibilisation des patients, etc. |
| Au-delà de l'organisation | Dans le cas des services ou des exigences qui ne dépendent pas de l'établissement, par exemple ceux dont sont chargés les administrations sanitaires, les sociétés d'assurance ou le ministère de la Santé, des règlements ou des ressources peuvent favoriser la mise en œuvre ou lui nuire. | Documentation des règlements, des définitions de rôles, des questions d'ordre médical ou juridique et des pratiques autorisées, des normes en matière de soins, etc. |

Réflexion

Réfléchissez à l'innovation que vous aimeriez mettre en œuvre :

- Quels sont l'équipement, les personnes, les services ou les installations nécessaires?
- Ces ressources sont-elles disponibles dans votre milieu de pratique? Y a-t-il trop de changements en cours à la fois? Est-ce possible de jumeler ces derniers ou de les regrouper?
- Comment les ressources peuvent-elles être mobilisées? Avec qui devez-vous discuter pour obtenir ces ressources? Envisagez la création d'une analyse de rentabilité (consulter les stratégies de mise en œuvre).
- L'acquisition de ressources aura-t-elle une incidence sur le plan financier? Quelles sont les sources de financement disponibles?
- Des ressources sont-elles disponibles pour poursuivre le changement de pratiques à long terme?
- Comment les leaders formels de votre organisation peuvent-ils être mobilisés pour faciliter la mise en œuvre?
- Quelles sont les questions éthiques à considérer pendant la mise en œuvre de l'innovation? Le projet de changement doit-il être approuvé?

Passer à l'action

- 1) Organisez-vous! Créez un tableau pour vous faire une idée des obstacles et des éléments facilitateurs OU adaptez celui qui est fourni à l'annexe E.
- 2) Il existe plusieurs façons de dégager les obstacles et les éléments facilitateurs. Avant de vous lancer dans ce processus, tenez compte des éléments suivants (pour décider de l'approche à adopter) :



- a) Ce processus peut prendre beaucoup de temps. Calculez bien le temps que vous êtes prêt à investir à cette étape. Allouez le temps et les ressources nécessaires. N'oubliez pas que prendre du temps d'entrée de jeu vous fera épargner du temps en aval!
 - b) Déterminez quelles sont les personnes qui participeront au processus (et lesquelles seront disponibles pour le faire). Envisagez de demander aux membres de votre groupe de travail de vous aider à choisir et à réaliser des évaluations relativement aux obstacles et aux éléments facilitateurs.
 - c) Ne perdez pas de vue les objectifs et les résultats du changement de pratique. Réfléchissez à votre groupe cible. Vos objectifs sont-ils réalistes?
- 3) Envisagez le recours à une ou plusieurs des stratégies existantes pour recenser les obstacles et les éléments facilitateurs :
- a) Utilisez une liste d'obstacles et d'éléments facilitateurs déjà préparée. Des classifications générales existent déjà : l'annexe F en est un exemple. D'autres classifications peuvent être consultées dans les ressources mentionnées à la fin de la présente section.
 - b) Obtenez l'opinion des fournisseurs de soins individuels, des patients ou d'autres groupes de personnes (il peut aussi s'agir du groupe d'intervenants) à l'aide des outils suivants :
 - i) Questionnaire sur les obstacles et les éléments facilitateurs relativement au changement de pratique en général;
 - ii) Questionnaire sur les obstacles et les éléments facilitateurs relativement à l'innovation ou au changement de pratique qui sera mis en œuvre;
 - iii) Questionnaire propre à la situation pour évaluer les obstacles et les éléments facilitateurs après un événement donné. Par exemple, interroger les médecins après qu'ils ont demandé un test diagnostique particulier pour connaître les raisons de cette demande ([Grol, 2005](#)).
 - iv) Questionnaire standard sur les déterminants du changement pour évaluer ce qui motive le changement.
 - v) Création ou adaptation d'un questionnaire standard ([Squires, Hutchinson et coll., 2011](#)). Consultez [Brett \(1989\)](#) et [Coyle et Sokop \(1990\)](#) pour un exemple d'outil utile, le Nursing Practice Questionnaire (NPQ) [questionnaire sur la pratique des soins infirmiers]. Voir la liste de questions à l'annexe G.
 - c) Recueillez les commentaires des fournisseurs de soins individuels, des patients ou d'autres groupes de personnes des façons suivantes :
 - i) Entretiens individuels, qui peuvent prendre la forme de conversations semi-structurées ou informelles. Voir la liste de questions de l'annexe G.
 - ii) Entretiens de groupe qui prennent la forme de conversations semi-structurées; ils peuvent également être effectués de façon informelle. Il est possible d'avoir recours à des activités de remue-méninges, à la méthode Delphi ou à des groupes de discussion.
 - d) Recueillez et analysez des observations sur les pratiques actuelles :
 - i) Auto-consignation des comportements, c'est-à-dire une méthode par laquelle les praticiens remplissent un formulaire ou tiennent un journal de leurs comportements;
 - ii) Évaluation des dossiers médicaux pour déterminer la fréquence et le contexte des comportements et des tâches en question;
 - iii) Observation des participants et des non-participants par un observateur formé qui consigne des événements ou des activités prédéterminés.
 - iv) Revue des données recueillies régulièrement dans les bases de données préexistantes.
- 4) Choisissez des stratégies pour cerner les obstacles et les éléments facilitateurs dans votre milieu. Consultez le tableau ci-dessous pour voir les avantages et les désavantages des différentes méthodes :

| Stratégie | Avantage | Désavantage |
|-----------|----------|-------------|
|-----------|----------|-------------|



| | | |
|---|---|--|
| Consulter une liste d'obstacles et d'éléments facilitateurs déjà préparée. | Moins d'engagements en matière de temps. Les facteurs les plus souvent observés sont consignés. Point de départ de la discussion. | Des facteurs particuliers peuvent être ignorés s'il s'agit de la seule approche utilisée. Les facteurs doivent tout de même être validés dans votre milieu. |
| Sonder les fournisseurs de soins individuels, les patients ou d'autres intervenants à l'aide de questionnaires. | Plus efficace lors de l'évaluation d'un échantillon de grande taille. Des questionnaires normalisés font l'objet d'un test psychométrique. | En règle générale, l'autoévaluation n'est pas très exacte. Une période d'essai peut être nécessaire. L'élaboration d'un questionnaire est une tâche complexe qui prend du temps. Plus utile dans le cadre d'un projet de recherche ou d'une mise en œuvre à grande échelle. |
| S'entretenir avec les fournisseurs de soins individuels, les patients ou d'autres intervenants. | Efficace pour des échantillons de petite taille. Le processus peut être plus approfondi qu'un questionnaire. Permet de traiter de questions qui n'auraient peut-être pas été abordées dans un questionnaire. Le suivi et la rétroaction sont facilités. Meilleure accessibilité aux forums où des groupes peuvent déjà exister (p. ex. sessions, rencontres de services, etc.). | L'organisation peut être exigeante (particulièrement les entretiens de groupe). Prend beaucoup de temps. |
| Observer | La collecte d'observations peut être relativement aisée, particulièrement dans le cas d'un échantillon de petite taille. Cette méthode peut être plus fiable que d'autres, puisqu'elle donne une bonne représentation de ce qui se produit réellement. | Certains types de comportements sont souvent non déclarés (p. ex. interventions éducatives), tandis que d'autres le sont régulièrement (p. ex. administration de médicaments). La présence d'un observateur peut influencer sur les comportements. |

Réflexion

Quelle quantité d'information est suffisante? Quelles sont les personnes que je dois sonder, et quelle devrait être la taille de mon échantillon?

Malheureusement, il n'existe aucun chiffre précis. Réfléchissez aux éléments suivants lorsque vous prévoyez sonder des personnes durant le processus d'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs :

- Le nombre de personnes dépend du type d'innovation et de la portée de la mise en œuvre. Par exemple, la mise en œuvre d'un guide de pratique clinique en matière de traitement de la douleur dans plusieurs domaines cliniques d'un hôpital peut nécessiter que vous vous entreteniez avec



plus de personnes de diverses disciplines que dans le cas d'une nouvelle technique s'adressant aux physiothérapeutes qui travaillent auprès de patients en orthopédie pédiatrique.

- N'oubliez pas : il ne s'agit pas d'un projet de recherche. Vous cherchez seulement à cerner des facteurs particuliers dans le milieu de pratique.
- Demandez-vous combien de personnes vous avez besoin de sonder pour vous sentir en confiance.
- Lorsque vous songez aux personnes avec qui réaliser la mise en œuvre, veillez à sonder des personnes de toutes les catégories d'utilisateurs et d'intervenants. Il peut aussi s'agir de patients et de leur famille.

5) Commencez l'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs en recourant aux stratégies choisies.

- a) Fixez un échéancier.
- b) Tenez les intervenants au courant du processus et des résultats.
- c) Organisez les résultats sous forme de tableau.

6) Il se peut que vous découvriez plusieurs obstacles et éléments facilitateurs dans votre milieu. Lorsque vous en ferez l'analyse, tenez compte des incidences de vos conclusions :

- a) Est-il judicieux de changer votre objectif?
- b) Quels sont les obstacles ou les éléments facilitateurs les plus importants à considérer et pour lesquels il faut prévoir des stratégies de mise en œuvre? Réfléchissez aux objectifs généraux de votre domaine de pratique local et de l'organisation, aux besoins des patients et des familles et aux valeurs des praticiens.

Réflexion

Réfléchissez aux résultats obtenus jusqu'à maintenant :

- Sommes-nous toujours sur la bonne voie pour atteindre l'objectif fixé?
- Devons-nous revenir sur nos pas et réfléchir à nouveau à des décisions déjà prises?
- Quelles hypothèses avons-nous formulées? Tiennent-elles toujours la route?
- Est-ce qu'une personne ou un groupe au sein de l'organisation pourrait contribuer à la poursuite du plan?
- En tant que chargé de projet, à cette étape-ci, quel est mon rôle?
- En tant que leader dans l'organisation, que puis-je faire pour favoriser le changement de pratique, à cette étape-ci?

Exemples concrets

Exemple 1 : Stratégies d'évaluation des obstacles à la mise en œuvre et des éléments facilitateurs d'un guide de pratiques exemplaires sur la prévention des chutes

Tout au long de l'élaboration d'un plan de mise en œuvre d'un guide de pratique clinique sur la prévention des chutes, le groupe de travail a utilisé diverses stratégies pour évaluer les obstacles et les éléments facilitateurs :

- Évaluation de l'état du matériel qui serait nécessaire à la mise en œuvre par le personnel infirmier des recommandations en matière de prévention des blessures. Deux membres du



groupe ont interrogé les gestionnaires de service pour évaluer les quantités disponibles du matériel en question.

