ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires

SEPTEMBRE 2012

Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Deuxième édition

RNAO
Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

Un mot de Doris Grinspun

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec un grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) publie la deuxième édition de sa Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Cet outil a été conçu afin d'aider à mettre en œuvre les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) élaborées par l'AIIAO à ce jour. Il s'agit d'un manuel complet de ressources fondées sur la théorie, la recherche et l'expérience. La Trousse propose des processus pratiques, des stratégies et des outils aux cliniciens et aux autres personnes travaillant pour le déploiement et le maintien de changements de pratique dans le contexte des soins de santé, ainsi que pour la création de milieux de travail sains et efficaces. L'AIIAO est ravie d'avoir l'occasion de vous fournir cette importante ressource.

Nous désirons remercier chaleureusement le gouvernement de l'Ontario pour avoir reconnu la capacité de notre Association à prendre la tête du programme de LDPE, ainsi que pour son généreux soutien financier. Un grand merci aussi à : Irmajean Bajnok, directrice, Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE), pour sa motivation et son dévouement continu à l'excellence; à Barb Davies et Donna Rothwell, coprésidentes du groupe d'élaboration de la trousse, qui ont fait preuve d'excellentes aptitudes en gérance, d'un engagement hors pair et d'un parfait savoir-faire; ainsi qu'à la gestionnaire de programme de l'AIIAO Althea Stewart-Pyne, qui a orienté avec diligence l'ensemble du processus. Et puis un grand merci à notre excellent groupe d'élaboration. Nous respectons et estimons vos compétences et votre bénévolat; nous n'aurions pu obtenir de tels résultats sans vous!

C'est la communauté infirmière, avec son engagement et sa passion pour l'excellence dans les soins infirmiers et les milieux de travail sains, qui a fourni les connaissances et les innombrables heures nécessaires à l'élaboration et à la mise à jour de la Trousse. Maintenant, c'est à votre tour – vous, le dispensateur de soins de santé et l'organisme pour lequel vous travaillez – de mettre en application cet outil ainsi que les diverses lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

L'excellence en soins cliniques comme en milieux de travail sain est une responsabilité tant individuelle que collective. L'application réussie des lignes directrices exige un effort conjugué de la part des gouvernements, des administrateurs, du personnel clinique et de leurs partenaires, qui devront parvenir ensemble à créer une culture de pratique axée sur les preuves. Nous vous demandons de faire connaître la trousse de l'AIIAO aux membres de votre équipe et de votre organisme pour favoriser la mise en œuvre et la durabilité des lignes directrices. Nous pouvons beaucoup apprendre les uns des autres.

Ensemble, nous pouvons faire en sorte que la pratique clinique du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé soit fondée sur des données probantes et qu'elle contribue à l'établissement de milieux de travail sains. Les données probantes et la compassion font partie des éléments essentiels sur lesquels repose la qualité des soins offerts aux patients. Faisons tout ce que nous pouvons pour que les dispensateurs de soins de santé et les personnes qui reçoivent leurs services puissent profiter autant que possible de cet important travail.

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), O.Ont.

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Tous droits réservés

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une interdiction ou une limitation précise contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Le programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Coordonnées :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
158, rue Pearl
Toronto (Ontario) M5H 1L3
Site Web : www.rnao.ca/bpg

Table des matières

Introduction : Préparer le terrain 7

Chapitre 1 : Détermination du problème : identification, examen et sélection des connaissances 17

Chapitre 2A : Adaptation des connaissances au contexte local 31

Chapitre 2B : Intervenants 35

Chapitre 2C : Ressources 45

Chapitre 3 : Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances 53

Chapitre 4 : Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions et des stratégies 69

Chapitre 5 : Surveillance de l'utilisation des connaissances et évaluation des résultats 80

Chapitre 6 : Maintien de l'utilisation des connaissances 98

Résumé 127

Bibliographie 130

Annexe A : Révision et mise à jour de la Trousse 138

Annexe B : Stratégie de recherche 139

Annexe C : Glossaire 142

Annexe D : Le cadre ADAPTE 146

Annexe E : Modèles d'ordonnance en soins infirmiers et NQuIRE[MC] 151

Groupe d'élaboration de la trousse

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a établi un groupe d'infirmières et de chercheurs dans le but de mettre au point une trousse révisée pour la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Le groupe en question était composé des membres suivants :

Barbara Davies, inf. aut., Ph.D. (coprésidente)
Professeure, Université d'Ottawa, École des sciences infirmières
Codirectrice, Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Ottawa (Ontario)

Donna Rothwell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (coprésidente)
Chef de la pratique professionnelle et des soins infirmiers
Directrice du programme de santé, Saint Catherine General Site & Maternal Child
Système de santé de Niagara
St. Catharines (Ontario)

Deb McAuslan, inf. aut., M.Sc.Inf.
Conseillère en pratique infirmière
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Nancy Bauer, HBA, B. spéc., Spéc. admin. aff., inf. aut., stomothérapeute
Animatrice championne locale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Ian Graham, Ph.D.
Vice-président
Instituts de recherche en santé du Canada
Ottawa (Ontario)

Lynn McCleary, inf. aut., Ph.D.
Professeure agrégée
Faculté des sciences de la santé appliquées, Université Brock
St. Catharines (Ontario)

Lynn Kachuik, inf. aut., BA, M.Sc.
Infirmière de pratique avancée, soins palliatifs
L'Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Gloria Morris, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Gestionnaire, programme dentaire
Santé publique de la région de Niagara
Thorold (Ontario)

Karen L. Ray, inf. aut., M.Sc.
Gestionnaire de la recherche
Saint Elizabeth Health Care
Markham (Ontario)

Baiba Zarins, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Gestionnaire de programme, pratique globale
University Health Network
Toronto (Ontario)

Personnel de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Irmajean Bajnok, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D.
Directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Althea Stewart-Pyne, inf. aut., B.Sc.Inf., M.G.S.S.
Directrice de programme
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Patricia Hogg, BA (hon.)
Coordonnatrice de projet
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

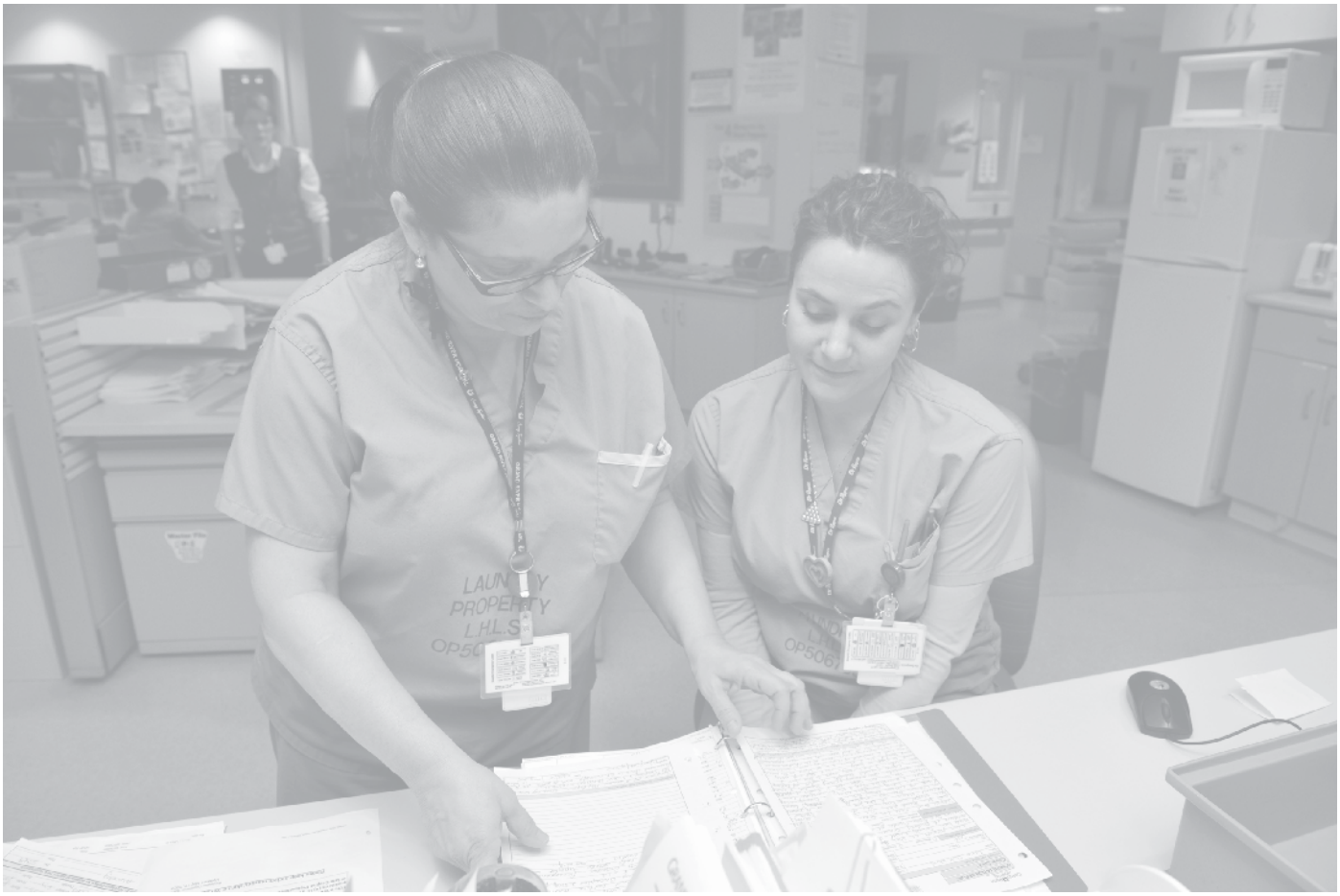
Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)
Codirectrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Josephine Santos, inf. aut., M.Sc.Inf.
Directrice de programme
Initiative des pratiques exemplaires en soins de longue durée
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Erica D'Souza, B.Sc., cert. géronto., dipl. promo. santé
Coordonnatrice de projet
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

La Trousse a été conçue et élaborée par l'ensemble du groupe. Cependant, quelques personnes ont pris la direction de certaines sections :

Chapitre	Le leadership
Introduction	Irmajean Bajnok
Chapitre 1 :	Donna Rothwell, Nancy Bauer
Chapitre 2A :	Irmajean Bajnok, Heather McConnell
Chapitre 2B	Nancy Bauer, Althea Stewart-Pyne, Gloria Morris
Chapitre 2C	Althea Stewart-Pyne, Nancy Bauer
Chapitre 3 :	Deb McAuslan, Althea Stewart-Pyne
Chapitre 4 :	Lynn McCleary, Karen Ray, Deb McAuslan, Josie Santos
Chapitre 5 :	Ian Graham, Lynn Kachuik, Barbara Davies
Chapitre 6 :	Baiba Zarins, Barbara Davies



Remerciements

L'AIIAO désire remercier les personnes suivantes pour avoir révisé la Trousse :

Caitlin G. Bowron, B.Sc.Inf., étudiante de niveau IV	Université McMaster-Mohawk College Hamilton (Ontario)
Debbie Bruder, BA, inf.aut., M.Sc.Santé	Spécialiste en informatique clinique Grand River Hospital, Kitchener (Ontario)
Pat Donnelly, inf.aut., B.Sc., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.	Coordonnatrice de l'assurance de la qualité en pratique infirmière Municipalité régionale de Halton Service de santé publique, Oakville (Ontario)
Christine D'Souza, inf.aut., B.Sc.Inf., étudiante en M.Sc.Inf.	Université de Toronto Markham (Ontario)
Nancy Fram, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed. (admin.)	Ancaster (Ontario)
Samantha Mayo, inf.aut., Ph.D. (doctorante)	Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing Université de Toronto, Toronto (Canada)
Beverley Morgan, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.	Formatrice en amélioration de la qualité Qualité des services de santé Ontario, Hamilton (Ontario)
Andrea Mowry, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.	Professeure Trent/Fleming School of Nursing, Peterborough (Ontario)
Judith A. Ritchie, inf.aut., Ph.D.	Directrice adjointe de la recherche en soins infirmiers Centre universitaire de santé McGill Montréal (Québec)
Tiziana Rivera, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc., CSIG	Chef de la pratique York Central Hospital, Richmond Hill (Ontario)
Josephine Santos, inf. aut., M.Sc.Inf.	Gestionnaire de programme Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)
Michelle Sobrepena, inf.aut., B.Sc.Inf., CSI-C, Étudiante en M.Sc.Inf.	York Central Hospital Coordonnatrice des soins aux patients Unité des soins intensifs, Toronto (Ontario)
Sandy White, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., certification en soins infirmiers en centre de soins palliatifs (Can.)	Conférencière, Trent/ Fleming School of Nursing Université Trent, Peterborough (Ontario)
Susan Yates, inf.aut., B.Sc.Inf., B.Ed., M.A., Cert. CHE	Directrice, prévention des maladies chroniques et des blessures, Bureau de santé publique B du comté de Brant, Brantford (Ontario)

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario désire également remercier les adjointes à la recherche suivantes pour leur contribution à l'évaluation de la qualité de la documentation et à la rédaction des tableaux de données probantes : Kim English, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Marian Lucktar-Flude, inf.aut., M.Sc.Inf., Lilibeth Jones-Lim, inf aut., B.Sc.Inf. (hon.), M.Sc.Inf., CSIG(C), Olessya Kolisnyk, inf.aut., B.Sc.(Ed.), B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., et Danielle Stillwell, inf. aut., M.Sc.Inf., B.Sc.Inf.

Aperçu du contenu des chapitres

Chapitre	Étapes du modèle de mise en pratique des connaissances	Contenu
Introduction	Préparer le terrain	• Objectif de la Trousse • Méthodologie de l'élaboration • Cadre de mise en pratique des connaissances • Comment utiliser la Trousse
Chapitre 1	Cerner et examiner le problème et la question; choisir les outils de connaissances (LDPE) à mettre en œuvre	• Comment cerner les lacunes dans la pratique à l'aide de processus d'amélioration de la qualité et d'indicateurs • Première identification des produits de connaissances clés et de LDPE
Chapitre 2A	Adaptation des connaissances au contexte local	• Élaborer une infrastructure pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires • Identifier les lignes directrices et l'utilisation d'ADAPTE, en faire l'évaluation critique et les adapter au besoin
Chapitre 2B	Intervenants	• Identifier et analyser les intervenants, et les faire participer à la direction du processus de mise en œuvre
Chapitre 2C	Ressources	• Feuille de travail pour l'évaluation de l'état de préparation du milieu • Les étapes de la Trousse y sont résumées et des ressources sont suggérées pour favoriser la gestion et la surveillance de la mise en œuvre de la LDPE
Chapitre 3	Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances	• L'importance des facteurs favorables et des obstacles • Stratégies possibles pour favoriser la mise en œuvre
Chapitre 4	Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions et stratégies	• Outils de mise en œuvre classés en différentes catégories : formation, liens et échange, vérification et commentaires, informatique, interventions par le biais des patients, interventions organisationnelles
Chapitre 5	Surveillance de l'utilisation des connaissances et évaluation des résultats	• Processus continu d'amélioration de la qualité, surveillance des indicateurs, collectes et examens continus de données • L'utilisation d'initiatives électroniques dans le domaine de la santé et des dossiers de santé électroniques dans ce processus • Feuille d'identification des indicateurs • Mode d'organisation, processus et résultats, évaluation pertinente compte tenu du problème initial, réduction des lacunes • Modèles d'évaluation, modèle de logique
Chapitre 6	Maintien de l'utilisation des connaissances	• Modèle du plan d'action • Adoption d'une culture de pratique axée sur les données probantes par l'orientation, la description de travail, l'évaluation du rendement et l'établissement d'une mission, d'une vision et de valeurs • Mise à profit des principales structures organisationnelles afin de s'assurer que la culture souhaitée est adoptée dans l'ensemble de l'organisme et à tous les échelons

Introduction – Préparer le terrain

Tout au long du présent document, les termes « patient », « client » et « résident » désignent toute personne qui reçoit des soins

Les pratiques exemplaires sont des recommandations qui pourraient évoluer, selon l'expérience continue des experts clés, leur bon sens, leur point de vue et les recherches continues (Santé Canada, 2008). On les connaît également comme des énoncés élaborés systématiquement sur les pratiques recommandées dans un contexte clinique ou un milieu de travail sain particulier; elles sont fondées sur les meilleures données probantes possible et conçues afin d'orienter les praticiens et les gestionnaires dans la prise de décisions cliniques et administratives (Field et Lohr, 1990).

Plusieurs groupes d'élaboration de lignes directrices reconnus, y compris l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), ont concentré leurs efforts sur l'intégration des meilleures données probantes dans la pratique. Le Guidelines International Network englobe la plupart de ces groupes, parmi lesquels figurent le Johanna Briggs Institute, le Scottish International Guideline Network et le National Institute for Health and Clinical Excellence. Même si un bon nombre de ceux-ci traitent des enjeux cliniques pertinents pour le personnel infirmier (surtout d'un point de vue interprofessionnel), l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) est l'un des rares organismes du monde à élaborer des lignes directrices visant expressément les infirmières. De fait, les lignes directrices de l'AIIAO comprennent des recommandations de pratique conçues spécialement pour les interventions de soins infirmiers ainsi que pour la formation et les politiques connexes. L'Association consacre une grande partie de ses efforts à la mise en œuvre et à l'évaluation des lignes directrices.

Quels que soient leur source et leur but exact, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) sont élaborées et mises en œuvre avec plusieurs sous-objectifs en tête :

- offrir des soins efficaces reposant sur les données probantes actuelles;
- résoudre un problème dans un milieu de pratique donné (par ex., un soulagement médiocre de la douleur);
- atteindre l'excellence dans la prestation de soins en respectant, voire en surpassant, les normes d'assurance de la qualité;
- lancer une innovation (par ex., un nouveau test ou traitement);
- mettre fin à l'utilisation d'interventions qui ne sont pas reconnues comme des pratiques exemplaires;
- créer des milieux de travail facilitant l'excellence clinique.

L'élaboration de LDPE est un domaine qui prend rapidement de l'expansion, surtout dans le contexte des soins infirmiers. Par contre, malgré le nombre croissant de LDPE, il existe toujours plusieurs écarts et pratiques non fondées sur les meilleures données probantes dans le système de santé, et particulièrement en soins infirmiers. Plusieurs obstacles empêchent également les professionnels de la santé d'employer les LDPE, surtout si celles-ci n'ont pas été présentées, mises en œuvre et appuyées efficacement. Selon d'importantes données probantes présentes dans la documentation (qui reflète principalement des études sur les pratiques en médecine), plusieurs LDPE sont utilisées de façon inadéquate (Bero et coll., 1998; Davis et Taylor-Vaisey, 1997; Oxman, Thomson, Davis et Haynes, 1995; Thomas et coll., 1999; Wensing, Van der Weijden et Grol, 1998). Ces constatations correspondent à l'expérience anecdotique d'infirmières et, sans doute, d'autres professionnels de la santé (Davies, Edwards, Ploeg et Virani, 2008; Higuchi, Davies, Edwards, Ploeg et Virani, 2011).

Pour consulter les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, rendez-vous au www.rnao.ca/bpg.

La présente Trousse décrit un processus de mise en œuvre systématique planifié conçu afin d'aider le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé à prendre des décisions reposant sur les données probantes pour divers enjeux cliniques et administratifs. La Trousse a été conçue afin d'accompagner les LDPE élaborées par l'AIIAO pour en faciliter la mise en œuvre et l'enracinement dans divers milieux de soins de santé. Elle pourra également aider les utilisateurs pour différentes innovations cliniques fondées sur les données probantes.

La Trousse repose sur de nouvelles preuves selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent quand :

- les chefs de file de tous les niveaux se sont engagés à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices;
- la sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique :
    - il faut cerner les intervenants pertinents (compte tenu de la ligne directrice en question), puis les faire participer au processus de mise en œuvre;
    - l'état de préparation du milieu relativement à la mise en œuvre doit être évalué pour que l'on puisse connaître son incidence sur l'adoption des lignes directrices;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation des lignes directrices sont évalués et abordés :
    - on choisit des interventions favorisant l'utilisation des lignes directrices, l'élimination des obstacles et le renforcement des facteurs favorables;
- l'utilisation des lignes directrices fait l'objet d'une surveillance systématique et ne cesse pas;
- le processus comprend l'évaluation des conséquences qu'entraîne l'utilisation des lignes directrices;
- des ressources adéquates sont disponibles pour l'exécution de toutes les activités ayant un lien avec l'un ou l'autre des aspects de la mise en œuvre des lignes directrices.

Ce manuel complet, qui repose sur les principes susmentionnés ainsi que sur la science, la recherche et l'expérience, propose des processus pratiques, des stratégies et des outils aux cliniciens et aux autres personnes travaillant pour l'adoption et le maintien de pratiques axées sur les données probantes dans le système de santé. La Trousse est une ressource conviviale qui a été conçue afin de faciliter la sélection et la mise en œuvre systématiques des LDPE. Puisque son contenu repose sur les connaissances disponibles à l'heure actuelle, elle sera régulièrement examinée et mise à jour (voir l'Annexe A).

Ce chapitre de la Trousse de mise en œuvre répondra à quatre questions :

1. **Pour qui la Trousse a-t-elle été conçue?**
2. **Comment la Trousse a-t-elle été conçue?**
3. **Quelles sont les limites de la Trousse?**
4. **Comment utilise-t-on la Trousse?**

- Les équipes responsables de la direction de la mise en œuvre des LDPE peuvent être appelées indifféremment « comités de mise en œuvre », « comités directeurs » ou « équipes de projet ».
- Les personnes dirigeant de telles équipes seront, elles, appelées « animateurs », « gestionnaires de projet » ou « chefs de projet ».

1. Pour qui la Trousse a-t-elle été conçue?

Les utilisateurs de la Trousse de mise en œuvre comprennent le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé. Elle s'avèrera particulièrement utile pour les équipes responsables de la mise en œuvre des LDPE au sein de leur organisme. Le but principal de la Trousse consiste à favoriser la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisme ou du service par l'entremise d'un processus systématique. Par contre, il faut noter que des équipes ou des subdivisions administratives peuvent utiliser les stratégies mentionnées, car pour adopter les LDPE, il faut changer la pratique de chaque personne, de chaque équipe et de chaque décideur. Les organisations et les équipes qui désirent mettre en œuvre les LDPE devraient nommer une personne (ou plus) qui aura la responsabilité de faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. De manière générale, pour parvenir à intégrer des pratiques exemplaires, il faut d'abord adopter une approche interdisciplinaire pour la planification, le déploiement, la mise en œuvre continue et l'évaluation.

Les champions des LDPE sont des infirmières et d'autres professionnels de la santé qui ont été formés de manière à comprendre ces lignes directrices, la pratique axée sur les données probantes et le processus à suivre pour adopter une telle pratique dans un contexte clinique. À l'heure actuelle, l'AIIAO a formé plus de 5 000 infirmières (tous secteurs confondus) pour leur permettre de jouer le rôle de champions des LDPE. Les champions peuvent se charger efficacement de diverses tâches, notamment le mentorat, l'éducation et le déploiement de changements touchant les politiques et la pratique (Ploegg, Skelly, Rowan, Edwards, Davies, Grinspun, Bajnock et Downey 2010).

2. Comment la Trousse a-t-elle été conçue?

Historique du processus d'élaboration : 2001–2002

En 2001, l'AIIAO a convoqué un groupe composé d'infirmières, de professionnels paramédicaux et de chercheurs chevronnés en mise en œuvre des lignes directrices. Le groupe est parvenu à un consensus sur la portée de la Trousse, a élaboré un modèle de mise en œuvre des lignes directrices reposant sur les meilleures données probantes disponibles et a formulé des recommandations précises pour chacune des étapes du processus de mise en œuvre, toujours en se fondant sur des preuves. Des outils de mise en œuvre et des études de cas ont également été fournis. La Trousse originale visait les infirmières-ressources, les champions des LDPE et les autres responsables de la mise en œuvre des lignes directrices cliniques.

Processus de révision : 2012

En janvier 2009, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a mis au point un groupe de révision composé d'infirmières et de chercheurs chevronnés. Parmi ceux-ci se trouvaient des membres du groupe d'élaboration de la première version, ainsi que plusieurs autres personnes recommandées qui avaient de l'expérience en mise en œuvre de lignes directrices au niveau organisationnel par l'entremise de l'initiative des organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE) de l'AIIAO.

Le programme des OVPE consiste en un partenariat entre l'AIIAO, des organismes du domaine de la santé et des universités qui se sont engagés à mettre en œuvre plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires au sein de leur établissement ainsi qu'à maintenir une culture de pratique en soins infirmiers reposant sur les données probantes. Pour devenir OVPE, un établissement doit terminer avec succès une période d'évaluation de 3 ans et obtenir certains résultats souhaités.

Le groupe de révision avait pour but de passer en revue la première Trousse (publiée en 2002) en tenant compte de nouvelles preuves, puis d'y apporter les révisions nécessaires afin de s'assurer que la ressource offrait une approche systématique et fondée sur les données probantes pour la mise en œuvre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en milieu clinique et en milieu de travail sain. Pour ce faire, il a fallu suivre les étapes suivantes :

Planification :

- Le personnel de l'AIIAO a mené une recherche de sites Web structurée en se concentrant sur les ressources de mise en œuvre de lignes directrices dont la publication était récente.
- Le groupe a passé en revue les outils de mise en œuvre existants et choisi le cadre de mise en pratique des connaissances comme modèle pour l'application des connaissances. Ce modèle, un cadre de création et d'application des connaissances, est fondé sur plus de 30 théories de processus pour l'élaboration de ressources de connaissances et leur mise en pratique réussie (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009). Après certaines modifications, le modèle fondé sur des données probantes était à l'image du mandat de la Trousse : favoriser la mise en œuvre des lignes directrices de façon systématique dans les organismes, les services et les équipes.
- Le groupe s'est basé sur les éléments du cycle d'action (décrit dans le cadre de mise en pratique des connaissances) pour cerner les sujets clés de la Trousse révisée.
- Les sujets en question ont été employés afin de définir la structure de la recherche de documentation.
- Les commentaires du groupe de révision ont permis de définir les termes de recherche pour chacun des sujets de la Trousse.
- La recherche de documentation a été effectuée par un bibliothécaire en sciences de la santé.

Évaluation critique :

- Le groupe a examiné les résultats de la recherche.
- L'examen a compris un volet d'inclusion/exclusion mené en fonction du sujet dont il était question.
- Les études respectant les critères d'inclusion ou d'exclusion ont été extraites.
- Les adjoints à la recherche nommés par l'AIIAO ont procédé à l'évaluation de la qualité et à l'extraction des données, puis les résultats ont été résumés.
- L'Annexe B donne une description détaillée de la stratégie de recherche.

Rédaction des recommandations :

- Les membres du groupe ont passé en revue les tableaux d'extraction des données, les examens systématiques et, quand il était pertinent de le faire, les études complètes et les ressources de mise en œuvre.
- Des recommandations donnant lieu à de nouvelles stratégies de recherche ont été formulées quand elles étaient nécessaires.
- Chaque chapitre a été rédigé en fonction du sujet dont il était question et toujours en se fondant sur un consensus (pour connaître le ou les responsables de chaque section, consulter la page 6).

Analyse des intervenants :

- La version préliminaire de la Trousse a été examinée par divers intervenants qui devaient évaluer sa clarté, sa pertinence, son utilité et son lien avec les données probantes.
- Les commentaires des intervenants ont été intégrés dans la version finale de la Trousse.

Qu'y a-t-il de nouveau ou de différent dans cette révision?

- Le cadre de mise en pratique des connaissances modifié a été utilisé.
- Un chapitre sur la durabilité a été inclus.
- Des outils, des ressources et des exemples ont été intégrés dans chaque chapitre d'après l'expérience d'OVPE en mise en œuvre de LDPE dans le domaine des soins actifs, de la santé publique, des soins à domicile et des soins de longue durée.

Quelles sont les limites de la Trousse?

ATTENTION

La recherche dans le domaine de la mise en œuvre des LDPE (surtout celles axées sur les soins infirmiers et sur la création d'une culture de pratique fondée sur les données probantes) est en train d'évoluer afin d'intégrer les modes d'organisation et les processus clés qui renforcent l'incidence de l'adoption des LDPE sur la pratique et les résultats des clients. De par sa nature même, l'application des connaissances a un lien étroit avec le contexte. Par conséquent, toute tentative de présenter un processus systématique doit accorder une attention particulière aux occasions d'intégration à la culture locale.

Comment utilise-t-on la Trousse?

La Trousse a été conceptualisée à l'aide du cadre de mise en pratique des connaissances (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009) adapté pour la mise en œuvre des LDPE (Figure 1). Ce modèle illustre les 7 éléments essentiels de l'application des connaissances, nécessaires pour une mise en œuvre réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

1. Détermination du problème : identification, examen, sélection des outils et ressources
2. Adaptation des outils et ressources au contexte local
3. Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances
4. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions
5. Surveillance de l'utilisation des connaissances
6. Évaluation des résultats
7. Maintien de l'utilisation des connaissances

Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est important de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées.

Trousse sur les LDPE de l'AIIAO : processus de mise en pratique des connaissances

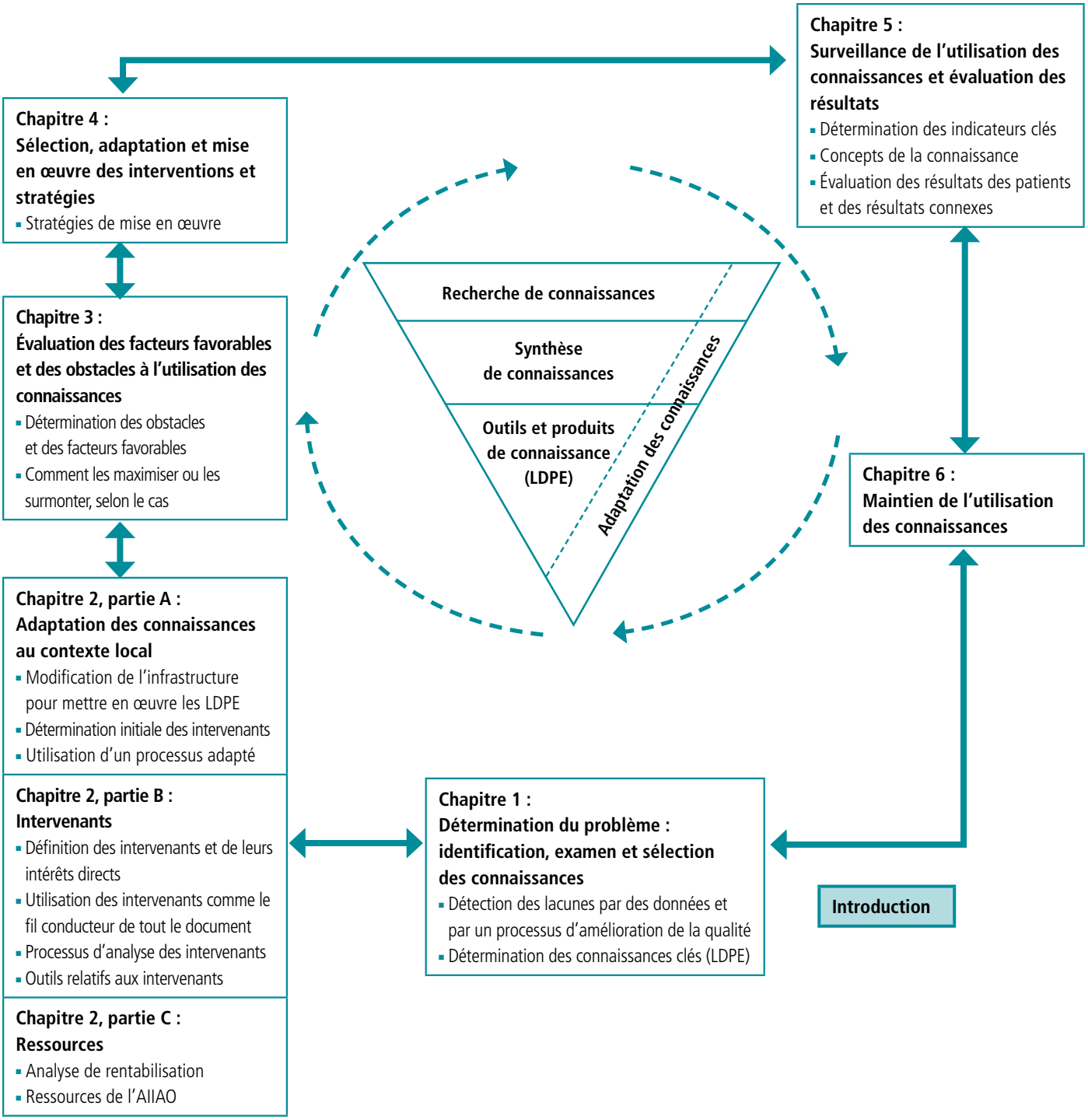


Figure 1 : Cadre de mise en pratique des connaissances révisé
Adapté de « Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice ». S. Straus, J. Tetroe et I. Graham. Copyright 2009 Blackwell Publishing Ltd. Adaptation autorisée.

