

La sécurité
des patients

maintenant

Un Guide à l'amélioration de la sécurité des patients

Intégrer les approches
de l'application des
connaissances et de
l'amélioration de la qualité

Table des matières

Modèles, théories et cadres de travail	1
Pourquoi un guide?	2
Intégration de l'application des connaissances et de l'amélioration de la qualité	3
Préparation et démarrage	4
Obstacles et catalyseurs / Comment identifier des opportunités	8
Stratégies de mise en œuvre et analyse de votre système	12
Contextes / Adaptation et Conception de tests de changement	13
Qualité de la mise en œuvre / Formaliser et normaliser les changements	15
Durabilité et démonstration de l'impact	17



Pour de plus amples détails, veuillez contacter :

Institut canadien pour la sécurité des patients

www.securitedespatients.ca

FR ISBN : 978-1-926541-87-7

Droit d'auteur © 2020 Institut canadien pour la sécurité des patients.

Tous droits réservés. Par la présente, l'Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP] autorise la redistribution de ce document, en totalité ou en partie, pour des fins éducatives non commerciales, pourvu que le contenu ne soit pas modifié et que la contribution de l'ICSP soit reconnue de manière appropriée. Il faut obtenir la permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour tous les autres usages, y compris l'utilisation commerciale des illustrations dans le Guide à l'amélioration de la sécurité des patients: Intégrer les approches de l'application des connaissances et de l'amélioration de la qualité.

Comment citer ce document en référence :

Institut canadien pour la sécurité des patients. Un Guide à l'amélioration de la sécurité des patients : Intégrer les approches de l'application des connaissances et de l'amélioration de la qualité. Edmonton, Alberta; 2020.

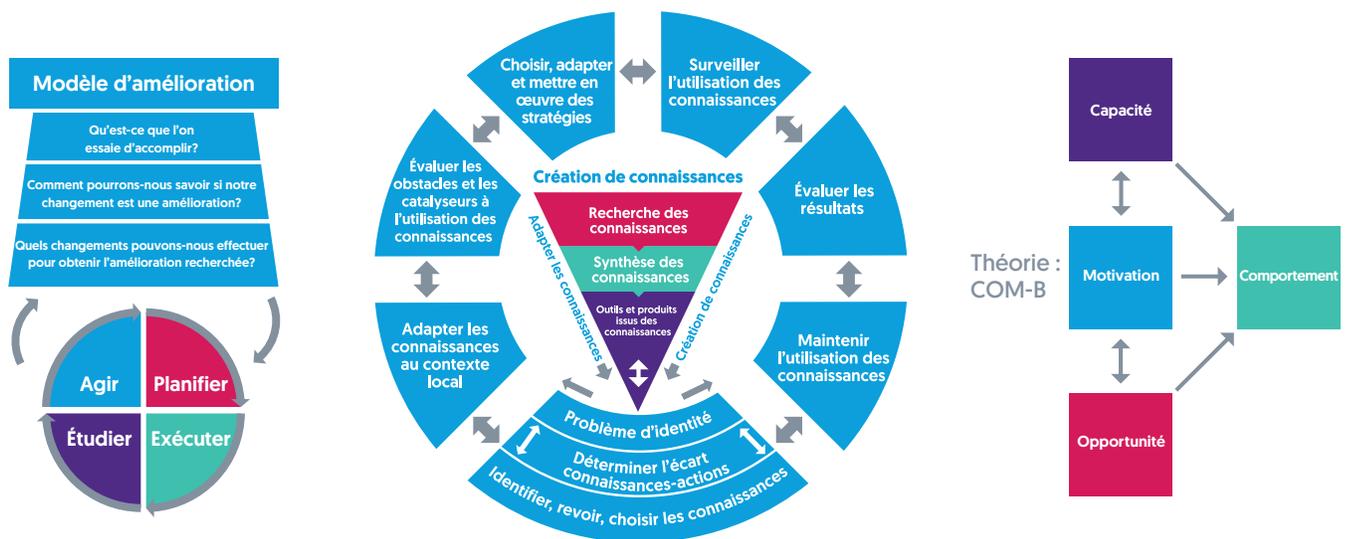
Ce document a été créé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui a fusionné avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé sous le nom d'Excellence en santé Canada. Il peut encore contenir des références aux anciens organismes ainsi que leurs logos et leurs identités visuelles.

Ce guide s'appuie sur les modèles, théories et cadres de travail suivants

Concept de l'apprentissage intégré de l'application des connaissances et de l'amélioration de la qualité de l'ICSP



Guider notre conception de l'apprentissage



Le modèle d'amélioration¹

Cycle des connaissances à la pratique²

La théorie COM-B³

Références :

1. Langley, G. L., K. M. Nolan, T. W. Nolan, C. L. Norman et L.P. Provost, *The Improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* [Le guide de l'amélioration : Une approche pratique pour améliorer le rendement organisationnel], 1^{re} éd., Jossey-Bass Publishers, 1996.
2. Straus, S., J. Tetroe et L. Graham, *Knowledge to Action Framework* [Cadre des connaissances à la pratique], https://knowledge translation.net/wp-content/uploads/2016/04/KTA-Diagram_Feb-12.pdf, 2013.
3. Michie, S., L. Atkins et R. West, *The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions* [La roue du changement comportemental : Un guide de la conception des interventions], Silverback Publishing, 2014.



Pourquoi un guide?

En matière de sécurité des patients, il existe un ensemble important de données probantes démontrant les interventions (les pratiques exemplaires et les processus) qui permettent d'améliorer les résultats pour les patients dans le cas de nombreux problèmes de santé. En dépit des données probantes disponibles, les changements de pratiques ne sont pas mis en œuvre de manière cohérente et efficace pour aider les organisations et les équipes à relever les défis liés à la sécurité des patients.