- Lorsqu'il est devenu manifeste qu'il existait des écarts importants entre le matériel disponible dans les services et le matériel nécessaire – un obstacle majeur! –, le cadre supérieur faisant partie du groupe de travail a préparé une analyse de rentabilité (examinée en détail dans la section suivante) dans laquelle le coût annuel estimé des blessures attribuables à la chute d'un patient hospitalisé a été comparé au coût du matériel nécessaire à la mise en œuvre des recommandations. L'analyse de rentabilité a permis de démontrer que les dépenses pour le matériel se traduiraient en économies budgétaires dès la deuxième année. Le cadre supérieur a alors travaillé avec le service des finances et d'autres décideurs de l'hôpital pour obtenir une allocation budgétaire pour l'achat du matériel. L'obstacle a ainsi été converti en élément facilitateur : les cliniciens étaient ravis de constater que l'« administration » avait été attentive, et que s'« ils » avaient consacré des ressources financières à l'achat de matériel, il devait s'agir d'une question réellement importante.
- Le groupe de travail a converti les recommandations du guide en un outil facile pour aider les cliniciens à donner plus de précisions au sujet du risque de chutes d'un patient et à choisir les interventions préventives appropriées. Lorsque l'outil a été mis à l'essai auprès des cliniciens de trois unités, ces derniers ont signalé plusieurs « pépins » et des aspects qu'ils considéraient comme « non conviviaux ». Le groupe de travail a interprété les réactions des cliniciens comme un obstacle majeur à la réussite de la mise en œuvre et a revu l'outil en fonction des commentaires reçus.

Exemple 2 : L'importance d'évaluer les obstacles et non de présumer de leur existence avant d'investir des ressources dans des stratégies de mise en œuvre plus approfondies

On croit souvent que l'obstacle principal au changement de pratique est un manque de connaissances de la part des cliniciens. Cependant, plusieurs études dans le domaine de la gestion de la douleur ont démontré que souvent, même lorsque les cliniciens obtiennent d'excellents résultats à des tests de connaissances sur la douleur et son traitement, les pratiques cliniques connexes ne sont pas mises en œuvre. Une étude réalisée dans des unités néonatales de soins intensifs a révélé que les obstacles et les éléments facilitateurs à l'application de pratiques de gestion de la douleur fondées sur des données probantes par les infirmières étaient liés à leurs rapports avec les médecins de l'équipe soignante et à certaines caractéristiques des nourrissons (Latimer et coll., 2009) plutôt qu'au manque de connaissances des cliniciens eux-mêmes.

Ressources

[Journal of Clinical Nursing : An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice](#) [en anglais seulement]

[Implementation Science : Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update](#) [en anglais seulement]

[Implementation Science : Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories](#) [en anglais seulement]

[KT Clearinghouse : Examples of barriers to knowledge use](#) [en anglais seulement]

[Delphi Method: Techniques and Applications](#) [en anglais seulement]



[Focus Groups: Appendix T: Titler, M.G. Research Quality and outcomes management. Toolkit for promoting evidence based practice](#) [en anglais seulement]

Notes

Procéder au changement : Étapes de la mise en œuvre

Cible 3 : Choisir et adapter les stratégies de mise en œuvre pour cibler les objectifs et les obstacles ainsi que pour favoriser les éléments facilitateurs du changement

Pourquoi est-ce important?

Le choix et l'adaptation de stratégies qui maximiseront le succès de la mise en œuvre d'un changement de pratiques peuvent demander de la créativité et être exigeants. Il faut réfléchir sérieusement, collaborer avec les intervenants, comprendre parfaitement le milieu et posséder des aptitudes en gestion de projet. Il faut aussi adopter des stratégies adaptées à la situation : les stratégies ayant trait aux connaissances ne sont utiles que si le manque de connaissances est effectivement un obstacle!

Dans la présente section, vous en apprendrez plus sur les différentes approches qui peuvent être adoptées lors du choix de stratégies de mise en œuvre, de la création du plan et de sa mise en application.

Information sur le contexte

Selon certaines recherches, les moyens traditionnels de promotion du changement dans les pratiques, comme la diffusion de notes écrites ou la tenue de conférences, ne suffisent pas. Ces méthodes peuvent être utiles pour accroître les connaissances, mais sont moins efficaces lorsque vient le temps de changer concrètement les comportements.

Voici des approches dont on a démontré la capacité de favoriser le changement de comportement (principalement en médecine) :

- une approche de stratégies combinées adaptée aux obstacles et aux éléments facilitateurs du milieu;
- les stratégies qui ciblent plusieurs facteurs (obstacles relatifs à l'innovation et éléments facilitateurs, fournisseurs de soins individuels, milieu de pratique et organisation);
- les stratégies qui mobilisent activement les professionnels, les patients et les dirigeants.

Les stratégies de mise en œuvre ont été catégorisées et conceptualisées de différentes façons. Par exemple, on peut recourir au cadre PARIHS lorsqu'on envisage de recourir à des stratégies de mise en œuvre pour aider à organiser la réflexion sur les secteurs qui devraient être ciblés par ces stratégies. Peu importe la façon dont elles sont organisées, il est important de choisir des stratégies :

- efficaces;
- qui ciblent l'élimination des obstacles et la participation des facilitateurs de la mise en œuvre dans votre milieu de pratique;
- qui n'excèdent pas les ressources disponibles dans votre milieu (pour le processus de mise en œuvre et pour la durabilité).

Les tableaux ci-dessous fournissent quelques exemples de stratégies de mise en œuvre qui ciblent les praticiens et les patients. L'efficacité de ces stratégies a été prouvée dans un milieu de soins



(principalement en médecine) pour faire la promotion de changements de comportement auprès des professionnels de la santé (adapté de [Bero et coll. \[1998\]](#)). Vous trouverez une liste plus complète de stratégies sur le site de [KT Clearinghouse](#) (ou dans les ressources à la fin de la présente section).

Stratégies efficaces et fiables

| Type | Détails | Que nous apprennent les recherches? | Exemples d'obstacles ciblés |
|---|---|---|---|
| Visites de sensibilisation (visites de délégués médicaux) | <p>Des personnes formées visitent le milieu de pratique pour informer directement le personnel sur le changement de pratique. Les renseignements fournis peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none">• être de nature éducative;• consister en une rétroaction sur la performance individuelle;• consister en de la résolution de problèmes au sujet des obstacles au changement. | <p>D'après une évaluation menée par la Collaboration Cochrane (2008), la sensibilisation semble avoir amélioré la qualité des soins prodigués aux patients pour un certain nombre de comportements des praticiens avec des changements de pratique légers ou modérés.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Manque de connaissances• Culture/croyances• Canaux de communication déficients• Complexité de l'innovation |



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Rappels (sur papier ou électroniques)</p> | <p>Messages visant à avertir le professionnel de la santé qu'il doit poser un geste clinique. Ces messages peuvent être livrés de façon électronique ou manuelle. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">• systèmes d'aide aux décisions informatisés qui affichent des messages et des rappels en fonction de données propres au patient;• rapports améliorés (c.-à-d. des rapports de laboratoire) qui suggèrent des mesures de suivi lorsqu'un résultat anormal est obtenu;• autocollants, affiches ou aide-mémoire ajoutés sur les dossiers ou les tableaux de communication à l'intention des praticiens. | <p>Grimshaw et coll. (2004) ont insisté sur l'importance de recourir autant que possible à des rappels informatisés ou sur papier au cours de la mise en œuvre des innovations. De plus, les rappels informatisés en particulier ont mené à des améliorations variables dans le comportement des médecins, ce qui a été abordé dans une revue systématique récente (<u>Shojania et coll., 2010</u>).</p> | <ul style="list-style-type: none">• Avalanche d'information• Demandes multiples• « Oublis » |
| <p>Conférences éducatives interactives et ateliers</p> | <p>Un atelier où les professionnels apprennent activement par des exposés didactiques, des discussions et des jeux de rôles à résoudre des problèmes en séances de petits groupes. Cet atelier a pour objectif d'accroître les connaissances, de changer le comportement des praticiens et, ultimement, les résultats pour les patients.</p> | <p>D'après une évaluation menée par la Collaboration Cochrane (2009), les conférences éducatives étaient plus efficaces lorsqu'on y combinait des méthodes d'éducation interactive et didactique. Il a été démontré que ces éléments ont une influence sur le comportement des praticiens et les résultats pour les patients.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Manque de connaissances• Manque de compétences• Difficultés à modifier l'organisation du travail actuelle• Compétences et canaux de communication déficients |



Stratégies plus ou moins efficaces

| Type | Détails | Que nous apprennent les recherches? | Exemples d'obstacles ciblés |
|--|--|---|--|
| Interventions orientées par le patient | <p>Dans le cadre de ces interventions, on fournit aux patients de l'information ou des indications pour aider à changer le comportement des praticiens. Il peut notamment s'agir de :</p> <ul style="list-style-type: none">• documents d'information, comme des dépliants, des affiches ou de l'information audiovisuelle offerts dans les salles d'attente ou les chambres d'hôpital ou livrés au domicile des patients;• initiatives de counseling ou de formation offertes aux patients par des professionnels de la santé. | <p>Coulter et Ellins (2007) plaident en faveur de l'accroissement de la participation des patients à leurs propres soins par des stratégies qui améliorent les connaissances en matière de santé. Dans leur évaluation de stratégies d'engagement des patients, ils mettent l'accent sur l'offre aux patients et aux professionnels de la santé des ressources nécessaires à la collaboration. Les outils d'aide à la décision pour les patients peuvent améliorer la qualité des décisions, la communication avec les fournisseurs de soins et l'utilisation des services (<u>O'Connor, 2009</u>).</p> | <ul style="list-style-type: none">• Avalanche d'information pour les fournisseurs de soins• Sentiment de ce qui est important pour les fournisseurs• Manque de respect des patients ou leur famille, ou absence de partenariats avec eux |
| Vérification et rétroaction | <p>Il s'agit d'un moyen de changer le comportement individuel ou d'équipe des praticiens des façons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• faire la démonstration de l'écart entre le rendement clinique souhaité et le rendement réel;• encourager le succès continu de la mise en œuvre. <p>Ces résultats sont atteints en faisant un sommaire du rendement sur un intervalle de temps donné.</p> | <p>Dans une évaluation de la Collaboration Cochrane (2006), on indique que la présentation aux professionnels de données sur leur rendement a connu un succès mitigé, ce qui pourrait s'expliquer par des questions sur la manière et le moment les plus appropriés pour utiliser cette stratégie dans le but d'influencer les comportements (<u>Foy et coll., 2005</u>).</p> | <ul style="list-style-type: none">• Manque de sensibilisation ou d'attention aux indicateurs de la qualité• Manque de sensibilisation à la réalité des pratiques actuelles |



| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Mobilisation des leaders d'opinion locaux</p> | <p>Les praticiens considérés comme importants, dignes de confiance et influents peuvent être appelés à encourager un changement de pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de façon informelle par le modelage ou des discussions d'information; • de façon formelle par des séances d'apprentissage actif ou du mentorat. | <p>Les données indiquent que la mobilisation des leaders d'opinion locaux peut encourager l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes (<u>Collaboration Cochrane, 2007</u>). La littérature publiée ne décrit pas de manière uniforme les façons dont on a fait appel aux leaders d'opinion, la fréquence de leur emploi et leur désignation exacte.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incrédulité ou attitudes négatives • Perception erronée des normes sociales • Manque de connaissances ou de compétences |
| <p>Consensus local</p> | <p>Discussions sur la pertinence du problème et l'innovation proposée avec les praticiens qui seront directement concernés par le processus de mise en œuvre. Pour ce faire, il faut mobiliser les praticiens dès le début. Ils pourraient aussi faire partie du groupe de travail d'intervenants.</p> | <p>Une évaluation est actuellement réalisée par la Collaboration Cochrane pour déterminer si les processus locaux de consensus améliorent les résultats en matière de soins de santé ou la pratique des professionnels (<u>Nasser et coll., 2007</u>). Cette stratégie a été défendue dans de nombreux guides de mise en œuvre (<u>Bero et coll., 1998; RNAO, 2002</u>). Son efficacité quant à la mise en œuvre de guides de pratique clinique ne fait toutefois pas l'unanimité.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incrédulité au sujet du problème • Manque de connaissances ou de sensibilisation • Opinions divergentes ou controverse au sujet des données probantes |