Quand on examine le modèle illustré à la Figure 1, on remarque qu'il existe en fait deux processus clés à la source du cycle de mise en pratique des connaissances. Le premier, le **processus de création de connaissances,** se concentre sur la détermination des données probantes critiques et se termine par la création de produits de connaissances. Le deuxième, le cycle d'action, se concentre sur la mise en application des connaissances dans la pratique. La présente Trousse se concentre principalement sur le cycle d'action, et donc sur la mise en application des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Avant d'aborder ce cycle, par contre, il faut savoir que la partie de **création de connaissances** du modèle illustre les processus employés afin de déterminer les connaissances qui sont pertinentes, puis de les valider et de les adapter au domaine dont il est question. Il s'agit là du processus employé dans le cadre de l'élaboration de lignes directrices axées sur les preuves, grâce auquel la recherche et les autres données probantes sont examinées, puis résumées sous la forme d'outils et de produits de connaissances comme les LDPE, les recommandations de pratique, les cheminements cliniques et les outils de soutien à la prise de décision des patients. Toutes les méthodologies d'élaboration de lignes directrices comprennent un processus de création de connaissances, quoi que certains soient plus rigoureux que d'autres. Les chefs des équipes de mise en œuvre des LDPE sont en mesure de déterminer la qualité des produits de connaissances en les évaluant à l'aide des normes d'élaboration de lignes directrices. Ces normes reconnues à l'échelle internationale font partie de la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (AGREE II) (Brouwers et coll., 2010). Le processus d'élaboration des LDPE de l'AIIAO tient compte des normes intégrées à l'outil AGREE II.

Le **cycle d'action**, sur lequel reposent les chapitres de la présente Trousse, est le processus par lequel les connaissances créées sont mises en œuvre, évaluées et maintenues dans la pratique. Les sept phases qui le composent sont, elles, basées sur la synthèse de théories fondées sur les preuves et axées sur les changements délibérés et systématiques dans les systèmes de santé et les groupes (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009).

Pour les fins de la Trousse, les sept phases seront présentées sous la forme de six étapes, une par chapitre.

La **première phase** du cycle d'action, la détermination du problème, peut avoir lieu de deux manières différentes :

1. Les cliniciens et (ou) les gestionnaires définissent un problème (souvent à l'aide de méthodes d'amélioration de la qualité ou d'analyses des données des indicateurs), puis cernent et examinent les pratiques exemplaires qui pourraient permettre de le résoudre.
2. Les cliniciens et (ou) les gestionnaires apprennent l'existence d'une LDPE et déterminent si la pratique actuelle est conforme à la pratique exemplaire ou s'il faudrait y apporter des changements.

Cette première phase est particulièrement importante, car elle permet de répondre à plusieurs questions : à quel point il est possible de participer au processus de mise en œuvre; en quoi le processus est lié à l'amélioration continue de la qualité; comment le problème cerné sera réglé par l'adoption de pratiques exemplaires, de formations et (ou) d'élaboration (ou de révision) de politiques.

La **deuxième phase**, l'adaptation au contexte local, est essentielle pour une application des connaissances efficace. Pour la faire, il faut évidemment commencer par comprendre le contexte dont il est question ainsi que les conséquences probable d'une mise en œuvre de la pratique exemplaire dans ce cadre. L'adaptation d'une ligne directrice au contexte local ne met aucunement de côté la base de données probantes sur laquelle elle repose. Pour procéder à l'adaptation, il faut établir un comité de mise en œuvre, examiner et sélectionner les lignes directrices adéquates qui seront employées, les évaluer à l'aide de l'outil d'évaluation AGREE II, déterminer l'utilité clinique des recommandations de la ligne directrice, vérifier s'il est possible de les mettre en œuvre, puis cerner celles qui seraient acceptables compte tenu du contexte local. Les modifications aux recommandations de la ligne directrice peuvent être apportées au cours de cette étape par le groupe de mise en œuvre (en demandant l'avis des intervenants). Le but de l'étape consiste à choisir un produit de connaissances ou des recommandations de LDPE en faisant preuve de transparence et en tenant compte des meilleures données probantes pour remédier au problème déterminé dans le cadre du contexte local. Le personnel et les intervenants participent à la planification afin de s'assurer que la LDPE choisie répond aux besoins et qu'elle peut être adaptée au contexte de l'organisation.

La **troisième phase**, l'évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances, représente un pas de plus vers la mise en œuvre des éléments de la ligne directrice. Elle permet de cerner les facteurs favorables et les obstacles influençant l'utilisation de la LDPE dans le milieu en question, ainsi que de connaître l'influence des intervenants pertinents. Certains obstacles doivent absolument être cernés, comme les lacunes de connaissances, les comportements et la résistance au changement; il faut ensuite prendre les mesures nécessaires pour les atténuer afin de faciliter le transfert de connaissances. De plus, il est important de cerner les intervenants qui appuieront le travail de mise en œuvre de la LDPE choisie, ceux qui y sont hostiles et ceux qui demeurent neutres à cet effet. Pour résumer, cette étape comprend une évaluation du milieu et des intervenants pertinents.

La **quatrième phase**, l'adaptation et la mise en œuvre des interventions, comprend un plan de mise en œuvre qui tient compte de l'évaluation des intervenants et des stratégies de participation. Elle comporte également une évaluation des obstacles, des facteurs favorables ainsi que des données probantes sur les stratégies de mise en œuvre efficaces. Le plan s'inspire de ces données afin de faciliter la sélection et l'adaptation d'interventions favorisant la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.

Les **cinquième et sixième phases** traitent de la surveillance, de l'évaluation et du maintien de l'utilisation des connaissances. Elles sont d'une importance cruciale pour une mise en œuvre efficace. Ces étapes comprennent l'évaluation de l'utilisation des LDPE, démontrée par le respect des recommandations ou les changements des connaissances et des comportements; l'évaluation de l'influence ou des résultats de la mise en œuvre des recommandations de LDPE; et le maintien ou l'intégration des pratiques modifiées. Étant donné l'importance de chacun de ces éléments du cycle de mise en pratique des connaissances, il est recommandé d'en tenir compte au cours de chacune des étapes. Dans le même ordre d'idées, une planification et une mise en œuvre attentives des quatre premières étapes permettront d'orienter les processus de surveillance, d'évaluation et d'intégration.

Les responsables qui souhaitent commencer des activités de transfert des connaissances doivent se souvenir que ce transfert, tel qu'illustré dans le cadre de mise en pratiques des connaissances, ne consiste pas nécessairement en un processus séquentiel. En effet, les différentes étapes peuvent aussi bien être exécutées les unes à la suite des autres qu'en même temps. Par conséquent, les membres des équipes de mise en œuvre des LDPE doivent obligatoirement lire la totalité de la Trousse pour connaître les différentes facettes du processus. Pour conclure, la Trousse a été conçue afin d'expliquer comment procéder, pourquoi procéder de cette façon et comment réagir dans certaines situations, ainsi que de parler de ce qui a déjà été fait. Elle aborde donc plusieurs applications théoriques et pratiques, ainsi que des modèles de feuille de calcul pouvant être utilisés au cours des différentes étapes du processus. De plus, chacune des étapes aborde les points à prendre en considération au sujet des ressources, qui doivent être déterminés et pris en compte pour que la mise en œuvre des LDPE soit réussie. Plusieurs exemples de mise en application reflétant divers secteurs sont illustrés dans le présent document.

Quelques points à prendre en considération pendant la lecture des chapitres

Chaque chapitre comprend les sous-sections suivantes :

1. Retour sur les étapes précédentes
2. De quoi parle ce chapitre?
3. Définitions clés
4. Contenu spécifique ou Voici ce que l'on sait
5. L'application, ou comment y arriver dans votre milieu de pratique
6. Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre
   - **Points à prendre en considération au sujet des intervenants**
   - **Points à prendre en considération au sujet des ressources**
   - **Points à prendre en considération au sujet du plan d'action**
   - **Points à prendre en considération au sujet de la durabilité**
   - **Points à prendre en considération au sujet de l'évaluation**
7. Scénario* (une illustration du contenu de chaque chapitre)
8. Références
9. Ressources (surlignées dans chaque chapitre)

*** Plusieurs symboles sont utilisés dans les divers chapitres afin de surligner des sections importantes ayant un lien avec les sous-sections. Ceux-ci vous seront expliqués au cours des prochaines pages.**

Symboles utilisés dans la Trousse

Plan d'action

Si vous êtes au tout début de l'exercice de planification, nous vous recommandons d'utiliser le plan d'action indiqué dans la Trousse. Le modèle du plan d'action et les feuilles de calcul vierges sont fournies sur un disque compact accompagnant le document. Assurez-vous d'explorer le modèle de plan d'action et de déterminer le calendrier à grande échelle pour la mise en œuvre et l'évaluation des LDPE. Ces modèles peuvent être employés immédiatement; il suffit d'insérer les renseignements nécessaires dans les feuilles de calcul.

Intervenants

Les intervenants jouent un rôle de premier plan au cours de chacune des étapes du cycle d'action. Chaque chapitre abordera les points à prendre en considération au sujet des intervenants, y compris ce qu'il faut faire pour obtenir leurs commentaires, comment les informer et à quel point il est important de comprendre l'influence que peuvent avoir vos actions sur ces personnes et ces groupes. Les chapitres 2, 3 et 4 portent directement sur les intervenants ainsi que sur leur rôle dans le cadre du processus; on y parle également de la détermination, de l'analyse et de la participation des intervenants.

Points à prendre en considération au sujet des ressources

Les personnes responsables de la direction du processus de mise en œuvre des LDPE de votre organisme doivent être des cliniciens reconnus dans le domaine dont il est question. Ils doivent également avoir les compétences nécessaires pour la gestion de projet, la gestion du changement, l'animation et le travail en équipe, ainsi que connaître les ressources nécessaires pour le travail.

Il est essentiel de comprendre qu'au début même du processus, la mise en œuvre des LDPE exigera de nombreuses ressources (notamment du temps) pour la direction, la planification et la mise en œuvre des LDPE, la formation ainsi que la surveillance et l'évaluation des processus. Les exigences exactes en termes de ressources seront abordées dans le chapitre 2C, Ressources. Toutefois, tout comme l'évaluation des intervenants, l'évaluation des exigences en termes de ressources doit commencer par le processus de planification. Utilisez les feuilles de calcul pendant que vous lisez les chapitres afin de déterminer les répercussions qu'aura la mise en œuvre de LDPE sur votre budget.

Idée

Ce symbole désigne des approches ou des stratégies qui pourraient vous aider à mettre en application les connaissances par la mise en œuvre des lignes directrices. N'hésitez pas à en faire part avec votre équipe.

Attention

Vous devrez porter une attention particulière aux points marqués de ce symbole afin d'atténuer les risques. N'oubliez pas le but que vous vous êtes fixé et souvenez-vous qu'il n'est pas toujours possible de satisfaire tout le monde tout le temps. Sachez qu'il y aura toujours des retards et qu'il est essentiel de communiquer clairement et régulièrement. Soyez prêt à satisfaire aux exigences du processus de changement et votre expérience sera fort probablement plus positive.

Symboles utilisés dans la Trousse

Feuille de calcul

Des feuilles vierges vous sont fournies pour que vous puissiez y noter vos idées et vos plans. Elles peuvent également être utilisées pour passer en revue le travail que vous avez accompli et celui dont vous vous occuperez bientôt. Ces outils peuvent être ouverts sur l'ordinateur avec Word, mais vous pouvez également les photocopier au besoin. Les modèles de feuille de calcul se trouvent sur le disque compact qui accompagne la Trousse. Utilisez-les tandis que vous traversez chaque chapitre.

Études de cas

Plusieurs exemples d'études de cas cliniques et de situations de divers secteurs sont proposés; ils vous permettront de vous faire une idée de ce qu'ont observé d'autres groupes qui ont mis en œuvre des lignes directrices. Certaines études de cas montrent également les différentes démarches de mise en œuvre employées par les équipes.

Scénario

Chaque chapitre comprend un scénario qui illustre comment il est possible de déterminer, d'exécuter et d'évaluer la mise en œuvre d'une LDPE. Ils illustrent différents contextes (hôpital, milieu communautaire) ainsi que divers enjeux propres à la mise en œuvre de lignes directrices.

Évaluation

Découvrez les différentes étapes, méthodes et outils d'évaluation, ainsi que le temps qu'il vous faudra pour évaluer vos processus et vos progrès en mise en œuvre de lignes directrices.

Durabilité

Une fois que la LDPE aura été mise en œuvre, vous devrez lancer un processus pour en assurer la durabilité, avec notamment des évaluations, des vérifications, des célébrations, des formations, des publications et des présentations. Il est possible que le processus de durabilité nécessite des ressources supplémentaires; celles-ci devront alors être cernées dans le cadre du processus global de mise en œuvre.

Chaque chapitre comprend une section de définitions clés afin d'expliquer les termes nécessaires à la compréhension. De plus, un glossaire complet se trouve à l'Annexe C.

Chapitre 1 : Détermination du problème : identification, examen, sélection des outils

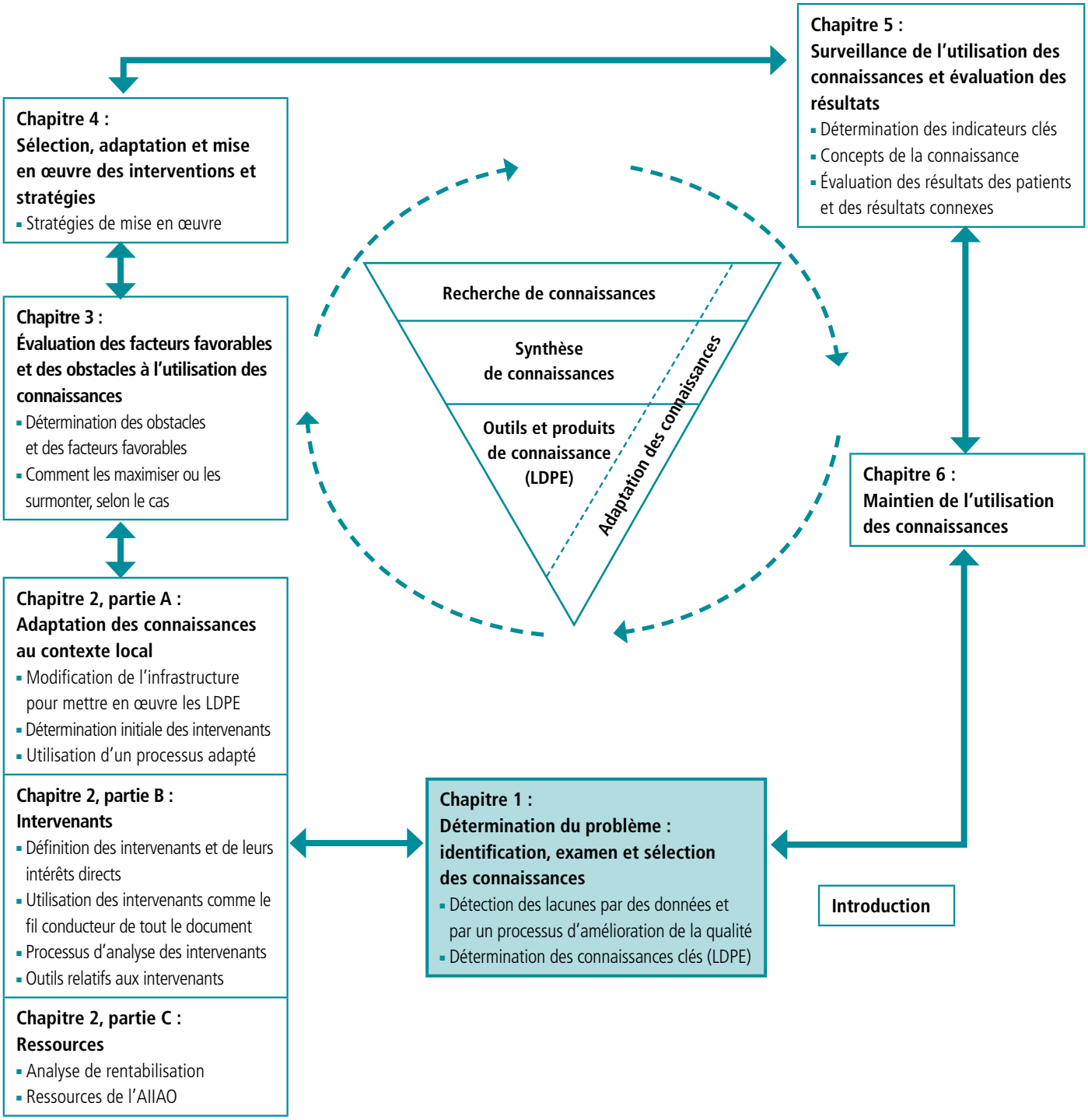


Figure 1 : Cadre de mise en pratique des connaissances révisé
Adapté de « Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice ». S. Straus, J. Tetroe et I. Graham. Copyright 2009 Blackwell Publishing Ltd. Adaptation autorisée.

Chapitre 1 : Détermination du problème : identification, examen, sélection des outils

Retour sur l'introduction

Dans l'introduction, nous avons parlé du but, des points centraux et du public cible de la deuxième édition de la Trousse de mise en œuvre des lignes directrices de l'AIIAO, ainsi que des points communs et des différences que l'on retrouve entre cette version et la première édition. Nous avons également présenté et décrit le cadre de mise en pratique des connaissances fondé sur les preuves, qui représente la base de la structure et du contenu de cette édition.

Dans ce chapitre

- Définition de « ligne directrice »
- Justification de l'utilisation des LDPE
- Démonstration de la manière dont les LDPE sont utilisées
- Liens entre l'amélioration de la qualité et l'utilisation des LDPE
- Explication de ce qu'il faut faire pour choisir une LDPE de qualité supérieure
- Description des étapes suivant la sélection d'une LDPE

Introduction

Le chapitre aborde en profondeur ce en quoi consiste la première étape du cycle de mise en pratique des connaissances de la Trousse des LDPE. Le processus commence par la détermination d'un problème de pratique et emploie des outils de connaissances connus sous le nom de « lignes directrices de pratique ». À l'heure actuelle, des milliers de lignes directrices de pratique sont offertes aux praticiens de disciplines en tous genres. De grandes variations existent pour ce qui est du niveau de rigueur de la méthodologie employée pour leur élaboration, de la force des données probantes appuyant les recommandations, de leur clarté et de leur présentation. Souvent, l'élaboration des lignes directrices ne respecte pas les normes méthodologiques établies à cet effet (Brouwers et coll., 2010), surtout celles ayant trait à l'identification, à l'évaluation et à la synthèse des données probantes scientifiques (Straus, Tetroe et Graham, 2009). Il n'est pas rare que les praticiens aient besoin d'aide afin de trouver et de choisir les lignes directrices pertinentes de la meilleure qualité possible. La Trousse a été conçue afin de donner des conseils aux praticiens et à toute autre personne intéressée à comprendre ce qu'est une ligne directrice de qualité ainsi que ce que l'on peut faire pour les évaluer.

Qu'est-ce qu'une ligne directrice de pratique?

Les termes « ligne directrice », « ligne directrice de pratique clinique » (LDPC) et « ligne directrice sur les pratiques exemplaires » (LDPE) sont souvent interchangeables et décrivent différents outils prescriptifs pour la pratique clinique. Cette trousse est basée sur l'idée que les lignes directrices sont des ressources fondées sur les données probantes conçues afin d'appuyer la prise de décisions cliniques et administratives. Prenez note des termes définis ci-dessous, qui sont employés dans les différentes sections du document :

- **Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes :** Énoncés élaborés de manière méthodique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé qui conviennent dans des situations cliniques données. (Field et Lohr, 1990),
- **Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) de l'AIIAO :** Le nom que donne l'AIIAO aux lignes directrices de pratique clinique qu'elle élabore, documents d'une grande originalité. Les LDPE sont divisées en deux parties : les lignes directrices cliniques et celles pour un milieu de travail sain. Ce travail est dirigé par l'AIIAO et bénéficie du financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que de l'aide du Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada (site Web de l'AIIAO, 2009).

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires permettent d'élaborer des politiques et des pratiques, ainsi que d'appuyer des normes et des protocoles. La Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE II) énonce clairement les normes à suivre pour les lignes directrices de pratique et permet de faire la distinction entre une ligne directrice de qualité et les autres documents liés à la pratique auxquels les cliniciens ont accès en milieu de travail.

Pourquoi est-il important d'avoir des lignes directrices sur les pratiques exemplaires?

Les LDPE permettent aux cliniciens d'utiliser les meilleures données probantes possible au point d'intervention et, ainsi, d'orienter leur pratique et d'avoir une incidence sur les résultats des patients. Même si tous les praticiens doivent en principe connaître et utiliser les meilleures données probantes possible, trop de nouvelles connaissances font surface chaque jour pour qu'un professionnel travaillant seul puisse facilement mener des analyses de la documentation selon un calendrier établi en vue de se tenir au courant des pratiques les plus récentes. L'élaboration d'excellentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires par des organismes dignes de confiance permet ainsi aux cliniciens et aux établissements d'avoir l'assurance qu'ils offrent des soins reposant sur les meilleures données probantes possible. Bref, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont importantes car elles permettent aux professionnels de la santé de se concentrer sur les soins, en sachant que ceux-ci sont basés sur les meilleures preuves disponibles (Ferguson-Pare, Closson et Tully, 2002). Le modèle à la Figure 2 illustre les processus d'élaboration, de diffusion, de mise en œuvre et d'évaluation des LDPE.

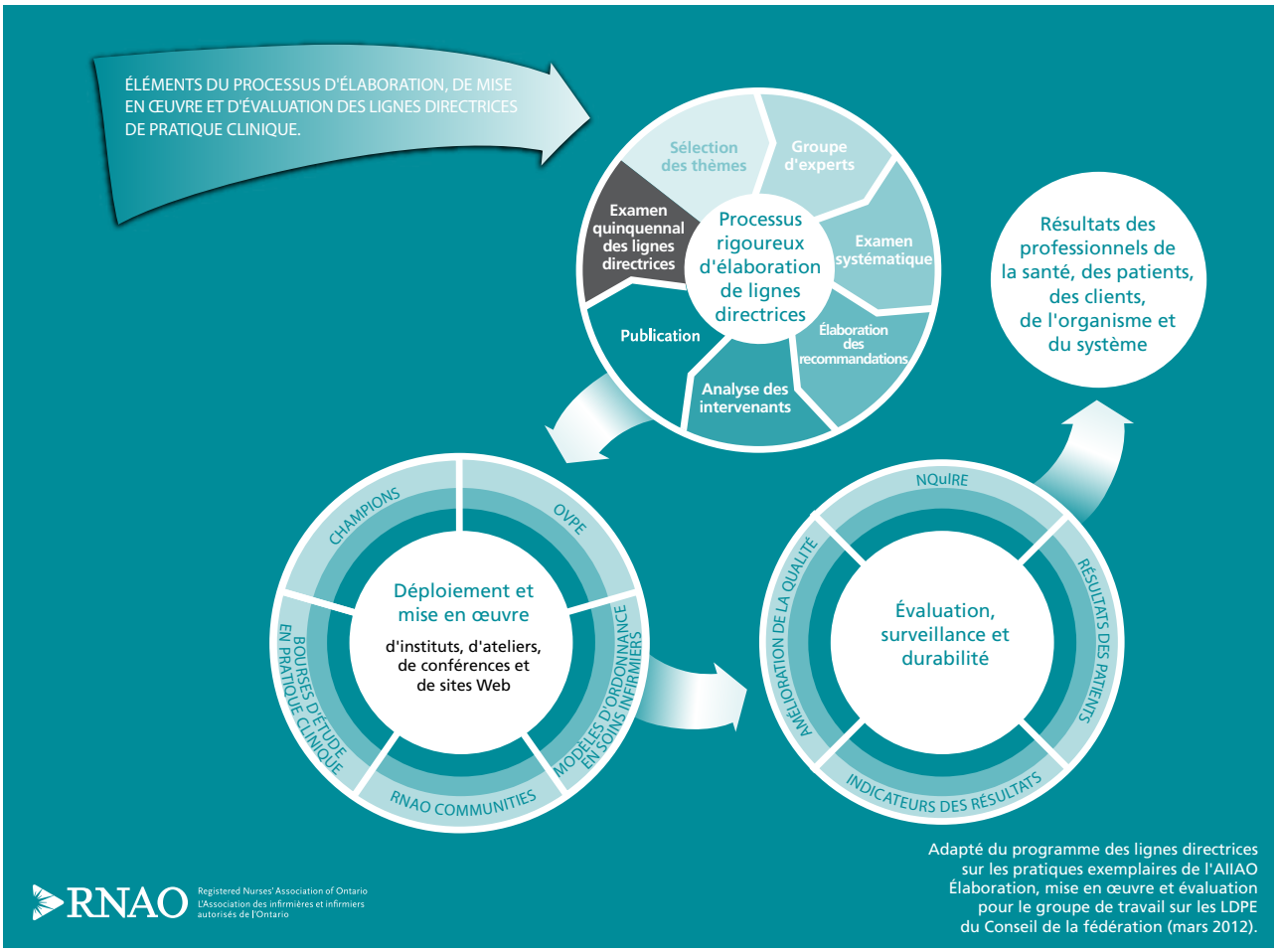


Figure 2

Processus rigoureux d'élaboration de lignes directrices

Grâce au rigoureux processus d'élaboration de lignes directrices de l'AIIAO en sept phases, un groupe d'infirmières expertes et d'autres intervenants parvient à employer les recherches et données probantes les plus récentes et les mieux conçues afin d'énoncer des recommandations relatives à la pratique, à la formation et aux politiques. Les étapes du processus en question sont décrites dans le modèle ci-dessus et comprennent ce qui suit : la sélection des thèmes; la formation du groupe d'experts; la détermination de la portée exacte de la ligne directrice; l'examen systématique; l'élaboration de recommandations fondées sur les données probantes et axées sur la pratique, la formation et les politiques; l'analyse des intervenants; la publication de la ligne directrice; la diffusion; et un processus d'examen quinquennal.

Déploiement et mise en œuvre

L'AIIAO s'est engagée à assurer un déploiement et une mise en œuvre à grande échelle des lignes directrices et, pour ce faire, emploie une démarche coordonnée de diffusion englobant plusieurs stratégies, tel qu'illustré à la Figure 2. La mise en œuvre des lignes directrices est facilitée par plusieurs initiatives de l'Association, notamment le réseau de champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers, qui aide les infirmières à perfectionner leurs compétences tout en travaillant pour la sensibilisation et la participation aux LDPE, ainsi que leur adoption. Autre initiative : les modèles d'ordonnance en soins infirmiers, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et tirés des recommandations de pratique des LDPE que les infirmières peuvent mettre en œuvre au point d'intervention. Ceux-ci ont été conçus de manière à pouvoir être intégrés dans les systèmes d'information cliniques, mais aussi dans les milieux hybrides et ceux fonctionnant sur papier. Consultez l'Annexe E pour de plus amples renseignements. Enfin, troisième initiative, le titre d'organisation vedette des pratiques exemplaires (OVPE), qui vient en appui à la mise en œuvre des LDPE à l'échelon de l'organisme et du système. Les OVPE travaillent essentiellement pour la création de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO. En plus de toutes ces stratégies, des ateliers de perfectionnement portant sur certaines LDPE et leur mise en œuvre ont lieu chaque année.

Évaluation, surveillance et durabilité de la mise en œuvre des LDPE

L'incidence de la mise en œuvre et de l'utilisation continue des LDPE est surveillée par l'entremise d'un examen récurrent des indicateurs relatifs aux modes d'organisation, aux processus et aux résultats. Les indicateurs structurels portent sur les éléments du milieu de travail favorisant la prestation de soins de qualité, comme la dotation et les modèles de soins. Les indicateurs relatifs aux processus évaluent à quel point les recommandations de pratique des LDPE ont été mises en œuvre. Enfin, les indicateurs des résultats dépendent des résultats attendus chez les clients en lien avec l'utilisation des LDPE. En établissant un lien entre les indicateurs de mode d'organisation, de processus et de résultats, on parvient à déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients.

Les Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE[MC]) sont une initiative internationale d'amélioration de la qualité facilitant la collecte de données et la mesure des différents indicateurs liés à chacune des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO. Ce projet a été créé expressément pour permettre aux OVPE de faire une surveillance systématique de leurs progrès et d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des LDPE au sein de leur établissement.

Une mise en œuvre efficace des LDPE permet d'atteindre les objectifs suivants :

- Favoriser d'excellents résultats chez les clients
- Réduire les variations en matière de soins
- Transférer les preuves établies par la recherche dans la pratique
- Promouvoir la base de connaissances en soins infirmiers
- Favoriser la prise de décisions cliniques
- Cerner les lacunes sur le plan de la recherche
- Renoncer aux interventions qui ont peu d'effet ou qui causent des dommages
- Réduire les coûts

Comment utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires

De manière générale, les professionnels de la santé fondent leur pratique sur les données probantes afin de fournir des soins sécuritaires d'excellente qualité qui respectent la déontologie. Les LDPE orientent les pratiques cliniques, les normes, les protocoles, les programmes de formation et les politiques qui composent la pratique quotidienne de toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé. Des LDPE peuvent être mises en œuvre dans plusieurs modes d'organisation et processus continus du système de santé, notamment :

- Les renseignements de clients fournis pour une prise de décisions éclairée
- Les plans et cheminements de soins, ainsi que les algorithmes
- Les processus et résultats de système
- Les énoncés de vision, les énoncés de mission, la pratique quotidienne, les politiques, les procédures et la documentation (Krugman, 2003)
- Les ensembles d'apprentissage et de formation employés pour l'orientation et le perfectionnement du personnel (Krugman, 2003)
- Les normes d'agrément ayant un lien avec la prise de décisions cliniques et administratives fondées sur les données probantes

Comment peut-on profiter des occasions d'apporter des changements à la pratique à l'aide des LDPE sélectionnées?

De nos jours, les organismes et les praticiens du domaine de la santé déploient bien des efforts afin de s'assurer que les approches employées dans leur milieu de pratique donnent lieu à des résultats de qualité et sont basées sur les meilleures données probantes possible. De manière générale, il existe deux manières d'utiliser les pratiques exemplaires pour modifier la pratique. La première consiste à publier une nouvelle ligne directrice, ce qui entraîne un examen de la pratique et se conclut par l'adoption de la nouvelle ligne. La deuxième survient quand un enjeu, un problème ou un défi fait surface dans la pratique clinique et motive la recherche d'outils de connaissances (comme les LDPE) afin d'établir un nouvel ensemble de pratiques ou de changements à apporter pour remédier à la situation. De manière générale, la majeure partie des LDPE sont examinées dans les circonstances suivantes, qui dénotent un écart entre les connaissances et la pratique :

- Les intervenants signalent un besoin propre à la pratique;
- Un partenaire communautaire fait une demande d'assistance ou de collaboration pour un projet;
- Un événement sentinelle incite les responsables à mener une enquête sur les pratiques actuelles ainsi qu'une analyse des méthodes possibles pour améliorer les soins;
- Le gouvernement lance une nouvelle initiative dans le domaine des soins de santé;
- Des initiatives de sécurité des patients font surface;
- Des initiatives sur la qualité et des données recueillies nécessitent une intervention.

Le tableau présenté à la page suivante illustre comment un événement, un enjeu ou un problème peut mener à la détermination et à l'utilisation d'une LDPE.