Le défi de la mise en œuvre

Les organisations et les équipes investissent des ressources et du temps dans des projets d'amélioration de la sécurité en réponse directe à ce défi de mise en œuvre. Le terme « intervention » est utilisé tout au long de ce document et vise à désigner l'utilisation de stratégies adaptées au contexte et d'idées de changement fondées sur des données probantes. Les équipes seront habilitées et dotées d'outils, de ressources et de stratégies pour mettre en œuvre efficacement des pratiques de sécurité pour les patients dans les soins de santé canadiens. Ces stratégies peuvent également être adaptées au contexte international des soins de santé.

L'utilisation de ce guide

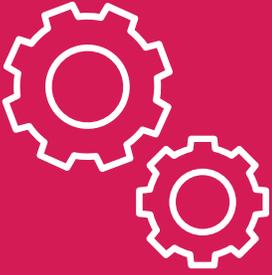
Cette ressource a été conçue pour aider les équipes de tous les secteurs des soins de santé à faire face au changement en adoptant une approche intégrée d'application des connaissances et d'amélioration de la qualité qui aura une incidence sur les résultats en matière de sécurité des patients. Tous les changements ne conduisent pas à une amélioration, mais pour s'améliorer, nous devons changer (Langley et al., 2009). Ce guide pour l'amélioration de la sécurité des patients est destiné à accompagner les meilleures idées de changement, ainsi que les outils et ressources disponibles pour votre projet spécifique. Il comprend des stratégies et des mesures pouvant être mises en œuvre en fonction des besoins évalués. Des adaptations sont à prévoir et des considérations importantes pour la mise en œuvre seront fournies.



Cherchez l'icône du diamant pour trouver des conseils et des liens vers les outils et ressources à prendre en considération ainsi que des références aux articles utilisés dans la création de ce guide.

Référence :

Langley, G. L., R. Moen, K. M. Nolan, T. W. Nolan, C. L. Norman et L.P. Provost, *The Improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* [Le guide de l'amélioration : Une approche pratique pour améliorer le rendement organisationnel] 2^e éd., Jossey-Bass Publishers, 2009.



Intégration de l'application des connaissances et de l'amélioration de la qualité

L'application des connaissances (AC) et l'amélioration de la qualité (AQ)

s'appuient sur des données probantes et des méthodes différentes, mais visent ultimement à atteindre le même objectif : améliorer les résultats pour les patients. L'AQ utilise des méthodes et des processus pour améliorer la qualité, la sécurité et la valeur des soins de santé à un niveau local. L'AC utilise des théories, des modèles et des cadres de travail pour mettre en pratique les connaissances acquises à partir des résultats de la recherche afin d'apporter des améliorations à grande échelle. « Bien que les objectifs des deux domaines semblent complémentaires, ils n'interagissent que sporadiquement et superficiellement, souvent en contradiction, et restent isolés l'un de l'autre non seulement par leur méthodologie distincte, mais aussi par leur effet sur le système de santé et leur engagement envers celui-ci. » [Koczwara *et al.*, 2018].

Compte tenu de notre mission qui consiste à inspirer et à faire progresser une culture vouée à des améliorations durables pour des soins de santé plus sécuritaires, l'Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP] a travaillé à définir des synergies entre l'AC et l'AQ qui permettront de tirer parti des forces de chaque domaine afin d'avoir une incidence accrue sur la sécurité des patients et les soins de santé. L'AC ne remplace pas les approches d'AQ; ils sont plutôt intégrés pour produire une approche au changement qui aura une incidence plus importante et plus durable sur les résultats pour les patients.

Voici quelques exemples de la façon dont les approches d'AC peuvent contribuer aux initiatives d'AQ existantes :

- Utiliser la connaissance des obstacles, des catalyseurs, des données probantes et de la théorie pour sélectionner les stratégies de mise en œuvre;
- Fournir une compréhension claire de l'effet des facteurs contextuels sur le processus de mise en œuvre, les résultats et la durabilité;
- Améliorer l'exactitude (qualité de la mise en œuvre), qui représente le degré de mise en œuvre d'une intervention telle que prévue; et
- Planifier pour assurer la durabilité, la diffusion, le succès à long terme et la mise à l'échelle.



Référence :

Koczwara B, Stover AM, Davies L, Davis MM, Fleisher L, Ramanadhan S ... Proctor E. (2018). *Harnessing the synergy between improvement science and implementation science in cancer: a call to action*. *Journal of Oncology Practice*, 14(6), 335–340. <https://doi.org/10.1200/JOP.17.00083>



1. Préparation et démarrage

Évaluer la préparation organisationnelle

Vous souvenez-vous d'avoir déjà travaillé pour une organisation qui annonçait qu'il allait adopter un nouveau changement de pratique et de vous dire : « c'est une excellente idée, mais elle ne fonctionnera pas ici »?

Ça arrive tout le temps. Nous avons de bonnes idées de changement, mais nos tentatives de les mettre en pratique échouent souvent. Lorsque les projets ne fonctionnent pas, cela entraîne une perte de temps, de ressources et d'énergie émotionnelle. Les membres de l'équipe deviennent alors moins susceptibles d'adopter quelque chose de nouveau à l'avenir. La préparation organisationnelle est évaluée avant l'introduction d'un changement de pratique.