Voici quelques exemples d'autres éléments importants à considérer pour la mise en œuvre :

Champions

Les personnes qui ont démontré des qualités de leader dans le milieu de pratique ou l'organisation peuvent être désignées champions du changement. Les champions sont des personnes clés qui font partie du réseau du milieu de pratique, comme l'unité des malades hospitalisés, et qui appuient le changement proposé (Greenhalgh et coll., 2004). La mobilisation et la mise en place de champions dans un milieu de pratique demandent qu'on investisse des ressources pour leur formation (sur l'innovation et les stratégies qui favorisent la mise en œuvre) et qu'on leur réserve du temps pour qu'ils se consacrent à leurs efforts de promotion.



Les champions peuvent intervenir dans le processus de mise en œuvre :

- par la diffusion au personnel de l'information sur le changement de pratique, plus particulièrement des façons suivantes :
 - animation de conférences ou d'ateliers éducatifs et interactifs;
 - mobilisation des leaders d'opinion locaux;
 - participation à la vérification et à la rétroaction;
 - rôle de personne-ressource dans le milieu de pratique.
- en convainquant d'autres employés grâce à des comités locaux et interdisciplinaires;
- en participant à la planification et à l'adaptation au milieu des stratégies de mise en œuvre.

Facilitateurs

Un facilitateur peut être une personne ou un groupe qui aide des personnes ou des équipes à changer leurs pratiques (Dogherty et coll., 2012). Souvent, les facilitateurs exercent d'autres rôles dans l'organisation, par exemple éducateurs cliniques ou promoteurs de pratiques (Dogherty et coll., 2010). Certaines personnes utilisent d'autres termes pour parler des rôles de facilitation, par exemple « agent de changement », « courtier du savoir », « champion », etc. (Harvey et coll., 2002). Les personnes qui facilitent les changements de pratiques peuvent faire partie ou non du service ou de l'organisme et possèdent des aptitudes particulières pour aider les autres à accomplir des processus de changement (Stetler et coll., 2006). Le rôle de facilitateur s'est avéré efficace pour opérer des changements de pratique complexes (Kauth et coll., 2010).

Les facilitateurs peuvent participer à différentes activités à divers degrés; ces variations peuvent s'expliquer par les différences individuelles chez les facilitateurs, mais sont aussi influencées par la nature du changement de pratiques, l'étape du changement et le contexte. Dans une étude récente (Dogherty et coll., 2012), dans les quatre étapes du processus, les facilitateurs ont participé au total à 51 activités qu'on peut classer dans les catégories suivantes :

- sensibilisation;
- élaboration d'un plan;
- gestion des connaissances et des données;
- reconnaissance de l'importance du changement;
- soutien administratif adapté au projet;
- gestion de projets;
- renforcement de l'esprit d'équipe et de la dynamique de groupe;
- résolution de problèmes;
- offre de soutien;
- évaluation.

Leadership formel

Les personnes qui exercent des rôles de leadership formel doivent aussi être mobilisées pour contribuer à un projet de mise en œuvre particulier ou instaurer une culture qui favorise le changement et l'innovation (Gifford et coll., 2007; Grol et coll., 2005; Stetler et coll., 2009). Ces personnes devraient aussi participer aux étapes de planification du processus de mise en œuvre, particulièrement à l'étape d'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs.

Pour faciliter un projet de mise en œuvre particulier (p. ex. un guide de pratique clinique), les leaders formels peuvent :



- Offrir un soutien continu en répondant aux préoccupations individuelles, en encourageant le personnel et en créant des occasions de formation et de résolution de problèmes. Ils peuvent aussi fournir et affecter des ressources pour contribuer à la mise en œuvre et favoriser la durabilité.
- Faire preuve de visibilité et se montrer accessibles dans la façon de présenter au personnel et aux groupes interdisciplinaires et administratifs les recommandations exactes à mettre en œuvre et les données probantes à l'appui.
- Communiquer l'importance du changement de façon claire et sur une base régulière.
- Communiquer efficacement pour faire connaître l'innovation en utilisant divers outils de communication et reconnaître les efforts déployés par le personnel pour la mise en œuvre des recommandations. Cette façon de faire peut contribuer à l'accroissement de la motivation et de la durabilité.
- Faire partie de l'équipe de mise en œuvre.
- Souligner les petites réalisations et réussites.

Afin de promouvoir une culture générale favorisant l'innovation et le changement, que ce soit relativement à un contexte de pratiques omniprésentes (ou de routine) fondées sur des données probantes (Stetler et coll., 2009) ou à un changement de pratique particulier (Gifford et coll., 2006), les leaders peuvent :

- travailler au sein de groupes de leadership dans une organisation pour créer une vision commune à l'appui de l'innovation, par exemple une vision de promotion des soins fondés sur des données probantes;
- incorporer la vision des soins fondés sur des données probantes à ce qu'on attend des professionnels en changeant les descriptions de poste;
- affecter des ressources humaines et matérielles pour favoriser une culture de changement et d'innovation.

Stratégies de marketing et médias de masse

Les stratégies de marketing et de médias de masse sont des canaux impersonnels qui permettent de faire connaître l'innovation ou le changement de pratique qui sera mis en œuvre (Greenhalgh et coll., 2004). La création d'affiches et la publication d'articles dans les bulletins organisationnels ou sur des pages intranet sont des exemples de stratégies qui peuvent placer une innovation au centre des préoccupations des professionnels de la santé dans une organisation. Ces stratégies peuvent aussi servir à informer les patients et les familles de nouvelles politiques ou pratiques dans l'organisation ou le domaine clinique.

Les stratégies médiatiques de masse, comme la publicité à la télévision et à la radio, sont utiles pour faire la promotion de politiques en matière de santé publique, pour fournir de l'information sur la santé et pour créer des attentes à l'égard des soins. Ces stratégies seront efficaces dans le cadre de changements de pratique seulement si on les utilise en conjonction avec d'autres stratégies de mise en œuvre, tel que décrit ci-dessus.

Les ressources nécessaires pour ces stratégies peuvent varier considérablement selon la portée et les médias utilisés pour faire la promotion de l'innovation.

Analyse de rentabilité

Des ressources sont nécessaires pour mettre en œuvre tous les changements de pratique. Il peut s'agir d'argent, d'espace, de personnel ou de temps. L'analyse de rentabilité peut constituer un outil utile pour



convaincre les groupes de direction de fournir les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'innovation, particulièrement les ressources financières. Vous devriez avoir une bonne idée des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de l'innovation grâce à l'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs. Par exemple, si vous avez constaté des lacunes importantes en matière de connaissances et prévoyez les corriger grâce à des activités d'apprentissage, vous pourriez avoir besoin de certaines ressources :

- temps (compensation financière pour le facilitateur);
- temps libéré pour le personnel;
- location de salles;
- rafraîchissements;
- location d'appareils audiovisuels;
- outils d'apprentissage comme des documents, des cartes de rappel, des crayons, etc.

La présentation d'une analyse de rentabilité n'a pas à être une étape longue ni compliquée. L'essentiel, c'est d'énoncer clairement les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du changement. Il se pourrait que votre établissement ait déjà un modèle de préparation d'une telle analyse, ce qui pourrait être utile. Dans le cas contraire, lorsque vous énoncerez les ressources dont vous avez besoin, veillez à mentionner les éléments suivants :

- Énoncé de la vision ou du problème : Expliquez pourquoi ce changement de pratiques est important et la façon dont il contribuera aux objectifs généraux du milieu de pratique ou de l'organisation.
- Ressources nécessaires : Décrivez précisément les ressources qui seront nécessaires. Indiquez les ressources financières requises et leur justification, l'espace nécessaire, le temps nécessaire à la planification, à la mise en œuvre et au maintien du changement de pratique au fil du temps, et le personnel qu'il sera nécessaire de mobiliser pour faire progresser le plan. Par souci de clarté, ces ressources peuvent être présentées sous forme de tableau.
- La quantité de ressources qui demeureront nécessaires si le changement de pratique n'est pas mené à bien : La présentation des coûts qui seront évités si la mise en œuvre du changement de pratique est menée à bien peut se révéler un argument convaincant.
- Présentez les mesures prises jusqu'à maintenant et ce qu'il reste à faire dans l'étape de mise en œuvre. La présentation détaillée des mesures prises et des prochaines étapes est une preuve éloquente de la motivation et de l'engagement envers le projet.

Il est utile de présenter l'analyse de rentabilité aux dirigeants une fois l'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs réalisée. Il est important d'être conscient des besoins, sinon vous risquez de sembler mal préparé, et vous aurez moins de chances d'obtenir les ressources dont vous avez besoin.

Rappelez-vous que les stratégies devraient être adaptées à votre milieu de pratique, par exemple en les adaptant aux professionnels de la santé, aux patients et aux ressources disponibles. Cette adaptation exigera toutefois du groupe d'intervenants qu'il fasse preuve de créativité et de discernement, ainsi que d'une bonne compréhension des obstacles et des éléments facilitateurs dans le milieu de pratique.

Le choix de stratégies et leur adaptation au milieu sont le point de départ. L'étape suivante pour passer à l'action peut représenter un défi de taille et démarrer lentement. Une façon de rendre le changement réalisable est de commencer par planifier des mises à l'essai du changement à petite échelle en recourant au cycle PEEA (Planification-Exécution-Étude-Action). Ce modèle prône :

- un processus de mise en œuvre plus rapide qui commence à petite échelle;



- une réévaluation constante du plan;
- la révision du plan sans impact significatif sur le milieu de pratique;
- la démonstration que la mise en œuvre se soldera effectivement par une amélioration ou un changement.

Réflexion

Bien que le cycle PEEA puisse être utilisé avec n'importe quelle stratégie de mise en œuvre pour amener des changements, prévoyez utiliser d'abord des stratégies efficaces et fondées sur des données probantes lorsque vous amorcerez le cycle.