EXEMPLES de changements de pratique ou d'enjeux pouvant mener à l'utilisation d'une ligne directrice						
Déroulement des événements	**Participation des intervenants**			**Initiative du gouvernement**	**Événement sentinelle**	**Indicateur de qualité**
	Individuel	Groupe	Organisme			
Que s'est-il passé?	Un précepteur reçoit une mise à jour sur les soins de stomies de la part d'un étudiant; une LDPE est mentionnée.	Le comité d'agrément a déterminé qu'il fallait améliorer les soins de l'AVC.	Un étudiant de doctorat mène une étude sur les dispositifs de contention au sein de votre établissement.	Santé Canada demande un changement de pratique en transfusion sanguine.	En raison d'une erreur pharmacologique, un client était sur le point de subir une chirurgie non nécessaire.	On remarque que les cas de lésions de pression sont plus nombreux que la moyenne de l'industrie.
Détermination du problème ou de l'occasion connexe	Les soins des stomies doivent peut-être être passés en revue au sein de l'organisme.	Les soins de l'AVC dans l'établissement sont examinés.	Il s'agit d'une occasion de mettre à jour toutes les pratiques relatives aux dispositifs de contention.	Les pratiques et la documentation en matière d'interventions IV et de dispositifs d'accès veineux central doivent être revues.	La pénurie de personnel et les pratiques et systèmes relatifs aux médicaments doivent être examinés.	Le personnel a les connaissances nécessaires sur les lésions de pression, mais pas le matériel pour les éviter.
LDPE de l'AIIAO jugées utiles par l'équipe de pratique des soins infirmiers	• Soins et prise en charge des stomies • Soins axés sur les besoins du client • Établissement de la relation thérapeutique	• Évaluation des accidents vasculaires cérébraux dans le milieu des soins de santé • Prise en charge de l'hypertension dans les soins infirmiers • Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées • Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée	• Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée • Stratégies de soin des personnes âgées atteintes de délire, de démence ou de dépression • Évaluation du risque et prévention des lésions de pression • Soins axés sur les besoins du client	• Évaluation et sélection des dispositifs pour l'accès vasculaire • Soins et mesures pour atténuer les complications de l'accès vasculaire	• Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail • Développement et maintien du leadership infirmier • Le professionnalisme en soins infirmiers • La santé, la sécurité et le bien-être au milieu de travail dans les soins infirmiers	• Évaluation du risque et prévention des lésions de pression • Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4
Autres lignes directrices et documents utilisés	S.O.	• SARC, TNCC, SARP, Triage • Lignes directrices sur la stratégie relative à l'AVC	S.O.	• Ligne directrice sur les pratiques cliniques en matière de dispositifs d'accès veineux central de la oncology Nurses Society (Central Venous Access Device Clinical Practice Guideline)	• Ligne directrice de pharmacie • Just Culture Community	S.O.
Réaction au problème cerné	Examen des politiques, de la formation, de la documentation et des interventions relatives aux stomies afin d'atténuer les complications liées à l'intervention	Examen des politiques, des procédures, de la formation et de la documentation relatives à l'évaluation des risques afin d'améliorer le traitement de l'hypertension et de l'AVC	Examen des politiques, de la formation, de la documentation et des procédures relatives aux interventions intraveineuses afin d'améliorer la satisfaction des clients et du personnel	Examen des politiques, de la formation, de la documentation et des procédures relatives aux interventions intraveineuses afin d'améliorer la satisfaction des clients et du personnel	Examen des politiques, de la formation et de la documentation relatives à la prescription, à la distribution et à l'administration des médicaments afin de réduire les risques d'erreurs	Achat de matelas à réduction de pression pour l'ensemble de l'hôpital, modification de la documentation et embauche d'un stomothérapeute afin de réduire les risques de lésions de pression. L'objectif est la réduction de l'incidence des plaies de pression.

Chercher des lignes directrices de qualité supérieure

Une fois qu'un écart entre les connaissances et la pratique a été cerné , il est essentiel de se tourner vers des données probantes adéquates afin de trouver une solution. De grands efforts ont été déployés pour améliorer la qualité et la rigueur des lignes directrices de pratique dans l'espoir de s'assurer que la pratique clinique est fondée sur les meilleures preuves disponibles. Ainsi, tout comme il faut utiliser les meilleures données probantes pour l'élaboration de lignes directrices, il est important d'employer les meilleures lignes directrices dans la pratique. Les créateurs de ces lignes et les personnes qui les adoptent doivent donc employer un outil afin de les évaluer, par exemple la grille AGREE II (Brouwers et coll., 2010). Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra confirmer la qualité des LDPE avant de les mettre en œuvre (Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt et Grol, 2003; Harrison, Graham et Fervers, 2009).

La grille AGREE II

La sélection d'une LDPE doit obligatoirement passer par l'emploi de critères de prise de décision. Heureusement, certains outils d'évaluation critique ont été expressément conçus à cette fin. La grille AGREE II détermine les critères clés (appelés « domaines ») qui forment la base d'une ligne directrice de qualité supérieure et reconnaît les différences possibles entre ceux-ci (Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt et Grol, 2003). Les domaines sont :

- **L'objet et la portée :** les objectifs généraux de la ligne directrice de pratique, la question clinique et la population cible.
- **La participation des intervenants :** la composition, la discipline et le savoir-faire du groupe d'élaboration des lignes directrices de pratique, y compris le client.
- **La rigueur de l'élaboration :** des renseignements sur la stratégie de recherche traçant un lien entre les données probantes d'appoint et la recommandation par l'entremise de discussions, d'examens externes avant la publication et du processus de mise à jour de la ligne directrice après sa publication.
- **La clarté et la présentation :** la pertinence des recommandations, les différentes possibilités présentées, la simplicité de lecture et de recherche de renseignements, le résumé des recommandations et l'offre de livrets aux clients.
- **La possibilité de mise en application :** les points à prendre en considération du point de vue de l'organisme et des coûts pour ce qui est de la mise en application de la ligne directrice de pratique et de l'utilisation de critères pour en analyser l'utilisation.
- **L'indépendance de la rédaction :** confirmation que l'organisme de financement n'a pas influencé les recommandations et que les membres du groupe d'élaboration ont fait part de leurs conflits d'intérêt possibles.

L'évaluation des lignes directrices – Comment y arriver dans votre milieu de pratique

Si vous avez cerné un écart entre les connaissances et la pratique et trouvé une ligne directrice qui pourrait s'avérer pratique, vous devriez suivre les quelques étapes mentionnées ci-dessous afin de procéder à l'évaluation.

Première étape : Déterminez si un auteur crédible a déjà mené une évaluation (à jour) des LDPE qui vous intéressent. Plusieurs organismes, comme l'AIIAO, possèdent un processus systématique afin de mener une évaluation critique des LDPE relatives à divers sujets. Les renseignements tirés de ces évaluations de l'AIIAO se trouvent en annexe de chacune des lignes directrices.

Deuxième étape : Si aucune évaluation de ce genre n'existe, cherchez les LDPE existantes abordant le sujet qui vous intéresse. Faites une recherche systématique de LDPE connexes, mais n'oubliez pas que leur rigueur et leur qualité ne sont pas toujours garanties. Demandez les services d'un bibliothécaire ou d'un expert en recherche de documentation.

Troisième étape : Accédez à la version complète de chacune des LDPE. En les survolant, vous pourrez découvrir des documents techniques, des monographies et d'autres documents abordant en détail l'élaboration de la ligne directrice et les preuves à l'appui. Notez méticuleusement toutes les lignes directrices auxquelles vous avez accédé.

Quatrième étape : Quand une grande quantité de LDPE sont disponibles, il est recommandé d'utiliser des critères (d'inclusion et d'exclusion par exemple) afin de ne retenir que celles qui sont pertinentes. Le tri devra s'assurer que l'élaboration des lignes

directrices était fondée sur des données probantes. Parmi les critères de tri possibles, mentionnons la langue dans laquelle les LDPE sont rédigées (si la traduction est impossible), leur année de parution et leur lien avec le sujet exact qui vous intéresse.

Cinquième étape : Créez un groupe de quatre à six personnes dont le but sera de lire et d'évaluer les LDPE pertinentes. De préférence, ces personnes devront avoir des compétences ou de l'expérience dans le domaine clinique qui vous intéresse, comprendre le processus de recherche et avoir suivi une orientation sur l'utilisation de l'outil AGREE II.

Le processus d'évaluation critique des LDPE vous permettra de cerner une ou plusieurs lignes directrices susceptibles d'être mises en œuvre, ainsi que de faire la distinction entre les lignes directrices et les documents qui n'en sont pas. Si plus d'une LDPE est ainsi cernée, l'équipe de mise en œuvre pourra décider si elle préfère utiliser exclusivement l'une de celles-ci ou si elle juge mieux d'adopter des recommandations de plusieurs d'entre elles selon le niveau des données probantes et le contexte du milieu de travail.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO

L'AIIAO se fie aux domaines mentionnés dans l'outil AGREE II pendant son processus d'élaboration de lignes directrices dans le but de créer des produits de qualité. Elle choisit un sujet, forme un groupe d'experts interdisciplinaire, cherche et évalue des LDPE connexes, et trouve des examens systématiques et des articles abordant le sujet dont il est question. Toutes les données probantes font l'objet d'un examen critique avant que l'information soit résumée sous la forme de recommandations. Enfin, le document est examiné par les pairs, finalisé et publié. Tous les 5 ans, la ligne directrice est examinée et révisée au besoin (Graham, Harrison, Brouwers, Davies, Dunn, 2002; Grinspun, Virani et Eajnok 2002).

De nombreux organismes et cliniciens choisissent d'utiliser les lignes directrices de l'AIIAO en raison du processus rigoureux qu'elle emploie et de la fiabilité de son travail. Par contre, même s'il a déjà été convenu d'utiliser une LDPE de l'AIIAO, il est recommandé d'examiner la ligne directrice à l'aide de l'outil AGREE II, car l'équipe de mise en œuvre pourra ainsi valider les caractéristiques de domaine de la ligne en question et les faire connaître aux membres de l'équipe. Le groupe peut également employer la grille afin d'évaluer les LDPE qu'utilise ou qu'envisage d'utiliser l'organisme. Notons également que l'évaluation critique d'une ligne directrice sur les pratiques exemplaires peut également servir de stratégie d'apprentissage active (Singleton et Levin, 2008).

L'examen d'une LDPE par l'équipe responsable de sa mise en œuvre présente de nombreux avantages, notamment :

- renforcer l'équipe;
- établir la réputation des recommandations comme dignes de confiance;
- présenter l'outil AGREE II, la norme de qualité des lignes directrices.

Que faire une fois qu'une ligne directrice a été choisie?

Pour déterminer les prochaines étapes, vous devez répondre à plusieurs questions qui vous permettront de définir quand et comment la ligne directrice sera mise en œuvre, notamment :

- La LDPE s'applique-t-elle à tous les secteurs de l'organisme?
- Certaines recommandations répondent-elles à des besoins organisationnels reconnus?
- Certaines recommandations sont-elles déjà en train d'être mises en œuvre?
- Certaines LDPE ont-elles déjà été partiellement mises en œuvre? (par ex., seulement certaines recommandations, seulement dans certains services...)

- Certaines recommandations doivent-elles être mises en œuvre avant les autres?
- Certaines recommandations peuvent-elles être mises en œuvre rapidement?
- Certaines recommandations sont-elles fondées sur des données probantes d'un niveau supérieur à d'autres?
- Certaines recommandations prendront-elles plus de temps à être mises en œuvre? Existe-t-il des obstacles nuisant à la mise en œuvre? Y a-t-il des questions budgétaires à prendre en considération? Des questions relatives aux compétences du personnel? Relatives au leadership? Relatives à la charge de travail? Relatives à la culture et au comportement?

Répondez à ces questions avec l'aide des intervenants clés (voir le chapitre 2B pour de plus amples renseignements sur les différentes manières de faire participer les intervenants). Vous voudrez peut-être également examiner les données disponibles sur l'assurance de la qualité afin de vous assurer de bien répondre aux questions susmentionnées. Toutes vos réponses vous permettront de prendre une décision quant à la portée de la mise en œuvre de la LDPE et des ressources nécessaires.

Mettre l'accent sur les modifications nécessaires à apporter à la pratique

La mise en œuvre d'une LDPE ne donne pas toujours lieu à des changements dans la pratique.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires offrent aux cliniciens et aux organismes du soutien supplémentaire pour leur pratique actuelle ainsi que des conseils pour l'améliorer. Tout engagement en faveur d'une modification de la pratique doit être fondé sur les pratiques et les processus existants. En effet, un bouleversement total du milieu de travail n'est souvent ni nécessaire, ni recommandé pour la mise en œuvre d'une LDPE.

Tel que mentionné dans les questions énoncées plus haut, il est essentiel d'examiner les pratiques actuelles et de les comparer aux recommandations des LDPE afin de déterminer celles qui sont appuyées par les recommandations. La mise en œuvre peut alors être axée sur le renforcement et le maintien des pratiques exemplaires existantes du milieu de travail, ainsi que l'amélioration de certains autres points précis.

L'écart entre la pratique actuelle et la pratique recommandée

Dans le but de distinguer les pratiques actuelles fondées sur des données probantes de celles qui doivent être changées, l'équipe de mise en œuvre des LDPE devrait mesurer l'écart qui existe entre les preuves et la pratique, c'est-à-dire l'écart entre, d'une part, les données probantes tirées de LDPE de qualité supérieure et d'examens systématiques et, d'autre part, les pratiques employées par l'organisme (Kitson et Straus, 2009; Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009). Pour mener cette analyse, il est recommandé de répondre aux questions suivantes avec l'aide des dispensateurs au point d'intervention :

1) Existe-t-il des écarts entre la pratique actuelle et les pratiques exemplaires?

2) Où se trouvent les écarts et quelle est leur étendue?

L'outil d'analyse des écarts que vous verrez plus loin vous aidera à guider votre processus. Deux exemples basés sur les recommandations de LDPE de l'AIIAO sont inclus. Dans ces exemples, vous verrez les recommandations des lignes directrices, si elles ont été respectées, partiellement respectées ou non respectées, ainsi que les recommandations ou parties de recommandations non pertinentes.

L'outil vous aidera à :

- déterminer lesquelles de vos pratiques sont déjà fondées sur les données probantes et cadrent avec la LDPE, ce qui peut représenter un bonne base de départ;
- cerner les recommandations qui ne sont pas pertinentes dans votre contexte;
- cerner les pratiques qui respectent partiellement les recommandations des LDPE et qui devraient donc être les premières à être changées;
- cerner les recommandations qui ne sont pas respectées et qui nécessiteront des stratégies à long terme pour modifier les pratiques.

Commencez par les changements de pratique faciles à apporter et par ceux qui sont obligatoires pour la sécurité des clients et du personnel. N'oubliez pas de reconnaître les réussites et de vous concentrer sur de petites victoires rapides.

L'analyse des écarts est une méthode rapide et facile de confirmer le respect de certaines recommandations (et donc que la pratique actuelle est déjà fondée sur des données probantes). Quand c'est le cas, soulignez-le et célébrez-le avec le personnel. Rien ne commence mieux un processus que les mots « excellent travail! ». Passez ensuite aux pratiques recommandées qui sont partiellement respectées.

Une fois que vous aurez terminé l'analyse, vous devrez passer à l'action en fonction des résultats. Ainsi, si une recommandation est partiellement respectée, vous devez déterminer ce qu'il faut faire pour la respecter entièrement. Vous faut-il simplement du nouveau matériel ou une formation mise à jour pour y arriver? La colonne des recommandations qui ne sont pas respectées du tout sera toujours la plus difficile. Il se peut toutefois que la liste soit plutôt courte après avoir examiné soigneusement les pratiques exemplaires du milieu de travail, notamment en ce qui a trait aux processus, aux politiques et aux interventions. De plus, certaines recommandations non respectées peuvent ne pas être pertinentes dans votre situation.

Une fois effectuée, l'analyse de l'écart de la LDPE vous montrera à quelle distance se trouve votre milieu de travail de la position qu'il désire atteindre. Utilisée et planifiée tout au long du processus de mise en œuvre, il s'agit d'un outil de surveillance efficace qui suit les progrès de mise en œuvre de lignes directrices.

L'analyse de l'écart vous offre un résumé de renseignements pouvant être tirés de plusieurs sources, y compris l'analyse de système, l'analyse de la cause profonde des résultats, la vérification des dossiers médicaux, les entrevues (officiels ou non), les réunions avec les équipes interdisciplinaires, les discussions du comité de pratique, les sondages, les examens de politique, l'examen de la documentation connexe, l'analyse des compétences du personnel et l'inventaire du matériel.

Le tableau de l'analyse montre à la fois le où et le pourquoi des pratiques actuelles, ainsi que le qui, le comment et le quoi des changements à apporter. Les deux exemples ci-dessous vous montreront comment l'analyse de l'écart peut vous aider à cerner les points à changer.

EXEMPLE 1 : Aperçu de l'analyse de l'écart d'une LDPE ou résumé de celle-ci

LDPE de l'AIIAO : Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée – (oct. 2002)				
Recommandation de la ligne directrice	**Respectée**	**Partiel-lement respectée**	**Non respectée**	**Commentaires**
1.0 Évaluer le risque de chute à l'admission.	✓			Fait aussi 24 h après l'admission et chaque fois que le client est déplacé. L'établissement va au-delà de la recommandation.
1.1 Évaluer le risque de chute après une chute.	✓			
2.0 Pour prévenir les chutes chez la personne âgée, on recommande le tai-chi aux clients dont la durée de séjour est supérieure à quatre mois et à ceux qui n'ont pas d'antécédents de fracture causée par une chute.			✓	L'introduction du tai-chi est en cours d'examen par le comité de la pratique.
2.1 Les infirmières peuvent avoir recours à l'entraînement de la force musculaire dans le cadre d'interventions multifactorielles en matière de chute; cependant, les données probantes dont on dispose ne sont pas suffisantes pour recommander ce type d'entraînement comme intervention indépendante.	✓			Voir le plan de soins sur les chutes.
2.2 Les infirmières membres de l'équipe interdisciplinaire implantent des interventions multifactorielles en matière de prévention des chutes afin de prévenir d'autres chutes.	✓			Voir le plan de soins sur les chutes.
2.3 Les infirmières, en consultation avec l'équipe soignante, effectuent une révision périodique de la médication dans le but de prévenir les chutes chez la personne âgée en établissement de santé.	✓			Voir le plan de soins sur les chutes.
2.4 Les infirmières devraient envisager l'utilisation de protecteurs de hanche pour réduire le nombre de fractures de la hanche chez les clients dont on considère qu'ils présentent un risque élevé de fracture associée à une chute.		✓		Le centre de soins intensifs et le service de réadaptation le fait. La formation du personnel aux soins actifs est en cours.

LDPE de l'AIIAO : Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée – (oct. 2002)				
Recommandation de la ligne directrice	**Respectée**	**Partiel-lement respectée**	**Non respectée**	**Commentaires**
2.5 Les infirmières renseignent les clients sur les bienfaits d'un apport supplémentaire en vitamine D afin de réduire le risque de chute. En outre, les renseignements sur la nutrition, les habitudes de vie et les options de traitement pour la prévention de l'ostéoporose sont pertinents afin de réduire le risque de fracture.		✓		Fait de façon non systématique : il faut des messages à cet effet sur le formulaire résumé d'admission. Les changements apportés au formulaire seront envoyés au comité de la documentation le 14 novembre.
2.6 Tous les clients dont on a évalué qu'ils présentent un risque élevé de chute sont informés de leurs risques respectifs.	✓			Voir le plan de soins sur les chutes.
3.0 Les infirmières intègrent les modifications du milieu en tant qu'une composante de leurs stratégies de prévention des chutes.	✓			Voir le plan de soins sur les chutes.
4.0 L'enseignement sur la prévention des chutes et des blessures associées doit faire partie du curriculum de soins infirmiers et de la formation continue.	✓			Il fait partie de l'orientation des infirmières et des étudiants.
5.0 Les infirmières ne doivent pas se servir des ridelles de lit pour prévenir les chutes ou les chutes récurrentes chez les clients hospitalisés; toutefois, il se peut que d'autres facteurs liés aux clients influencent la prise de décision concernant l'utilisation des ridelles de lit.	✓			Les ridelles de lit sont utilisées pour que le client change de position sur le lit. Les ridelles de lit sont disponibles au besoin pour des fins autres que la contention.
6.0 Les établissements rédigent une politique sur l'approche la moins contraignante. Cette politique tient compte des contentions physique et chimique.	✓			Voir la politique sur l'approche la moins contraignante.
7.0 Les établissements créent un milieu de soutien des interventions en matière de prévention des chutes qui comprend les éléments suivants : • des programmes de prévention des chutes; • Formation du personnel • la consultation clinique pour l'évaluation du risque et les interventions; • la participation d'équipes interdisciplinaires; • l'accès à des fournitures et à du matériel tels que des appareils de transfert, des lits que l'on peut élever et abaisser, ainsi que des dispositifs d'alerte au lit.	✓ ✓ ✓ ✓ ✓			L'établissement va au-delà de la recommandation. Voir la politique sur l'approche la moins contraignante, les ensembles d'orientation des infirmières et des étudiants, ainsi que le plan de soins sur les chutes.
8.0 Implanter des processus pour gérer efficacement la polymédication et les médicaments psychotropes, y compris des révisions régulières de la médication et une analyse des solutions de rechange aux médicaments psychotropes pour la sédation.	✓			Voir la politique sur l'approche la moins contraignante.
9.0 Les LDPE peuvent être implantées avec succès en présence d'une planification adéquate, de ressources ainsi que d'un soutien organisationnel et administratif.	✓			Le chef de la pratique professionelle est responsable de la ligne directrice de pratique. Voir le chef pour les détails.

Référence : Nancy Bauer et le Leamington District Memorial Hospital, 2002

EXEMPLE 2 : Aperçu de l'analyse de l'écart d'une LDPE ou résumé de celle-ci

LDPE de l'AIIAO : Prévention de la constipation chez les personnes âgées – (oct. 2002)				
Recommandation de la ligne directrice	**Respectée**	**Partiel-lement respectée**	**Non respectée**	**Commentaires**
1.0 Obtenez les antécédents du client pour évaluer la constipation.	✓			Évaluations non systématiques : il faut des messages à cet effet sur le formulaire résumé d'admission, le plan de soins et le dossier médical. Changements en cours par les représentants de la pharmacie et des soins actifs du comité de la documentation.
2.0 Obtenez des renseignements concernant la quantité et le type de liquides habituellement ingérés au quotidien, les fibres alimentaires habituellement ingérées et tout antécédent médical ou chirurgical pertinent. Pour les détails, consulter la LDPE.		✓		
3.0 Passez en revue les médicaments pris par le client pour déterminer ceux auxquels un risque accru de constipation est associé; évaluez les antécédents de consommation de laxatifs.		✓		
3.1 Dépistez les risques de polypharmacie, y compris les médicaments sur ordonnance et les médicaments en vente libre faisant double emploi, ainsi que les effets indésirables qui en découlent.	✓			
4.0 Déterminez la capacité fonctionnelle du client relativement à la mobilité, à l'alimentation et à la consommation de liquide, ainsi que son état cognitif en ce qui a trait à sa capacité à communiquer ses besoins et à suivre des directives simples.		✓		Fait par le centre des soins intensifs et le service de réadaptation. Le comité de la documentation est en train d'examiner comment utiliser le processus du centre de soins intensifs et du service de réadaptation dans les soins actifs.
5.0 Procédez à une évaluation physique de l'abdomen et du rectum. Évaluez la force musculaire de l'abdomen, les bruits intestinaux et l'intégrité du réflexe anal et déterminez s'il y a présence de masses abdominales, de constipation, de fécalomes ou d'hémorroïdes.		✓		L'évaluation de l'abdomen et des bruits intestinaux est actuellement faite à l'admission et au besoin.
6.0 Avant d'amorcer le protocole sur la constipation, déterminez les habitudes de défécation (voir la LDPE) et le mode d'élimination, et ce, en tenant pendant sept jours un dossier ou un journal des habitudes de défécation.		✓		Adéquat pour les clients dont le séjour à l'hôpital est de longue durée. La nécessité de cette approche dans les autres cas est en cours d'examen.
7.0 L'apport liquidien quotidien doit être de 1 500 à 2 000 millilitres (ml). Encouragez le client à boire de petites gorgées de liquides tout au long de la journée et, dans la mesure du possible, à réduire la consommation de boissons contenant de la caféine et de boissons alcoolisées.		✓		Le processus est bien compris dans le centre de soins intensifs et le service de réadaptation. La formation du personnel aux soins actifs est prévue pour janvier. Le plan de soins sur la constipation est en cours de révision. Une équipe pluridisciplinaire fait partie de la mise en œuvre.
8.0 L'apport quotidien en fibres alimentaires doit être de 25 à 30 grammes. Augmentez graduellement l'apport quotidien en fibres lorsque la consommation régulière de liquides du client aura atteint 1 500 ml par jour. La consultation d'une diététiste est recommandée.		✓		

LDPE de l'AIIAO : Prévention de la constipation chez les personnes âgées – (oct. 2002)				
Recommandation de la ligne directrice	**Respectée**	**Partiel-lement respectée**	**Non respectée**	**Commentaires**
9.0 Encouragez l'élimination régulière chaque jour en fonction du repas « déclencheur » du client. Préservez l'intimité du client.		✓		Fait dans le centre de soins intensifs et le service de réadaptation. Voir le nouveau plan de soins en soins actifs.
10.0 Le programme d'activité physique doit être personnalisé en fonction des capacités physiques, de l'état de santé, des préférences et de la tolérance de la personne.	✓			Le nouveau plan de soins comprendra un espace à cet effet.
10.1 La marche pour les personnes qui jouissent de leur pleine mobilité et pour les personnes à mobilité réduite (pour les détails sur la fréquence, consulter la LDPE).	✓			Le nouveau plan de soins comprendra un espace à cet effet.
10.2 Pour les personnes incapables de marcher ou confinées au lit, effectuez des exercices tels que l'inclinaison du bassin, la rotation du bas du tronc et les levées de jambe.			✓	Voir les révisions du plan de soins.
11.0 Évaluez les résultats obtenus chez le client et la nécessité d'interventions permanentes (pour les détails, consulter la LDPE).		✓		Il faut des messages à cet effet sur le dossier médical et les formulaires d'évaluation quotidienne. Le comité de la documentation le passera en revue.
12.0 Des programmes de formation exhaustifs sur la réduction de la constipation et la promotion de la santé intestinale doivent être mis sur pied par une infirmière qui a suivi une préparation avancée dans ce domaine (p. ex. une infirmière-conseillère en continence ou une infirmière clinicienne spécialisée). Elle devrait également en assurer la prestation. Pour les détails, consulter la LDPE.			✓	L'admin. des soins infirmiers envisage la formation d'une IA comme conseillère en continence. Voir l'analyse de l'écart de la *LDPE sur le déclenchement de la miction.*
13.0 Les établissements sont incités à élaborer une démarche d'équipe pluridisciplinaire afin de prévenir et de prendre en charge la constipation.		✓		Le comité de la documentation comprend des membres à cet effet.
14.0 Les LDPE peuvent être implantées avec succès en présence d'une planification adéquate, de ressources ainsi que d'un soutien organisationnel et administratif.	✓			L'infirmière responsable du centre des soins intensifs est également responsable de cette LDPE.

Référence : utilisée avec l'autorisation du Leamington District Memorial Hospital

Avant de passer au prochain chapitre, considérez ce qui suit :

- Croyez-vous connaître suffisamment bien les lignes directrices et les lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ainsi que leur définition et la raison pour laquelle elles sont importantes?
- Comprenez-vous en quoi consiste une ligne directrice de qualité et comment vous pouvez utiliser l'outil AGREE II pour évaluer la qualité?
- Comprenez-vous comment l'AIIAO participe au processus d'élaboration de lignes directrices ainsi que la démarche qu'elle a adopté à cet effet?
- Voyez-vous comment vous pouvez tracer des liens dans votre milieu de travail entre la mise en œuvre des LDPE et l'amélioration de la qualité, ainsi que les autres démarches employées pour cerner les pratiques de qualité et les résultats?
- Pourriez-vous avec une équipe mener une analyse de l'écart d'une ligne directrice afin de déterminer lesquelles des pratiques principales employées par votre établissement sont fondées sur les données probantes et lesquelles devraient être améliorées?

1 Exercice

1. Comparez rapidement les deux exemples d'analyse de l'écart illustrés dans le chapitre.
2. Laquelle des deux LDPE, selon vous, faudrait-il mettre en œuvre en premier? Pourquoi?

Lecture recommandée :

Brouwers, M. C., Stacey, D., et O'Connor, A. M. (2009). « Knowledge translation tools. » *in* S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice. Hoboken (New Jersey) : Wiley-Blackwell.*

Kitson, A., et Straus, S. E. (2010). *The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73–E77.

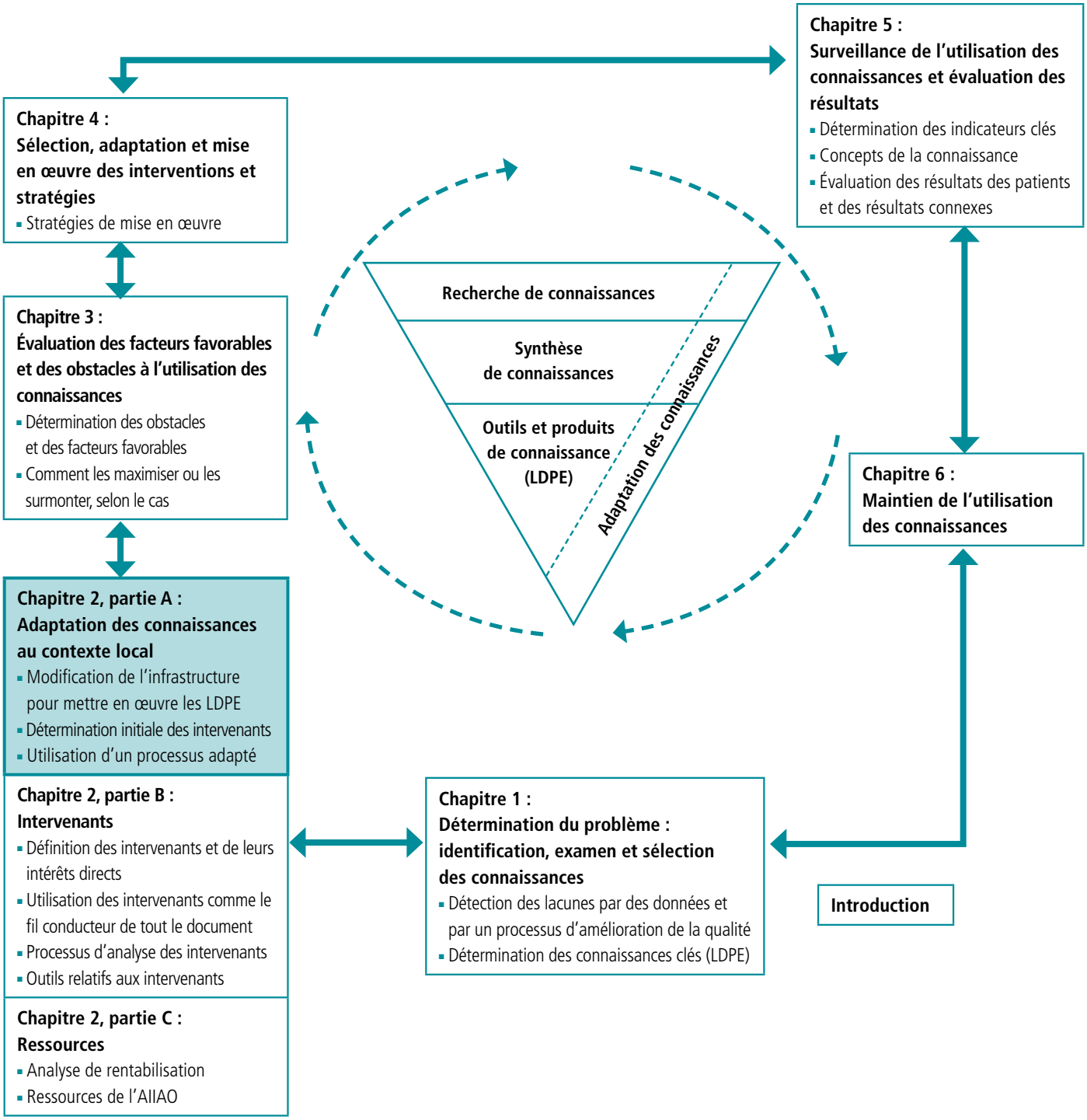
Sites Web recommandés :

Collaboration ADAPTE : http://www.adapte.org/.

Collaboration AGREE II : www.agreecollaboration.org/instrument

National Guideline Clearinghouse : http://www.guideline.gov/

Chapitre 2A : Adaptation des connaissances au contexte local



Retour sur le chapitre précédent

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires, y compris les LDPE de l'AIIAO, sont de précieux outils qui vous aident à offrir des soins efficaces fondés sur les données probantes à vos clients. Dans le cadre du cycle de mise en pratique des connaissances de la Trousse, la première étape du cycle d'action consiste à cerner les lacunes de pratique, puis à examiner et à choisir les outils de connaissances pertinents pour combler ces lacunes. Quand un problème est diagnostiqué relativement à une pratique actuelle, il s'agit dans bien des cas d'une bonne occasion de la modifier en se fiant à une ligne directrice sur les pratiques exemplaires pertinente. Les décisions relatives à la ligne directrice ou aux différentes recommandations à mettre en œuvre doivent tenir compte de la qualité et de la rigueur de l'élaboration du document en question à l'aide d'un outil d'évaluation de la qualité comme la grille AGREE II.