La préparation organisationnelle commence par la reconnaissance de la valeur et de l'importance du leadership et par la confiance en la direction pour être « prêts » à l'adoption réussie de nouveaux changements de pratique. Parmi les exemples où le leadership a un grand impact sur différents aspects de l'état de préparation général, on peut citer : les canaux de communication existants, la culture organisationnelle qu'il s'agisse du soutien apporté aux nouveaux apprentissages et du sentiment de stress de la part du personnel. La préparation à un changement de pratique comprend des facteurs tels que l'allocation de ressources au changement, la compatibilité du changement avec la culture et le flux de travail existants, ainsi que la prise en compte des priorités organisationnelles. Les organisations qui sont généralement prêts et qui sont prêts au changement de pratique ont plus de chances de réussir.

Pour démarrer, il faut comprendre non seulement l'état de préparation, mais aussi votre propre culture de la sécurité des patients, qui peut influencer les résultats en matière de sécurité des patients en déterminant les normes et les pratiques acceptées qui ont une incidence sur l'adoption d'interventions destinées à promouvoir la sécurité des patients. Les interconnexions entre les personnes, le système et la culture, en se concentrant sur l'amélioration du système et l'apprentissage plutôt que sur les performances individuelles conduiront à des améliorations. Nous vous présentons ci-dessous des liens vers les ressources suggérées.



Ressources :

Sondage *Organizational Readiness for Change* de la Texas Christian University [TCU ORC-S]

Les compétences liées à la sécurité des patients, 1^{er} domaine : Culture de la sécurité des patients

Un Ensemble de la Culture de la sécurité des patients pour DG/cadres supérieurs

Sondage sur la MAS de la culture de la sécurité des patients

Susciter l'engagement des parties prenantes



Tous les membres de l'équipe de mise en œuvre ne possèdent pas nécessairement l'ensemble des compétences requises. L'idéal est plutôt un mélange de compétences parmi les membres.

L'identification de vos parties prenantes et de leurs points de vue sur votre projet est d'une importance vitale. Vos parties prenantes existent au niveau du système, ainsi qu'au niveau des pratiques locales. Elles peuvent influencer ou être influencés par la mise en œuvre de votre projet d'amélioration de la sécurité et peuvent adopter certaines positions selon leurs valeurs, leurs imputabilités, ainsi que les pertes et les avantages perçus.

Former les équipes de mise en œuvre

La mise en œuvre est assurée par un groupe de personnes qui « sont concernées par les processus » et qui sont familiers avec le projet d'amélioration de la sécurité. Ils comprennent l'amélioration de la qualité ainsi que les méthodes de la science de la mise en œuvre et sont capables d'apporter du soutien et de coordonner le travail en collaboration. Ce groupe a besoin de connaissances, de temps alloué, de budget et du soutien de la direction pour pouvoir se charger de guider la mise en œuvre, la durabilité et la mise à l'échelle du changement au niveau de la pratique locale. L'équipe est responsable de :

- Apporter du soutien par rapport aux évaluations de la pratique locale et de la collecte de données.
- Sélectionner et opérationnaliser les stratégies de mise en œuvre.
- Mener des cycles continus d'amélioration rapide de la qualité.
- Planifier pour la durabilité.



Ressource :

The National Implementation Research Network (NIRN) : Équipes de mise en œuvre

Susciter l'engagement des patients et des familles

L'engagement est une approche visant à impliquer les patients, les familles ou les partenaires des patients dans leurs propres soins ainsi que dans la conception, la prestation et l'évaluation des services de santé, d'une manière adaptée à leur situation et à leur vécu.



➔ Pourquoi susciter l'engagement des patients tout au long du cycle de vie du projet?

L'engagement accélère l'amélioration de nombreuses façons, notamment en aidant à se concentrer sur les problématiques de sécurité et les solutions qui comptent le plus pour les patients (les patients ont une perspective unique et complémentaire).

➔ Comment savons-nous que l'engagement des patients améliore la sécurité?

L'évaluation des processus et des résultats avant, pendant et après le projet démontre l'impact et améliore l'engagement. Il est important de : fixer et contrôler des résultats spécifiques en matière de sécurité; indiquer comment le(s) changement(s), en particulier l'engagement, ont un impact sur les résultats; et préciser comment les patients sont engagés tout au long du projet (qui, quand, pourquoi).

➔ Comment susciter l'engagement des patients au niveau organisationnel?

Les actions qui améliorent la sécurité par le biais de l'engagement comprennent : des communications efficaces aux transitions de soins (p. ex., la planification des congés, l'outil « faire dire » [*teach back*]); ainsi que l'expression et la réponse aux préoccupations en temps réel (p. ex., la détérioration de l'état du patient avec des problématiques liées à la sécurité des patients).

➔ Comment susciter l'engagement des patients au point d'intervention?

Les actions qui améliorent la sécurité par le biais de l'engagement comprennent : des communications efficaces aux transitions de soins (p. ex., la planification des congés, l'outil « faire dire » [*teach back*]); ainsi que l'expression et la réponse aux préoccupations en temps réel (p. ex., la détérioration de l'état du patient avec des problématiques liées à la sécurité des patients).



Ressources :

Les compétences liées à la sécurité des patients, 3^e domaine : Communication

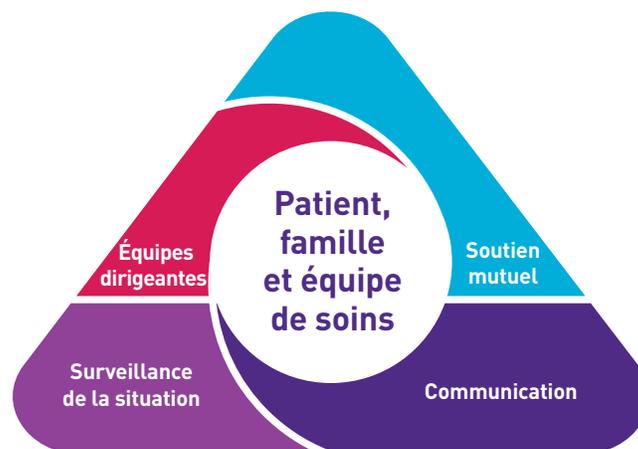
Le Guide de l'engagement des patients en matière de sécurité – Un Guide canadien