Cette étape du processus requiert un certain dynamisme, particulièrement lors de la phase de démarrage, lorsque le plan initial fait l'objet de révisions et que les stratégies sont mises à l'essai et éprouvées. Le dynamisme du processus complet sera dicté par son succès initial. Voici quelques façons d'y arriver :

- planifier rigoureusement et faire preuve d'un excellent sens de l'organisation;
- communiquer de façon efficace et constante avec les intervenants tout au long du processus;
- cibler d'abord les innovateurs et les utilisateurs précoces ou les praticiens présentant des caractéristiques associées à une augmentation de l'utilisation de la recherche (voir la cible 2);
- toujours tenir compte des obstacles et des éléments facilitateurs.

Dans la mesure où la confiance en la mise en œuvre et les ressources le permettent, plusieurs cycles PEEA peuvent être en cours en même temps. La taille du groupe cible et la portée des objectifs de changement de comportement peuvent aussi être augmentées à mesure que des succès sont obtenus.

Réflexion

- Faites preuve de sens pratique et concentrez-vous sur l'action. Ne perdez pas de temps! Commencez par un changement à petite échelle, pour commencer à faire bouger les choses.
- Le changement se propage! Il est très difficile de cibler tous les praticiens dès le départ. Concentrez-vous plutôt sur un petit nombre de personnes enthousiastes à l'idée de mettre en œuvre votre changement de pratique.
- Faites preuve de souplesse. Vous aurez prévu utiliser des stratégies qui sembleront appropriées ou efficaces jusqu'au moment de les mettre en application dans votre milieu. Attendez-vous à devoir retourner en arrière et revoir le plan. Il faut être conscient qu'il ne s'agit pas d'un processus linéaire.
- Le changement prend du temps, et il prend plus de temps pour certains.
- Vous devrez évaluer le changement à la fin du processus de mise en œuvre. C'est le moment tout indiqué pour réfléchir à la façon de procéder.

Passer à l'action

- 1) Étudiez les obstacles et les éléments facilitateurs les plus pertinents et importants issus de l'évaluation réalisée à la cible 2.
- 2) Réfléchissez attentivement aux stratégies à utiliser dans votre milieu pour la mise en œuvre d'un changement de pratique :
 - a) Réfléchissez à vos objectifs généraux de changement;
 - b) Planifiez comment surmonter les obstacles importants;
 - c) Choisissez des stratégies dont l'efficacité est prouvée dans la documentation;
 - d) Tirez profit des éléments facilitateurs;



- e) Évaluez la faisabilité des stratégies pour ce qui est des ressources (argent, personnel, temps, espace);
 - f) Demandez-vous si les stratégies sont durables.
- 3) Utilisez une liste existante de stratégies de mise en œuvre pour les étudier et vous en inspirer. Vous pouvez en trouver dans la liste de ressources à la fin de la présente section.
 - 4) Lorsque vous aurez réfléchi aux stratégies à utiliser, organisez-les sous forme de tableau, afin d'avoir une meilleure idée du processus d'analyse et de prise de décision (annexe E).
 - 5) Discutez de vos idées avec les intervenants et adaptez-les à votre milieu, au besoin.
 - 6) Rédigez un plan concret de mise en œuvre. Pour chacune des stratégies :
 - a) Obtenez les ressources nécessaires à leur concrétisation.
 - b) Prévoyez commencer à petite échelle, là où vous avez plus de chances de réussir. Utilisez le cycle PEEA, qui pourra vous servir de guide. Essayez le plan, évaluez-le, modifiez-le au besoin et allez de l'avant.
 - c) Incorporez des méthodes de surveillance et de soutien continu pendant la période d'essai.
 - 7) Mettez votre succès à profit en appliquant la mise en œuvre à grande échelle (objectifs fixés au départ).

Réflexion

Réfléchissez aux résultats obtenus jusqu'à maintenant :

- Sommes-nous toujours sur la bonne voie pour atteindre l'objectif fixé?
- Devons-nous revenir sur nos pas et réfléchir à nouveau à des décisions déjà prises?
- Quelles hypothèses avons-nous formulées? Tiennent-elles toujours la route?
- Est-ce qu'une personne ou un groupe au sein de l'organisation pourrait contribuer à la poursuite du plan?
- En tant que chargé de projet, à cette étape-ci, quel est mon rôle?
- En tant que leader dans l'organisation, que puis-je faire pour favoriser le changement de pratique à cette étape-ci?

Exemples concrets

Exemple 1 : Mise en place d'un outil de documentation pour améliorer la communication et le traitement efficace de la douleur

Dans le cadre de la mise en œuvre à l'échelle de l'hôpital d'un guide de pratique clinique en matière d'évaluation et de traitement de la douleur, l'unité des naissances et l'unité postnatale de l'hôpital ont reçu des commentaires de leurs infirmières indiquant que la communication entre elles et d'autres professionnels de la santé à propos de la douleur ressentie par les patients était difficile et manquait de clarté. Habituellement, les résultats de l'échelle de douleur étaient consignés sur la fiche de suivi des signes vitaux. Une fiche de suivi du traitement de la douleur était aussi disponible, mais elle n'était utilisée régulièrement qu'avec les patientes présentant des cas complexes (p. ex. les patientes qui ont accouché par césarienne). Les gestionnaires des soins infirmiers adjoints (GSIA) et la championne de l'unité ont décidé d'étendre l'utilisation de la fiche de suivi du traitement de la douleur à toutes les patientes afin de clarifier la documentation du traitement de la douleur et pour améliorer la communication avec le personnel et les autres professionnels.

Les GSIA et la championne ont évalué de façon informelle les obstacles à la mise en place de l'utilisation d'un outil de documentation et les éléments facilitateurs. Voici quelques exemples d'éléments facilitateurs :



- Le traitement efficace de la douleur prenait de plus en plus d'importance pour le personnel, qui participait déjà à un projet d'évaluation et de traitement de la douleur à l'échelle de l'hôpital.
- Une nouvelle loi rendant obligatoire un changement dans la documentation de la douleur avait récemment été adoptée.
- Le taux de roulement du personnel de l'unité de soins mère-enfant était peu élevé.
- Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé connaissaient bien la fiche de suivi du traitement de la douleur, car ils l'utilisaient déjà auprès des patientes présentant des cas complexes.
- La modification de la fiche de suivi du traitement de la douleur n'était pas nécessaire.
- Les dirigeants appuyaient cette initiative.

Voici quelques exemples d'obstacles :

- L'acquisition des connaissances sur le traitement de la douleur et la transmission efficace de renseignements à ce sujet, nécessaires à la réalisation du projet général de mise en œuvre, n'était pas terminée (opération en cours).
- L'unité de soins mère-enfant est divisée en deux zones de soins : l'unité des naissances et l'unité postnatale. Les opinions par rapport au traitement de la douleur y différaient, puisque l'une des unités était moins systématique que l'autre dans son application des connaissances fondées sur des données probantes.

Les GSIA et la championne ont procédé à l'intégration de l'outil à la pratique pendant une période de quatre mois en utilisant les stratégies suivantes :

- Une formation sur la fiche de suivi de traitement de la douleur a été intégrée aux ateliers individuels ou en petits groupes déjà en place pour accroître les connaissances sur le traitement de la douleur.
- Les formulaires des ordonnances de médicaments ont été modifiés pour faciliter l'utilisation du nouvel outil de documentation.
- Les GSIA ont commencé par cibler les infirmières déjà enthousiastes, puis ont laissé le changement s'opérer.
- Des vérifications ont été effectuées de façon régulière auprès des infirmières, et leurs commentaires ont été sollicités.
- Des aide-mémoire visuels ont été affichés dans l'unité pour faire la promotion de l'utilisation de l'outil, par exemple des affiches, des indicateurs dans les dossiers médicaux ou des rappels verbaux destinés à des personnes en particulier ou énoncés pendant les réunions de l'unité ou les tournées.
- Le nouvel outil de documentation a été intégré au dossier d'introduction (une ressource pour les nouveaux employés) de l'unité postnatale.

Les GSIA, le champion et l'équipe de leadership ont remarqué les résultats suivants dans l'unité postnatale :

- Les infirmières accordaient de plus en plus de priorité à la douleur : des infirmières ont fait la promotion du contrôle de la douleur en communiquant mieux avec les autres membres du personnel.
- La communication des questions relatives à la douleur avec les médecins était plus claire et régulière.
- Une utilisation appropriée des narcotiques a été observée.



- La communication de la douleur a continué d'être difficile au sein de l'unité de soins mère-enfant, car la mise en œuvre de l'outil de documentation a été plus efficace dans une unité que dans l'autre.

Exemple 2 : Mise en œuvre d'un nouveau protocole de traitement de l'hypoglycémie

À l'occasion de la mise en œuvre à l'échelle de l'hôpital d'une initiative visant l'amélioration de la sécurité des patients diabétiques, une équipe interprofessionnelle regroupant les services de soins infirmiers, de médecine, de nutrition, de logistique et de pharmacie a élaboré un nouveau protocole et un nouvel algorithme à suivre par les infirmières lorsque la glycémie capillaire d'un patient se trouve en deçà d'un seuil donné. Les documents ont été approuvés, et un plan de mise en œuvre a été adopté, de même que les consignes collectives et les exigences concernant les documents, entre autres. Le nouveau protocole était semblable à un autre protocole qui était en place dans un autre secteur depuis quelques années. L'équipe a décidé que le personnel infirmier aurait besoin d'en savoir plus sur le protocole et les données probantes à l'appui et que 90 % du personnel des unités des malades hospitalisés seraient formés à ce sujet.

L'équipe a travaillé avec les formateurs pour concevoir un programme de formation systématique et détaillé qui serait offert durant des séances internes. Leur plan comprenait notamment l'étude de la faisabilité de libérer le personnel pour qu'il prenne part aux séances de formation et des contraintes exercées sur les formateurs. De 90 % à 100 % des infirmières autorisées de toutes les unités ont suivi la séance de formation dans les délais prévus selon le plan d'action.

Six mois plus tard, une évaluation a été réalisée sur le degré d'utilisation des produits désignés selon le protocole, et des entretiens ont été planifiés avec les infirmières de certaines unités. Dans l'ensemble, les résultats ont montré que la plupart des infirmières ne se conformaient pas au nouveau protocole; dans certaines unités, l'ancien protocole était partiellement appliqué, mais pas de façon constante. En outre, les commentaires issus des entretiens ont montré qu'en général, les infirmières expérimentées ne croyaient pas avoir besoin du protocole, puisqu'elles savaient quoi faire en raison de leur expérience, tandis que les nouvelles infirmières considéraient que le protocole était très utile. Cependant, ces dernières ont aussi mentionné que, lorsqu'elles auraient acquis plus d'expérience, elles seraient aussi en mesure de se fier à leur jugement, comme leurs collègues plus expérimentées.