Dans ce chapitre

Ce chapitre portera sur la deuxième étape du cycle de mise en application des connaissances : l'adaptation au contexte local. Nous expliquerons pour quelles raisons les lignes directrices de pratique et leurs recommandations devront peut-être être adaptées en fonction du contexte local dans lequel elles seront mises en œuvre. Il existe plusieurs stratégies pour ce faire, y compris la méthode ADAPTE. N'oubliez pas que dans la grande majorité des cas, les lignes directrices doivent être modifiées en partie avant de convenir au contexte local. Les modifications nécessaires peuvent généralement être apportées dans le cadre du cycle de mise en application des connaissances, par exemple pendant l'analyse des intervenants, la détermination des obstacles et des facteurs favorables, ou encore l'élaboration de plans de mise en œuvre. Quand une LDPE nécessite d'importants changements, par exemple dans une spécialité, un secteur ou un contexte culturel très différent, l'approche ADAPTE mentionnée ici pourra s'avérer utile. Cette méthodologie facilite le processus d'élaboration de ligne directrice en permettant une modification systématique des lignes existantes en vue de les adapter au lieu ciblé. Dans les situations où une adaptation est nécessaire, les responsables de la mise en œuvre pourront suivre les renseignements fournis dans ce chapitre. Autrement, ils peuvent passer directement à la prochaine étape du cadre de mise en application des connaissances.

Définitions clés

Adaptation d'une ligne directrice : Une approche systématique pour l'adoption ou la modification de lignes directrices produites dans un contexte différent de celui où elles sont mises en œuvre. Remplace la création de lignes directrices de pratique clinique locales comme première étape de la mise en œuvre, tout en respectant les principes des approches fondées sur les preuves. (Fervers, Burgers, Voellinger, Brouwers, Browman et Graham, 2011)

Intervenants : Un intervenant est une personne, un groupe ou un organisme directement concerné par votre décision de mettre en œuvre une ligne directrice sur les pratiques exemplaires (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie et Nickleson, 1999). Les intervenants comprennent les personnes et les groupes qui seront directement ou indirectement touchés par la mise en œuvre d'une ligne directrice.

Ligne directrice source : Une ligne directrice sélectionnée dont la qualité, l'actualité, l'uniformité et l'acceptabilité seront évaluées, et qui pourra servir de base à une ligne directrice adaptée (The ADAPTE Collaboration, 2009).

Voici ce que l'on sait

L'adaptation des lignes directrices est un processus important dans le cadre de la mise en œuvre de pratiques fondées sur les données probantes (Harrison, Graham et Fervers, 2009). Les lignes directrices de pratique clinique qui ont été créées pour un contexte culturel ou un secteur particulier ne peuvent pas toujours être appliquées telles quelles dans un milieu différent. En effet, la différence de contexte a parfois une incidence sur la pertinence ou la faisabilité de certaines recommandations, même quand celles-ci sont appuyées par d'importantes données probantes. Chaque emplacement est unique pour diverses raisons, que ce soit les priorités de l'établissement, les ressources disponibles, la portée de la pratique, la réglementation régionale ou autre chose encore. Adapter des lignes directrices de pratique clinique de qualité supérieure existantes permet de ne pas avoir à créer une multiplicité de documents contextuels, tout en renforçant la mise en œuvre des recommandations fondées sur les preuves dans un milieu de pratique donné.

L'adaptation en tant que telle nécessite la prise de décisions sur la valeur et la pertinence des connaissances présentées dans la ligne directrice source, et la prise en compte des circonstances locales (Graham et coll., 2006). Elle comprend également les activités

devant être exécutées par l'équipe de mise en œuvre dans le but de modifier ou d'adapter les connaissances à la situation en question (Graham et coll., 2006), tout en veillant à ce que le résultat demeure fondé sur les preuves. Le but global de cette étape consiste à s'assurer que les lignes directrices et les recommandations mises en œuvre règlent le problème cerné, conviennent au contexte local et représentent les meilleures données probantes disponibles, et ce, de l'avis de tous.

Dans toutes les étapes du processus de mise en œuvre des lignes directrices, la participation d'une équipe de mise en œuvre et des intervenants connexes est d'une importance cruciale. L'équipe de mise en œuvre pourra travailler pour l'examen et la sélection de lignes directrices appropriées, notamment en les comparant aux normes internationales de l'outil AGREE II, en évaluant leur utilité clinique et leur facilité de mise en œuvre, ainsi qu'en déterminant celles qui sont globalement acceptables compte tenu des circonstances locales. Des modifications peuvent être apportées aux recommandations par le groupe de mise en œuvre (avec les commentaires des intervenants) tant que celles-ci ne s'éloignent pas trop de la formulation d'origine. L'aide d'intervenants locaux peut aider à s'assurer que l'on répond aux besoins du milieu choisi. L'apport d'intervenants externes pourrait également être utile afin de voir à ce que la recommandation adaptée ne s'éloigne pas trop de la base de preuves originale et de la ligne directrice source (Graham et coll., 2005).

L'une des grandes difficultés que présente le processus d'adaptation des connaissances est qu'il faut s'assurer que le produit final demeure lui aussi fondé sur les données probantes. La collaboration ADAPTE (The ADAPTE Collaboration, 2009) a mis au point une approche systématique d'adaptation qui a déjà été employée dans le cadre de nombreuses initiatives d'élaboration et de mise en œuvre de lignes directrices au Canada (Gupta et coll., 2009). Le processus en question énonce plusieurs étapes que l'on peut suivre afin de s'assurer que les recommandations mises en œuvre dans un milieu particulier respecte les besoins, les priorités et les ressources du contexte sans perdre de sa validité. L'ensemble de principes fondamentaux sur lequel le processus est basé et les ressources pouvant être utiles dans le contexte local se trouvent à l'Annexe D.

Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre

Facteurs à considérer relatifs aux intervenants

- Pendant le processus d'adaptation, faites participer des intervenants qui seront capables de s'assurer que les connaissances adaptées sont fondées sur des données probantes et qu'elles sont appropriées au contexte.
- Les intervenants pourraient avoir à participer tout au long du processus d'adaptation (bref, faire partie du groupe de travail sur l'adaptation) ou être consultés à diverses étapes du processus (par ex., examen externe).

Facteurs à considérer relatifs aux ressources

- Pensez aux ressources dont vous aurez besoin pour vos activités d'adaptation. Ce pourrait être l'accès à l'Internet et à des services de bibliothécaire afin de chercher et de récupérer des lignes directrices de pratique clinique, le temps nécessaire pour l'évaluation critique des lignes directrices ou un local où le groupe de travail et l'équipe de mise en œuvre peuvent se réunir régulièrement.

Points à prendre en considération au sujet du plan d'action

- Il faut bien évaluer les lignes directrices de pratique clinique en fonction de leur pertinence compte tenu du contexte local.
- Si l'adaptation est nécessaire, utilisez une approche systématique afin d'accroître la rigueur et la transparence du processus.

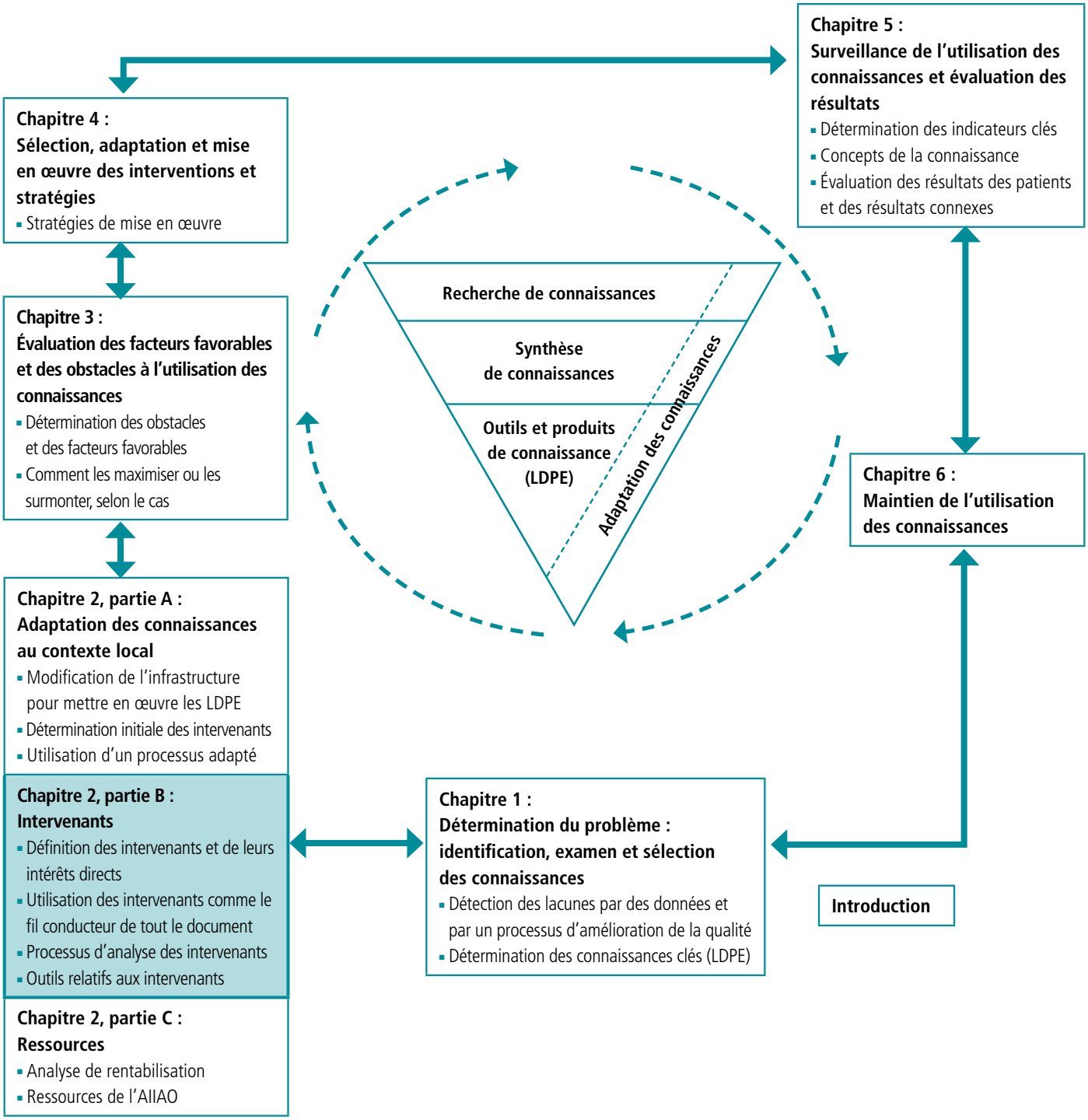
Scénario : un exemple dans un milieu de soins de longue durée

Dans un établissement de soins de longue durée, une équipe interdisciplinaire a été assemblée afin de superviser la mise en œuvre d'une évaluation de l'hygiène buccodentaire. Des lignes directrices pertinentes ont été examinées et un groupe de travail a décidé de mettre en œuvre l'une des recommandations de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires relative à la santé buccodentaire de l'AIIAO, qui demande aux infirmières d'employer un outil normalisé, valide et fiable pour l'examen buccodentaire (initial et autres) (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2008, p. 29). Dans le but de prendre une décision quant au choix de l'outil, l'équipe de mise en œuvre établit plusieurs critères pertinents à prendre en considération compte tenu du contexte local :

- Les résidants de l'établissement de soins de longue durée sont des personnes âgées qui ont besoin d'aide tous les jours pour leur hygiène buccodentaire.
- Dans cet établissement de soins de longue durée, les pratiques d'hygiène buccodentaire sont effectuées par des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des préposés aux services de soutien à la personne.
- Afin de limiter les répercussions que pourrait avoir un examen buccodentaire officiel sur les habitudes de travail quotidiennes (surtout en tenant compte de la diversité du personnel), l'intervention devra être courte et bien documentée.
- D'autres établissements de soins de longue durée de la région ont mis en œuvre des outils d'évaluation de l'hygiène buccodentaire et se sont dits près à faire part de leurs expériences.

La LDPE sur l'hygiène buccodentaire de l'AIIAO énonce plusieurs outils susceptibles d'être pertinents pour les personnes âgées dans les milieux de soins de longue durée. L'équipe de mise en œuvre obtient de la documentation et des exemples afin d'appuyer chacun des outils. L'équipe étudie la validité et la fiabilité de chaque instrument, sa pertinence compte tenu de la population de résidants, et détermine s'il serait possible de le mettre en œuvre dans l'établissement. Elle consulte d'autres organismes locaux du même domaine pour connaître leur expérience avec les différents outils d'évaluation. Une fois qu'elle a pris une décision quant à l'outil qui sera mis en œuvre, l'équipe demande aux intervenants provenant de l'établissement (résidants, employés, etc.) et d'ailleurs (par ex., des hygiénistes dentaires autorisés) de formuler des commentaires. Les résultats à l'interne comme à l'externe sont plutôt positifs et semblent venir en appui à la décision. La recommandation consistant à employer un outil normalisé, valide et fiable a donc été adaptée avec succès au milieu en question.

Chapitre 2B : Intervenants



Retour sur le chapitre précédent

Au cours des chapitres précédents, nous avons appris que les lignes directrices de pratique clinique sont sélectionnées en fonction de besoins cliniques particuliers et qu'elles peuvent être mises en œuvre par l'entremise d'un processus systématique inclusif : le cadre de mise en application des connaissances. L'une des ressources les plus utiles pour déterminer la qualité de la ligne directrice choisie est l'outil AGREE II. De plus, le processus ADAPTE permet de modifier la ligne directrice au besoin afin de faciliter sa mise en œuvre dans un contexte, une spécialité ou une culture donnés.

Dans ce chapitre

Ce chapitre portera sur le rôle des intervenants. En effet, ceux-ci ne sont pas seulement intéressés par la décision de mettre en œuvre une ligne directrice et le résultat désiré, mais aussi par l'incidence que pourrait avoir le résultat sur eux. Ce chapitre décrira de quelle manière mener une analyse des intervenants et vous dira ce que vous pouvez faire afin de profiter au maximum des renseignements recueillis.

Définitions clés

Intervenant : Un intervenant est une personne, un groupe ou un organisme directement concerné par la décision de mettre en œuvre une ligne directrice sur les pratiques exemplaires (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie et Nickleson, 1999). Les intervenants comprennent toutes les personnes et tous les groupes qui seront directement ou indirectement touchés par la mise en œuvre d'une ligne directrice sur les pratiques exemplaires, ainsi que tous ceux qui peuvent l'influencer.

Analyse des intervenants : L'analyse des intervenants est le processus consistant à trouver et à produire des renseignements au sujet des intervenants afin d'aider l'équipe de mise en œuvre de la ligne directrice à comprendre leurs comportements, leurs plans, leurs relations et leurs intérêts. L'équipe comprendra ainsi le soutien, les ressources et les influences qu'apportent les intervenants, et déterminera la meilleure manière de les faire participer.

Voici ce que l'on sait

Les intervenants sont des personnes, des groupes ou même des organismes intéressés ou influencés par un changement apporté à la pratique, ou eux-mêmes capables d'influencer ce changement (Legare et coll., 2009). Une liste d'intervenants potentiels se retrouve dans le Tableau 1. Les intervenants jouent un rôle de premier plan dans tous les processus de changement et il est essentiel de les faire participer du début à la fin. Ils peuvent appuyer la mise en œuvre de la LDPE, s'y opposer ou demeurer neutres. Avant même d'envisager leur participation, il faut que les responsables du processus de mise en œuvre comprennent les différentes facettes de la situation. En explorant les enjeux connexes, il sera possible de définir un premier ensemble d'intervenants et d'analyser en quoi ils sont concernés par les changements proposés. L'attitude de chacun des intervenants face aux changements dépendra de la proximité ou de la distance entre ces changements et leur propre point de vue. La documentation portant sur les politiques en santé mentionne plusieurs points à prendre en considération pour la détermination et la participation des intervenants dans le contexte de divers types de modifications apportées à la pratique clinique (Varvasovsky et Brugha, 2000). Voici quelques exemples pour la détermination des intervenants :

- En connaissant bien les éléments du projet et du processus de mise en œuvre, ainsi que les enjeux connexes, on parvient à mieux définir un premier ensemble d'intervenants. Le processus fait ensuite boule de neige : chaque intervenant nomme d'autres groupes intéressés et pertinents ou répond à un sondage à cet effet pour les classer en ordre d'importance.
- En employant une approche qualitative et quantitative pour la détermination des intervenants, vous favoriserez l'établissement d'une liste et d'une base de données complètes à cet effet.
- Tenez compte du client, patient ou résidant. Il est important de tenir compte de ce qu'il pense de la mise en œuvre planifiée ainsi que de l'influence qu'elle pourrait avoir sur sa santé et sa qualité de vie (AIIAO, LDPE, Soins axés sur les besoins du client, 2002).

- Demandez la participation de différents professionnels de la santé au point d'intervention dont la pratique sera touchée par le changement (infirmières soignantes, médecins, professionnels paramédicaux, etc.). Plusieurs autres intervenants clés doivent être pris en considération, notamment la haute direction, la direction intermédiaire et les membres du personnel soignant. Le rôle de certains d'entre eux sera au premier plan lors de certains moments particuliers du processus de changement clinique.
    - La haute direction joue un grand rôle dans les premières phases du processus : elle doit aider à définir des objectifs conformes à la stratégie organisationnelle.
    - La direction intermédiaire devra collaborer avec la haute direction pour la planification de la mise en œuvre.
    - Les employés de première ligne doivent participer quand des changements touchent directement leur travail, bref quand ils sont les mieux placés pour dire quoi changer et comment le faire (Vink, Imada et Zink, 2008).
- Il est important de classer les différents intervenants en fonction de leur accord ou de leur désaccord avec le changement apporté à la pratique et de leur relation avec l'organisme au sein duquel la ligne directrice est mise en œuvre (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie et Nickleson, 1999):
    - Les intervenants dits « internes » sont ceux qui font partie de l'organisme en tant que tel. Ils comprennent les infirmières, le chef de direction des soins infirmiers, les spécialistes des soins infirmiers cliniques et bien d'autres encore.
    - Les intervenants dits « externes » sont indépendants de l'organisme dont il est question. Il peut s'agir de l'AIIAO, d'agences d'agrément et de groupes de défense des intérêts des patients et des consommateurs.
    - Les intervenants dits « d'interface » agissent au-delà des frontières de l'établissement. Ils comprennent les membres du conseil d'administration et le personnel à nominations conjointes.

Tableau 2 : Exemples d'intervenants potentiels

EXEMPLES d'intervenants potentiels			
	Personnes	**Groupes**	**Organismes**

Internes	• Clients (et membres de sa famille)
	• Chef de direction des soins infirmiers
	• Chef de la direction
	• Infirmière (IA, IAA, IP)
	• Formateur clinique spécialisé en diabète
	• Stomothérapeute
	• Formateurs
	• Médecins (médecin chef, médecin de famille, interniste, chirurgien, spécialiste)
	• Diététiste
	• Travailleur social
	• Personnel de bureau et de soutien
	• Physiothérapeute
	• Ergothérapeute
	• Aide-ménagère
	• Préposé aux services de soutien à la personne
	• Chef du service ou de la division
	• Chef de projet
		• Conseil de famille
		• Infirmières
		  • IA
		  • IAA
		  • Infirmière permanente à quart de travail désynchronisé
		• Service, division ou équipe d'infirmières
		• Thérapie
		• Employés permanents à quart de travail désynchronisé
		• Services
		• Division
		• Programme
		• Comités
		  • Comité de la pratique
		  • Comité de la documentation
		  • Comité de la documentation électronique
		  • Prévention des infections
		  • Consultations médicales
		  • Haute direction
		  • Examen des achats
		  • Promotion de la santé
		  • Santé et sécurité au travail
			• Syndicats
			• Partenaires communautaires (comme le CASC)

EXEMPLES d'intervenants potentiels			
	Personnes	**Groupes**	**Organismes**
Externes	• Directeur des services aux étudiants • Maire de la ville • Représentant commercial • Conseiller • Enseignant • Directeur d'école • Gestionnaire de cas du CASC	• Forums destinés aux clients et aux familles • Les partenaires communautaires peuvent considérer l'urgence de l'hôpital comme un groupe d'intervenants externe • Conseil scolaire • Comité d'agrément	• Groupe de défense des intérêts des clients • Partenaire communautaire • Fournisseur • Programmes de santé (comme la Stratégie contre les AVC) • Ordre professionnel • Agrément Canada • Ministère

D'interface	• Client faisant partie du conseil d'administration
	• Représentants des partenaires communautaires ayant des rôles et responsabilités à l'interne (comme un gestionnaire de cas du CASC travaillant dans un hôpital)
	• Enseignante clinique travaillant aussi comme infirmière dans l'établissement
	• Représentante syndicale travaillant aussi à l'interne comme infirmière
		• Grand public
		• Groupes de soutien
		• Comités régionaux
		  • Comité régional de prévention des infections
		  • Comité consultatif universitaire ou collégial
		  • Comité du RLISS
		  • Comité de travail régional spécial
			• Partenaire communautaire
			  • Fournisseur de service communautaire
			  • Hôpital communautaire
			  • Organisme de SLD
			  • Bureau de santé
			  • Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)
			• Ordre professionnel (comme l'AIIAO ou l'OIIO)
			• Syndicat
			• Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

L'analyse des intervenants doit obligatoirement être entreprise au tout début du projet, mais il est toujours possible de la modifier en cours de route.			

Analyse des intervenants

L'analyse devra tenir compte de différentes caractéristiques des intervenants, notamment leur niveau de connaissance du sujet dont il est question, leur point de vue, leur expérience de travail en équipe et leurs aptitudes décisionnelles. Comme le montrent les études à ce sujet, les intervenants doivent participer dès le début du processus de sélection et de mise en œuvre des LDPE pour en assurer le succès et leur utilisation judicieuse favorise l'adhésion aux nouvelles lignes directrices (Henderson, Davies et Willet, 2006; Lawrence et coll., 2008; Loisel et coll., 2005; McKinlay et coll., 2004).

Sachant cela, il est normal que différentes lignes directrices attirent différents groupes d'intervenants, qui auront besoin de ressources et de stratégies différentes (Isett et coll., 2007). Une fois que les intervenants sont connus, il est temps de procéder à l'analyse, qui comprend :

- l'évaluation de l'influence et de la réaction potentielles des intervenants, selon leur position face au changement;
- la détermination de ce que l'on pourrait faire pour avoir un lien aussi fort que possible avec les intérêts des intervenants afin d'assurer leur soutien (Lawrence, Polipnick et Colby, 2008; Miles, Valovirta et Frewer, 2006).

L'analyse a deux buts :

1. Maximiser la conformité des intérêts des intervenants avec les objectifs de la mise en œuvre de la ligne directrice.
2. Gérer ou atténuer les risques pouvant découler de la décision d'un intervenant de ne pas se rallier au projet.

L'analyse tient compte des intérêts directs, du niveau d'influence et du soutien des intervenants pour ce qui est du changement proposé. Elle porte également sur les facteurs qui pourraient les encourager à adhérer à l'initiative. Une telle analyse facilite beaucoup l'établissement de stratégies d'engagement des intervenants. Par contre, il est important de réévaluer régulièrement la position de chacun d'entre eux. Les stratégies devront parfois être modifiées quand de nouveaux intervenants font surface ou quand d'autres changent leur position. Notons que la profondeur et la portée de l'analyse n'ont rien de fixe, surtout vu le nombre de modèles possibles, du plus simple au plus complexe (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie et Nickleson, 1999).

La plupart des modèles d'analyse des intervenants comprennent l'examen de deux variables :

1. le potentiel de soutien à l'initiative de changement;

2. la capacité de représenter une menace ou le degré d'influence relativement à l'adoption du changement. En connaissant le soutien et l'influence possibles, vous pourrez déterminer les stratégies de participation des intervenants qu'il vous faudra employer (Figure 3) :

- Les intervenants à **grande influence** et **très motivés** sont ceux qui auront probablement l'influence la plus positive sur la diffusion et l'adoption de la LDPE. Par contre, ils ont besoin qu'on leur consacre beaucoup d'attention et qu'on les tienne bien informés pour continuer à offrir leur soutien.
- Les intervenants à **grande influence** mais **peu motivés** exigent la plus grande attention pour réussir à les rallier au projet.
- Ceux qui ont **peu d'influence** mais qui sont **très motivés** ont besoin d'une certaine attention pour qu'ils ne deviennent ni indifférents, ni hostiles au changement, mais il est possible de compter sur eux pour de l'aide.
- Ceux qui ont **peu d'influence** et qui sont **peu motivés** figurent au bas de l'échelle des priorités. Néanmoins, il est recommandé d'interagir avec eux pour les faire adopter une position de neutralité ou, au moins, pour réduire les impacts négatifs éventuels.

Le soin apporté à la classification des intervenants, en déterminant la stratégie à utiliser avec quel type d'intervenants et à quel moment, permet d'utiliser de façon plus efficace l'énergie et les ressources du projet de mise en œuvre (Miles, Valovirta et Frewer, 2006). De manière générale, il est recommandé de faire participer les intervenants rapidement au processus d'adaptation et de mise en œuvre de la ligne directrice afin de s'assurer que le processus répond à leurs besoins (Henderson, Davies et Willet, 2006; Lawrence et coll., 2008; Loisel et coll., 2005; McKinlay et coll., 2004). Il est possible que certains intervenants soient bien placés pour agir à titre de champions et améliorer l'acceptabilité et l'adoption de la ligne directrice chez certains groupes plus réticents (Lawrence et coll., 2008; Lichtman et coll., 2004; McKinlay et coll., 2004). Un bon accord entre les intervenants et les stratégies se traduit par une convergence des intérêts des parties prenantes et des objectifs du projet, ou réduit les risques pouvant découler de la décision d'un intervenant de ne pas offrir son soutien. Par contre, un mauvais accord peut déboucher sur des pertes d'énergie (trop d'attention accordée à un intervenant qui a peu d'influence) ou des occasions manquées (échec des tentatives effectuées pour convaincre des intervenants à s'engager). Ceci peut représenter un risque pour l'organisation, car elle ne s'attend pas à ce que des intervenants soient réticents ou ne sait pas comment réagir face à ceux-ci.

N'oubliez pas que l'analyse des intervenants est un processus continu.

- Il est possible que de nouveaux intervenants fassent surface à un moment donné.
- Certains intervenants ne voudront peut-être pas participer avant le processus de mise en œuvre.
- Il arrive que les stratégies aient besoin d'être révisées.
- Parfois, le changement de titre ou de poste d'un intervenant peut changer son niveau d'influence.

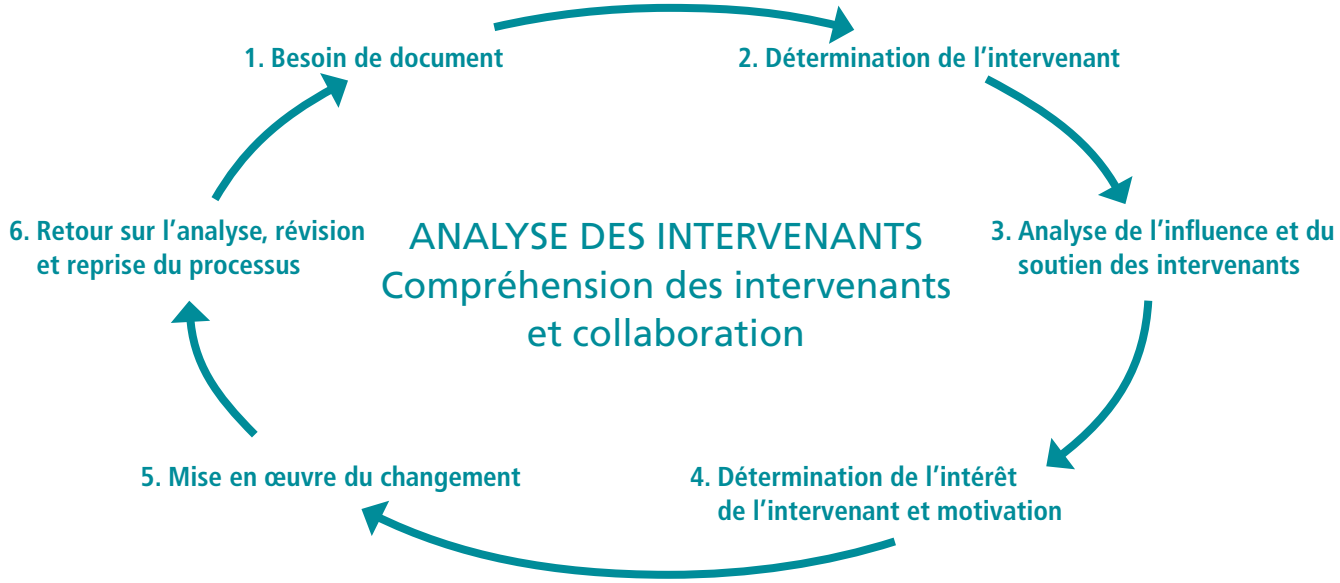
Figure 1 : Soutien et influence des intervenants, et stratégies pour favoriser leur engagement

GRILLE DE L'INFLUENCE ET DU SOUTIEN DES INTERVENANTS Stratégies génériques de motivation		
	Grande <—— INFLUENCE ——> Faible	
Élevé ——> SOUTIEN	• Auront un effet positif sur la diffusion et l'adoption. • Auront besoin de beaucoup d'attention et de renseignements pour conserver leur niveau d'adhésion **Stratégies** • Collaborer • Faire participer ou fournir des occasions de donner son appui • Soutenir et cultiver la relation • Encourager les rétroactions • Préparer à la gestion du changement • Confier des responsabilités	• Peuvent avoir un effet positif sur la diffusion et l'adoption si on leur accorde de l'attention. • Auront besoin d'attention pour conserver le niveau d'adhésion et ne pas choisir la neutralité. **Stratégies** • Collaborer • Encourager les rétroactions • Confier des responsabilités avec une dimension professionnelle • Encourager la participation • Préparer à la gestion du changement • Faire participer à un échelon ou à un autre
	Soutien élevé Grande influence	Soutien élevé Faible influence
	Faible soutien Grande influence	Faible soutien Faible influence
Faible <—— SOUTIEN	• Peuvent avoir un effet négatif majeur sur la diffusion et l'adoption. • Demandent beaucoup d'attention pour obtenir du soutien ou de la neutralité. • Se fixer l'adhésion comme objectif. **Stratégies** • Consensus • Cultiver la relation • Reconnaître les besoins • Faire appel à des intervenants et consultants externes • Faire participer à un échelon ou à un autre • Insister sur la méthode d'élaboration des LDPE • Ne pas obliger à agir. • Surveiller.	• Les moins capables d'avoir une incidence sur la diffusion et l'adoption. • Peuvent avoir un effet négatif sur les plans. • Demandent un peu d'attention pour obtenir le soutien ou rester neutres. • Se fixer l'adhésion au projet comme objectif. **Stratégies** • Consensus • Cultiver la relation • Reconnaître les besoins • Faire appel à des intervenants et consultants externes • Faire participer à un échelon ou à un autre • Surveiller.

Comment y arriver dans votre milieu de pratique

Vous êtes maintenant prêt à mener une analyse des intervenants étape par étape en suivant le modèle illustré ci-dessous. Cette approche aidera votre organisme à appuyer la mise en œuvre de la LDPE.

Figure 2 : Aperçu de l'analyse des intervenants



Adaptation de http://leadershipchamps.files.wordpress.com/2008/03/ Stakeholder – management process – 1.jpg, consulté le 5 janvier 2011

Première étape : Documentation des besoins. En menant l'analyse des écarts abordée au cours du chapitre un et en déterminant la LDPE à mettre en œuvre, vous avez déjà conclu cette étape. Faites preuve d'une grande clarté pour le projet, les objectifs et les résultats de LDPE. Soyez en mesure de préciser votre groupe cible, que ce soit l'organisme entier, un seul site, une seule division, un programme ou un service particulier, ainsi que ce que vous tentez d'accomplir. Décrivez la pratique actuelle et ceux qui y participent. Mentionnez comment la LDPE fera changer la pratique et touchera les personnes concernées. Travaillez avec toute l'équipe pour cette étape.