Mettre en évidence le travail d'équipe et la communication

Les incidents liés à la sécurité des patients peuvent survenir pour diverses raisons. Plusieurs sont liés à des bris de communication entre les équipes de soins. Les experts en sécurité des patients s'accordent à dire que la communication et d'autres compétences liées au travail d'équipe sont essentielles à la prestation de soins de santé de qualité et à la prévention et à l'atténuation des défaillances et des préjudices. Il est impératif d'aborder le travail d'équipe et la communication afin d'avoir un impact sur une culture de la sécurité des patients qui améliorera les résultats pour les patients. Les équipes hautement performantes s'engagent avec détermination et ont une conscience commune des rôles, des responsabilités ainsi que des situations au sein de leurs équipes et de leurs environnements de travail. Avoir une expérience professionnelle positive peut faire la différence en créant des attitudes positives, de la confiance, du plaisir au travail et de la performance globale.

TeamSTEPPS® (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*) a initialement été conçu conjointement par le Département de la défense des États-Unis et l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Ce programme a été adopté et adapté par l'ICSP et TeamSTEPPS CANADA™ pour qu'il soit mis à la disposition du domaine canadien des soins de santé. Il s'agit d'un système de travail en équipe qui offre une solution pour améliorer la collaboration et la communication au sein de votre établissement.

Le travail d'équipe s'est avéré être l'une des initiatives clés en matière de sécurité des patients pouvant transformer la culture des soins de santé. Le cadre de travail TeamSTEPPS® est fondé sur un système de travail en équipe fondé sur des données probantes qui optimise les soins aux patients en améliorant les compétences de communication et de travail d'équipe au sein des équipes soignantes et comprend des compétences qui peuvent être enseignées et apprises, permettant ainsi d'améliorer le travail d'équipe, la communication, le leadership, la surveillance de la situation et le soutien mutuel au sein des équipes et entre elles. TeamSTEPPS® comprend un ensemble complet de documents prêts à utiliser et un programme de formation visant à intégrer les principes de travail en équipe dans divers contextes.



Ressources :

Les compétences liées à la sécurité des patients, 2^e domaine : Travailler en équipe
Cours de microapprentissage sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada™

Questionnaire sur les attitudes des équipes et Questionnaire sur les perceptions des équipes

Référence :

Perlo J., B. Balik, S. Swensen, A. Kabcenell, J. Landsman et D. Feele [2017], *IHI framework for improving joy in work*, Livre blanc de l'IHI, Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement. Extrait de : <http://www.ihl.org/ressources/Pages/IHIWhitePapers/Framework-Improving-Joy-in-Work.aspx>



2. Obstacles et catalyseurs / Comment identifier des opportunités

Évaluer les obstacles et les catalyseurs du changement

Une fois que les problèmes ont été identifiés et que les pratiques à améliorer ont été priorisées, il est temps de penser quelles sont les stratégies de mise en oeuvre qui aideront à surmonter les obstacles spécifiques au changement de pratique. Il existe des outils tels que le COM-B ci-dessous qui peuvent aider à identifier les obstacles et les catalyseurs.

- 1. Commencer par l'évaluation des obstacles et des catalyseurs.** Cette évaluation peut être formelle ou informelle. Déterminer ce qui est pratique et faisable dans votre contexte.
- 2. Examiner si les problématiques associées aux obstacles et aux catalyseurs sont liés aux capacités, aux opportunités ou à la motivation.** Cet exercice peut être réalisé dans le cadre des réunions de groupe (p.ex., de l'équipe de mise en oeuvre) par la discussion et le consensus. **Utiliser le diagramme ci-dessous.**
- 3. Choisir des stratégies.** Les facilitateurs au changement sont souvent des stratégies de mise en oeuvre qui sont suggérées par les membres de l'équipe participant à l'évaluation des obstacles et des catalyseurs.

Exemples d'obstacles :

- Obstacles aux capacités – est-ce qu'ils ont les connaissances et les compétences nécessaires?
- Obstacles aux opportunités – est-ce que l'environnement permet de soutenir le changement?
- Obstacles à la motivation – est-ce qu'ils veulent changer?

Cartographie à l'aide de COM-B



Ressource :

Cadre de travail des domaines théoriques et de COM-B (COM-B and Theoretical Domains Framework)

Référence :

Cane J., D. O'Connor et S. Michie [2012], *Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research*, Implementation Science, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>

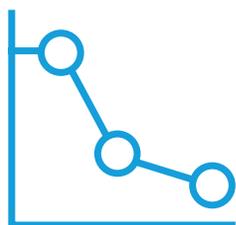
La mesure

Afin de fixer un **objectif** significatif et efficace pour votre projet, les équipes doivent commencer par rassembler et examiner leurs données de référence. Ces données vous aideront à établir votre **objectif** cible- quelque chose qui est réalisable et atteignable dans un délai déterminé, permettant de fixer des objectifs qui encouragent des améliorations et des changements substantiels au fil du temps.

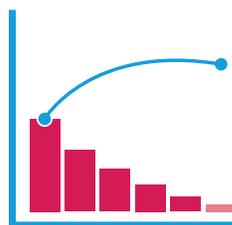
En fixant l'objectif de votre projet d'amélioration de la sécurité, énoncez en des termes mesurables ce que vous espérez atteindre exactement - ce qui sera réalisé, la référence et les cibles, et dans quel délai l'objectif sera atteint. Pensez à votre objectif en relation avec les mesures de processus et les mesures de résultats en matière de sécurité des patients.