L'équipe s'est à nouveau réunie pour réfléchir aux étapes à venir et, dans le processus de planification, ses membres ont réfléchi aux leçons tirées à l'occasion de la première tentative de changement de pratiques et ont rectifié leur approche. Ils ont prévu un éventail de stratégies plus variées pour la prochaine étape, de façon à tenir compte des leçons tirées :

- Certaines pratiques de travail étaient déjà solidement établies (notre façon de faire les choses maintenant), mais n'avaient pas été évaluées avant de choisir la formation comme seule stratégie de mise en œuvre.
- Certaines infirmières n'étaient pas convaincues que les pratiques solidement établies engendraient réellement des variations indésirables de la mesure de la glycémie, ni qu'elles causaient du tort aux patients.
- Les infirmières n'arrivaient pas à expliquer clairement la différence entre un « guide de pratique clinique » et un « protocole ».
- Les infirmières considéraient qu'elles avaient d'autres priorités plus importantes et concurrentes et ont indiqué que leur chef d'unité n'avait pas particulièrement insisté sur ce changement.



- Aucune attention n'avait été portée à la plus grande disposition de certains cliniciens, le cas échéant, par rapport à d'autres à procéder au changement, ou à leur disposition à faire l'essai du nouveau protocole.
- Aucune phase pilote comportant un volet d'évaluation n'avait été prévue; un tel plan aurait pu permettre de mettre en évidence certains des obstacles au changement de pratique et donner lieu à des changements plus rapides dans les stratégies d'intervention.

Ressources

[Promoting Action on Research Implementation in Health Services \(PARIHS\) framework](#) [en anglais seulement]

[Journal of Nursing Care Quality : The PARIHS Framework- A framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice](#) [en anglais seulement]

[British Medical Journal : Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings](#) [en anglais seulement]

[KT Clearinghouse : Implementation Strategies](#) [en anglais seulement]

[Worldviews on Evidence-Based Nursing : Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: a model for acute care nurse practitioners](#) [en anglais seulement]

[Plan Do Study Act \(PDSA\)](#) (Planification-Exécution-Étude-Action [PEEA]) [en anglais seulement]

[National Primary Care Development Team : The Model for Improvement PDSA](#) [en anglais seulement]

Notes

Nous avons agi et choisi, adapté et mis en œuvre des stratégies de changement : orientations futures

Qu'en est-il des autres étapes de la mise en œuvre?

Une fois le processus de mise en œuvre enclenché, les étapes à venir sont les suivantes :

- suivi du changement de pratiques;
- évaluation du changement de pratiques par rapport aux résultats pour les fournisseurs de soins de santé et le système;
- maintien du changement de pratiques au fil du temps.

Le présent guide ne traitera pas en détail de ces étapes de mise en œuvre. Cependant, le suivi des résultats de la mise en œuvre, l'évaluation du changement de pratique et son maintien sont des éléments cruciaux du processus. Au fil du processus de mise en œuvre, prévoyez la façon dont vous évaluerez et maintiendrez le changement de pratique et la manière dont vous évaluerez l'existence d'un effet positif pour les patients, les fournisseurs de soins ou le système. Ces étapes nécessitent de la planification et des ressources supplémentaires.

Consultez les ressources ci-dessous pour en savoir plus sur ces étapes.

Ressources



[Instituts de recherche en santé du Canada : Surveiller l'application des connaissances et en évaluer les résultats](#)

[Journal de l'Association médicale canadienne : Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes](#)
[en anglais seulement]

[British Medical Journal : Methods for evaluation of small scale quality improvement projects](#) [en anglais seulement]

[NHS Institute for Innovation and Improvement : Sustainability model and guide](#) (mot de passe requis) [en anglais seulement]

[The Milbank Quarterly : Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations](#) [en anglais seulement]

[Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Determinants of the sustained use of research evidence in Nursing \(SURE\) study](#) [en anglais seulement]

Vous trouverez à l'annexe H une liste de vérification des étapes de mise en œuvre que vous pourriez utiliser pour orienter votre projet.

Notes

Annexe A : Bibliographie

AJZEN, I. « The theory of planned behavior », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, 1991, p. 170-211.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO, *Champions*, <http://rmao.ca/bpg/get-involved/champions>

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Crisis Intervention*, Toronto, Canada, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, Toronto, Canada, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002.

BANDURA, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1986.

BERO, L. A., R. GRILLI, J. M. GRIMSHAW et coll. « Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings », *British Medical Journal*, vol. 317, 1998, p. 465-468.

BRETT, J. L. « Use of nursing practice research findings », *Nursing Research*, vol. 36, 1989, p. 344-349.

BROUWERS, M., M. E. KHO, G. P. BROWMAN et coll. pour le consortium AGREE Next Steps. « AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2010. DOI : 10.1503/cmaj.090449 (15-07-2010).



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MÉTHODES ET OUTILS. *Introduction à la prise de décisions fondée sur des données probantes*, [<http://www.nccmt.ca/fr/modules/pdfdp/>] (17-03-2011).

CILISKA, D. *Introduction au processus décisionnel fondé sur des faits*, Instituts de recherche en santé du Canada, 2009, [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45245.html>].

COULTER, A. et J. ELLINS. « Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients », *British Medical Journal*, vol. 335, 2007, p. 24-27.

COYLE, L. A. et A. G. SOKOP. « Innovation adoption behavior among nurses », *Nursing Research*, vol. 39, 1990, p. 176-180.

CUMMINGS, G. G., A. M. HUTCHISON, S. D. SCOTT et coll. « The relationship between characteristics of context and research utilization in a pediatric setting », *BMC Health Services Research*, vol. 10, 2010, p. 168.

DAVIES, B., N. EDWARDS, J. PLOEG et coll. *Determinants of the sustained use of research in nursing: Final report*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Instituts de recherche en santé du Canada, Ottawa, Ontario, 2006.

DENIS, J.-L., Y. HEBERT, A. LANGLEY et coll. « Explaining diffusion patterns for complex health care innovations », *Health Care Management Review*, vol. 27, 2002, p. 60-73.

DOGHERTY, E. J., M. B. HARRISON et I. D. GRAHAM. « Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning », *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 7, n° 2, 2010, p. 76-89.

DOGHERTY, E. J., M. B. HARRISON, C. BAKER et coll. « Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation », *Implementation Science*, vol. 7, 2012, p. 9, [<http://www.implementationscience.com/content/7/1/9>].

DRENKARD, K. « The business case for Magnet® », *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol. 40, 2010, p. 263-271. DOI : 10.1097/NNA.0b013e3181df0fd6

DULKO, D. « Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: A model for acute care nurse practitioners », *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 4, 2007, p. 200-209.

FISHBEIN, M. et I. AJZEN. *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory of research*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1975.

FLODGREN, G., E. PARSELLI, G. DOUMIT et coll. « Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, article n° CD000125, 2007. DOI : 10.1002/14651858.CD000125.pub3.

FORSETLUND, L., A. BJØRNDAL, A. RASHIDIAN et coll. « Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, article n° CD003030, 2009. DOI : 10.1002/14651858.CD003030.pub2.

FOY, R., M. P. ECCLES, G. JAMTVEDT et coll. « What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review », *BMC Health Services Research*, vol. 5, 2005, p. 50. DOI : 10.1186/1472-6963-5-50.



GIFFORD, W., B. DAVIES, A. TOURANGEAU et coll. « Developing team leadership to facilitate guideline utilization: Planning and evaluating a 3-month intervention strategy », *Journal of Nursing Management*, vol. 19, 2011, p. 121-132.

GIFFORD, W., B. DAVIES, N. EDWARDS et coll. « Managerial leadership for nurses' use of research evidence: An integrative review of the literature », *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 4, 2007, p. 126-145.

GODIN, G., A. BÉLANGER-GRAVEL, M. ECCLES et coll. « Healthcare professionals' intention and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories », *Implementation Science*, vol. 3, 2008, p. 36-48.

GOOSSENS, A., P. M. M. BOSSUYT et R. J. DE HAAN. « Physicians and nurses focus on different aspects of guidelines when deciding whether to adopt them: Application of conjoint analysis », *Medical Decision Making*, vol. 28, 2008, p. 138-145. DOI : 10.1177/0272989X07308749.

GRAHAM, I. D. et J. M. TETROE. « The knowledge to action framework », dans J. Rycroft-Malone et T. Bucknall, éd., *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*, West Sussex, Royaume-Uni, Wiley-Blackwell, 2010, p. 207-221.

GRAHAM, I. D., J. LOGAN, M. B. HARRISON et coll. « Lost in knowledge translation: Time for a map? », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26, 2006, p. 13-24. DOI : 10.1002/chp.47.

GRANT, M. J. et A. BOOTH. « A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies », *Health Information and Libraries Journal*, vol. 26, 2009, p. 91-108.

GRAVEL, K., F. LEGARE et I. D. GRAHAM. « Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review of health professionals' perceptions », *Implementation Science*, vol. 1, 2006, p. 16-28. DOI : 10.1186/1748-5908-1-16.

GREENHALGH, T., G. ROBERT, F. MACFARLANE et coll. « Diffusion of innovations in service organizations », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, 2004, p. 581-629.

GRIMSHAW, J. M., R. E. THOMAS, G. MACLENNAN et coll. « Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies », *Health Technology Assessment*, vol. 8, 2004, p. 1-84.

GROL, R., J. DALHUIJSEN, S. THOMAS et coll. « Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study », *British Medical Journal*, vol. 317, 1998, p. 858-861.

GROL, R., M. WENSING et M. ECCLES. *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*, Philadelphie, Pennsylvanie, Elsevier Limited, 2005.

HARRISON, M. B. et J. VAN DEN HOEK pour le groupe d'étude chargé de l'adaptation des lignes directrices au Canada. *CAN-IMPLEMENT©: A Guideline Adaptation and Implementation Planning Resource*, Queen's University School of Nursing et Partenariat canadien contre le cancer, Kingston, Ontario, 2011, [www.cancerview.ca].

HARRISON, M. B., F. LEGARE, I. D. GRAHAM et coll. « Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, 2010, p. E78-84.



HARVEY, G. et M. WENSING. « Methods for evaluation of small scale quality improvement projects », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 12, 2003, p. 210-214.

HARVEY, G., A. LOFTUS-HILLS, J. RYCROFT-MALONE et coll. « Getting evidence into practice: The role and function of facilitation », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, n° 6, 2002, p. 577-588.

HEALTH QUALITY COUNCIL. *The model for improvement*, [http://www.hqc.sk.ca/download.jsp?cmShAQn5JXIC6AcxLyP3/jBlzBf0QfLQkUwK4QBZaJunl/nkbUeblg=] (20-03-2011).

HINOUL, P., A. GOOSENS et J. P. ROOVERS. « Factors determining the adoption of innovative needle suspension techniques with mesh to treat urogenital prolapse: A conjoint analysis study », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 151, 2010, p. 212-216.

INFORMATION SERVICES-UNIVERSITY OF KENT. *Critical appraisal of the journal literature*, [http://www.kent.ac.uk/library/subjects/medicine/critical-appraisal.html] (26-04-2011).

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Testing changes*, [http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/testingchanges.htm] (15-03-2011).