Deuxième étape : Détermination des intervenants. Travaillez avec l'équipe afin de créer une liste exhaustive des intervenants du projet de mise en œuvre. Ensemble, recueillez des renseignements qui vous aideront à comprendre les intervenants. Envisagez de mener des sondages, d'organiser des groupes de discussion ou de faire des entrevues avec certains des employés clés. Planifiez de suivre un scénario particulier afin de décrire l'initiative de LDPE de manière à ce que tous les intervenants reçoivent les mêmes renseignements. Il n'est pas toujours évident de recueillir de l'information des grands groupes intéressés, comme le personnel infirmier. Les meilleures façons d'y arriver consistent à collaborer avec des conseils de pratique professionnelle et des représentants du domaine des soins infirmiers, ainsi qu'à employer des sondages écrits ou des forums ouverts. Souvent, quand les groupes d'intervenants sont importants, on y retrouve toute une variété de points de vue. En d'autres mots, n'oubliez pas que le groupe ne sera pas toujours unanime sur certaines questions.

Troisième étape : Analyse du niveau d'influence et de soutien des intervenants. Pendant que vous analysez le niveau d'influence des intervenants, pensez à ce que fait votre établissement pour prendre des décisions. Qui participe à la prise de décision? Quelle est la personne ou le groupe qui, en fin de compte, prendra la décision? Qui peut influencer la décision? Qui peut influencer la mise en œuvre? Qui sera le champion de la décision et de la mise en œuvre? Qui dirigera la mise en œuvre? Enfin, qui se servira des recommandations? Il est également important d'analyser le niveau de soutien auquel on peut s'attendre de la part de chacun des intervenants. Les intervenants peuvent être motivés, réticents ou indifférents.

N'oubliez pas que les résultats de votre analyse ne seront pas valides de façon permanente. Même si certains intervenants semblent ne pas avoir un niveau élevé d'influence pour l'instant, tout peut changer au fur et à mesure que le projet est mis en œuvre. Ainsi, les groupes d'infirmières soignantes peuvent ne pas avoir beaucoup d'utilité pour l'obtention de ressources, mais jouer un rôle de premier plan dans les étapes de planification et de mise en œuvre.

Quatrième étape : Détermination des intérêts directs des intervenants et incitation à participer. Les intérêts directs sont, en bref, ce qui motive le changement. Inutile de souligner à quel point il est important de déterminer et de comprendre les enjeux qui intéressent vraiment les intervenants. Les intérêts doivent être déterminés de façon précise. Une simple « amélioration des soins aux clients » n'est pas un vrai facteur de motivation. Soyez aussi précis que possible et pensez de divers points de vue. Rappelez-vous des quelques points suivants :

- Il est possible que les intérêts directs n'aient rien à voir avec le changement proposé; une personne pourrait simplement désirer une promotion ou une forme de reconnaissance, par exemple.
- Les intérêts directs peuvent avoir un lien avec un intérêt personnel touchant au sujet en question. Ainsi, une personne pourrait connaître quelqu'un qui a subi un AVC, mais qui n'a pas reçu de soins fondés sur des données probantes.
- Il pourrait être question d'une simple réduction de la charge de travail; ce serait le cas si la nouvelle documentation réduit le nombre de formulaires nécessaires de 10 à 5 pour un sujet particulier.

Faites bien attention pendant que vous analysez les intérêts et l'influence des intervenants, car ce sont des données qui vous aideront à mettre au point des stratégies de participation tout au long des étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du projet.

Cinquième étape : Mise en œuvre du changement. Mettez en place le changement prévu (voir le chapitre 5) et vos plans pour la participation des intervenants en veillant à ce qu'ils prennent part au projet de la manière qui correspond le plus à leur niveau d'influence et de soutien, ainsi qu'à leurs intérêts directs.

Sixième étape : Retour sur l'analyse, révision et reprise du cycle. N'oubliez pas de faire régulièrement un retour sur votre analyse des intervenants. Déterminez si leur position a changé en tenant compte de votre stratégie de participation, de l'état actuel du projet et d'autres changements propres aux intervenants. Révisez vos stratégies de participation au besoin afin d'accroître la convergence de leurs besoins et des objectifs du projet. Ce faisant, vous réduirez les risques que courent votre organisme et le projet, tout en profitant au maximum des ressources disponibles.

Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre

Facteurs à considérer relatifs aux intervenants

- Certains intervenants peuvent vous aider à en trouver d'autres susceptibles de jouer un rôle important dans la mise en œuvre de la ligne directrice de pratique clinique (on parle alors de « méthode boule de neige »), ou encore vous fournir des renseignements pour développer votre analyse.

Points à prendre en considération au sujet des ressources

- Pensez aux ressources dont vous aurez besoin pour analyser les intervenants et les encourager à s'engager. Il vous faudra peut-être un téléphone ou un ordinateur pour communiquer avec eux, ainsi que du temps pour les rencontrer et pour que l'équipe de mise en œuvre se réunisse.

Points à prendre en considération au sujet du plan d'action

- Cernez tous les intervenants potentiels, qu'ils soient internes, externes ou d'interface.
- Analysez chaque intervenant et tenez compte de ses intérêts directs et de son niveau d'influence et de soutien face au changement proposé.
- Mettez au point des stratégies personnalisées pour la participation des intervenants.

Scénario

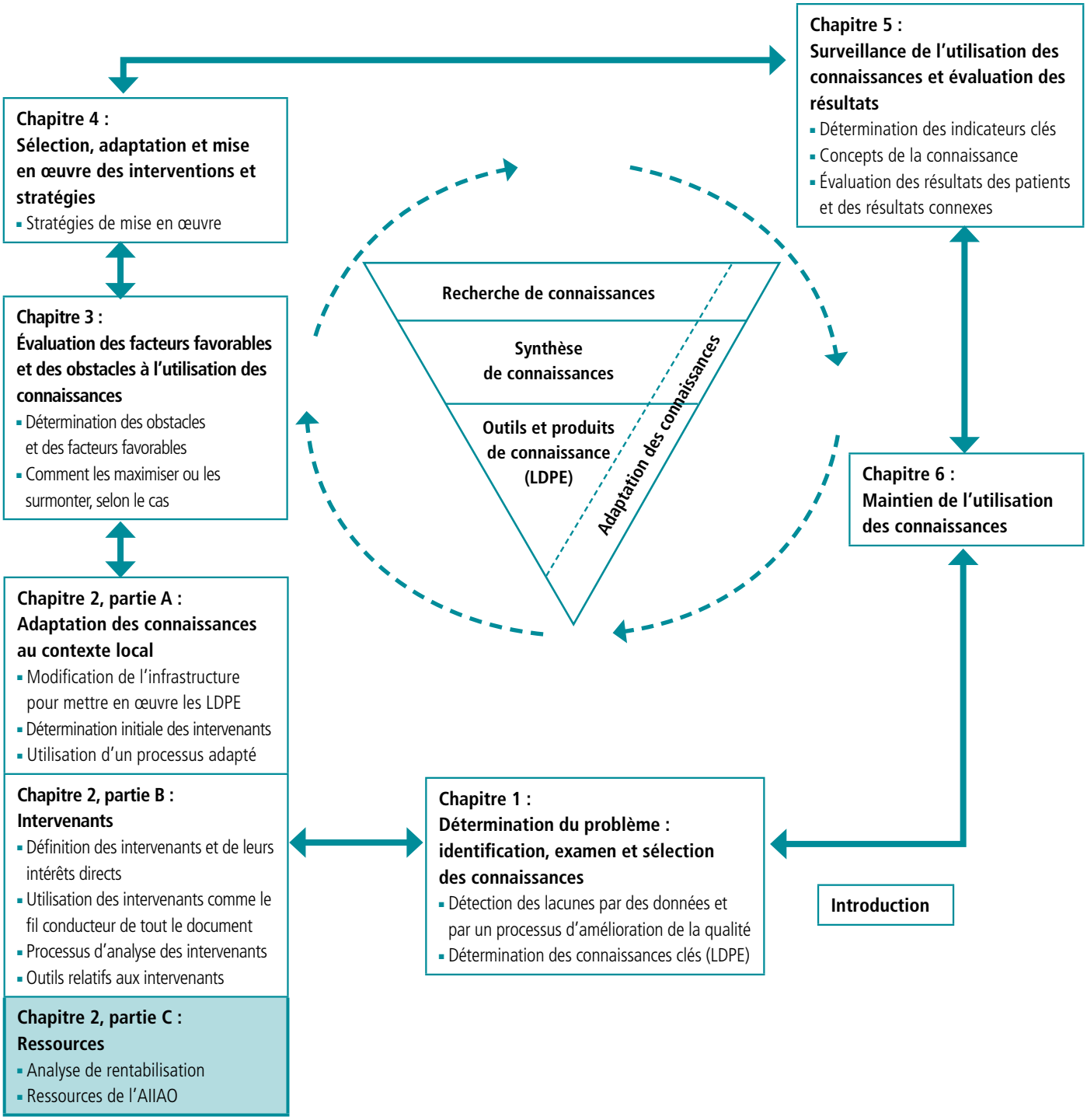
Une équipe interdisciplinaire d'un petit hôpital communautaire a été convoquée afin de superviser la mise en œuvre d'un protocole de soins des plaies reposant sur la *ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour l'évaluation et le traitement des lésions de pression de stades 1 à 4 de l'AIIAO.* Les utilisateurs ciblés sont les infirmières soignantes qui s'occupent des patients hospitalisés. Par contre, la mise en œuvre du protocole touchera plusieurs intervenants internes, externes et d'interface. Une analyse des intervenants (tableau 2) est menée pour chacun des groupes et des personnes concernés afin de déterminer les stratégies possibles pour les faire participer à l'initiative de mise en œuvre.

Tableau 3 : Feuille de travail du scénario

Intervenant	Nature des intérêts directs (exemples seulement)	Influence et soutien de l'intervenant (élevé et faible)		Stratégies de gestion	Révision
Personnel administratif de l'établissement Administration	• Amélioration de la qualité des services cliniques • Amélioration de la pratique professionnelle • Rentabilité et efficacité des services	Élevé	Élevé	• Obtenir son approbation pour les activités clés du projet • Le préparer aux stratégies de gestion du changement et l'y faire participer	
Chef de direction des soins infirmiers	• Devenir le meilleur fournisseur de services au sein de la collectivité	Élevé	Élevé	• Collaborer pour les activités clés du projet (comité directeur, finalisation du protocole de soin des plaies) • Le préparer à la gestion du changement et l'y faire participer	
Gestionnaires	• Amélioration de la qualité des services cliniques • Réduction du nombre de lésions de pression • Amélioration de la pratique professionnelle • Devenir le meilleur fournisseur de services au sein de la collectivité	Élevé	Élevé	• Collaborer pour les activités clés du projet (présentation aux services) • Le préparer à la gestion du changement et l'y faire participer	

Intervenant	Nature des intérêts directs (exemples seulement)	Influence et soutien de l'intervenant (élevé et faible)		Stratégies de gestion	Révision
Formateur clinique	• Amélioration de la qualité des services aux patients • Amélioration de la pratique professionnelle	Élevé	Élevé	Collaborer pour les activités clés du projet (formation du personnel)	
Infirmières	• Réduction de l'incidence des lésions de pression • Protection de l'indépendance de la pratique professionnelle • Maintien de la satisfaction à l'égard du travail	Élevé	Élevé	• Commencer par la surveillance des activités • Faire participer les guides d'opinion principaux aux activités du projet • Atteindre un consensus global par diverses manières (leur parler des lignes directrices et de la recherche actuelle, et élaborer des façons d'améliorer les plans de soins personnalisés de pratique clinique)	
Médecins et autres professionnels de la santé	• Réduction du nombre de lésions de pression et des complications connexes	Élevé	Élevé	• Les faire participer aux activités clés du projet (examen des politiques et élaboration) • Leur parler des lignes directrices et de leur élaboration	
Patients et familles	• Choix d'un professionnel de la santé (à l'hôpital ou non) qui fait de la sécurité une priorité	Élevé	Élevé	• Les faire participer aux activités clés du projet (examen des politiques et élaboration) • Les faire participer à la mise en œuvre des politiques et des procédures	

Chapitre 2C : Ressources



Retour sur le chapitre précédent

Les premières étapes dans la mise en œuvre de lignes directrices de pratiques exemplaires consistent en l'identification d'une ligne directrice pertinente de grande qualité qui répond aux besoins, l'adaptation au contexte local s'il existe à cet égard des exigences culturelles ou sectorielles importantes et l'engagement des intervenants qui auront une influence bénéfique sur la mise en œuvre de ces lignes directrices.

Dans ce chapitre

Le succès d'un plan de mise en œuvre dépend en grande partie de la disponibilité des ressources qui permettront de réaliser les activités prévues. Le chapitre se penche sur la manière d'évaluer les ressources qui seront nécessaires pour assurer la mise en œuvre efficace de la ligne directrice de pratique clinique dans votre organisation et propose des stratégies d'acquisition de ces ressources.

Définitions clés

Ressources : Exigences financières, humaines ou en nature qui permettent d'atteindre les objectifs figurant dans votre plan d'action.

- Les ressources financières comprennent le niveau de financement qui permettra de défrayer le coût des activités de mise en œuvre (par ex., la formation du personnel, le congé pour activité du gestionnaire de projet, le matériel, la diffusion).
- Les ressources humaines sont les personnes dont l'expertise permettra de réaliser les activités de mise en œuvre (par ex., coordonnateur de projet, spécialiste des technologies de l'information).
- Les ressources en nature sont des formes non monétaires de soutien, comme l'accès accordé à des biens et services (par ex., l'organisation fournissant l'accès à Internet ou aux services de bibliothèque).

Voici ce que l'on sait

L'évaluation et l'acquisition des ressources nécessaires à la réalisation des activités prévues est une partie essentielle d'un plan de mise en œuvre, par ex., effectuer des recherches dans des lignes directrices pertinentes afin de s'attaquer à un problème clinique donné implique d'avoir accès à Internet et à des services de bibliothèque. Une bonne compréhension de la disponibilité des ressources dans le contexte local favorise le succès de la mise en œuvre d'une ligne directrice de pratiques exemplaires dans un contexte de pratique donné. La disponibilité des ressources est un facteur souvent mentionné lorsqu'il s'agit des facteurs qui facilitent ou qui freinent la mise en œuvre d'une ligne directrice de pratique clinique. Les chapitres 4, 5 et 6 de la trousse décrivent comment planifier les activités de mise en œuvre, d'évaluation et de pérennisation du changement de pratique, activités qui ont chacune leurs propres exigences en matière de ressources. Savoir comment présenter des arguments convaincants en faveur d'une meilleure disponibilité des ressources sera un élément important à différentes étapes du processus de mise en œuvre des lignes directrices de pratique clinique.

L'analyse des intervenants pertinents dans votre organisation vous aidera à déterminer qui sont les personnes ou les services avec lesquels vous devez communiquer pour obtenir leur appui. Une fois que cette étape est franchie, il faut souvent adopter une démarche adaptée aux circonstances lorsque le moment vient de demander les ressources nécessaires. Il faut tenir compte de facteurs comme l'influence, l'appui, les intérêts directs de chacun et les politiques organisationnelles (officielles et non officielles). Dans tous les cas, la présentation d'une argumentation convaincante fondée sur des données probantes, décrivant clairement les besoins, la raison d'être et les résultats à valeur ajoutée susceptibles de plaire aux destinataires cibles, jouera un rôle important dans l'acquisition des ressources.

Comment y arriver dans votre milieu de pratique

Évaluez les ressources dont vous aurez besoin

Le tableau 3 fournit une feuille de calcul qui peut vous aider à calculer votre budget de projet. La feuille de calcul donne des exemples de dépenses qui sont pertinentes dans certains cas à différentes étapes du projet de mise en œuvre. La liste de votre projet contiendra plus ou moins d'éléments, en fonction des activités prévues à chaque étape. Il est possible de déterminer le coût de chaque activité en se fondant sur l'expérience, la recherche ou une consultation auprès des intervenants.

Tableau 3 : Feuille de calcul des dépenses

Chapitre	Dépenses	Coût
Préparer le terrain – Général • Comment organiser le processus • Activités de sensibilisation et de relations publiques	• Gestionnaire de projet • Conférence de presse • Réunions du personnel • Heures du conférencier • Dépenses relatives aux réunions	
Choix de la LDPE • Activités de recherche et d'évaluation	• Soutien du ou de la bibliothécaire • Recherches dans la littérature et Internet • Analyse des données et exigences relatives aux systèmes informatiques (matériel, logiciels, heures de soutien technique)	
Intervenants • Détermination, évaluation et activités de motivation	• Dépenses de réunion (salle, boissons et nourriture) • Groupes de discussion • Réunions du service et du personnel • Séminaires	
Évaluation de l'état de préparation • Recherche et évaluation des besoins	• Réunions • Déplacements • Sondages	
Mise en œuvre • Promotion et activités de modification du comportement	• Coût d'impression des documents • Présentation ou production d'affiche • Participation aux principales réunions • Conception artistique et graphique • Marketing (par ex., affiches dans chaque service) • Article dans le bulletin de l'établissement • Communiqué de presse • Heures de remplacement du personnel pour la participation aux séances • Ateliers, réunions de formation interactive • Heures du personnel participant à la mise en œuvre (par ex., infirmière clinicienne spécialisée, formatrice clinique, spécialiste des technologies de l'information) • Matériel et entretien du matériel • Élaboration des outils de vérification	
Évaluation • Création des données, examen et rédaction de rapport	• Heures travaillées par le personnel : sortir les dossiers, en extraire des données, faire la saisie des données, les analyser, mener les entrevues • Cadeaux en argent pour encourager le taux de participation • Enregistrement analogique ou numérique et transcription des entrevues et des groupes de discussion • Coût d'impressions ou de fournitures de bureau • Collecte de données par le personnel des dossiers médicaux • Analyse des données et rapports	

Obtenir les ressources dont vous avez besoin

Première étape : Créer votre stratégie de campagne de LDPE

La rédaction d'un plan de mise en œuvre clair représente un des meilleurs moyens d'obtenir le soutien dont vous avez besoin. La Trousse propose des stratégies pour l'élaboration d'un plan d'action détaillé qui fournit des renseignements sur les résultats attendus ou livrables auxquels l'organisme peut s'attendre si les changements proposés sont mis en œuvre.

Il convient de mettre l'accent sur certains messages clés lorsque vous vous proposez de faire du lobbying pour l'obtention de certaines ressources :

- les buts proposés du projet de mise en œuvre;
- une description de la population cible visée par la mise en œuvre;
- les stratégies de mise en œuvre prévues;
- une explication de ce qui fait la spécificité du projet et de ce qui le rend intéressant pour la clientèle ou pour les patients et pour le personnel;
- les éventuelles occasions sur le plan de la recherche et du développement;
- les éventuelles économies à réaliser;
- le calendrier;
- le budget;
- une description de la manière dont le projet va établir la réputation de l'organisme en tant que chef de file, acteur de premier plan, acteur qui suit la tendance ou acteur ultraspécialisé dans ce domaine.

Il sera nécessaire dans certains cas d'étoffer l'analyse de rentabilité afin de montrer de quelle manière l'initiative proposée viendra à bout de difficultés actuelles ou à prévoir et de préciser ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre les lignes directrices avec succès et convaincre les preneurs de décisions que le projet est valable des points de vue clinique et financier. Une analyse de rentabilité consiste en un ensemble d'arguments présentés habituellement sous forme de document, qui décrit les avantages et les risques d'une mesure que l'on souhaite prendre. L'information doit être précise et aller au-delà des généralités afin de convaincre les preneurs de décisions que le projet est un investissement judicieux. (source : http://en.wikipedia.org/wiki/Business_case, consulté le 2 août 2012). Le tableau 4 ci-dessous fournit un exemple des éléments d'une analyse de rentabilité et des liens avec le cadre de mise en pratique des connaissances.

Tableau 4 : Liste de contrôle d'élaboration de l'analyse de rentabilité

Éléments du cadre de mise en pratique des connaissances	Éléments de l'analyse de rentabilité et questions à poser	
Introduction	**Élément :** Résumé **Questions :** Avez-vous fourni une introduction générale et des renseignements sur les divers enjeux du problème? *Remarque : Il convient de rédiger cette partie **en dernier** afin d'offrir un résumé répondant aux questions suivantes : qui, quoi, quand et pourquoi, et les renseignements détaillés qui seront fournis par le plan/cas.*	
Détermination du problème	**Élément :** Problème/occasion, situation actuelle **Questions :** En quoi la mise en œuvre de la ligne directrice répond-t-elle à un besoin? *Remarque : Décrivez le problème et présentez des données à l'appui. Il ne s'agit à cette étape que de définir le problème; il ne sera question des solutions qu'à une étape ultérieure.*	

Éléments du cadre de mise en pratique des connaissances	Éléments de l'analyse de rentabilité et questions à poser	
Introduction	**Élément :** Résumé **Questions :** Avez-vous fourni une introduction générale et des renseignements sur les divers enjeux du problème? *Remarque : Il convient de rédiger cette partie **en dernier** afin d'offrir un résumé répondant aux questions suivantes : qui, quoi, quand et pourquoi, et les renseignements détaillés qui seront fournis par le plan/cas.*	
Détermination du problème	**Élément :** Problème/occasion, situation actuelle **Questions :** En quoi la mise en œuvre de la ligne directrice répond-t-elle à un besoin? *Remarque : Décrivez le problème et présentez des données à l'appui. Il ne s'agit à cette étape que de définir le problème; il ne sera question des solutions qu'à une étape ultérieure.*	
Adapter au contexte local	**Élément :** Survol du projet **Questions :** Quel est le groupe de patients? Quelle est la portée de la mise en œuvre de la ligne directrice? Quels sont les buts et objectifs? Quel est le calendrier? Quels services ou organismes participent à l'initiative? Quelle technologie sera nécessaire? Le résultat du projet est-il clairement indiqué? Quel sera l'effet du projet sur les processus organisationnels, sur les ressources? De nouvelles fonctions seront-elles créées? *Remarque : Proposez une description du projet et des résultats prévus, ainsi que des avantages pour la population de patients, le personnel ou l'organisme. Les avantages mentionnés doivent être réalisables.*	
Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances	**Élément :** Limites du projet **Questions :** Qui sont les principaux intervenants? Le lecteur sera-t-il en mesure de comprendre quelles sont les parties sur lesquelles le projet aura une incidence? Quelle est la rentabilité de l'investissement? Qu'est-ce qui est fait actuellement? Qui fait partie de votre équipe? Le lecteur sera-t-il en mesure de comprendre ce qui ne fait pas partie du projet et ce qui ne sera pas réalisé? Quelles sont les limites? Les exigences, les fonctions et les responsabilités de chaque intervenant sont-elles clairement définies? Le calendrier du projet est-il suffisamment clair? L'analyse de rentabilité fait-elle mention des consultations qui ont été menées auprès des intervenants? *Remarque : Donnez une description détaillée des membres de l'équipe, de leurs fonctions respectives et de leurs responsabilités tout au long du projet. Parlez des consultations qui ont été menées avec les intervenants. Il convient de mentionner que les obstacles pourraient changer pendant la réalisation du projet. Cernez les risques éventuels.*	

Éléments du cadre de mise en pratique des connaissances	Éléments de l'analyse de rentabilité et questions à poser	
Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions (et stratégies)	**Élément :** Harmonisation stratégique **Questions :** De quelle manière le plan sera-t-il réalisé? Quel type de communication et de marketing sera utilisé? Comment le succès sera-t-il mesuré tout au long du processus? Quels sont les coûts projetés? Comment le projet sera-t-il réalisé? Y a-t-il des hypothèses sous-jacentes? En quoi le projet s'aligne-t-il sur le plan stratégique et a-t-il une incidence sur d'autres initiatives? *Remarque : Tenez compte des ressources et de stratégies de mise en œuvre précises. Il faut inclure une analyse coûts-avantages. En fonction des réalités organisationnelles de votre établissement, votre service des finances est peut-être en mesure de vous apporter une aide dans ce domaine.*	
Surveillance de l'utilisation des connaissances et évaluation des résultats	**Élément :** Effets sur le fonctionnement **Questions :** Comment allez-vous mesurer le succès? Y aura-t-il un changement au niveau du service? Y aura-t-il un changement au niveau du fournisseur? Y aura-t-il un changement au niveau des produits utilisés? Y aura-t-il un changement au niveau des priorités du service ou de l'organisme? Quelles sont les mesures des résultats? En quoi ces changements aideront-ils à appuyer les nouvelles pratiques? Exemples d'effets sur le fonctionnement : • Besoins en formation du personnel • Réduction des ressources en personnel *Remarque : Tenez compte de la formation du personnel et des ressources en personnel. Classifiez le niveau d'impact : élevé, moyen ou faible.*	
Maintien de l'utilisation des connaissances	**Élément :** Conclusion **Questions :** Les indicateurs de durabilité sont-ils clairement décrits? Les intervenants pertinents ont-ils examiné et approuvé l'analyse de rentabilité? *Remarque : Ne manquez pas d'inclure un énoncé convaincant et de résumer les effets sur le fonctionnement qui font apparaître la mise en œuvre de la ligne directrice comme impérative.*	

2e étape : Créer un plan pour attirer les ressources

La démarche que vous adoptez pour tenter de convaincre la direction d'affecter au projet les ressources qui assureront le succès de la mise en œuvre et de l'évaluation de la LDPE ressemble à votre démarche visant à modifier le comportement de votre groupe cible ou de votre personnel. Vous cherchez à influencer le comportement de personnes qui ont la maîtrise des ressources dans votre établissement ou à l'externe. Un plan intégré en matière de communications qui résume les messages clés relatifs au projet et assure la coordination des diverses stratégies d'obtention des ressources permet de maintenir l'uniformité du message pendant toute la durée de la campagne et donne un supplément de crédibilité au projet (Nowak, Cole, Kirby, Freimuth et Caywood, 1998).

La meilleure manière de s'assurer que la demande de ressources correspond aux attentes de ses destinataires est de bien comprendre les besoins et les idéaux du public cible (par ex., les administrateurs de l'hôpital). Il peut être avantageux de tenir compte de la technique des quatre P (Weinreich, 2000) :

Produit : Quel est le « produit » que vous offrez, et qu'apporte-t-il au public cible? Dans le cas de la mise en œuvre d'une ligne directrice de pratique clinique, il s'agit bien sûr de l'incidence sur les résultats pour les clients, mesurés par différents indicateurs. Il existe aussi des produits intermédiaires qui sont directement liés au public cible, comme un outil d'évaluation, de nouvelles fonctions en soins infirmiers, une intervention, un ensemble de modifications de la pratique, un changement de politiques, ou une modification de la mission ou de la vision de l'organisme. Il importe de bien comprendre les intérêts de la personne responsable ou de l'organisme auxquels vous demandez des ressources pour formuler adéquatement les avantages du produit.

Prix : Quel sera le coût du produit pour le public cible? Il s'agit ici de décrire les ressources (financières, humaines ou en nature) que vous souhaitez obtenir de chaque personne ou organisme. Vos chances d'obtenir les ressources demandées sont meilleures si les décideurs ont l'impression que le ratio coûts-avantages est acceptable.

Place : Quel sera le mode de « livraison » du produit? Comment allez-vous vous assurer que le changement mis en œuvre a une incidence sur le public cible et qu'il permet d'atteindre les objectifs que vous proposez?

Promotion : Quels sont les moyens les plus efficaces de retenir l'attention du public cible et de piquer sa curiosité à l'égard du projet?

Déterminez qui sont les personnes qui vous appuient et tirez-en profit. Il est bon également de considérer des processus aussi bien officiels que non officiels d'obtention des ressources. Votre gestionnaire devrait idéalement appuyer le projet et être en mesure d'inviter la haute direction à examiner l'idée.

3e étape : Mettre en commun les ressources et établir des partenariats avec les intervenants clés

Il peut être utile de collaborer avec d'autres organismes qui s'intéressent aux mêmes enjeux. En mettant en commun vos ressources avec d'autres organismes ou d'autres milieux de pratique (autres services, divisions), vous avez la possibilité d'avoir une plus grande incidence et de vous adresser à de nouveaux publics. Nouez des relations avec des personnes ou des organismes susceptibles de donner une plus grande visibilité et une plus grande crédibilité à votre initiative. Tirez profit d'initiatives qui pourraient fournir du financement, comme l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné, afin d'établir un lien avec une ligne directrice et maximiser les avantages pour votre organisme. Invitez des entreprises à commanditer votre projet (après avoir examiné la possibilité de conflits d'intérêts) et harmonisez vos activités avec celles d'associations professionnelles, d'organismes communautaires ou de coalition ou d'organismes de concertation.

Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre

Facteurs à considérer relatifs aux intervenants

- Déterminez qui sont les intervenants qui peuvent vous aider à préparer un budget qui soit précis et présentable : des personnes du service des finances, du service des communications ou du service de la formation, votre gestionnaire, etc.
- Pensez aux intervenants qui sont disposés à vous appuyer, comme votre gestionnaire, des membres de la direction, des membres du comité des patients (s'il y en a un), le personnel de l'amélioration de la qualité, des membres du conseil, ou toute autre personne qui a la capacité de vous aider à militer en faveur de la mise en œuvre de la LDPE.

Points à prendre en considération au sujet du plan d'action

- Ajoutez à votre plan d'action les stratégies que vous allez utiliser pour déterminer quels sont les besoins en ressources aux fins de la mise en œuvre et de l'évaluation de la LDPE.

Scénario : Organisme de soins à domicile

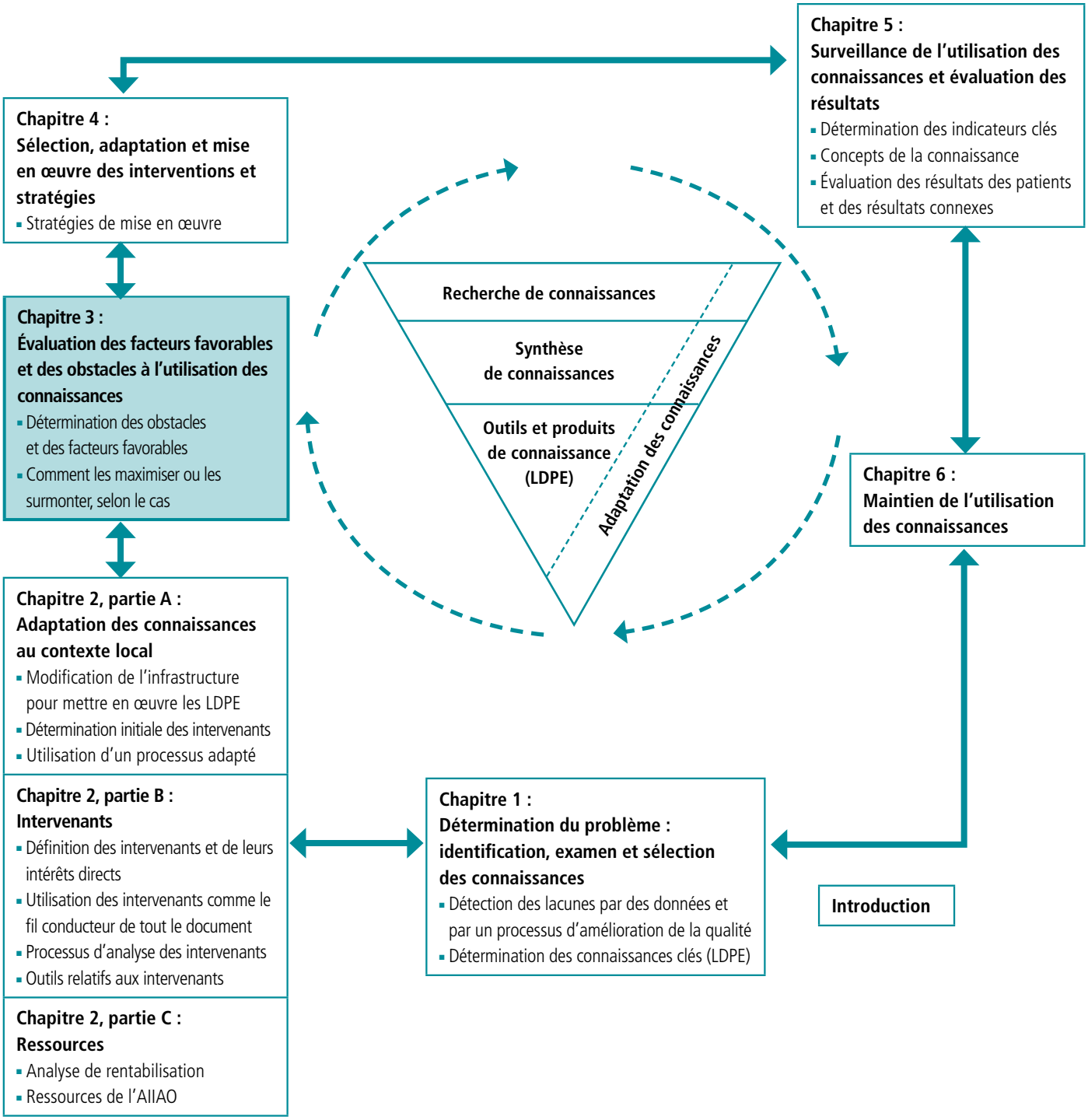
Dans un organisme de soins à domicile, une équipe a été formée afin de superviser la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour*. Le but du projet consiste à apporter un soutien aux infirmières qui fournissent des soins à domicile relativement aux tâches suivantes : identifier les patients présentant un risque élevé d'idéations et de comportements suicidaires, fournir un soutien psychologique, et mobiliser les ressources pertinentes pour ces patients. Le plan de mise en œuvre consiste à motiver des champions au sein du personnel, à offrir au personnel une formation en personne et à élaborer des cheminements cliniques. Avant d'approuver le plan de mise en œuvre, le gestionnaire du site et la directrice des soins infirmiers demandent à votre comité de préparer un budget de mise en œuvre. Ils veulent savoir de quelle manière les ressources seront affectées pour réaliser le plan à plusieurs volets, et s'il y a de nouveaux coûts.