Un énoncé des problèmes peut être composé pour définir l'opportunité et articuler clairement ce que l'équipe essaie d'accomplir, puis être repris tout au long du parcours d'amélioration pour que les efforts d'amélioration soient concentrés sur le besoin convenu.

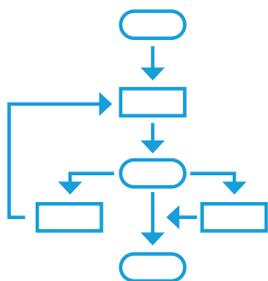
L'utilisation d'outils d'amélioration de la qualité, tels que le diagramme d'affinités, le diagramme cause-effet (ou le graphique en arête de poisson), les cinq « pourquoi », le graphique de Pareto et les cartographies de processus, sont aussi d'une valeur inestimable pour définir les opportunités d'amélioration. L'utilisation de graphiques de séquences avec interprétation utilisant les règles de graphiques de séquence facilitera le traitement de vos données.



Graphique de séquences



Graphique de Pareto



Cartographie du processus
ou diagramme de flux



Les cinq « pourquoi »



Ressource :

Outils de l'Institute for Healthcare Improvement (le diagramme cause-effet, les cinq « pourquoi », les cartes de processus, le graphique de Pareto, PEEA, les graphiques de séquences, etc.)

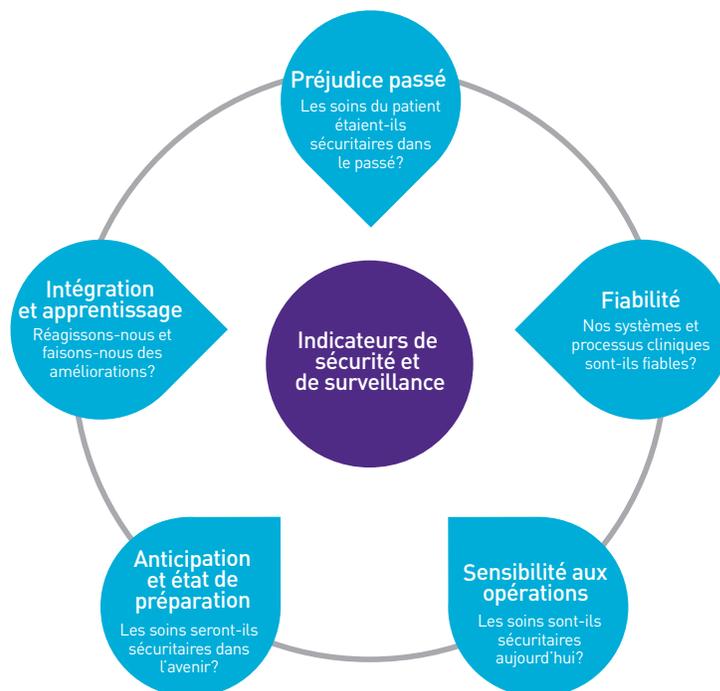


Voir au-delà du préjudice passé

La recherche de moyens efficaces pour améliorer la sécurité des patients a beaucoup évolué au cours des 15 dernières années, mais il reste encore beaucoup de travail à faire.

Pour améliorer la sécurité des patients de votre établissement, des informations quantitatives et qualitatives sont nécessaires pour guider la prestation de soins de santé sécuritaires. Le Cadre de mesure et de surveillance de la sécurité [CMSS], créé par le professeur Charles Vincent, Susan Burnett et Jane Carthey en 2013 pour la *Health Foundation* au Royaume-Uni, est un modèle conceptuel global qui est utilisé à cette fin et une approche performante pour faire progresser notre perception de la sécurité et nos approches pour l'améliorer. Ce cadre de travail aide les utilisateurs à passer de l'« assurance » à l'« enquête » en ne s'appuyant plus uniquement sur des cas de préjudices passés, mais en incluant les performances actuelles, les risques futurs et la résilience de l'organisme.

Ce cadre de travail se compose de cinq dimensions que les établissements, les unités ou les personnes, y compris les dirigeants, les prestataires, les patients et les familles, peuvent utiliser pour comprendre, guider et améliorer la sécurité des patients. Ces cinq dimensions suscitent une série de cinq questions clés permettant aux organisations et à leurs équipes de comprendre et de discuter plus précisément de ce que signifie « être en sécurité ». Vous trouverez de nombreuses informations pertinentes pour explorer soigneusement chaque dimension dans le guide pratique, la vidéo et le rapport complet énumérés dans les ressources ci-dessous.



Ressources :

Measurement and Monitoring of Safety Framework e-Guide

Les compétences liées à la sécurité des patients, 4^e domaine : Gérer les risques associés à la sécurité

Référence :

Vincent C., S. Burnett et J. Carthey [2013], *The measurement and monitoring of safety e-guide*, Londres, RU : The Health Foundation. Extrait de : <https://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety>

Identifier le changement et les idées de changement

Cette section présente les composantes de l'AQ, tels que les concepts et les idées de changement qui sont alignés avec la mesure de votre projet et qui sont dérivés des meilleures pratiques.

L'adoption d'une approche « par ensemble de soins » signifie que les changements de pratique ou interventions, qui ont été éprouvés cliniquement pour avoir le plus grand impact, sont regroupés et mis en œuvre. Cette approche permet d'obtenir de meilleurs résultats significatifs. Les idées de changement qui sont alignés aux mesures de votre projet se rapportent à des lignes directrices cliniques spécifiques, plutôt qu'à des tests de changement qui facilitent généralement la mise en œuvre d'initiatives à grande échelle.