JAMTVEDT, G., J. M. YOUNG, D. T. KRISTOFFERSEN et coll. « Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, article n° CD000259, 2006. DOI : 10.1002/14651858.CD000259.pub2.

KAUTH, M. R., G. SULLIVAN, D. BLEVINS et coll. « Employing external facilitation to implement cognitive behavioral therapy in VA clinics: a pilot study », *Implementation Science*, vol. 5, 2010, p. 75, [http://www.implementationscience.com/content/5/1/75].

KITSON, A. et S. E. STRAUS. « The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, 2010, p. E73-E77.

KITSON, A., J. RYCROFT-MALONE, G. HARVEY et coll. « Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges », *Implementation Science*, vol. 3, 2008, p. 1-13. DOI : 10.1186/1748-5908-3-1.

KNOWLEDGE UTILISATION COLLOQUIUM. 2011, [http://www.st-andrews.ac.uk/management/media/KU11%20Colloquium%20Programme.pdf].

KT CLEARINGHOUSE. *The knowledge-to-action cycle*, Instituts de recherche en santé du Canada, [http://ktclearinghouse.ca/knowledgebase/knowledgetoaction] (17-03-2011).

LANGLEY, A. et J. L. DENIS. « Beyond evidence: The micropolitics of improvement », *British Medical Journal Quality & Safety*, vol. 20, suppl. 1, 2011, p. i43-i46. DOI : 10.1136/bmjqs.2010.046482.

LATIMER, M. A., C. C. JOHNSTON, J. A. RITCHIE et coll. « Factors affecting delivery of evidence-based procedural pain care in hospitalized neonates », *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, vol. 38, 2009, p. 182-194. DOI : 10.1111/j.1552-6909.2009.01007.x.

MCKLEROY, V. S., J. S. GALBRAITH, B. CUMMINGS et coll. : ADAPT team. « Adapting evidence-based behavioural interventions for new settings and target populations », *AIDS Education and Prevention*, vol. 18, suppl. A, 2006, p. 59-73.



NASSER, M., A. D. OXMAN, E. PAULSEN et coll. « Local consensus processes: effects on professional practice and health care outcomes » (protocole), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, article n° CD003165, 2007. DOI : 10.1002/14651858.CD003165.pub3.

NEWHOUSE, R. P. « Creating infrastructure supportive of evidence-based nursing practice: Leadership strategies », *Worldviews on Evidence Based Nursing*, vol. 4, 2007, p. 21-29.

NHS INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT. *Sustainability. Ensuring continuity in improvement*, [http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html] (11-07-2011).

« objectif », DICTIONNAIRE FRANÇAIS LAROUSSE, [<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectif>] (15-06-2012).

O'BRIEN M. A., S. ROGERS, G. JAMTVEDT et coll. « Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, article n° CD000409, 2007. DOI : 10.1002/14651858.CD000409.pub2.

O'CONNOR, A. « Patient-mediated interventions », dans S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham, éd., *Knowledge translation in health care: Moving from evidence into practice*, West Sussex, Angleterre, Blackwell Publishing Ltd, 2009.

PAN, I. et N. DENDUKURI. *Efficacy and cost-effectiveness of a gentamicin-loaded collagen sponge as an adjuvant antibiotic prophylaxis for colorectal surgery*, 2010, [http://www.mcgill.ca/files/tau/Collatamp_Colorectal_FINAL.pdf].

PLOEG, J., J. SKELLY, M. ROWAN et coll. « The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study », *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 7, 2010, p. 238-251. DOI : 10.1111/j.1741-6787.2010.00202.

PROCHASKA, J. O. et W. F. VELICER. « The transtheoretical model of health behaviour change », *American Journal of Health Promotion*, vol. 12, 1997, p. 38-48.

ROGERS, Everett M. *Diffusion of Innovations*, 5^e édition, New York, Free Press, 2003.

RYCROFT-MALONE, J. « The PARIHS framework-A framework for guiding the implementation of evidence-based practice », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 19, 2004, p. 297-304.

RYCROFT-MALONE, J., G. HARVEY, K. SEERS et coll. « An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, 2004, p. 913-924.

SHOJANIA, K. G., A. JENNINGS, A. MAYHEW et coll. « Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: A systematic review », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, 2010, p. E216-E225.

SQUIRES, J. E., A. M. HUTCHINSON, A. BOSTROM et coll. « To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review », *Implementation Science*, vol. 6, 2011, p. 21-37. DOI : 10.1186/1748-5908-6-21.

SQUIRES, J. E., C. A. ESTABROOKS, P. GUSTAVSSON et coll. « Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update », *Implementation Science*, vol. 6, 2011, p. 1-21.



STETLER, C. B. *Evidence-based practice and the use of research: A synopsis of basic concepts & strategies to improve care*, Amherst, Massachusetts, Nova Foundation, 2002.

STETLER, C. B., J. A. RITCHIE, J. RYCROFT-MALONE et coll. « Institutionalizing evidence-based practice: An organizational case study using a model of strategic change », *Implementation Science*, vol. 4, 2009, p. 78-97. DOI : 10.1186/1748-5908-4-78.

STETLER, C. B., M. W. LEGRO, J. RYCROFT-MALONE et coll. « Role of “external facilitation” in implementation of research findings: a qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration », *Implementation Science*, vol. 1, 2006, p. 23. DOI : 10.1186/1748-5908-1-23.

STRAUS, S. E., J. TETROE, I. D. GRAHAM et coll. « Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, 2010, p. E94-98.

STRAUS, S., J. TETROE et I. D. GRAHAM, éd. *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*, West Sussex, Angleterre, Blackwell Publishing Ltd, 2009.

THE ADAPTE COLLABORATION. *The ADAPTE process: Resource toolkit for guideline adaptation, Version 2.0*, 2009, [www.g-i-n.net].

THEDACARE CENTER FOR HEALTHCARE VALUE. *Mission, vision and values*, 2011, [http://www.createhealthcarevalue.com/about/mission/].

TITLER, M. G. *Toolkit for promoting evidence-based practice*, Iowa City, Iowa, Research, Quality and Outcomes Management, Department of Nursing Services and Patient Care, University of Iowa Hospitals and Clinics, 2002.

TRIANDIS, H. C. « Values, attitudes and interpersonal behaviour », dans M. M. Page, éd., *Nebraska symposium on motivational beliefs, attitudes and values*, vol. 1, p. 195-259, Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press, 1980.

TUROFF, M. et H. A. LINSTONE. *The Delphi method: Techniques and applications*, 2002, [http://is.njit.edu/pubs/delphibook/].

WOO, S., W. BERTA et G. R. BAKER. « Role of champions in the implementation of patient safety practice change », *Healthcare Quarterly*, vol. 12, 2009, p. 123-128.

ZAYIM, N., S. YILDIRIM et O. SAKA. « Technology adoption of medical faculty in teaching: Differentiating factors in adopter categories », *Educational Technology & Society*, vol. 9, n° 2, 2006, p. 213-222.

Annexe B : Glossaire

Adapter les données probantes : Les données existantes sont évaluées et adaptées au milieu de pratique par l'intermédiaire d'un processus systématique¹.

Analyse de rentabilité : Proposition qui peut aider à présenter le raisonnement derrière l'initiation d'un projet de changement ou d'un ensemble de tâches. L'analyse de rentabilité comprend la justification du

¹ STRAUS, S., J. TETROE et I. D. GRAHAM, éd. *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*, West Sussex, Royaume-Uni, Blackwell Publishing Ltd, 2009.



projet, les résultats et les avantages prévus, et les coûts et les risques. Elle constitue un moyen d'acquérir des connaissances et de recevoir du financement et une approbation, contribue à donner la priorité au projet par rapport à d'autres initiatives concurrentes qui pourraient aussi avoir besoin de financement, et aide à communiquer un message cohérent à tous les intervenants importants du processus².

Cadre « Des connaissances à la pratique » : Cadre fondé sur une analyse conceptuelle de 31 théories du changement planifié, élaboré pour aider à comprendre l'« application » ou la « mise en œuvre » des connaissances en offrant une vision globale du phénomène par l'intégration des concepts de création des connaissances et d'action³.

Cadre PARIHS : Cadre composé de trois éléments : données probantes, contexte et facilitation; la réussite de la mise en œuvre dépend de ces éléments et de leurs interrelations. Ce cadre peut être utilisé en tant qu'outil pratique par les cliniciens à l'échelle locale ou dans le cadre des activités de recherche⁴.

Champion : Personne qui peut assumer plusieurs rôles différents, comme sensibiliser son organisation aux pratiques exemplaires, entraîner des groupes et des comités à envisager l'adoption de ces pratiques, mobiliser, coordonner et faciliter la formation et le perfectionnement des professionnels sur la mise en œuvre de guides de pratiques exemplaires, etc.⁵.

Cycle Planification-Exécution-Étude-Action (PEEA) : Façon rapide d'évaluer un changement par la planification, l'essai, l'observation des résultats et la prise de mesures en fonction des leçons apprises⁶.

Données probantes : Données, faits ou renseignements crédibles et vérifiables et obtenus de façon systématique⁷. Elles peuvent être issues de résultats de recherche, de données locales, du consensus d'experts reconnus selon les normes nationales ou internationales, des préférences des patients ou de l'expérience clinique. Pour les besoins du présent document, une préférence est accordée aux connaissances issues de la recherche.

² DRENKARD, K. « The business case for Magnet® », *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol. 40, 2010, p. 263-271. DOI : 10.1097/NNA.0b013e3181df0fd6.

³ GRAHAM, I. D. et J. M. TETROE. « The knowledge to action framework », dans J. Rycroft-Malone et T. Bucknall, éd., *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*, West Sussex, Royaume-Uni, Wiley-Blackwell, 2010 p. 207-221.

⁴ KITSON, A., J. RYCROFT-MALONE, G. HARVEY et coll. « Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges », *Implementation Science*, vol. 3, 2008, p. 1-13. DOI : 10.1186/1748-5908-3-1.

⁵ [ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO](#), *Champions*,

⁶ INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Testing changes*, [http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/testingchanges.htm] (15-03-2011).

⁷ STETLER, C. B. *Evidence-based practice and the use of research: A synopsis of basic concepts & strategies to improve care*, Amherst, Massachusetts, Nova Foundation, 2002.



Durabilité : Degré de poursuite de l'utilisation d'une innovation donnée après la fin des efforts initiaux visant son adoption (Rogers 2003, p. 429)⁸.

Élément facilitateur : Facteur qui peut favoriser la mise en œuvre⁹.

Groupes de discussion : Discussions et entrevues de groupe visant à obtenir des renseignements sur un sujet particulier¹⁰.

Guide de pratique clinique : Énoncé élaboré de façon systématique sur les pratiques exemplaires recommandées dans un domaine clinique précis et visant à orienter les praticiens dans leur travail¹¹.

Innovation : Idée, pratique ou objet qui est perçu comme nouveau par une personne ou une autre unité d'adoption¹².

Intervenants (groupe de travail ou autre groupe organisé) : Comité spécial investi d'un but déterminé, composé de personnes ou de groupes qui s'intéressent au processus de mise en œuvre ou sont touchés de façon directe ou indirecte par ce processus¹³.