Dans sa préparation du budget, le comité pense d'une manière systématique aux coûts de chaque stratégie de mise en œuvre et pose des questions qui l'aide à obtenir des chiffres précis (voir tableau 5). Avant de terminer, le comité consulte les intervenants ainsi que les représentants des finances et des ressources humaines de l'organisme afin de s'assurer que tous les coûts ont été examinés comme il se doit. Le comité pense également aux sources externes de financement, comme les Bourses d'étude en pratique clinique avancée de l'AIIAO.

Tableau 5 : Tableau de planification budgétaire

Stratégie	Activités	Questions que pose le comité dans sa préparation du budget
Motivation de champions du milieu afin qu'ils planifient et réalisent les activités de mise en œuvre	• Prévoir et concevoir des groupes de discussion avec le personnel au sujet de la problématique du suicide • Mener des consultations avec l'équipe multidisciplinaire	• Combien faut-il d'heures de remplacement du personnel pour les groupes de discussion? • Combien d'heures faut-il prévoir pour les participants aux groupes de discussion? • Combien d'heures faut-il prévoir pour les personnes qui auront des réunions avec les membres de l'équipe multidisciplinaire?
Formation en personne du personnel	• Concevoir et mener les séances de formation	• Combien d'heures faut-il prévoir pour la conception et la prestation des séances de formation? • Combien coûteront la préparation et l'impression du matériel utilisé pendant les séances? • Quel sera le coût pour le local utilisé, la nourriture et le soutien audio-visuel? • Combien d'heures de remplacement (ou d'heures supplémentaires) faut-il prévoir pour permettre à tout le personnel infirmier de participer? • Faut-il prévoir des frais de déplacement ou de stationnement?
Élaboration de cheminements cliniques clairs	• Élaborer des cheminements cliniques basés sur des consultations avec le personnel infirmier et les membres de l'équipe multidisciplinaire au sujet de la disponibilité des services spécialisés pertinents.	• Combien d'heures faut-il prévoir pour les personnes qui auront des réunions avec les membres de l'équipe multidisciplinaire? • Qui d'autre faut-il consulter (ressources ou services) avant d'apporter la touche finale au cheminement clinique?
Autres soutiens	• Mettre en place des stratégies pour donner au personnel infirmier s'occupant de patients à risque d'idéations et de comportements suicidaires du soutien et des occasions de débriefing.	• Combien de temps faut-il prévoir pour des consultations avec les chefs de file des soins infirmiers et d'autres intervenants au sujet de l'élaboration des processus? • Qui apportera un soutien continu tout au long du processus et faut-il prévoir un budget pour le temps de ces personnes?
Rappels	• Élaborer une brochure résumant les messages clés de la séance de formation. • Élaborer une affiche présentant le cheminement clinique à installer dans chaque poste de soins infirmiers.	• Combien coûteront l'élaboration et l'impression de ce matériel? • Combien d'exemplaires faut-il imprimer?
Évaluation de la mise en œuvre de la ligne directrice de pratique clinique	• Procéder à une collecte de données quantitatives et qualitatives afin d'évaluer le degré de réussite du processus de mise en œuvre.	• Quel matériel d'évaluation faut-il élaborer ou analyser? • Heures travaillées par le personnel

Chapitre 3 : Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances



Retour sur le chapitre précédent

Nous avons parlé jusqu'à maintenant de l'utilisation d'une méthode systématique de mise en œuvre des lignes directrices basée sur le cadre de mise en pratique des connaissances, en insistant sur les étapes suivantes : la détermination du problème, la sélection d'une ligne directrice de pratique de bonne qualité, confirmée par l'outil AGREE II. L'adaptation de la ligne directrice aux réalités du milieu de pratique, s'il y a lieu, et la détermination d'une manière de motiver les intervenants afin d'obtenir les meilleurs résultats possible. Il est également essentiel de déterminer quelles sont les ressources qu'il faut prévoir à toutes les étapes du processus, du tout début jusqu'à l'évaluation finale, en tenant compte de la nécessité de transformer les nouvelles pratiques en habitudes bien ancrées. Nous allons maintenant passer à l'évaluation des facteurs favorables et des obstacles qui ont une incidence sur la mise en œuvre de la ligne directrice dans un milieu de pratique.

Dans ce chapitre

Nous traiterons dans ce chapitre la question des éléments considérés par les chercheurs comme des facteurs favorables ou des obstacles à la mise en œuvre. Mieux comprendre ce qu'il est possible de faire ou non dans une situation donnée vous aidera à décider si le moment est bien choisi pour le projet ou l'initiative de mise en œuvre de ligne directrice et quand aller de l'avant s'il y a lieu.

Définitions clés :

Obstacle : Tout élément réel ou perçu comme tel qui nuit à une intervention axée sur le changement (Ferlie et Shortell, 2001).

Facteur favorable : Facteurs qui encouragent ou favorisent la prise de décisions collectives dans un milieu de pratique (Legar, 2009).

Voici ce que l'on sait

Pourquoi est-ce important de cerner les facteurs favorables et les obstacles dans le plan de mise en œuvre?
Connaître les facteurs favorables, bien sûr, vous aide à cultiver les relations utiles et à maximiser le soutien à la mise en œuvre. Savoir quels sont les obstacles, par ailleurs, vous permet de prévoir des stratégies efficaces pour surmonter ou du moins alléger ces difficultés le plus précocement possible. Vous avez aussi la possibilité de réfléchir globalement à la gravité des problèmes et de décider si un obstacle donné est assez significatif pour faire échouer la mise en œuvre.

La meilleure manière d'évaluer les facteurs favorables et les obstacles dans votre milieu de pratique consiste à se mettre à l'écoute des intervenants. Restez vigilant quant à la possibilité de nouveaux obstacles qui peuvent surgir dans certaines circonstances :

- de nouveaux intervenants s'ajoutent à l'équation;
- la portée de la mise en œuvre est élargie;
- le contexte change.

ATTENTION

Dans une étude pilote menée afin d'évaluer l'utilité de la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique de l'AIIAO de 2002, les participants ont répondu à un questionnaire à remplir soi-même, et ont indiqué que la principale utilité de la trousse à leurs yeux avait été de leur permettre de déterminer, d'analyser et de mobiliser les intervenants (Dobbins et coll., 2005). Tout le processus d'analyse des intervenants débouche sur la détermination des facteurs favorables et des obstacles liés aux gens. Par des discussions, d'autres obstacles sur les plans des modes d'organisation et des processus deviennent apparents, qu'ils soient individuels, organisationnels ou contextuels. L'analyse des intervenants n'est pas une tâche dont on peut s'acquitter une fois pour toute, car le processus de mise en œuvre fait apparaître à différentes étapes de nouveaux facteurs favorables et de nouveaux obstacles.

Facteurs qui ont une incidence sur les facteurs favorables et les obstacles
Les facteurs qui ont une incidence sur la mise en œuvre d'une ligne directrice ont parfois un double visage : tantôt facilitant, tantôt obstacle, selon les situations, ou les deux. Une étude de Ploeg et coll. (2007) a examiné les facteurs favorables et les obstacles dans la mise en œuvre d'une ligne directrice de pratique clinique. Ils sont présentés ci-dessous.

Facteurs favorables selon les axes individuel, organisationnel et contextuel ayant une incidence sur la mise en œuvre d'une ligne directrice :

- **Interactions au sein du groupe** (individuel) : Séances de formation en petits groupes qui améliorent l'apprentissage par des interactions sociales avec des pairs.
- **Attitudes et croyances positives du personnel** (individuel) : Certains participants croient que la mise en œuvre va améliorer les résultats pour les patients et les conditions de travail.
- **Soutien de la direction** (organisationnel) : Le soutien des gestionnaires et des administrateurs des soins infirmiers à tous les échelons afin d'appuyer la vision proposée et d'ancrer la ligne directrice dans des politiques.
- **Champions** (organisationnel) Une personne désignée chargée de diriger, d'animer et d'encourager le processus de mise en œuvre. (Cet élément est le plus souvent mentionné par les administrateurs comme étant essentiel.)
- **Collaboration et réseautage entre les organismes** (contextuel) : Les administrateurs insistent sur l'importance des réseaux dans l'intégration, la coordination et la continuité des soins à la clientèle.

Obstacles individuels et organisationnels à la mise en œuvre des lignes directrices :

- **Attitudes et croyances négatives du personnel** (individuel) : La résistance au changement dont fait preuve le personnel a parfois des causes organisationnelles (lourdeur de la charge de travail, roulement élevé du personnel, transformations organisationnelles).
- **Intégration limitée des recommandations des lignes directrices dans le mode d'organisation et les processus de l'organisme** (organisationnel) : Par exemple, des effectifs inadéquats pour les activités de mise en œuvre.
- **Changement organisationnels et systémiques** (organisationnel) : Par exemple, des changements relatifs aux fonctions du personnel infirmier ou aux modèles de soins, rénovations des services.

Même si toutes les catégories de facteurs ayant une influence sont pertinentes lorsqu'il s'agit de favoriser la réussite d'une mise en œuvre de LDPE et l'utilisation de la recherche, l'influence des caractéristiques individuelles de chaque infirmière joue un rôle fondamental. Dans un examen systématique des caractéristiques individuelles qui ont une influence sur le niveau d'utilisation de la recherche, les **croyances et les attitudes des infirmières** à l'égard de la recherche étaient la caractéristique la plus robustement liée à ce niveau d'utilisation. La **participation d'une infirmière** à des formations en milieu de travail et à des congrès a également un lien positif avec l'utilisation de la recherche (Squires, Estabrook, Gustavsson et Wallin, 2011). Les auteurs font remarquer qu'il s'agit des facteurs les plus faciles à modifier parmi tous ceux qui ont une influence sur l'utilisation de la recherche.

Des imprévus comme des changements de personnel, des fusions, des coupures budgétaires, des pandémies ou une réorientation ou une redéfinition des priorités par la direction peuvent représenter une occasion favorable à la mise en œuvre d'une ligne directrice ou au contraire faire surgir des obstacles inattendus. Les stratégies de mise en œuvre des lignes directrices doivent s'attaquer à tous les obstacles et être adaptées au public visé (par ex., le personnel infirmier, les responsables de projet, les administrateurs). Par ailleurs, le coût de la mise en œuvre de lignes directrices peut être aussi bien un facteur favorable qu'un obstacle, et les administrateurs des soins de santé doivent en tenir compte (Ploeg et coll., 2007).

Les recherches sur la mise en œuvre de lignes directrices de pratique clinique permettent de mieux comprendre les facteurs dont il convient de tenir compte lorsqu'il s'agit de cerner les facteurs favorables et les obstacles ainsi que les stratégies de maîtrise qui favorisent la réussite de votre projet. Il est possible de proposer une typologie des divers facteurs, qui relèvent de l'un ou l'autre des aspects suivants : 1) les données **probantes** qui rendent le changement nécessaire, 2) le **public cible (personnes et équipes)** du changement; 3) les **ressources (du contexte)** qui seront nécessaires pour réaliser le plan de mise en œuvre, et 4) le contexte organisationnel dans lequel les activités de mise en œuvre vont se dérouler.

Facteurs relatifs aux données probantes (des lignes directrices) :
S'assurer que vous avez les meilleures données probantes possible pour vos clients, votre milieu de pratique et votre personnel reste encore la meilleure manière d'amorcer le processus d'une position de départ avantageuse. Votre confiance à l'égard des données probantes (des lignes directrices) et votre capacité de convaincre vos interlocuteurs de la pertinence du projet, et qu'il est temps de passer à l'action, vous aideront à surmonter au moins une partie des obstacles et faciliteront la mise en œuvre prévue. Le tableau 6 propose des exemples précis de facteurs favorables et d'obstacles relatifs aux données probantes.

Tableau 6 : Exemples de facteurs favorables et d'obstacles relatifs aux données probantes

Facteurs favorables/obstacles		Stratégies à considérer pour tirer profit des facteurs favorables et surmonter les obstacles
Accessibilité (Grol, 2005; Hutchison et Johnston, 2006)	Connaissances des manières d'accéder aux lignes directrices pertinentes (le où et le comment)	Rendre les lignes directrices, les recommandations ou les résumés faciles à consulter sur les lieux de travail (par ex., document inséré dans le dossier du patient, affichage sur les murs du service).
Compréhensibilité/ complexité (Knowles 1988)	Niveau de compréhension et savoir-faire quant à la mise en pratique	Fournir des exemples de la vraie vie, adaptés à votre milieu de pratique.
		Faire en sorte que la formation réponde aux besoins des utilisateurs finaux.
Facilité de mise en œuvre (Grol, 2005)	Facilité de la mise en œuvre de la ligne directrice dans le milieu de pratique actuel	Motiver les chefs de file en matière d'opinion (selon votre milieu ou contexte) pour qu'ils montrent de quelle manière il serait possible d'intégrer la ligne directrice dans le milieu de pratique actuel.
Crédibilité (Grol, 2005)	Qualité des données probantes sur lesquelles se base la ligne directrice	Fournir des renseignements qui indiquent que la ligne directrice se base sur des données probantes de la plus grande qualité possible.
		Fournir des exemples de mises en œuvre dans d'autres milieux de pratique, où les résultats ont été améliorés.
		Donner aux membres du personnel l'occasion d'exprimer leurs éventuelles réticences à l'égard de la ligne directrice et chercher à atteindre un consensus.
		Effectuer un essai pilote de l'innovation avec un public cible dans un petit sous-domaine avant la mise en œuvre généralisée.
Compatibilité (Grol, 2005)	Compatibilité avec les savoirs, les croyances et les comportements déjà établis	Fournir des exemples concrets de la compatibilité de la nouvelle ligne directrice avec les savoirs, les croyances et les comportements bien ancrés dans ce milieu de pratique.
		Faire participer au processus de mise en œuvre les personnes qui utiliseront les lignes directrices.

Facteurs relatifs au public cible

La mise en œuvre se fera en douceur si des mesures ont été prises pour tenir compte des besoins des principaux intervenants. Le tableau 7 ci-dessous donne des exemples de facteurs favorables ou d'obstacles relatifs aux personnes ou aux équipes.

Tableau 7 : Exemples de facteurs relatifs au public cible

Facteurs favorables/obstacles		Stratégies à considérer pour maximiser les facteurs favorables et surmonter les obstacles
Personnes et équipes	**Exemple concret**	
Attitudes et croyances (Squires, Estabrook, Gustavsson et Wallin, 2011)	Attitudes et croyances à l'égard de l'application de la recherche à la pratique	Faire en sorte que les agents du changement ou champions prêchent par l'exemple en adoptant une attitude positive à l'égard de l'application de la recherche et des lignes directrices.
		Encourager la participation à des congrès et à des formations en milieu de travail; insister sur les histoires de succès en matière d'utilisation des lignes directrices.
(Knowles, 1988)		Se baser sur des succès démontrés, prodiguer des encouragements et prévoir des mesures incitatives.
Connaissances/ compétences (Gifford, 2010).	Niveau de connaissance et de compétences	Fournir une formation lorsqu'une évaluation des connaissances et des compétences requises pour mettre en œuvre les lignes directrices conclut qu'il y a des lacunes dans ce domaine.
Temps (Knowles, 1988)	Temps nécessaire pour lire et mettre en œuvre les lignes directrices	Donner aux dispensateurs de soins de santé une période de temps protégée ou réservée pour la lecture des lignes directrices.
		Organiser des séances d'information sur les lignes directrices à différentes heures.
Acceptation (Grol, 2005)	Croyance en la capacité de la ligne directrice de changer les choses	Faire ressortir le contraste entre les pratiques actuelles et les recommandations des lignes directrices.
Opinions des autres (Gifford, W. 2010)	Degré de consensus au sein des professions et entre elles	Mener des discussions interprofessionnelles. Participation et sensibilisation interprofessionnelle.
Mise en commun des processus d'information (communication) (Gifford, W. 2010)	Occasion de mettre en commun l'information	Occasions de formation (par ex., séances en milieu de travail, en ligne, congrès).
		Club de revues.
Cohésion (Grol, 2005)	Capacité de l'équipe de travailler ensemble	S'appuyer sur tout l'historique de collaboration.
		Activités de renforcement de l'esprit d'équipe.

Facteurs relatifs aux ressources

Les ressources, qu'elles soient humaines, financières ou physiques, ou liées au temps ou aux locaux, constituent des obstacles dans certains cas, et des facteurs favorables dans d'autres. S'attaquer à ces points pendant votre planification vous évitera de tomber dans certains pièges durant la mise en œuvre. Le tableau 8 donne des exemples d'obstacles et de facteurs favorables relatifs aux ressources.

Tableau 8 : Exemples de facteurs relatifs aux ressources

Obstacles et facteurs favorables		Stratégies à considérer pour maximiser les facteurs favorables et surmonter les obstacles
Ressources humaines	Niveau de dotation adéquat	S'assurer qu'il y a des personnes disponibles pour des remplacements pendant les séances de formation et les autres activités de mise en œuvre.
Ressources financières (Grol, 2005)	Disponibilité des ressources financières qui permettront de mettre en œuvre la ligne directrice	Mener une évaluation des coûts détaillée avant de lancer l'initiative de mise en œuvre.
		Examiner toutes les sources de financement : fondations, collectes de fonds, associations professionnelles, gouvernement, etc.
Temps (en tant que ressource) (Thompson et coll., 2006)	S'assurer que le public cible a assez de temps pour prendre part aux efforts de mise en œuvre.	Tenir compte des autres activités et des autres projets.
		Veiller à ce qu'il y ait assez de temps pour participer à toutes les étapes de la mise en œuvre (par ex., planification, formation, évaluation, lectures).
		Établir un calendrier réalisable de mise en place du changement et planifier en conséquence.
Ressources physique (équipement et fournitures) (Gifford, W. 2010)	Accès à l'équipement et aux fournitures	Voir à la disponibilité des éléments suivants : • Ordinateurs/ressources électroniques s'il y a lieu • Équipement et fournitures
Locaux Hutchison et Johnston (Grol, 2005; Hutchison et Johnston, 2006; Knowles, 1988)	Installations qui satisfont aux exigences de la mise en œuvre	Avoir soin de choisir des locaux qui favorisent l'apprentissage.

Facteurs relatifs à l'organisme

Le soutien de l'organisme au sein duquel la ligne directrice sera mise en œuvre est essentiel au succès. Le soutien et l'aide de la direction jouent un rôle à tous les niveaux, qu'il s'agisse de l'obtention des ressources (humaines, financières, physiques, locaux), de la prise en compte des autres activités ou priorités qui ont une incidence sur l'organisme, de la compréhension de l'effet de la mise en œuvre de ligne directrice sur des partenaires externes, et des conseils relatifs aux moyens d'aller chercher le financement voulu. Donner aux lignes directrices un ancrage dans les politiques, les procédures et la documentation de l'organisme aide à instaurer durablement des pratiques respectueuses des recommandations.

Le tableau 9 donne des exemples d'obstacles et de facteurs favorables relatifs aux ressources.

Tableau 9 : Facteurs relatifs à l'organisme

Obstacles/facteurs favorables		Stratégies à considérer pour maximiser les facteurs favorables et surmonter les obstacles
Le leadership (Grol, 2005)	Présence de chefs de file efficaces	Les chefs de file doivent apporter un soutien à ceux qui en ont besoin, être accessibles et posséder des compétences de bons communicateurs et d'agents efficaces du changement.
		Les chefs de file donnent leur appui aux membres de l'équipe, aux activités de formation et à l'achat de l'équipement et de fournitures.
Cadre de pratique (Gifford , W. 2010)	S'assurer que les recommandations de la ligne directrice sont compatibles avec le cadre de pratique du personnel directement touché par la mise en œuvre.	Faire participer les associations professionnelles et les syndicats au processus de sélection et de mise en œuvre de la ligne directrice.
Politiques et procédures existantes (Grol, 2005)	Conformité aux politiques et procédures existantes	Évaluer la conformité des nouvelles lignes directrices aux politiques et procédures existantes avant la sélection d'une ligne directrice.
		Apporter au besoin des modifications aux lignes directrices avant la mise en œuvre.
Agents du changement/ chefs de file en matière d'opinion (Gifford, W. 2010) (Grol, 2005)	Présence d'agents du changement ou de chefs de file en matière d'opinion efficaces	Demander au personnel d'identifier les chefs de file naturels.
		Faire participer les agents du changement ou chefs de file en matière d'opinion au processus de mise en œuvre des lignes directrices.
Charge de travail (Gifford, W. 2010)	Charge de travail raisonnable	Tenir compte du niveau de complexité de la clientèle.
Autres projets (changement)	Les autres projets (peuvent aider ou nuire).	Examiner les autres changements apportés pendant la même période au sein de l'organisme et du service. Trop de changements simultanés peuvent dépasser les capacités d'une équipe.
Priorités	Concordance avec les priorités organisationnelles	Examiner les priorités de la direction et les objectifs stratégiques afin de confirmer que les nouvelles lignes directrices cadrent avec eux.
		Mobiliser les intervenants à une étape précoce du processus de sélection et de mise en œuvre des lignes directrices.
		Formation expliquant pour quelles raisons la ligne directrice devrait être une priorité.
Processus organisationnel d'autorisation (Grol, 2005)	Vitesse à laquelle fonctionne le processus administratif de l'organisation.	Savoir de qui il faut obtenir une autorisation.
		Planifier avec assez de prévoyance pour tenir compte de la lenteur du processus administratif de décision, d'autorisation et de changement.

L'application, ou comment y arriver dans votre milieu de pratique

ATTENTION

Pour maximiser les chances d'une mise en œuvre réussie, il importe de déterminer quels sont les facteurs qui favorisent et quels sont les facteurs qui inhibent l'adoption des données probantes et des connaissances cliniques (Henderson, Davies, et Willett, 2006), en ayant à l'esprit que certains facteurs risquent d'appartenir simultanément aux deux catégories. Voici un petit résumé du processus :

1. Évaluer les facteurs favorables et les obstacles. La méthode du sondage est souvent utilisée pour cerner les obstacles et les facteurs favorables. Clement et coll. (2011) ont examiné l'expérience d'infirmières travaillant dans un service des urgences qui ont élaboré un outil de sondage, qu'elles ont ensuite utilisé. L'article contient des renseignements utiles (voir les lectures recommandées).

Tenez compte de facteurs dans plusieurs domaines :

- Facteurs relatifs aux données probantes
- Facteurs relatifs au public cible
- Facteurs relatifs aux ressources
- Facteurs relatifs à l'organisme

2. Maximiser les facteurs favorables. Utilisez le soutien des facteurs favorables pour renforcer la mise en œuvre (par ex., une ligne directrice sur la prise en charge de la douleur peut coïncider avec l'achat par l'organisme de pompes d'analgésie).

3. Préparer un plan. Appliquez vos connaissances théoriques en tenant compte de ce qui est réalisable dans la situation donnée (voir chapitre 5). L'annexe 3.1 consiste en une série de questions visant à vous aider à cerner les obstacles lorsque vous en êtes à l'étape de la planification de la mise en œuvre. Elle fournit des questions que l'équipe de planification peut utiliser pour mettre au point une démarche de mise en œuvre. Les réponses à ces questions aident à surmonter certains obstacles et favorisent l'obtention de bons résultats.

Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre

Facteurs à considérer relatifs aux intervenants

L'examen des obstacles et des facteurs favorables a peut-être eu pour conséquence d'accroître le nombre d'intervenants dont vous aurez à tenir compte. Pendant cette étape de planification de la mise en œuvre, pensez au type de soutien dont vous aurez besoin de la part de ces nouveaux intervenants et à la manière de les faire participer au processus, que ce soit directement ou indirectement.

$ Facteurs à considérer relatifs aux ressources

L'estimation des ressources nécessaires représente une tâche intimidante, mais il n'y a aucune façon de l'éviter. Toutes les personnes sur le budget duquel votre projet aura une incidence vous sauront gré de les informer le plus tôt possible de ce que vous leur demandez pour assurer le succès de la mise en œuvre. Le soutien de la direction est essentiel au succès.

Le processus de mise en œuvre a plus de chances de se dérouler avec aisance si les personnes responsables ont approuvé dès le départ les coûts prévus. Une explosion des coûts peut non seulement ralentir la mise en œuvre, mais elle peut encore l'arrêter complètement.

Facteurs à considérer relatifs au plan d'action

- Procédez à une évaluation complète des obstacles et des facteurs favorables dans votre milieu de pratique.
- Analysez la situation afin de déterminer s'ils vont favoriser la mise en œuvre en ayant un effet d'adjuvant ou s'ils risquent au contraire de faire dérailler le processus.
- Mettez au point des stratégies de mise en œuvre qui maximisent les facteurs favorables et qui surmontent les obstacles.
- Si quelque chose risque de faire dérailler le processus, ne passez pas à la prochaine étape avant d'avoir trouvé une solution.

ATTENTION

Scénario ou étude de cas

Les exemples suivants tirés de différents secteurs présentent le contexte, le problème clinique à résoudre, la ligne directrice choisie, une évaluation des obstacles et des recommandations relatives à la mise en œuvre.

Un exemple dans un contexte communautaire

Contexte : Le scénario se déroule dans un **bureau de santé** qui s'est donné pour objectif de mettre en œuvre des LDPE dans plusieurs programmes offerts dans la région.

Le problème : La division **de prévention des maladies chroniques** estime qu'il convient d'améliorer l'approche à l'égard des clients.

Les données probantes : La LDPE de l'AIIAO sur les soins axés sur les besoins du client présente d'une manière claire plusieurs recommandations, dont les « croyances » suivantes : « le respect; la dignité; les clients sont à même d'assumer leur propre vie; les clients sont les leaders; les soins prodigués par l'équipe soignante tournent autour des objectifs des clients; la continuité et l'uniformité des soins et des personnes soignantes; la rapidité de l'intervention; la réceptivité et l'accès universel aux soins. Ces valeurs et ces croyances doivent être intégrées et présentes dans tous les aspects des soins et des services aux clients. » (LDPE de l'AIIAO sur les soins axés sur les besoins du client, 2006)

Les obstacles : 1) Le bureau de santé est composé de personnes provenant de différentes disciplines, et elles sont réticentes à appuyer la mise en œuvre, qu'elles considèrent comme une initiative des soins infirmiers qui risque de les obliger à changer leurs habitudes de pratique. 2) Le bureau de santé n'a pas été en mesure de nommer une infirmière-hygiéniste pour piloter l'initiative.

Les solutions possibles :

1. Une réunion est organisée avec les membres de l'équipe multidisciplinaire, les infirmières et le coordonnateur de LDPE afin de communiquer des renseignements détaillés sur le projet de mise en œuvre. Pendant la réunion, le coordonnateur insiste sur le fait qu'il est disposé à appuyer la mise en œuvre de toute initiative susceptible de leur point de vue d'améliorer leur pratique ou leur programme.

2. L'équipe décide à l'unanimité de **concentrer** les efforts en matière de LDPE sur le développement sain des adolescents. Même si cette initiative est déjà en cours, ils estiment que le développement sain des adolescents ne relève pas exclusivement des infirmières et exige pour réussir la collaboration de toute l'équipe multidisciplinaire. L'équipe estime que le projet pourrait **renforcer l'initiative déjà en cours** et **contribuer à l'atteinte des objectifs de l'organisme relativement à une de ses priorités** (c.-à-d. faire participer les jeunes).

3. La division de la santé publique est en mesure d'affecter deux promoteurs de la santé afin de piloter l'initiative. L'idée est couronnée de succès. Ils ont été en mesure d'utiliser les lignes directrices d'une manière susceptible d'interpeller ceux qui étaient chargés de les mettre en œuvre.

Exemple d'un hôpital de soins actifs

Contexte : Un événement sentinelle **se produit dans le service des malades hospitalisés d'un grand centre hospitalier universitaire**. La chute d'un client entraîne le résultat le plus défavorable possible. Le personnel et la direction sont ébranlés. Ils analysent les chiffres et constatent qu'il y a une tendance à la hausse en matière de chutes. Tous les intervenants veulent prendre des mesures afin de prévenir de nouveaux événements.

Les données probantes : L'infirmière praticienne du service se porte volontaire pour piloter l'initiative. L'équipe de prévention des chutes (comprenant des représentants de la physiothérapie, de l'ergothérapie, des infirmières cliniciennes, des formateurs cliniques, la direction, les pratiques professionnelles, la gestion des risques et le facilitateur du matériel destiné aux patients) examine la *LDPE pour la prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée de l'AIIAO*. On met en œuvre plusieurs recommandations, notamment l'utilisation de l'Échelle de risque de Morse (avec les interventions à risque élevé comme les alarmes de lit, l'examen des médicaments, etc.) et des analyses du contexte. Il est possible d'obtenir une réduction du nombre de chutes et de chutes graves, mais le groupe estime qu'il serait possible d'en faire plus.

Prochaine phase : Le groupe de prévention des chutes s'intéresse à l'expérience de certains établissements qui ont obtenu de bons résultats avec la mise en œuvre d'un système de brassard jaune servant à identifier les patients exposés à un risque élevé de chute. Le groupe estime qu'il s'agit d'une bonne façon d'aider à identifier les personnes à risque. Il estime aussi que la mise en œuvre ne devrait pas poser de problèmes, puisqu'il suffit de donner des directives aux infirmières du service et de se procurer des brassards jaunes.

Obstacles et solutions : Pendant les discussions avec les intervenants, certaines personnes expriment des préoccupations relativement à la protection de la vie privée et au risque d'« étiquetage ». On consulte le service de protection de la vie privée. Le groupe tient compte des conseils du service, et cherche à déterminer quelle serait la meilleure formule pour mettre en œuvre l'initiative tout en respectant la vie privée. Il examine les messages relatifs au brassard, et propose un slogan respectueux qui reflète par ailleurs clairement l'intention de ce dispositif. Le slogan « Sonnez, ne tombez pas » est imprimé sur chaque brassard.

D'autres intervenants s'inquiètent du fait que les autres services ne connaîtront pas la signification du brassard et qu'il faut trouver une manière de transmettre l'information. Le groupe met au point un plan de communication qui tient compte du fait que les patients sont souvent déplacés d'un étage à un autre pour des tests ou autre, ce qui implique que tous les membres de l'équipe de soins doivent connaître la signification du brassard jaune. Il faut donc une diffusion à l'échelle de l'établissement pour s'assurer que tous les membres de l'équipe de soins (porteurs, radiologie, autres services, sécurité, services spirituels, etc.) comprennent la signification du brassard.

L'autre problème est la question de l'achat des brassards. L'établissement a une politique relative aux allergies au latex. Les responsables trouvent donc un modèle de brassard sans latex. Pour permettre aux autres étages d'acheter le brassard, il est nécessaire de consulter le responsable de l'approvisionnement centralisé de l'organisme, pour qu'il puisse fournir un numéro d'article que tout le monde devra utiliser.

L'Échelle de risque de Morse doit être mise à jour pour permettre aux infirmières de documenter l'utilisation du brassard. La modification implique la participation du service des formulaires.

En étant à l'écoute des intervenants et en surmontant certains obstacles, le groupe est en mesure de mettre en œuvre avec succès l'utilisation de ce nouvel outil. Il a aussi l'occasion d'observer une fois de plus à quel point il est important pour chaque service, tout en conservant son autonomie, de travailler avec les autres afin d'assurer l'excellence des soins.

Sites Web et ressources Web recommandés

Perceived Barriers to and Facilitators of the Implementation of Priority Clinical Preventive Services Guidelines:
http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Barriers.pdf

Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Care Pathways:
http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/182

Lecture recommandée

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor, A., Brehaut, J., Sheehan, P., et coll. (2011). « Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department ». *International Emergency Nursing,* 19, 44–52.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., et coll. (2010). « The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study ». *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 238–251.