Au fur et à mesure que les équipes de mise en œuvre décident de leur intervention (c'est le « QUOI » définissant ce que les gens feront différemment) ainsi que de leur stratégie de mise en œuvre de l'AC décrite dans la phase suivante, il peut y avoir de nombreuses options différentes et une priorisation peut être nécessaire. Les équipes peuvent envisager d'utiliser une matrice impact-effort pour prioriser les interventions à entreprendre.



Référence :

Resar R., F.A. Griffin, C. Haraden et T.W. Nolan [2012], *Using care bundles to improve health care quality*, Innovation Series, Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement. Extrait de : <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>

3. Stratégies de mise en œuvre et analyse de votre système

Les stratégies de mise en œuvre englobent une vaste gamme d'outils, d'activités ou de mesures. Ces stratégies aident l'équipe à surmonter les obstacles, à tirer parti des catalyseurs et à appliquer les meilleures pratiques mises en œuvre dans le cadre de ces projets.

Par exemple :

Souvent, les individus ne modifient pas, ou ne peuvent pas modifier leur comportement pour se conformer aux meilleures pratiques. Analyser et comprendre votre système en comprenant les obstacles et les catalyseurs vous permet d'apprendre si les membres de l'équipe n'ont pas la capacité, la possibilité ou la motivation de changer leur comportement. Une fois déterminées, les stratégies de mise en œuvre sont choisies pour aider les individus et les organismes à surmonter ces obstacles et à renforcer les catalyseurs. Ce lien direct avec les obstacles et les catalyseurs permet de sélectionner des stratégies de mise en œuvre très ciblées et efficaces.

	Domaine CDT	Coercition	Éducation	Habilitation	Restructuration environnementale	Incitatifs	Modélisation	Persuasion	Restriction	Formation
Capacité	Connaissances		●							
	Compétences									●
	Processus de mémoire, d'attention et de décision			●	●		●			●
	Régulation comportementale		●	●						●
Opportunité	Contexte et ressources environnementaux			●	●				●	●
	Influences sociales			●	●		●		●	
Motivation	Rôle et identité sociaux/ professionnels		●				●	●		
	Croyances au sujet des capacités		●	●			●	●		
	Optimisme		●	●			●	●		
	Intentions	●	●			●	●	●		
	Objectifs	●	●	●		●	●	●		
	Croyances au sujet des conséquences		●				●	●		
	Renforcement	●				●	●			●
	Émotion	●		●			●	●	●	



Référence :

Michie S., L. Atkins et R. West [2014], *The behaviour change wheel: a guide to designing interventions*. Londres, RU : Silverback Publishing.



4. Contextes / Adaptation et Conception de tests de changement

Analyser les adaptations

Les adaptations aux changements de pratique sont très courantes, en particulier lorsqu'elles sont mises en œuvre dans la « vie courante » et qu'elles prennent en considération les déterminants sociaux de la santé. Il est courant de ne pas consacrer suffisamment de temps à l'examen des raisons de la modification et de ce qui devrait être adapté.

Questions pour l'adaptation de la qualité de la mise en œuvre

L'adaptation est-elle planifiée ou non?

- Une adaptation planifiée se produit lorsque l'équipe de mise en œuvre anticipe un problème et crée un plan pour adapter le changement de pratique en conséquence. Ces adaptations sont généralement préférées aux adaptations non planifiées.
- Une adaptation non planifiée se produit lorsque la mise en œuvre a commencé et que l'équipe de mise en œuvre réagit aux difficultés de mise en œuvre en procédant à des adaptations. Bien que presque tous les efforts de mise en œuvre comprennent certaines adaptations non planifiées, celles-ci ont été associées à l'affaiblissement de l'efficacité d'un changement et devraient être évitées dans la mesure du possible.

Pourquoi procède-t-on à une adaptation?

- Est-ce parce qu'il y a des problèmes logistiques avec la compatibilité du changement de pratique?
- Est-ce parce qu'il existe des différences philosophiques dans les valeurs et les croyances des gens sur ce qui devrait être fait?

Quels types d'adaptations sont faits?

- Changements au contenu [p.ex., ajout, retrait ou substitution d'éléments, intégration à une autre pratique].
- Changements au contexte [p.ex., la mise à disposition du changement à une nouvelle clientèle cible].

Qui effectue les adaptations?

- L'équipe de mise en œuvre.
- La direction.
- Le personnel des points d'intervention.

Qui sera touché par les changements?

- L'équipe de mise en œuvre.
- La direction.
- Le personnel des points d'intervention.
- Les patients et les familles.



Référence :

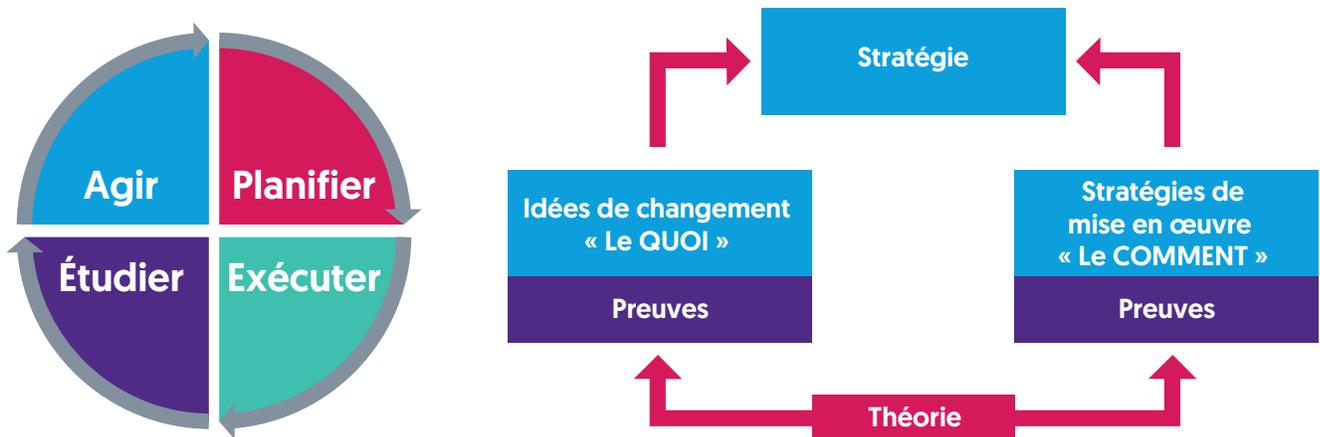
Wiltsey Stirman S., A.A. Baumann et C.J. Miller (2019), *The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions*, *Implementation Science*, 14(1), 58.
<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>