Leader d'opinion : Personne du milieu des soins de santé qui est considérée comme une personne influente, importante et respectée par son groupe de pairs¹⁴.

Méthode Delphi : Méthode de structuration d'un processus de communication de groupe permettant de gérer un problème complexe. Un questionnaire peut être créé, puis envoyé à un groupe de plus grande taille. Les résultats sont ensuite résumés, puis un nouveau questionnaire est préparé pour que les répondants évaluent leurs réponses originales. Le processus se poursuit jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint¹⁵.

⁸ ROGERS, Everett M. *Diffusion of Innovations*, 5^e édition, New York, Free Press, 2005.

⁹ GROL, R., M. WENSING et M. ECCLES. *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*, Philadelphie, Elsevier Limited, 2005.

¹⁰ TITLER, M. G. *Toolkit for promoting evidence-based practice*, Iowa City, Iowa, Research, Quality and Outcomes Management, Department of Nursing Services and Patient Care, University of Iowa Hospitals and Clinics, 2002.

¹¹ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002.

¹² ROGERS, Everett M. *Diffusion of Innovations*, 5^e édition, New York, Free Press, 2003.

¹³ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002.

¹⁴ TITLER, M. G. *Toolkit for promoting evidence-based practice*, Iowa City, Iowa, Research, Quality and Outcomes Management, Department of Nursing Services and Patient Care, University of Iowa Hospitals and Clinics, 2002.

¹⁵ TUROFF, M. et H. A. LINSTONE. *The Delphi method: Techniques and applications*, 2002, [<http://is.njit.edu/pubs/delphibook/>].



Mise en œuvre : Processus par lequel les connaissances sont appliquées dans un milieu.

Objectif : « But, résultat vers lequel tend l'action de quelqu'un, d'un groupe¹⁶ ». Il s'agit d'une cible concrète, observable et mesurable que l'on tente d'atteindre, généralement dans un délai établi.

Obstacle : Facteur qui peut freiner la mise en œuvre¹⁷.

Processus ADAPTE : Approche systématique à l'adaptation de guides élaborés dans un milieu de pratique pour les utiliser dans un contexte culturel et organisationnel différent. Le processus a été conçu de façon à assurer que les guides adaptés permettent non seulement de répondre à des questions de santé précises relatives au contexte d'utilisation, mais conviennent aussi aux besoins, aux priorités, aux lois et aux ressources du contexte d'arrivée¹⁸.

Résultats : Répercussions des changements à vos interventions et à vos pratiques sur des résultats particuliers. Ces effets devraient comprendre les résultats pour les patients (p. ex. taux d'infection moins élevés). Ils peuvent aussi comprendre les résultats ayant trait au processus, comme les fréquences précises de comportements visés, les résultats pour les fournisseurs de soins comme un taux de rotation réduit, ou les résultats organisationnels comme l'agrément des hôpitaux.

Revue systématique : Analyse qui tente de chercher, d'évaluer et de synthétiser de façon systématique les données probantes issues de la recherche (études primaires), respectant souvent les guides de pratique clinique¹⁹.

Annexe C: Algorithme du processus de prise de décision fondé sur des données probantes (adapté de l'ébauche d'un algorithme préparé par le bureau de transition du Centre universitaire de santé McGill)

Cet algorithme est un exemple de représentation graphique du processus de prise de décision fondé sur des données probantes qui présente les points de décision dans cinq étapes interdépendantes et fournit au planificateur la possibilité de tenir compte des ressources locales, notamment les outils et les mécanismes de soutien, qui pourraient être requis ou disponibles pour la réalisation de la mise en œuvre. L'algorithme fait référence à cinq étapes : cibler la pratique, rechercher et évaluer les données probantes, adapter le changement au milieu de pratique, le mettre en œuvre et procéder à l'évaluation.

Cibler la pratique : Il faut d'abord préciser la question clinique, puis former une équipe qui procédera à l'évaluation des pratiques cliniques existantes. Cette équipe devrait notamment être composée d'un chargé de projet et d'intervenants.

¹⁶ « objectif », DICTIONNAIRE FRANÇAIS LAROUSSE, [<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectif>] (15-06-2012).

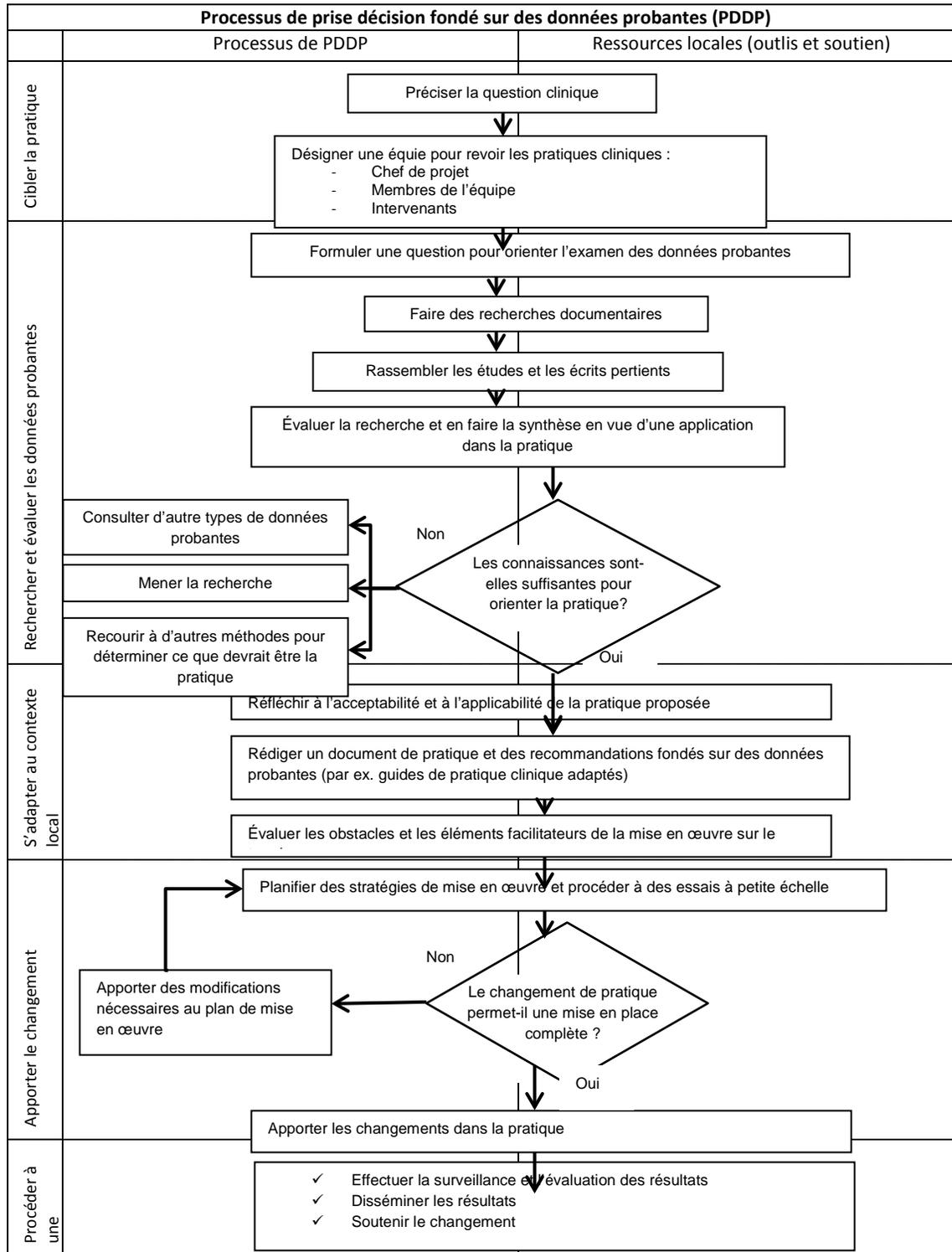
¹⁷ GROL, R., M. WENSING et M. ECCLES. *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*, Philadelphie, Elsevier Limited, 2005.

¹⁸ THE ADAPTE COLLABORATION. *The ADAPTE process: Resource toolkit for guideline adaptation*, version 2.0, 2009, [www.g-i-n.net].

¹⁹ GRANT, M. J. et A. BOOTH. « A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies », *Health Information and Libraries Journal*, vol. 26, 2009, p. 91-108.



Annexe C: Algorithme du processus de pris de décision fondé sur des données probantes (adapté de l'ébauche d'un algorithme préparé par le bureau de transition du Centre universitaire de santé McGill)





Rechercher et évaluer les données probantes : Vous devez d'abord formuler une question pour orienter la revue des données probantes, puis faire des recherches documentaires, rassembler les études et les écrits pertinents, puis évaluer la recherche et en faire la synthèse en vue d'une application dans la pratique. Demandez-vous si les connaissances sont suffisantes pour orienter les pratiques.

Si la réponse est non, consultez d'autres types de données probantes, menez vos propres recherches ou songez à recourir à d'autres méthodes pour déterminer ce que devrait être la pratique.

Si la réponse est oui, passez à l'étape suivante.

Adapter le changement au milieu de pratique : Réfléchissez à l'acceptabilité et à l'applicabilité de la pratique proposée, rédigez un document de pratique et des recommandations fondés sur des données probantes (p. ex. guides de pratique clinique adaptés), puis procédez à l'évaluation des obstacles à la mise en œuvre dans ce milieu et des éléments facilitateurs.

Mettre en œuvre le changement : Planifiez des stratégies de mise en œuvre et procédez à des essais à petite échelle. Demandez-vous si le changement de pratiques est suffisamment approprié pour procéder à un déploiement complet.