Annexe 3.1 – facteurs favorables et obstacles : les questions dont vous pouvez vous inspirer

Les tableaux se veulent une ressource que l'équipe de planification de la mise en œuvre peut utiliser pour poser les bonnes questions. Les réponses aux questions vous aident à mettre au point des stratégies pour surmonter certains obstacles et favorisent l'obtention de résultats favorables.

Facteurs relatifs aux données probantes

S'assurer que vous avez les meilleures données probantes possible pour vos clients, votre milieu de pratique et votre personnel reste encore la meilleure manière d'amorcer le processus d'une position de départ avantageuse. Votre confiance à l'égard des données probantes et votre capacité de convaincre vos interlocuteurs de la pertinence du projet, et qu'il est temps de passer à l'action, vous aideront à surmonter au moins une partie des obstacles et faciliteront la mise en œuvre prévue.

Obstacles/facteurs favorables		Questions à se poser
Accessibilité	Connaissances des manières d'accéder aux lignes directrices pertinentes (le où et le comment)	Comment afficher les lignes directrices ou les recommandations dans votre milieu de travail d'une manière qui attire l'attention? Affiches? Dossiers du patient? Bulletins? Salles de réunion?
Compréhensibilité/ complexité	Niveau de compréhension et savoir-faire quant à la mise en pratique	Les recommandations sont-elles claires et faciles à comprendre? Dans la négative, comment les reformuler pour corriger le problème? Fournir des exemples de la vraie vie, adaptés à votre milieu de pratique. Qui a déjà une expérience d'utilisateur au sein de l'établissement? Ou dans un milieu de pratique comparable? Qui est l'utilisateur final des recommandations? Adaptez la formation à leurs besoins d'une manière respectueuse et interactive (en faisant usage des caractéristiques adultes*). Y a-t-il dans cette ou ces équipe(s) un champion des pratiques exemplaires de l'AIIAO qu'il serait possible de recruter pour vous apporter une aide?
Facilité de mise en œuvre	Facilité de la mise en œuvre de la ligne directrice dans le milieu de pratique actuel	Qui, dans l'organisme, sont les gens respectés de tous, que ce soit au sein de la direction ou au sein de votre équipe? Comment convaincre ces personnes de vous aider à promouvoir l'utilisation des données probantes? Comment faire en sorte que la mise en œuvre s'insère sans heurts dans le travail quotidien et facilite ainsi l'adoption des nouvelles pratiques? Faut-il y aller étape par étape?

Facteurs relatifs aux données probantes		
Obstacles/facteurs favorables		**Questions à se poser**
Crédibilité	Qualité des données probantes sur lesquelles se base la ligne directrice	Comment parler des données probantes de manière à faire ressortir leur bien-fondé? Histoire de succès dans un autre milieu de pratique? Comment laisser le temps aux participants de discuter librement et de formuler ouvertement d'éventuelles réticences? Comment pouvez-vous accepter des points de vue opposés, discuter des enjeux, et rallier un consensus s'il s'agit de préoccupations légitimes? Y a-t-il un endroit où vous pourriez effectuer un essai pilote afin d'établir la faisabilité ou obtenir des données sur ce qu'il convient d'améliorer pour la mise en œuvre?
Compatibilité	Compatibilité avec les savoirs, les croyances et les comportements déjà établis	Quels sont les exemples de conformité des lignes directrices aux manières de pensée, aux croyances et aux valeurs actuellement en vigueur? Pour votre population de clients? Pour les dispensateurs de soins? Pour l'organisme? Comment puis-je faire participer les utilisateurs de la ligne directrice au processus de mise en œuvre? Peuvent-ils faire partie du comité? Pourraient-ils mettre au point un outil? Pourraient-ils fournir des rétroactions à certaines étapes de la planification? Peuvent-ils faire partie d'un essai pilote?
Temps	Nombre de lignes directrices à examiner	Votre mise en œuvre tombe-t-elle en même temps que la mise en œuvre d'autres lignes directrices? Dans l'affirmative, est-il possible de coordonner les activités, ou faut-il songer à retarder un peu votre projet pour éviter que le personnel ne soit surchargé de travail?

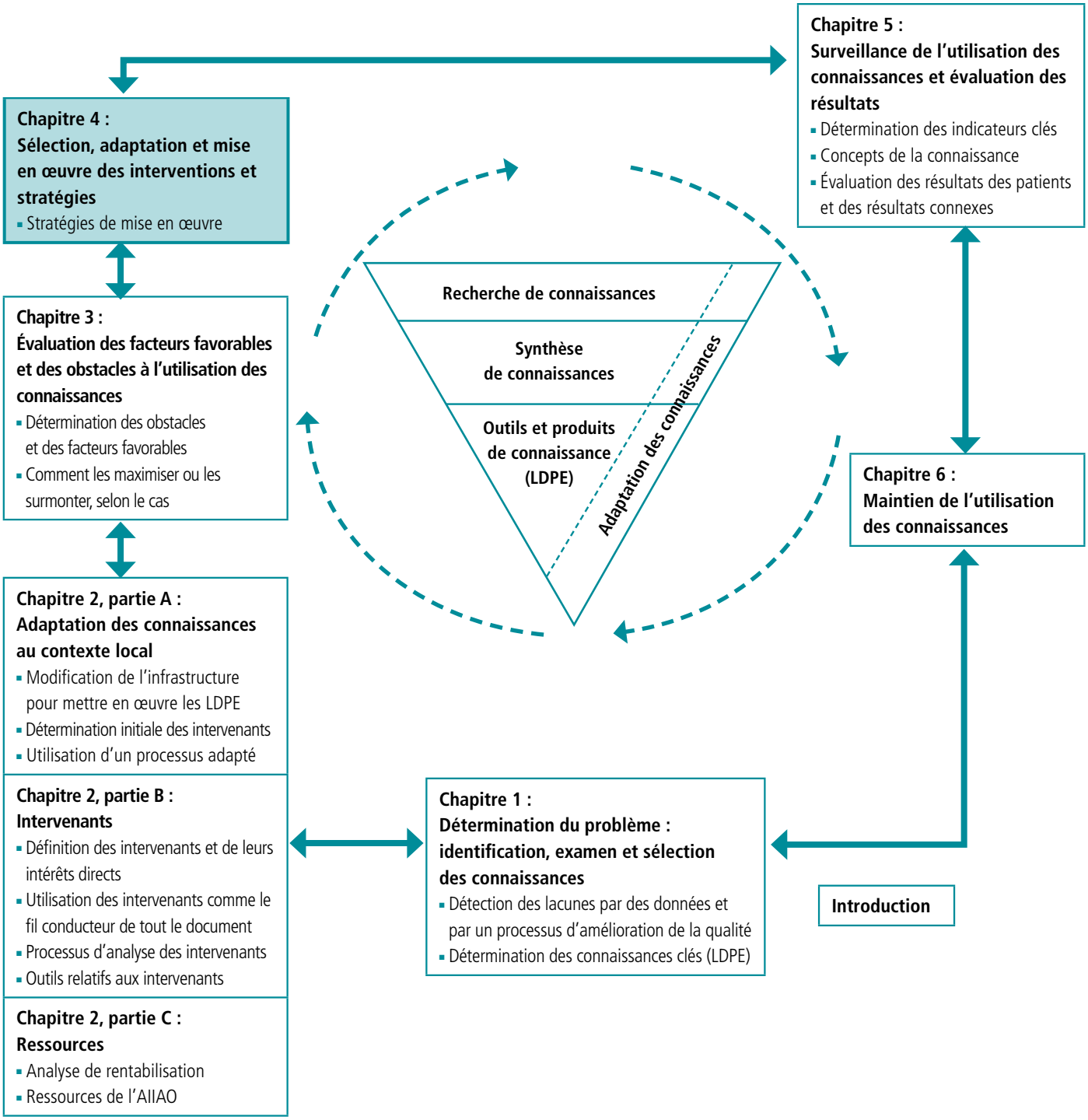
Facteurs relatifs au public cible		
Obstacles/facteurs favorables		**Questions à se poser**
Dispensateurs de soins de santé		
Attitude	Attitudes à l'égard de l'application de la recherche à la pratique	Quelles étaient leurs impressions d'expériences antérieures de changements aux pratiques fondés sur des données probantes? Qu'est-ce qui a bien fonctionné? Qu'est-ce qui a moins bien fonctionné? Quelle leçon pouvez-vous tirer de ces analyses pour modifier votre façon de procéder? Y a-t-il eu une expérience positive au sein de votre établissement ou de votre organisme et qui pourrait vous servir d'exemple explicatif?
Connaissances/ compétences	Niveau de connaissance et de compétences	Qui aura besoin de formation? Quel sera le niveau de formation nécessaire? (Pour l'éducation des patients, il est recommandé d'utiliser un niveau de sixième année.) Faut-il de la formation relativement à toutes les recommandations? Certaines recommandations font-elles déjà partie des pratiques actuelles? Pouvez-vous vous concentrer uniquement sur les domaines où des changements sont nécessaires?
Aisance/confiance	Niveau d'aisance et de confiance	Comment pouvez-vous mettre en place un milieu de soutien positif? Êtes-vous à l'aise dans des situations de désaccord ou des situations où s'expriment des préoccupations? Comment allez-vous fournir des rétroactions positives s'il y a lieu?
Temps	Temps nécessaire pour lire et mettre en œuvre les lignes directrices	Comment faire pour que les membres de l'équipe aient le temps de lire et d'appliquer les lignes directrices? Comment communiquer avec ceux qui ont un horaire par roulement ou ceux qui sont en congé? À quel moment faut-il que soient les séances pour que le plus grand nombre possible de personnes puissent être présentes?
Le degré de motivation à changer	Croyance en la capacité de changer les choses	Y a-t-il déjà eu un changement couronné de succès? Quels facteurs ont favorisé ce succès? Comment pouvez-vous prodiguer des encouragements à toutes les étapes de la mise en œuvre? Quelle serait une bonne mesure incitative dans votre milieu de travail? L'équipe réagit-elle favorablement aux études de cas? Aux occasions de faire ressortir sa spécialisation aux yeux du reste de l'organisme? Aux collations fournies pendant une séance?
Acceptation	Croyance en la capacité de la ligne directrice de changer les choses	Comment pouvez-vous faire ressortir les différences entre la pratique actuelle et les recommandations? Un tableau serait-il utile? Serait-il possible de proposer un schéma des résultats actuels comparés aux résultats possibles?

Facteurs relatifs au public cible		
Obstacles/facteurs favorables		**Questions à se poser**
Facteurs relatifs aux patients ou clients		
Synthèse	Connaissance des recommandations des lignes directrices	Comment allez-vous assurer l'éducation des clients? Le matériel est-il accessible (niveau de littératie, diversité des supports, versions pour personnes handicapées)? Qui va s'assurer que le matériel est disponible pendant la mise en œuvre et après? Dans quel contexte les clients apprennent-ils le mieux (pendant le séjour à l'hôpital, à domicile, dans une clinique)?
Accès	Accès aux ressources	Quelles sont les ressources qu'exige la mise en œuvre en ce qui a trait aux clients? Faudra-t-il plus de services de laboratoire? Plus de fournitures? Des soins supplémentaires? Certaines ressources actuellement utilisées deviendront-elles inutiles? Comment allez-vous communiquer avec les secteurs ou les organismes concernés?
Équipe		
Opinions des autres	Degré de consensus au sein des professions et entre elles	Les cadres supérieurs donnent-ils explicitement leur appui à la mise en œuvre? Dans la négative, comment pouvez-vous obtenir leur appui? Seraient-ils disposés à prêcher par l'exemple pour ce qui est du changement voulu? Quelles personnes dans l'équipe ne sont pas directement concernées par la mise en œuvre, mais devraient tout de même être informées de la planification? Comment pouvez-vous les faire participer aux discussions et tenir compte de leurs rétroactions?
Attentes	Clarté des attentes	Comment allez-vous planifier la mise en œuvre et communiquer l'information sur le processus de manière à vous assurer que tout le monde comprend ce qui change, de quelle manière et les responsabilités de chacun?
Mise en commun des processus d'information (communication)	Occasion de mettre en commun l'information	Quel est le mode actuel de prestation de la formation? Quel est le mode de communication qui s'y rattache? À quel point est-ce efficace? S'il est bien efficace, serait-il possible de répondre aux besoins en formation relatifs à la mise en œuvre en utilisant cette méthode? L'apprentissage fonctionne-t-il bien avec des formations en milieu de travail? Avec l'autoapprentissage? Avec l'apprentissage en ligne? Y a-t-il des fonds pour subventionner la participation à des ateliers ou à des congrès? L'équipe de soins a-t-elle déjà eu à utiliser ou à observer une pratique fondée sur des données probantes? Dans la négative, conviendrait-il de fournir une formation sur la recherche? Un club de revues serait-il efficace dans ce milieu de pratique? Ont-ils accès à des ressources pour les aider à effectuer l'évaluation clinique de la recherche? Par exemple, ont-ils accès aux services d'un bibliothécaire ou documentaliste? Serait-il possible de réseauter avec des partenaires du monde universitaire?
Cohésion	Capacité de l'équipe de travailler ensemble	Le travail d'équipe est-il efficace? L'équipe a-t-elle des antécédents de collaboration? Dans la négative, serait-il possible de perfectionner les compétences par des petites activités de mise en œuvre? De quelle façon pouvez-vous utiliser les activités de renforcement de l'esprit d'équipe pour appuyer le changement de pratique?

Facteurs relatifs aux ressources		
Obstacles/facteurs favorables		**Questions à se poser**
Ressources humaines	Niveau de dotation adéquat	Comment allez-vous vous assurer qu'il y a assez de personnel pendant la durée des séances de formation? Faut-il prévoir du personnel supplémentaire pour ceux qui font partie du comité de planification? Pendant la mise en œuvre? Pendant l'évaluation? Avez-vous le soutien de la direction pour ces questions de dotation?
Ressources financières	Disponibilité des ressources financières qui permettront de mettre en œuvre la ligne directrice	Quel sera le coût de la mise en œuvre? Avez-vous inclus dans vos calculs non seulement le coût de fournitures et du matériel de formation, mais également le coût salarial lié aux remplacements? Quels seront les coûts permanents pour l'équipement et la documentation? Quelles seraient d'autres sources de financement, à part le budget de fonctionnement? Fondations? Collecte de fonds? Associations professionnelles? Du gouvernement?
Temps (en tant que ressource)	S'assurer que le public cible a assez de temps pour prendre part aux efforts de mise en œuvre.	Quelles sont les autres activités qui se déroulent dans le service ou l'établissement et auxquelles vous, les personnes concernées par le changement de pratique et la direction devrez consacrer du temps? Combien de temps faudra-t-il pour l'étape de planification? L'étape de formation? D'évaluation? Votre calendrier est-il réalisable (la plupart des projets prennent plus de temps que prévu)?
Ressources physiques (équipement et fournitures) (3)	Accès à l'équipement et aux fournitures	Avez-vous besoin d'ordinateurs pour la formation ou la mise en œuvre? Sont-ils disponibles? Quelles sont les fournitures dont vous aurez besoin? Qui sera chargé de les commander et de les mettre en place pendant la mise en œuvre et au-delà? Faut-il des biens d'équipement? Quel est le processus et les délais à respecter pour obtenir ce qui est nécessaire?
Locaux	Installations qui satisfont aux exigences de la mise en œuvre	À quel endroit la formation sera-t-elle donnée? Les personnes doivent-elles s'éloigner de la zone clinique pour pouvoir mieux se concentrer? Le local choisi est-il assez grand pour les groupes? Le local choisi est-il équipé de tables, de chaises, d'un moniteur, d'un ordinateur portatif, d'un d'écran, d'un tableau de conférence, etc.?

Facteurs relatifs à l'organisme		
Obstacles/facteurs favorables		**Questions à se poser**
Le leadership	Présence de chefs de file efficaces	Sont-ils visibles et accessibles lorsque des membres de l'équipe ont des questions ou des préoccupations? La direction appuie-t-elle les heures prévues pour les membres de l'équipe, les activités de formation et l'achat de l'équipement et des fournitures?
Cadre de pratique	S'assurer que les recommandations de la ligne directrice sont compatibles avec le cadre de pratique du personnel directement touché par la mise en œuvre.	Pouvez-vous confirmer que la mise en œuvre n'outrepasse pas les limites du cadre de pratique du personnel? Une directive médicale serait-elle souhaitable? Les associations professionnelles pertinentes appuient-elles la mise en œuvre? Comment pourriez-vous convaincre les associations professionnelles ou syndicats de participer aux étapes de sélection et de mise en œuvre? Ont-ils des politiques ou du matériel qui appuient les recommandations?
Politiques et procédures existantes	Conformité aux politiques et procédures existantes	Quelles sont les politiques actuellement en vigueur qui appuient les recommandations? Que faut-il modifier pour tenir compte des nouvelles pratiques? S'agit-il de politiques de l'établissement? D'une norme professionnelle? D'une politique propre à un service? Qui en est responsable et doit participer au processus?
Agents du changement/chefs de file en matière d'opinion	Présence d'agents du changement ou de chefs de file en matière d'opinion efficaces	Les infirmières principales prêchent-elles par l'exemple en agissant à titre de chefs de file clinique? Qui dans l'équipe pourrait agir à titre de champion ou de championne de la mise en œuvre? Y a-t-il une personne passionnée des recommandations, de la population de patients ciblée, des résultats visés?
Charge de travail	Charge de travail raisonnable	La complexité des cas a-t-elle une incidence sur la mise en œuvre des recommandations? La mise en œuvre va-t-elle alourdir ou alléger la charge de travail? La complexité des pathologies faisant l'objet des soins aura-t-elle un effet sur la mesure des résultats?
Autres projets (changement)	Les autres projets (peuvent aider ou nuire).	Quels sont les autres projets de changement qui seront mis en œuvre en même temps que la mise en œuvre? Trop de changements simultanés peuvent dépasser les capacités d'une équipe.
Priorités	Concordance avec les priorités organisationnelles	Quelles sont les priorités de la direction? La mise en œuvre cadre-t-elle avec les objectifs stratégiques? Comment pouvez-vous mobiliser les intervenants à une étape précoce du processus de sélection et de mise en œuvre? Comment pouvez-vous sensibiliser les cadres supérieurs à l'importance des nouvelles lignes directrices, pour qu'ils les considèrent comme une priorité?
Processus organisationnel d'autorisation	Vitesse à laquelle fonctionne le processus administratif de l'organisation.	Qui doit approuver le projet? Son financement?
		À quelle vitesse les décisions se prennent-elles au sein de l'organisme? Avec combien d'avance votre planification doit-elle se faire?

Chapitre 4 : Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions et des stratégies



Retour sur le chapitre précédent

Maintenant que vous avez trouvé une LDPE de qualité qui répond à vos besoins en matière de pratique clinique, pensé au soutien des intervenants dans votre milieu de pratique, trouvé une solution aux principales difficultés en ce qui a trait aux ressources, et évalué le niveau de préparation de votre lieu de travail grâce à la détermination des facteurs favorables et des obstacles, vous êtes prêt à mettre en pratique votre ligne directrice.

Dans ce chapitre

Le chapitre aborde les questions suivantes :

- Qu'est-ce que le processus de changement et quelle est son incidence sur la mise en œuvre d'une ligne directrice?
- Quelles sont les stratégies de mise en œuvre de ligne directrice? Laquelle de ces stratégies convient le mieux à la LDPE choisie?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces de mise en œuvre de ligne directrice?
- Comment adapter des stratégies de mise en œuvre à un milieu de pratique donné?
- Où trouve-t-on de l'information sur les stratégies de mise en œuvre de ligne directrice?

Les stratégies de mise en œuvre de ligne directrice doivent être basées sur les résultats et les données que vous avez recueillis jusqu'à maintenant aux différentes étapes de la planification. Ces éléments comprennent donc les priorités relatives aux recommandations de LDPE dans votre milieu de pratique; l'analyse des intervenants, la détermination des obstacles et des facteurs favorables et les mesures à prendre à leur égard; des données probantes sur la manière de trouver la stratégie de mise en œuvre qui convient à un contexte donné.

Le présent chapitre fournit un résumé de ce que nous savons sur l'efficacité des différentes stratégies de mise en œuvre de LDPE, ainsi qu'une introduction à la théorie du changement. Il fournit également des renseignements pour vous aider à déterminer quelle stratégie convient le mieux à votre contexte et met l'accent sur les stratégies qui ciblent les dispensateurs de soins de santé, les clients et le milieu de travail.

Il n'y a pas assez de données à cette étape pour déterminer quelle stratégie convient à un contexte donné, il faut donc conserver son ouverture d'esprit et être disposé à expérimenter. Il ne faut pas oublier que le changement est parfois un processus éprouvant. Pendant les différentes étapes du cycle de mise en pratique des connaissances, il convient de modifier votre façon de faire en fonction des résultats obtenus et des rétroactions reçues.

Principales définitions

Chefs de file locaux en matière d'opinion : Dispensateurs de soins dont l'influence en matière de formation est reconnue par des collègues. Ils ont la capacité d'exercer une influence sur les autres et de les inciter à changer leur comportement (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002).

Interventions organisationnelles : Les interventions organisationnelles comprennent la révision des fonctions professionnelles, la révision des équipes multidisciplinaires, l'intégration des services, la modification des combinaisons de compétences, la continuité des soins, les améliorations des conditions de travail, la communication et la discussion de cas (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Interventions par le biais des patients : Nouvelle information clinique (inédite) obtenue par une collecte de données auprès des patients et fournie au dispensateur de soins, par ex., une éducation des patients au sujet de données probantes issues de la recherche sur leur pathologie et le traitement (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Leadership par la direction : En tant que stratégie organisationnelle, le leadership est un processus pluridimensionnel qui permet aux infirmières d'utiliser des données probantes issues de la recherche dans leur pratique clinique, et comprend les activités et les comportements des gestionnaires qui ont une influence directe ou indirecte sur les personnes, sur le milieu de travail et sur l'organisme dans son ensemble (Gifford, Davies, Edwards, Griffin et Lybanon, 2007).

Marketing social : L'application de notions et d'outils du marketing habituellement utilisés par le secteur privé à des programmes conçus afin de modifier le comportement volontaire d'un public cible et d'atteindre ainsi des objectifs socialement désirables. (Andreason, 2004).

Matériel didactique : Recommandations publiées ou imprimées relatives aux soins cliniques, ce qui comprend les lignes directrices de pratique clinique, le matériel audio-visuel et les documents électroniques. Le matériel peut faire l'objet d'envois individualisés ou d'une campagne de publipostage (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).
Médias de masse : Différents moyens de communication destinés à communiquer une information auprès d'un très grand nombre de personnes faisant partie d'un public cible; comprend la télévision, la radio, les journaux, les affiches, les feuillets et les livrets, utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres interventions (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).
Processus de consensus locaux : Participation des praticiens aux discussions afin de s'assurer qu'ils partagent votre point de vue sur l'importance du problème clinique choisi et sur les chances de succès de la méthode choisie (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).
Rappels : Information transmise verbalement, par écrit ou électroniquement, axé sur un type de patient/client/résident ou sur un type d'interaction, et qui a pour objectif d'aider le professionnel de la santé à se remémorer quelque chose et à agir d'une certaine façon ou à éviter une certaine action afin d'améliorer la qualité des soins. Une activité de formation, un document, une interaction avec des pairs ou un système informatique d'aide à la décision sont autant de moyens de proposer des rappels (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).
Rencontres didactiques : Conférences, congrès, ateliers ou stages (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002). Les rencontres comportent parfois des méthodes de participation de l'apprenant comme la discussion et la participation active (exercices par groupe de travail, apprentissage fondé sur la résolution de problèmes). (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002).
Vérification et rétroaction : Un résumé du rendement clinique qui contient parfois des recommandations de mesures à prendre, basé sur une période spécifique de collecte de données, et qui permet de sensibiliser le groupe aux caractéristiques de sa pratique. Il est possible d'obtenir l'information des dossiers médicaux, de bases de données informatisées, ou d'observations auprès des patients, clients ou résidents (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).
Visites de sensibilisation : Visites en personne, effectuées par des infirmières qui facilitent la mise en place, par des pharmaciens, par des chercheurs de l'étude et par d'autres personnes ayant participé à l'étude, aux dispensateurs de soins de santé pour expliquer les changements désirés ayant trait à la pratique. L'information fournie comprend parfois des rétroactions sur le rendement du dispensateur (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Voici ce que l'on sait

Stratégies de mise en œuvre :

Il est important de choisir une stratégie de mise en œuvre qui facilite l'application des connaissances nouvelles à la pratique. La première étape consiste à ne se faire aucune illusion sur le niveau de difficulté de tout projet qui vise à changer les pratiques. Différentes études ont été effectuées afin d'évaluer l'efficacité des stratégies de mise en œuvre. Les premières études de ce type mettaient l'accent sur la pratique médicale, mais il existe aussi des études plus récentes axées sur les soins infirmiers. Plusieurs différences relatives aux modèles de prestation des soins entre la médecine et les soins infirmiers ont une incidence sur la transférabilité des interventions efficaces dans le domaine médical au domaine des soins infirmiers. Par exemple, les politiques et les procédures des établissements ont une grande incidence sur le niveau d'autonomie en matière de prise de décisions cliniques par les infirmières travaillant en milieu hospitalier et, par ailleurs, la nature même des soins infirmiers, qui sont prodigués jour et nuit, favorise le travail d'équipe ou du moins les tâches en situation d'interdépendance, contrairement aux médecins, dont la pratique est parfois autonome. Pour ces raisons, les stratégies qui ont une certaine efficacité chez les médecins n'auront pas nécessairement la même efficacité chez des infirmières ou chez des membres d'une équipe de santé interdisciplinaire. Le chapitre fournit donc dans la mesure du possible des recommandations fondées sur des données probantes ayant trait à des mises en œuvre par des infirmières ou des équipes de santé interdisciplinaires.

Les stratégies qui fonctionnent :

Les stratégies de mise en œuvre qui fonctionnent bien dans d'autres milieux professionnels ne fonctionnent pas nécessairement aussi bien dans le domaine des soins infirmiers.

Une étude approfondie des travaux publiés a permis de conclure, en se basant sur les données probantes, que les stratégies de mise en œuvre doivent être soigneusement planifiées et qu'il est préférable d'en combiner plusieurs. Une seule stratégie ne peut avoir un effet significatif, mais une combinaison de différentes façons de faire peut favoriser le changement de pratique fondé sur des lignes directrices de pratique clinique.

Utilisation de plusieurs stratégies

Il est difficile de changer le comportement de professionnels de la santé. Les stratégies efficaces ont souvent plusieurs volets ciblant différents obstacles. Il n'y a cependant pas de consensus sur le nombre idéal de stratégies qu'il convient de combiner. Plusieurs stratégies n'ont qu'un effet modeste lorsqu'on les utilise d'une manière isolée.

La formation doit être interactive ou être combinée à d'autres interventions :

- La formation, sous forme de présentations ou de diffusion passive de l'information, est souvent utilisée dans le cadre d'une stratégie à plusieurs volets et opère une légère amélioration des soins. La formation non interactive a cependant peu de chances d'avoir à elle seule un effet transformateur sur des comportements complexes (Bloom et coll., 2005; Forsetlund et coll., 2009b; Gilbody et coll., 2003).
- Les techniques d'apprentissage interactives ou multimédias (par ex., les jeux de rôle, les mises à l'épreuve des compétences) ont plus de chances d'être efficaces que les présentations ou la diffusion passive de l'information (Forsetlund et coll., 2009b; Mazmanian et coll., 2009).
- Lorsque les interventions de formation sont combinées à des interactions entre les éducateurs et les praticiens (par ex., vérifications et rétroactions, rappels ou présence de chefs de file en matière d'opinion), elles ont plus de chances d'aboutir à un changement de comportement (Francke et coll., 2008; Prior, 2008).
- Aborder la formation seulement ou en association avec d'autres interventions a un effet modeste mais uniforme sur les comportements des médecins en matière d'ordonnances (Ginrod et coll., 2006; O'Brien et coll., 2007).
- Les connaissances à elles seules ne sont parfois pas suffisantes pour opérer un changement de pratique. Un changement au niveau des connaissances du dispensateur ne se traduit pas nécessairement par un changement en matière de comportement et de pratique (Forsetlund et coll., 2009b).
- Le matériel didactique imprimé a un effet positif modeste sur la pratique professionnelle (Farmer et coll., 2008; Forsetlund et coll., 2009a).

La vérification et la rétroaction ont une incidence sur la pratique des professionnels de la santé et des infirmières :

- La vérification et la rétroaction sont plus efficaces lorsqu'il existe une différence importante entre la situation de départ avant la mise en œuvre de la ligne directrice et la pratique recommandée (Jamtvedt et coll., 2006).
- De même, l'efficacité est plus grande lorsque le processus est intensif, personnalisé, et fourni plusieurs fois pendant une longue période de temps (Bywood et coll., 2008; Jamtvedt et coll., 2006; Veloski et coll., 2006). Les systèmes de surveillance de la qualité représentent de bonnes sources de données pour la vérification et la rétroaction. L'utilisation par les gestionnaires de systèmes de surveillance de la qualité a parfois une incidence sur l'utilisation de la recherche par les infirmières (Gifford et coll., 2007).

> Un établissement en train de mettre en œuvre la LDPE de l'AIIAO sur les soins axés sur les besoins des clients a utilisé la méthode de la vérification et de la rétroaction. Chaque semaine, une infirmière était chargée de vérifier une pratique; le gestionnaire a compilé les résultats et a présenté le tout au personnel. Une autre organisation vedette des pratiques exemplaires de l'AIIAO a utilisé des données d'assurance de la qualité pour fournir des rétroactions aux services de soins infirmiers.

Les chefs de file en matière d'opinion ont souvent une influence sur la pratique dans leur milieu de soins (Chaillet et coll., 2006; Flodgren et coll., 2007). Les champions des pratiques exemplaires et les infirmières-ressources au niveau du service ou de l'organisme sont de bons exemples de ces chefs de file en matière d'opinion. Ils ont une influence sur les connaissances et sur la pratique de leurs collègues.

Le Réseau des champions des pratiques exemplaires se compose d'infirmières et de professionnels de la santé qui sont des chefs de file en matière d'opinion et qui travaillent activement à appuyer le changement de pratique axé sur la mise en œuvre de LDPE. Les champions participent à des ateliers de formation d'une journée pendant lesquels ils se familiarisent avec des stratégies d'intégration des recommandations de LDPE dans leur milieu de travail. La participation à l'atelier fait d'eux des membres du Réseau des champions des pratiques exemplaires, ce qui leur donne accès à d'autres occasions de réseautage et de formation, à des ressources et à du soutien.

Les interventions par le biais des patients sont parfois efficaces dans le cadre d'une stratégie à plusieurs volets (Ginrod et coll., 2006). Comme exemples d'interventions par le biais des patients, mentionnons l'éducation des patients sur des données probantes relatives à leur état pathologique et à leur traitement, l'éducation sur le dépistage et l'éducation sur la vaccination.

Les interventions à l'échelon de l'organisme ont été évaluées comparativement aux interventions ciblant les professionnels. Les données sur l'efficacité de ces interventions organisationnelles sont peu concluantes, même si certaines études montrent que la stratégie a parfois des résultats positifs. Nous faisons ci-dessous une distinction entre les interventions qui ont une incidence sur les processus organisationnels et les interventions qui ont une incidence sur le mode de fonctionnement organisationnel.

L'intégration des recommandations aux processus organisationnels, par ex., les rappels automatiques, les systèmes d'aide à la décision clinique ou la réorganisation des dossiers des patients, est également efficace. Les stratégies qui tiennent compte le plus possible de l'utilisateur final et qui ont été intégrées dans les processus de prestation des soins ont plus de chances d'être efficaces que les stratégies qui procèdent autrement (Bywood et coll., 2008; Kawamoto et coll., 2005; Shojania et coll., 2009).

Les stratégies qui mettent directement l'accent sur le dispensateur de soins de santé et le patient (par ex., la réorganisation des dossiers des patients, les rappels propres aux patients, les interventions par le biais des patients) augmentent également leurs chances de succès (Kawamoto et coll., 2005; Shojania et coll., 2009).

Dans certains cas, les rappels améliorent considérablement la pratique (Bywood et coll., 2008; Grimshaw et coll., 2001; Shojania et coll., 2009). Certaines caractéristiques de ces rappels semblent maximiser leur efficacité, notamment :

- fournir automatiquement une aide à la décision dans le cadre du déroulement habituel des tâches (faire partie des dossiers électroniques ou de la saisie des ordonnances), au lieu et au moment de la prise de décisions (les ensembles d'ordonnances de soins infirmiers fondés sur des données probantes sont également des exemples de rappels efficaces);
- fournir une recommandation précise, avec une explication justificative;
- être fourni sous forme de soutien informatique.