Se servir des cycles d'amélioration rapide (PEÉA)

Le « QUOI » décrit les changements de pratiques idéaux et le « COMMENT » décrit les stratégies qui seront utilisées pour modifier le comportement des personnes. Idéalement, autant les pratiques que les stratégies ont fait la preuve de leur efficacité et les stratégies sont sélectionnées en comprenant et en abordant les obstacles et les catalyseurs sous-jacents au changement.

Le « QUOI » en pratique clinique représente des pratiques bien établies, fondées sur des données probantes, et ne nécessite pas de PEÉA. Par contre, on ne sait pas quelles sont les stratégies de mise en œuvre les plus appropriées pour chaque équipe. Les PEÉA devraient donc être menés sur le « COMMENT » [c'est-à-dire les stratégies de mise en œuvre] pour concevoir les tests de changement.



Ressources :

Les compétences liées à la sécurité, 5^e domaine : Optimiser les facteurs humains et environnementaux
Outils de l'Institute for Healthcare Improvement (le diagramme cause-effet, les cinq « pourquoi », les cartes de processus, le graphique de Pareto, PEEA, les graphiques de séquences, etc.)

5. Qualité de la mise en œuvre / Formaliser et normaliser les changements

Surveiller la qualité de la mise en œuvre

La qualité de la mise en œuvre fait référence au degré auquel un changement de pratique est réalisé comme prévu. Elle nous aide à examiner des questions telles que l'efficacité de l'utilisation du changement ou de l'intervention, sa valeur ou son utilité, son impact sur la clientèle cible, etc. Il y a six concepts clés à prendre en considération :

Le dosage

- Quelle part de l'intervention a été réalisée?
- Combien de séances de formation les gens ont-ils assistés?

L'exactitude

- Dans quelle mesure la personne chargée de la mise en œuvre respecte-t-elle les éléments essentiels de la stratégie prévue?
- Dans quelle mesure a-t-elle suivi son déroulement?

Les adaptations

- Les changements apportés au contenu de l'intervention.
- Ajouts, suppressions ou modifications au changement de pratique.

La qualité de la prestation

- La méthode de mise en œuvre de l'intervention.
- L'enthousiasme de la personne chargée de la mise en œuvre, sa clarté, etc.

La portée

- L'intervention atteint-elle la clientèle cible?
- Quel pourcentage du personnel a reçu la formation?

La réceptivité des participants

- Présence et engagement.
- Les publics/participants cibles sont-ils intéressés et réceptifs au changement?



Référence :

Durlak J.A. et E.P. DuPre. (2008), *Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation* dans *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>



Il existe un certain nombre de raisons pour mesurer la qualité de la mise en œuvre

- Les interventions dont la mise en œuvre est de meilleure qualité sont susceptibles de produire les résultats souhaités, ce qui peut signaler un moment opportun pour avoir la confiance nécessaire pour formaliser et normaliser le changement tout en continuant à mesurer et à surveiller afin de progresser vers la durabilité.
- Lorsque les interventions (qui sont constituées de la combinaison d'idées de changement fondées sur des données probantes et de stratégies de mise en œuvre) sont réalisées sans groupe de contrôle, il est difficile de dire si les résultats sont le fruit de l'intervention ou non. Le rapport sur la qualité de la mise en œuvre est un outil utile pour illustrer si l'intervention a été mise en œuvre comme prévu.
- Si vous ne constatez pas de changement au niveau des résultats, vous pouvez vous demander si c'est en lien à la faible qualité de la mise en œuvre. Par exemple : Les responsables de la mise en œuvre ont-ils mis en place toutes les stratégies de mise en œuvre et les ont-ils appliquées comme prévu? Avez-vous manqué une partie de l'auditoire cible ou ce dernier était-il désengagé?



Référence :

Proctor E., H. Silmere, R. Raghavan, P. Hovmand, G. Aarons, A. Bunger ... et M. Hensley (2011), *Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda*, *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

6. Durabilité et démonstration de l'impact

Planifier pour la durabilité

La littérature sur la durabilité en est encore à ses débuts et, par conséquent, il existe moins de données probantes pour présenter des recommandations solides afin de la planifier. Nous présentons donc une liste de conseils sur la durabilité à prendre en considération.



Évaluer l'adéquation de la durabilité

- Sélectionner des stratégies de mise en œuvre qui « correspondent » à la mission, aux valeurs, à la culture et aux opérations de l'organisation. Une fois que vous avez trouvé une intervention qui vous convient, l'étape suivante consiste à planifier son harmonisation.
- Déterminer les meilleures méthodes pour intégrer l'intervention dans la structure organisationnelle existante (par exemple, l'intégrer dans d'autres initiatives, l'inclure dans un plan stratégique organisationnel).
- L'une des approches consiste à recruter un champion qui défendra le changement de pratique auprès de la direction.
- Choisir un champion qui soit respecté par la direction et qui comprend comment naviguer à travers la politique organisationnelle.