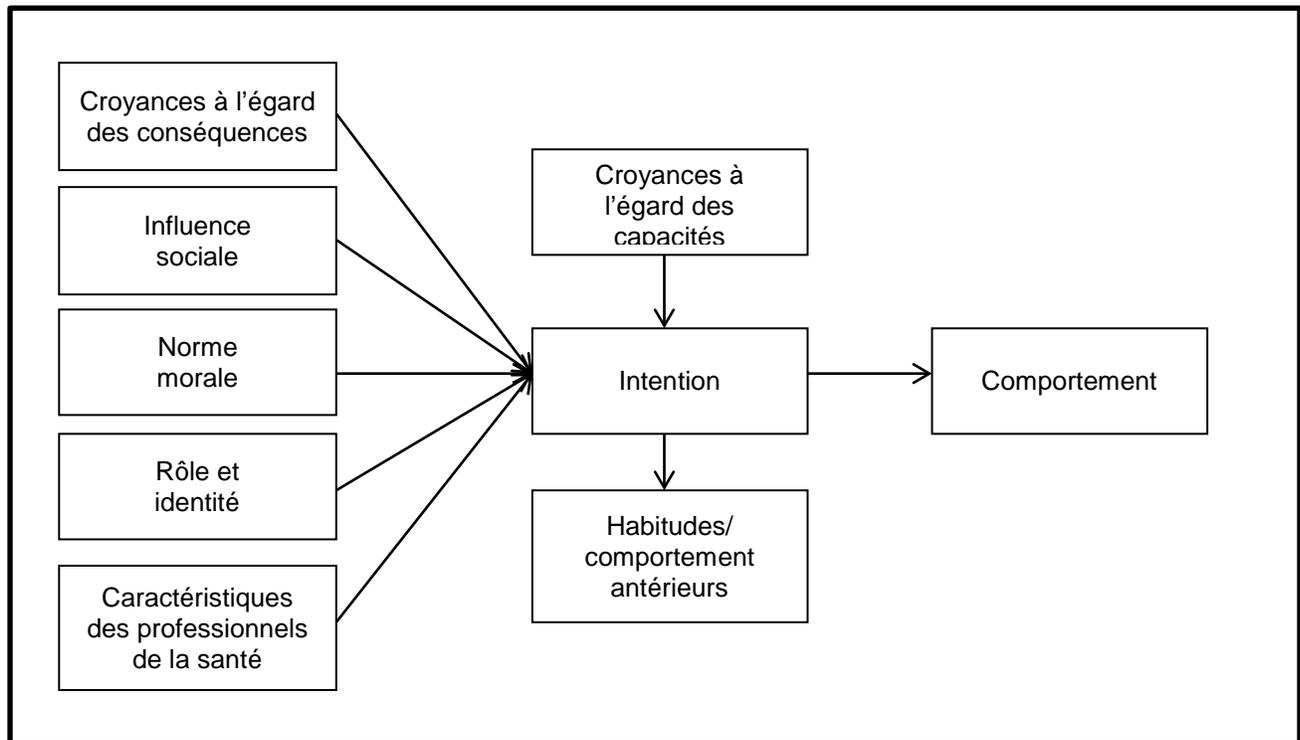
Si la réponse est non, apportez les modifications nécessaires au plan de mise en œuvre.

Si la réponse est oui, mettez en œuvre le changement de pratique.

Procéder à l'évaluation : Effectuez la surveillance et l'évaluation des résultats, diffusez-les et maintenez le changement.



Annexe D : Facteurs qui influencent les comportements et les intentions relativement aux soins de santé : modèle théorique



Reproduction autorisée par *Implementation Science* (vol. 3, 2008, p. 36-48).

Annexe D : Facteurs qui influencent les comportements et les intentions relativement aux soins de santé : modèle théorique

Cette figure, dont la reproduction est autorisée par *Implementation Science*, a été publiée en 2008 par Godin et coll. Dans ce diagramme sont présentés des facteurs qui pourraient influencer sur les intentions et le comportement des professionnels de la santé. Ces facteurs ont été dégagés à l'occasion d'une revue systématique d'études qui ont fait appel à des théories sociocognitives pour expliquer les comportements relativement aux soins de santé.

Les déterminants de l'intention des professionnels d'adopter un comportement particulier sont leurs croyances à l'égard des conséquences, les influences sociales, la norme morale, les notions de rôle et d'identité et les caractéristiques des professionnels de la santé. Leur intention d'adopter le comportement est influencée par leurs croyances à l'égard de leurs capacités, de leurs habitudes et de leurs comportements passés. La conjugaison de ces trois éléments a une incidence sur le comportement réel.



Annexe E : Tableau pour consigner les obstacles, les éléments facilitateurs et les stratégies de mise en œuvre

| Objectifs et résultats | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------------|
| Facteur | Obstacle/Élément facilitateur | Pertinence | Stratégie de mise en œuvre |
| Caractéristiques de l'innovation | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Fournisseurs de soins individuels | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Milieu de pratique | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Système | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Annexe F : Exemples d'obstacles et d'éléments facilitateurs

| | |
|---------------------------|---|
| Connaissances | Manque de sensibilisation au changement proposé |
| | Manque de familiarité avec le changement proposé |
| | Oublis |
| Attitudes | <p>Incapacité d'arriver à un accord en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la valeur scientifique des données probantes; • de la rigidité du guide de pratique clinique; • d'une menace à l'autonomie professionnelle; • d'un parti pris perçu chez l'auteur; • d'un manque de clarification et le manque de réalisme du guide. |
| | <p>Manque d'applicabilité en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des caractéristiques du patient; • de la situation clinique; • de la perception que l'application des connaissances n'est pas avantageuse sur le plan financier; • d'un manque de confiance envers les personnes chargées de l'élaboration ou de la présentation de l'application des connaissances. |
| | <p>Manque d'espoir en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'impression que la mise en œuvre ne donnera pas lieu à une amélioration des résultats pour les patients ou le processus de soins de santé; • de sentiments négatifs pouvant être suscités par le nouveau comportement et déclenchés par l'application des connaissances ou le fait de ne pas avoir tenu compte des sentiments existants au sujet du processus de mise en œuvre; • d'un sentiment d'efficacité personnelle insuffisant; • d'un manque de motivation à utiliser les connaissances ou à changer ses habitudes. |
| Obstacles externes | <p>Facteurs relatifs au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'incapacité de concilier les préférences du patient et l'utilisation des connaissances. |
| | <p>Facteurs relatifs à l'utilisation des connaissances en tant qu'innovation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'impression qu'il est impossible de procéder à des essais avec l'innovation de façon limitée; • l'impression que l'innovation est incompatible avec sa propre approche; • l'impression que l'innovation est difficile à comprendre et à mettre en œuvre; • le manque de résultats visibles lors de l'application de l'innovation; • l'impression que l'innovation ne peut être créée et partagée avec les autres de sorte à atteindre une compréhension mutuelle; • l'impression que l'utilisation de l'innovation accentuera les incertitudes (par exemple, le manque de prévisibilité, le manque de structure, le manque d'information); • l'impression que l'innovation manque de souplesse dans une mesure telle qu'elle ne peut être changée ou modifiée par un utilisateur pendant la période d'adoption et de mise en œuvre. |
| | <p>Facteurs relatifs au milieu de pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • manque de temps pour mettre les connaissances en pratique; • manque de ressources ou de personnel pour mettre les connaissances en pratique; • soutien insuffisant de la part de l'organisation; • accès inadéquat aux services de soins de santé déjà en place ou non conventionnels pour mettre les connaissances en pratique; • remboursement insuffisant pour mettre les connaissances en pratique; • augmentation perçue de la responsabilité liée aux fautes professionnelles si de nouvelles connaissances sont mises en pratique. |

Adapté de KT Clearinghouse (IRSC), [<http://ktclearinghouse.ca>] et de *Implementation Science*, vol. 1, 2006, p. 16-28.



Annexe G : Questions d'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs

Ces questions peuvent être utilisées pour évaluer les obstacles et les éléments facilitateurs auprès des praticiens individuels ou des leaders formels dans les circonstances suivantes :

- discussions ou conversations informelles avec des personnes;
- entretiens individuels semi-structurés;
- groupes de discussion;
- après une présentation, pour donner un aperçu de l'innovation et entamer une discussion de groupe;
- sondage sur papier.

Les réponses vous aideront à déterminer les stratégies de mise en œuvre qui pourraient être les plus appropriées.

Adaptez les questions qui suivent à votre innovation et aux professionnels de la santé (adapté de [Brett, 1989](#)) :

1. Avez-vous entendu parler de l'innovation ou avez-vous lu à ce sujet?
2. Avez-vous été témoin de l'utilisation de l'innovation?
3. Que savez-vous à propos de l'innovation?
4. Utilisez-vous déjà cette innovation?
5. Croyez-vous que cette innovation est appropriée dans ce milieu? Pourquoi?
6. Croyez-vous que cette innovation cadre bien avec votre rôle (en tant qu'infirmière, médecin, physiothérapeute, etc.)?
7. Croyez-vous que l'innovation conduira à une amélioration des résultats pour les patients?
8. Croyez-vous disposer du savoir-faire et de la formation nécessaires pour mettre en œuvre l'innovation?
9. Croyez-vous disposer de suffisamment de ressources (temps, argent, espace, personnel) pour mettre en œuvre l'innovation?
10. L'innovation est-elle importante pour vous? Pour vos collègues? Pour le groupe de leadership? Pour votre organisation? Pour les patients et les familles?

Annexe H : Liste de vérification pour la mise en œuvre

Liste de vérification

- Une question ou une inquiétude a été soulevée dans ma pratique ou dans mon milieu de pratique.
 - Des intervenants ont été réunis pour discuter de la question et examiner les données probantes.
- Des données probantes à l'appui d'une innovation ou d'un changement de pratique ont été découvertes ou créées, puis évaluées.
 - La qualité des données probantes a été évaluée.
 - Les meilleures données probantes ont été mises en évidence (une ou plusieurs sources).
- Les écarts entre les données probantes et les pratiques actuelles dans mon milieu ont été cernés par des mesures.
 - Des données de référence ont été recueillies dans mon milieu de pratique au sujet de l'état actuel des pratiques.



- On a déterminé si cette inquiétude est suffisamment pertinente pour justifier la mise en œuvre d'un changement, compte tenu des conclusions.
- Les objectifs du changement de pratique ont été consignés et sont mesurables.
- La cible du changement de comportement a été établie (Qui? Où? Quand? Quoi? Pendant combien de temps?).
- Les données probantes ont été adaptées à mon milieu.
 - La source des données a été définie.
 - Les recommandations ont été évaluées en fonction des données probantes.
 - Les intervenants ont été mobilisés.
 - Les recommandations ont été présentées dans un format convivial pour mon milieu.
- Des obstacles et des éléments facilitateurs ont été mis en évidence dans mon milieu.
 - Un tableau a été créé.
 - Une préparation et une réflexion ont été faites avant de procéder à l'évaluation des obstacles et des éléments facilitateurs.
 - Une ou des stratégies permettant d'évaluer les obstacles et les éléments facilitateurs ont été choisies.
 - Les obstacles et les éléments facilitateurs ont été évalués.
 - Les obstacles et les éléments facilitateurs les plus pertinents et importants en tant que cibles de la mise en œuvre ont été établis.
- Des stratégies de mise en œuvre ont été utilisées pour cibler des objectifs et des obstacles, et pour favoriser les éléments facilitateurs du changement.
 - Les obstacles et les éléments facilitateurs les plus pertinents et importants dans mon milieu ont été évalués.
 - L'utilisation de stratégies de mise en œuvre a été envisagée dans mon milieu.
 - Les stratégies de mise en œuvre ont été organisées sous forme de tableau.
 - Des discussions ont eu lieu avec les intervenants à propos du plan et des ajustements ont été apportés.
 - Un plan de mise en œuvre a été conçu.
 - Des méthodes de surveillance et de soutien continu ont été élaborées pendant la période d'essai. Des ajustements ont été apportés au besoin.
 - Les succès ont été mis à profit appliquant la mise en œuvre à grande échelle (objectif fixé au départ).
- Les résultats ont été surveillés.
- Les résultats de la mise en œuvre ont été évalués.
- Le changement de pratique a été maintenu à long terme.