S'engager en faveur de la durabilité

- Faire savoir à ceux qui réalisent le changement à quel point cela peut leur être utile.
- Les gens sont plus enclins à changer leur comportement s'ils croient qu'ils y gagneront personnellement.
- Décrire clairement que les avantages de la nouvelle pratique peuvent renforcer l'engagement en faveur du changement et la probabilité que les individus continuent à modifier leur comportement.
- Assurer des possibilités de renforcement des capacités et de formation continue dans le cadre du changement à la nouvelle pratique.
- Engager un champion, même s'il s'agit probablement d'une personne différente que celle décrite ci-dessus.
- Le rôle de ce champion est d'obtenir l'engagement des exécutants, de les encourager et de les soutenir dans les phases de mise en œuvre et de durabilité, et de développer des stratégies pour surmonter les obstacles rencontrés au cours du processus.



Susciter l'engagement des patients et des familles

- En plus des responsables de la mise en œuvre, les patients et les familles devraient également être appelés à participer.
- Les patients et les familles sont les participants les plus touchés par un nouveau changement.
- Ce groupe doit considérer que le changement est bénéfique afin d'être disposé à continuer à s'engager ou à encourager de nouveaux patients et leur famille à participer à la planification de leurs soins.

Envisager une aide financière et d'autres formes de soutien

- Sur la base de ce que vous avez inclus dans la définition de la durabilité et du plan d'action pour la durabilité, vous pouvez déterminer le montant de l'aide en nature ou du financement dont l'établissement aura besoin pour maintenir le changement.
- Lorsque qu'il est question de durabilité, la viabilité financière est souvent le premier élément identifié.
- Bien que le soutien et le financement puissent être importants pour prédire la durabilité, nous tenons à souligner que ce ne sont pas les seuls facteurs.
- La durabilité est similaire à la mise en œuvre en ce qui concerne le financement; bien qu'une certaine forme de soutien ou de financement continu puisse être nécessaire pour pérenniser un nouveau changement, le financement seul n'est pas suffisant et des facteurs supplémentaires doivent être pris en compte.

Évaluer la durabilité et démontrer l'impact

Il est important d'évaluer comment l'équipe va à la fois planifier et mesurer la durabilité pour démontrer l'impact. Voici une liste de questions à prendre en considération lors de la planification de la durabilité :

- Comment allez-vous évaluer si l'intervention continue à avoir un impact sur les patients?
- Comment allez-vous évaluer si l'intervention originale continue à produire une qualité élevée?
- Quel est votre plan pour garantir que les partenariats entre les intervenants soient maintenus afin de soutenir une utilisation continue de l'intervention?



Ressource :

Les compétences liées à la sécurité des patients, 6^e domaine : Reconnaître les événements indésirables, y réagir et les signaler

Références :

Lennox L., C. Doyle, J. E. Reed et D. Bell [2017], *What makes a sustainability tool valuable, practical and useful in real-world healthcare practice? A mixed-methods study on the development of the Long Term Success Tool in Northwest London*, *BMJ Open*, 7(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014417>

Shelton R.C., B.R. Cooper et S.W. Stirman [2018], *The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care*, *Annual Review of Public Health*, 39, 55–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>



Planifier la durabilité, la diffusion et l'échelle

La recherche sur ce qui permet de prédire la durabilité est relativement nouvelle. Cependant, nous savons que la planification précoce de la durabilité et l'engagement des intervenants appropriés rendent plus probable le maintien du changement de pratique. D'un autre côté, le fait de ne pas soutenir un changement diminue la probabilité que d'autres interventions soient adoptées à l'avenir.

Une fois que vous comprenez le contexte de la durabilité, y compris les obstacles et les catalyseurs potentiels, l'équipe de mise en œuvre peut travailler à déterminer ce qui sera durable et créer un plan d'action qui abordera la manière de passer de la mise en œuvre complète à la phase de durabilité et les endroits où l'impact peut être continuellement démontré.

Bien que l'état de préparation au changement et de nombreux obstacles et catalyseurs au sein d'une organisation soient déjà évalués, il peut y avoir des différences dans le nouveau domaine choisi en termes de diffusion et d'échelle. Les mêmes processus décrits dans ce guide s'appliqueraient au nouveau secteur, mais fondamentalement, le processus d'évaluation et de planification prendra beaucoup moins de temps à accomplir.

Le fait d'identifier des champions qui peuvent partager leurs expériences et soutenir les processus en matière de diffusion et d'échelle dans le nouveau secteur permettra d'accélérer l'engagement et la motivation nécessaires au succès.



Référence :

Lennox L., C. Doyle, J.E. Reed et al., *What makes a sustainability tool valuable, practical and useful in real world healthcare practice? A mixed-methods study on the development of the long term success tool in North West London*, BMJ Open, 2017; 7 : e014417. DOI : 10.1136/bmjopen-2016-014417

Remerciements

Auteur(e)s :

Maryanne D'Arpino
Gina De Souza
Allison Kooijman
Julia Moore
Maureen Sullivan-Bentz

Collaborateurs :

Dan Costigan
Virginia Flintoft
Laura Hamonic
Kim Kinder
Wayne Miller
Tricia Swartz
Carla Williams

Réviseurs :

Katharina Kovacs Burns
Andrea Chaplin
Alekhya Johnson
Shelly-Anne Li
Susan McNeill
Shusmita Rashid
Katherine Wallace

Nous remercions tous ceux et celles qui ont contribué à l'élaboration de ce guide pour améliorer la sécurité des patients





Suite 1400, 10025 – 102A Avenue NW
Edmonton, AB Canada T5J 2Z2

Sans frais : 1 866 421-6933 / Télécopieur : 780 409-8098

learning@cpsi-icsp.ca | securitedespatients.ca