Les chercheurs ont constaté que le **leadership dont font preuve les gestionnaires** (parfois appelé « leadership gestionnel ») influence parfois le niveau d'utilisation de la recherche par les infirmières. Même si le soutien des gestionnaires est toujours considéré comme important, il convient de préciser ici que la notion englobe aussi bien les encouragements, la transmission de l'information et l'affectation des ressources que l'exemplarité du comportement afin de mettre en place une culture organisationnelle de soutien. La surveillance du rendement et des résultats a une influence sur l'utilisation de la recherche et l'application des LDPE par les infirmières (Gifford et coll., 2007).

Les interventions ciblant le mode de fonctionnement organisationnel n'ont pas été évaluées dans le cadre des études sur la mise en œuvre de LDPE. Cependant, des examens systématiques sur les interventions structurelles, par ex., un examen systématique par Greenfield et Braithwaite (2008), laissent penser que les activités d'agrément encourage le changement de pratique. Les données relatives à l'effet sur la qualité étaient moins concluantes.

Même s'il y a peu d'études sur le rôle du marketing social dans la mise en œuvre de lignes directrices, il y a lieu de penser que cette stratégie est prometteuse. Le marketing social a parfois été utilisé afin d'encourager le changement de comportement dans le domaine de la santé communautaire. Plus récemment, des chercheurs ont estimé qu'un cadre axé sur le marketing social serait un outil efficace de planification stratégique relative à la mise en œuvre de lignes directrices; de même, il semble être possible de s'attaquer à certains obstacles au changement de pratique grâce à une méthode de type marketing social (Andreason, 2004; Morris et Clarkson, 2009). (Voir l'annexe 4.1 pour des renseignements sur les principes de marketing social.)

Choix des stratégies

La sélection des stratégies de mise en œuvre de LDPE demande tout un effort de réflexion en plus d'exiger un bon jugement. Le choix doit se fonder sur une tentative d'harmonisation de plusieurs éléments : les caractéristiques du milieu de pratique, les spécificités de la ligne directrice elle-même, ainsi que les obstacles et les facteurs favorables que l'analyse a permis de définir. Même si les travaux de recherche sur la détermination des stratégies les plus efficaces ne manquent pas, les données probantes à elles seules ne peuvent indiquer d'une manière infaillible et automatique quelle stratégie convient à un contexte donné ou à un obstacle donné.

Dans le cadre du processus de planification, votre équipe et vous-même devez déterminer s'il existe des examens de mise en œuvre de LDPE dans un milieu de pratique comparable au vôtre. Ces examens systématiques, s'ils existent, vous aideront à trouver une bonne concordance entre les stratégies de mise en œuvre, les lignes directrices et le milieu de pratique. Par exemple, il y a plusieurs examens portant sur la mise en œuvre de lignes directrices dans le milieu de la santé mentale (Bauer et coll., 2002; Gilbody et coll., 2003; Weinmann et coll., 2007). Comme les travaux sur la mise en œuvre de LDPE par des infirmières se multiplient, nous avons bon espoir que nous disposerons bientôt d'un assez bon nombre d'examens systématiques axés sur les soins infirmiers pour orienter la sélection des stratégies de mise en œuvre.

Les interventions adaptées au contexte qui ciblent les obstacles prévus à l'étape de la planification ont plus de chances d'amener une amélioration des pratiques professionnelles (Baker et coll., 2010). Il n'y pas malheureusement pas encore d'étude qui fournirait pour tous les contextes une réponse simple à la question : comment trouver la stratégie de mise en œuvre qui fonctionne le mieux en présence de tel ou tel obstacle.

N'oubliez pas que le changement est fondamentalement au cœur de ce processus. Changer nos façons de procéder est souvent désagréable, et exige du temps. L'utilisation d'une démarche en matière de changement fondée sur une des nombreuses théories du changement vous aide à comprendre l'effet de l'activité transformatrice et à choisir la stratégie de mise en œuvre de LDPE qui vous convient le plus.

Théorie du changement

Même si la théorie du changement de Lewin a été utilisée comme exemple dans la trousse (voir la figure 5 ci-dessous), il existe beaucoup d'autres théories sur le même sujet, dont celles de Bridges (1991) et le modèle de changement ADKAR (Hiatt, 2006). La théorie du changement de Lewin (Schein, 1996) distingue trois étapes du processus de changement : (1) la « décongélation »; (2) le changement; et (3) la « congélation » ou « recongélation ». Nous avons choisi ce modèle car il attire notre attention sur des aspects tels que : l'étape de pré-changement, marquée par son immobilisme, suivi de la prise de conscience, l'importance de la mise en place d'un milieu positif propice au changement, et finalement l'importance de la « recongélation », qui consiste à assurer l'irréversibilité du changement.

Figure 5 : Modèle de Lewin de la décongélation, du changement et de la recongélation

« Décongélation »

- À cette étape, il y a prise de conscience de la nécessité du changement, ce qui va obliger les gens à sortir de leur zone de confort.
- Avant d'apporter des changements, les personnes concernées pensent aux avantages et aux inconvénients de l'adoption d'un nouveau mode de fonctionnement.
- Le processus de prise de décisions subit l'influence de facteurs internes (par ex., le niveau de motivation) et de facteurs externes (par ex., le calendrier à respecter).
- Il importe, à cette étape, de mettre en place une atmosphère rassurante, qui incite les gens à prendre le risque de faire les choses différemment.
- Une bonne compréhension du processus de décongélation vous aide à mettre l'accent sur l'état des choses souhaité et sur le milieu idéal ou la situation idéale qui favorisent le changement.

Changement

- À cette étape, les personnes sortent de l'immobilisme de leur ancienne ligne de conduite et commencent à s'acheminer vers une nouvelle manière d'être. Il y a beaucoup d'incertitude et même de craintes, ce qui rend parfois cette étape assez difficile.
- Les personnes concernées ont besoin de temps pour s'informer sur le changement et y réfléchir.

« Recongélation »

- Le processus de recongélation suit la mise en place des changements, lorsque la situation s'est stabilisée. Les personnes concernées acquièrent une certaine aisance à l'égard de leurs nouvelles habitudes. Il faut parfois prévoir des changements concrets et des processus visant à renforcer les nouveaux comportements, car les gens ont tendance à retomber dans leurs bonnes vieilles habitudes.
- La durabilité est abordée au chapitre 6.

Comprendre le processus de changement pendant la mise en œuvre

Pensez à de nouvelles données probantes ou à une nouvelle recommandation de pratique dont vous avez entendu parler récemment. Comment avez-vous réagi initialement? Aviez-vous certaines préoccupations? Étiez-vous sceptique? Avez-vous remis en question ce qui était votre façon de procéder jusqu'à maintenant? Aviez-vous des inquiétudes par rapport à la nécessité de changer? Toutes ces réactions font partie de la « décongélation ».

Schein (1996) a examiné la décongélation en profondeur et constaté qu'elle comporte trois étapes principales : (1) la dé-confirmation; (2) l'angoisse de l'apprentissage; et (3) la redéfinition cognitive. Il est important de comprendre ces sentiments et ces réactions au changement afin de normaliser le comportement et proposer des stratégies de soutien.

Dé-confirmation

Selon Schein (1996), « toute forme d'apprentissage et de changement commence par une forme ou une autre d'insatisfaction ou de frustration découlant d'un constat : certaines nouvelles données vont à l'encontre de nos prévisions ou de nos attentes, elles les dé-confirment, pour ainsi dire. » Schein a également noté les points suivants :

- Le simple fait d'être exposé à des connaissances nouvelles suffit rarement pour convaincre une personne de changer.
- Nous avons à notre disposition diverses excuses, comme ignorer la nouvelle information, la considérer comme fausse, estimer qu'elle ne fonctionnerait pas dans notre milieu de pratique, ou toute autre raison nous permettant de conclure que nous n'avons pas besoin de changer.
- Ce n'est que lorsque nous acceptons ces nouvelles données et que nous comprenons ce qui les rend précieuses que nous serons intéressés à changer.
- La plupart d'entre nous se raidissent lorsqu'on nous bouscule et même se rebellent.
- La présentation de nouvelles connaissances à un groupe de gens dans le cadre d'une mise en œuvre de LDPE crée parfois une situation dans laquelle certaines personnes estiment qu'on les bouscule. Si les gens sont peu motivés et se sentent bousculés, ils risquent de résister au changement.
- Schein décrit cette réaction comme une angoisse de l'apprentissage.

Angoisse de l'apprentissage

L'angoisse de l'apprentissage vient de cette impression que nous avons que si nous commençons à changer :

- Nous admettons que nos méthodes antérieures étaient mauvaises ou du moins imparfaites.
- Si nos méthodes étaient mauvaises, notre travail n'est pas efficace. C'est une blessure d'amour-propre qui peut même aller jusqu'à fragiliser notre sentiment d'identité. Certaines infirmières, dont l'identité professionnelle est souvent étroitement liée à l'idéal d'une prestation de soins de haute qualité, peuvent se sentir fragilisées par cette menace.
- Il est parfois difficile d'admettre que notre pratique a besoin d'améliorations et il est encore plus difficile d'admettre des erreurs.

Redéfinition cognitive

- La plupart des infirmières pensent que leur pratique respecte les pratiques exemplaires. De fait, nos études en soins infirmiers ou dans le cadre de la formation continue mettent toujours l'accent sur la « bonne » technique, avec une explication des raisons pour lesquelles il s'agit de la meilleure façon de procéder.
- Par le biais de la redéfinition cognitive, les personnes ont la possibilité de redéfinir un changement de pratique dans le respect de leurs valeurs, ce qui leur permet de considérer le changement comme positif.

L'équipe de la mise en œuvre devrait penser aux moyens d'instaurer une atmosphère rassurante de « sécurité psychologique » pour les praticiens durant l'étape de décongélation. Autrement, les personnes concernées risquent de refuser ou de déprécier les nouvelles connaissances et les recommandations. Le soutien visant à normaliser l'attitude à l'égard du changement peut se faire par des séances de formation ou l'intervention des chefs de file en matière d'opinion, des champions ou des gestionnaires. L'idée est d'aider les gens à rester concentrés sur leurs objectifs, tout en soulignant que les soins qui ont été prodigués jusqu'à aujourd'hui étaient de bonne qualité. Ces notions sont appliquées à un exemple de cas à la fin du chapitre.

Comment y arriver dans votre milieu de pratique

Vous augmentez les chances de réussite de votre mise en œuvre de LDPE en ayant dans votre équipe au moins une personne qui possède des compétences en gestion de projet. Faites usage de ces compétences pour préparer un plan décrivant en détail chaque étape de la mise en œuvre et pour préparer le budget. Adaptez vos stratégies aux réalités locales afin de surmonter les obstacles et tirer profit des facteurs favorables dans votre milieu de pratique. Les trucs suivants ont pour but de vous aider à assurer la réussite de votre LDPE :

1. Utilisez les résultats de l'analyse des intervenants et la détermination des obstacles et des facteurs favorables lorsque vous planifiez vos stratégies de mise en œuvre.
2. Mobilisez les champions du milieu de pratique, et incluez ceux qui ont le pouvoir de décision qu'il faut pour vous aider à vous procurer les ressources nécessaires.
3. Privilégiez les stratégies dont des recherches ont montré l'efficacité. Tenez compte des obstacles et des facteurs favorables propres à votre milieu au moment de choisir des stratégies.
4. Choisissez des stratégies de mise en œuvre qui correspondent aux ressources et au soutien disponibles.
5. Choisissez si possible un point de départ avec de bonnes chances de succès pour tester votre mise en œuvre.
6. Soyez prêt à adapter les stratégies de mise en œuvre aux réalités du milieu de pratique. Demandez aux intervenants locaux de formuler des commentaires et des rétroactions et de participer au processus.
7. Prenez soin de fournir une surveillance et un soutien continus pendant ces étapes préliminaires afin d'aider les utilisateurs à s'adapter à la courbe d'apprentissage et au processus de changement.

Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre

Points à prendre en considération au sujet des intervenants

- Votre analyse des intervenants ainsi que des obstacles et des facteurs favorables détermine quels groupes d'intervenants seront ciblés par l'une ou l'autre des stratégies de mise en œuvre. À cette étape, une bonne gestion des intervenants implique de bons systèmes de communication, des messages clairs ainsi qu'une capacité d'écoute et la capacité de faire participer les autres. Il convient de souligner que tout le travail de motivation des intervenants est une tâche particulièrement chronophage, mais qui permet de gagner du temps à long terme.

Points à prendre en considération au sujet des ressources

- Le choix des stratégies de mise en œuvre dépend souvent de la quantité de ressources disponibles pour la mise en œuvre de ligne directrice. Dans d'autres situations, ce seront les stratégies de mise en œuvre choisies qui détermineront les niveaux de ressource à se procurer. Habituellement, les ressources humaines et financières qu'une équipe de mise en œuvre peut utiliser ou dépenser sont limitées.

Points à prendre en considération au sujet du plan d'action

- Ajouter les stratégies de mise en œuvre choisies à votre Plan d'action.

Ressources : Sites Web et ressources Web recommandés

Vérification et rétroaction :
How to do a chart audit. Source : St. Michael's Hospital Knowledge Translation Program (2008).
http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/chartaudit.pdf

Feedback. National Institute of Clinical Studies (2006).
http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Feedback.pdf

Chefs de file en matière d'opinion :
Brief summary of the role of opinion leaders. St. Michael's Hospital Knowledge Translation Program (2008).
http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/opinionleaders.pdf

Choix des stratégies :
Two-page summary of evidence for selecting strategies. National Institute of Clinical Studies (2006).
http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Selecting%20strategies.pdf

Lectures recommandées

Andreason, A. R. (2004). « A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents ». *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51-75.

Benjamin, A. (2008). « Audit: How to do it in practice ». *British Medical Journal,* 336, 1241–1245.

Morris, Z. S. et Clarkson, P. J. (2009). « Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? ». *Health Policy,* 91(2), 135–141.

Scénario

Application des notions de la théorie du changement : Mise en œuvre des recommandations relatives à la prévention des infections liées à un cathéter central

Il s'agit de recommandations de pratique mises en œuvre en milieu hospitalier et visant la prévention des infections liées à un cathéter central, approuvées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Il convenait de changer les procédures de nettoyage de la peau au moment des changements de pansement d'un cathéter central. La nouvelle recommandation impliquait d'utiliser un mélange de chlorhexidine 2 %/alcool 70 %, avec un mouvement de frottement de type va-et-vient, et de haut-en-bas.

Pendant des années, les infirmières nettoyaient la peau au tampon selon la technique qu'elles avaient apprise, à savoir avec la povidone-iode. Le principe sous-jacent est qu'il fallait aller du « propre au sale » en commençant au site d'insertion, pour s'en éloigner par des cercles concentriques qui se chevauchent. Le principe était conforme à ce que nous savons sur la préservation de la stérilité, à savoir de ne pas traîner des bactéries dans le champ stérile ou de ne pas contaminer le site d'insertion.

Les nouvelles données probantes indiquaient que la chlorhexidine assure une meilleure antisepsie de la peau que la povidone-iode, et que la chlorhexidine, pour être efficace, exige un mouvement de frottement avec va-et-vient. Comment alors convaincre les infirmières que le mouvement de frottement avec va-et-vient ne contredit pas le principe selon lequel il faut éviter de traîner des bactéries vers le site d'insertion? Comment instaurer une sécurité psychologique?

L'équipe de mise en œuvre :

- A insisté sur l'utilisation de la chlorhexidine.
- A bien présenté le message selon lequel les infirmières n'avaient pas eu tort de frotter en cercles concentriques avec la povidone-iode.
- A fait connaître la raison d'être du mouvement de frottement. La friction et la traction exercée sur les cellules de la peau font partie du processus d'activation de la chlorhexidine.
- A insisté une fois de plus sur le fait que les infirmières avaient eu raison de respecter le principe « du propre au sale », mais qu'avec cette solution les principes fondamentaux relatifs à la friction et à la traction qui donnent à la chlorhexidine son efficacité obligent à changer la pratique, ce qui n'implique pas que l'ancienne pratique était fautive. Ces mesures permettent d'instaurer une certaine sécurité psychologique. Les infirmières pouvaient ainsi redéfinir la nouvelle pratique d'une façon qui fait ressortir sa conformité avec l'ancienne pratique et ses principes sous-jacents, dans le respect des données probantes, et commencer le processus d'adoption de la nouvelle pratique.

Annexe 4.1 Principes du marketing social

Appliqués à la mise en œuvre d'une LDPE, les principes du marketing social sont les suivants :

1. L'objectif premier dans la conception et l'évaluation des interventions doit être le changement de comportement durable du dispensateur de soins de santé ou de l'infirmière.

2. Le marketing social utilise des recherches sur les publics cibles (par ex., les infirmières, les intervenants) afin de comprendre leur point de vue et d'ainsi planifier, prétester et surveiller des interventions. Il s'agit d'une certaine façon d'une écoute du public cible. La phase de prétest est essentielle.

3. Elle consiste à effectuer une segmentation soigneuse des publics cibles (par ex., infirmières, patients, gestionnaires, etc.) pour assurer l'efficacité des mesures à prendre.

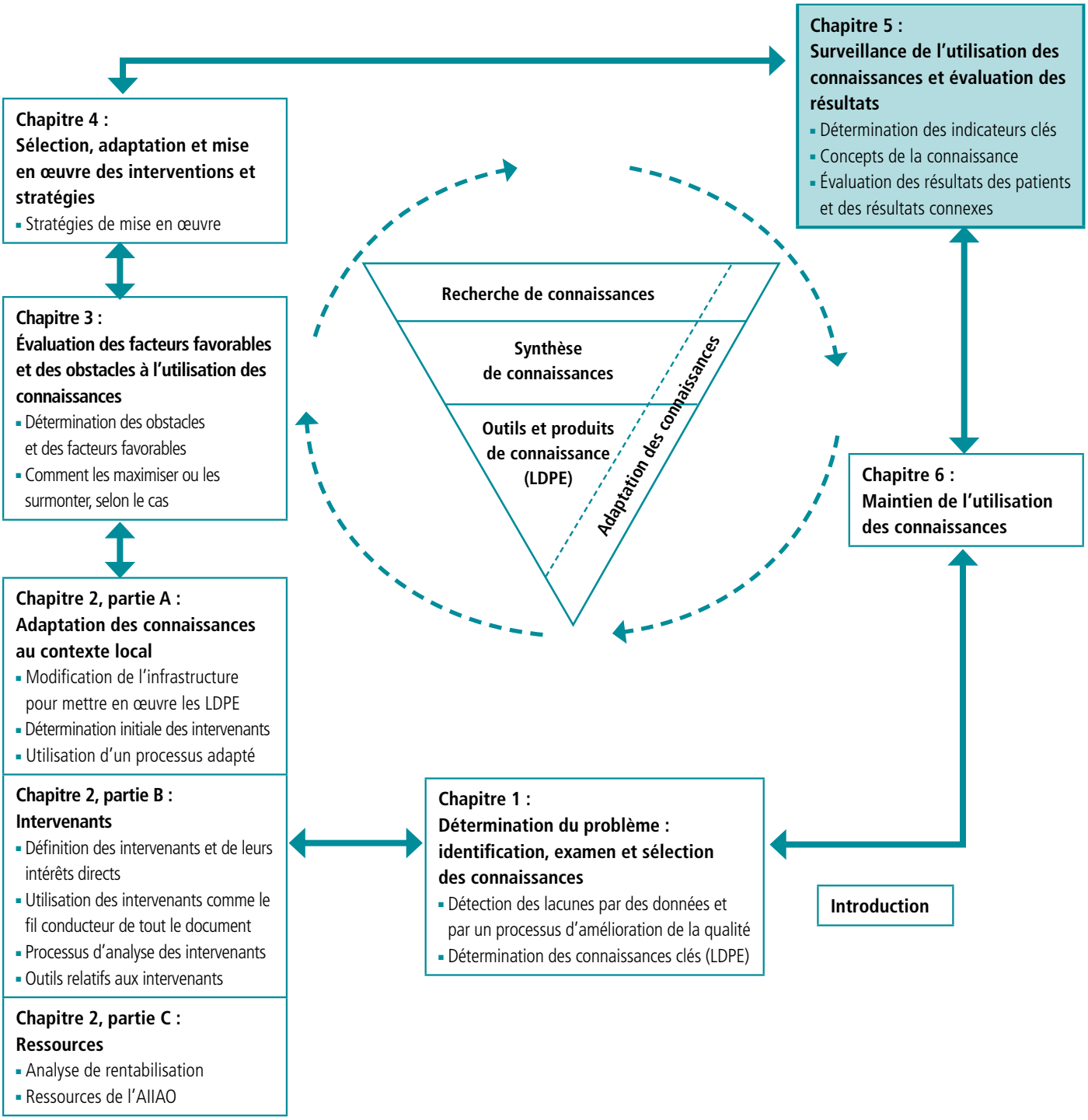
4. Les avantages tangibles, certains et directs sont toujours très recherchés, mais lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une LDPE, les avantages sont souvent intangibles, indirects et incertains, surtout si des questions de valeurs et de croyances jouent un rôle. Il faut admettre qu'un changement de comportement a un « coût » pour l'infirmière. Par exemple, la perte de l'aisance qui était liée à l'ancien comportement de prédilection, le temps qu'il faut consacrer à l'apprentissage de la nouvelle pratique, et l'effort psychologique propre à tout apprentissage et à tout changement de comportement. Lorsque ce « coût » semble trop important par rapport aux avantages perçus, « l'adoption de la nouvelle pratique sera considérée comme inacceptable » (Morris et Clarkson, 2009). Dans le cas d'une application du marketing social à la mise en œuvre d'une LDPE, il s'agirait de prévoir un dialogue avec les infirmières « faisant ressortir les aspects attrayants et motivants » (Andreason, 2004) pour montrer que les avantages l'emportent sur le « coût ».

5. L'enjeu n'est pas une simple question de publicité et de communication. Vous devez trouver le moyen de :

   a) créer un « emballage » attrayant qui répond à la question « en quoi est-ce avantageux pour moi » (répondant aux besoins des infirmières et tenant compte de ce qui les motive);
   b) réduire les coûts (par ex., les désagréments, le temps qu'il faut consacrer à l'apprentissage d'une nouvelle compétence, le coût de renonciation);
   c) faciliter le remplacement à effectuer, pour qu'il soit facile et pratique (par ex., en fournissant des outils de poche, des rappels intégrés dans le système de documentation);
   d) transmettre des messages persuasifs en utilisant des supports ou des moyens de communication qui correspondent aux préférences et aux besoins du public cible (par ex., se demander si le public cible a l'habitude de lire ses courriels avant de choisir une campagne de courriels).

6. Il faut également tenir compte de la rivalité entre les facteurs, c'est-à-dire « l'ensemble des facteurs qui se disputent l'attention des gens, ainsi que leur volonté et leur capacité de changer » (Morris et Clarkson, 2009).

Chapitre 5 : Surveillance de l'utilisation des connaissances et évaluation des résultats



Retour sur le chapitre précédent

Jusqu'à maintenant, la trousse a mis l'accent sur les activités qui favorisent la réussite d'une mise en œuvre, une fois que la LDPE s'attaquant à un problème clinique ou administratif précis a été choisie. Chaque étape du cadre de mise en pratique des connaissances comporte des stratégies fondées sur des données probantes pour le travail avec les intervenants, la détermination des ressources, la détermination des obstacles et des facteurs favorables, et la sélection et l'exécution de stratégies de mise en œuvre précises. Avant, pendant et après la mise en œuvre d'une LDPE, il importe de surveiller l'utilisation des recommandations qu'elle contient (le niveau d'utilisation des connaissances) et d'évaluer les résultats ou l'incidence du changement de pratique qui en a résulté.

Dans ce chapitre

Le chapitre se concentre sur deux étapes clés du cycle de mise en pratique des connaissances, étapes qui déterminent en grande partie si une intervention de mise en œuvre a réussi à encourager la rétention des recommandations et si elle a eu une incidence sur les résultats. Les deux étapes sont les suivantes :

1. La surveillance de l'adoption des nouvelles connaissances (c'est-à-dire la conformité aux recommandations de la LDPE ou aux changements apportés au processus clinique).
2. L'évaluation des résultats suivant la mise en œuvre d'une pratique exemplaire.

Les notions d'utilisation et d'incidence des connaissances sont examinées, et des méthodes et des stratégies de surveillance de l'utilisation des connaissances et d'évaluation de l'incidence sont présentées.

Le chapitre propose une réponse aux questions suivantes :

- Quel a été l'effet de la mise en œuvre de LDPE sur la pratique clinique?
- Quel a été l'effet de la mise en œuvre de LDPE sur les résultats pour les patients et autres résultats connexes?

Principales définitions

Résultats ou incidence : Changements qui découlent de la mise en œuvre d'une pratique exemplaire. Ils se produisent à différents échelons : aux échelons du client, de l'état pathologique; du dispensateur de soins de santé; du service, de l'organisme ou du système (Hakkennes et Green 2006; Graham et coll., 2010).
Utilisation comportementale ou instrumentale des connaissances (application des connaissances) : Connaissance qui a fait l'objet d'une mise en pratique et qui a donc eu une incidence sur l'action ou le comportement (Beyer et Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, et Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone et Bucknall, 2010; Weiss, 1979).
Utilisation conceptuelle des connaissances : Connaissances qui ont une incidence sur la manière dont les praticiens et les gestionnaires envisagent les problèmes et les attitudes (Beyer et Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, et Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone et Bucknall, 2010; Weiss, 1979). Le terme sert à décrire la compréhension et l'intériorisation des connaissances et de l'information.
Utilisation des connaissances : Utilisation des données probantes étayant la pratique; on parle aussi d'utilisation conceptuelle de la connaissance, d'utilisation comportementale de la connaissance ou d'utilisation stratégique de la connaissance (Graham et coll., 2006). Dans un contexte de pratique clinique, cette utilisation se traduit par des changements apportés à la pratique clinique de soins infirmiers, qu'on appelle parfois les résultats de processus.
Utilisation stratégique des connaissances (utilisation symbolique des connaissances) : Utilisation de connaissances ou de données (par ex., des résultats de recherche) pour convaincre les autres d'adopter notre point de vue ou notre décision. Cette utilisation débouche ou non sur une utilisation conceptuelle ou comportementale par les autres (Beyer et Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, et Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone et Bucknall, 2010; Weiss, 1979).

Méthodes et terminologie usuelles de l'évaluation :

Entrevues : Méthode consistant à poser des questions à des gens sur leurs impressions, leurs attitudes ou leurs comportements. Les études qualitatives proposent habituellement des questions ouvertes, alors que les études quantitatives proposent habituellement un questionnaire à réponses préétablies, à choix multiples.
Fiabilité : Le niveau de régularité avec lequel un outil de collecte de données mesure toujours de la même manière la caractéristique qu'il est conçu pour mesurer, ou la mesure dans laquelle il est possible de reproduire les résultats.
Groupe de discussion : Méthode consistant à acquérir des connaissances en effectuant des entrevues avec un groupe de gens sur leurs impressions, leurs attitudes ou leur comportement.
Observation : Méthode d'acquisition des connaissances par les sens (vision, ouïe) ou par l'enregistrement de données avec des instruments scientifiques.
Sondages : Méthode d'acquisition des connaissances par une collecte d'information, souvent sous la forme de questions fermées avec des échelles graduées. Il est possible d'effectuer des sondages en personne, par téléphone ou par Internet (Dillman, 2007).
Vérification et rétroaction : Un résumé du rendement clinique qui contient parfois des recommandations de mesures à prendre, basé sur une période donnée de collecte de données, et qui permet de sensibiliser le groupe aux caractéristiques de sa pratique. Il est possible d'obtenir l'information des dossiers médicaux, de bases de données informatisées, ou d'observations auprès des patients, clients ou résidents (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).
Validité : Le niveau de précision avec lequel un outil de collecte de données mesure ce qu'il est conçu pour mesurer.
Sensibilité et spécificité : Deux caractéristiques souvent décrites lorsqu'il s'agit d'outils et d'examens diagnostiques. La sensibilité consiste en la fiabilité avec laquelle un examen permet d'identifier correctement une personne qui *est atteinte d'un état pathologique ou d'une maladie*. La spécificité consiste en la fiabilité avec laquelle un examen permet d'identifier correctement *une personne qui n'a pas l'état pathologique ou la maladie qu'on cherche à dépister*.
Modes d'organisation : Qu'est-ce qui est nécessaire pour effectuer le changement (par ex., matériel, fournitures, installations)?
Processus : Que faut-il changer au système pour mettre en œuvre la pratique?
Résultat : Les résultats d'une action ou d'une initiative (Donabedian, 1988).

Voici ce que l'on sait :

Qu'est-ce que l'utilisation des connaissances?
Plusieurs modèles (Beyer JM et Trice HM 1982; Dunn WN 1983; Estabrooks C 1999; Graham I et coll. 2010, Larsen J 1980; Rycroft-Malone J. et Bucknell T. 2010, Weiss CH 1979) proposent une typologie de l'utilisation des connaissances qui distingue trois catégories :

1. Utilisation conceptuelle des connaissances (compréhension).
2. Utilisation comportementale ou instrumentale des connaissances (application des connaissances).
3. Utilisation symbolique (persuasive ou stratégique) des connaissances (utilisation de données choisies afin de convaincre les autres d'accepter le changement de pratique recommandé).

Il est important de comprendre ces trois types d'utilisation des connaissances afin de pouvoir surveiller efficacement le niveau de rétention des recommandations de LDPE. Le tableau 10 ci-dessous montre chaque type d'utilisation de la connaissance et son rôle respectif dans la surveillance d'une mise en œuvre de LDPE.

Tableau 10 : Utilisation des connaissances et rôle dans le cadre d'une mise en œuvre de LDPE

Type d'utilisation des connaissances	Rôle dans le cadre d'une mise en œuvre de LDPE	Exemple de surveillance de l'utilisation des connaissances dans le cadre d'une mise en œuvre de LDPE
Connaissance conceptuelle (compréhension et intériorisation de connaissances nouvelles)	Incidence ou influence sur la manière dont les cliniciens envisage les problèmes. Représente la compréhension, l'acceptation et l'intériorisation de la connaissance. Influence l'acceptation des recommandations de LDPE.	On fait passer un test de connaissance aux participants d'une séance de formation de LDPE sur la prise en charge de la douleur afin de déterminer s'ils comprennent ou connaissent les recommandations et les données probantes qui les appuient (voir Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, Ferrell et McCaffery, 2008).
Connaissance comportementale ou instrumentale (application de connaissances nouvelles)	Connaissance qui influence l'action ou les comportements. Application pratique des connaissances dans un contexte clinique ou conformité aux nouvelles recommandations de LDPE devant normalement produire les résultats souhaités (par ex., l'évaluation de l'intensité de la douleur au moyen d'une échelle graduée).	Vérification de dossiers pour déterminer si les recommandations de LDPE sont bel et bien suivies (Davies et coll., 2008), par ex. une vérification visant à déterminer si l'évaluation de l'intensité de la douleur du patient est notée au dossier conformément aux recommandations (avec une échelle de 0–10).
Utilisation symbolique des connaissances (utilisation persuasive ou stratégique des connaissances)	Utilisation de données choisies afin de convaincre les autres d'agir d'une certaine manière ou de cesser d'agir d'une certaine manière.	Mention de données sur les résultats d'un sondage de satisfaction de la clientèle, d'après lequel les patients sont insatisfaits de la manière dont les besoins en matière de soulagement de la douleur sont pris en charge, ce qui aide les praticiens à adopter les recommandations de la LDPE sur la prise en charge de la douleur.

Que savons-nous sur l'utilisation des connaissances?

Les connaissances sont un point crucial de la conformité des cliniciens à des recommandations de pratique fondées sur des données probantes.

L'utilisation des connaissances :

- Est un phénomène qui se produit à l'échelon de la personne, du service, de l'organisme ou du système (Dunn, W.N. 1983).
- Opère parfois un changement de comportement (le praticien reçoit de l'information sur une pratique exemplaire, il adopte peu à peu une attitude positive à son égard, il envisage de la respecter, il atteint le niveau de motivation qui le fait passer à l'action).
- Est un phénomène complexe (les cliniciens sont parfois sélectifs dans le choix des recommandations qu'ils souhaitent respecter).
- Est un phénomène qui subit l'influence des modes d'organisation et des processus du milieu clinique (voir chapitre 3 et 4).

Comme l'utilisation des connaissances est un phénomène complexe et multidimensionnel, il importe d'utiliser plusieurs stratégies pour la surveiller.

ATTENTION

La connaissance (théorique) d'une LDPE, l'adoption d'une attitude positive à son égard et le désir de suivre ses recommandations ne garantissent pas une mise en œuvre réussie.

D'autres facteurs ont une incidence sur l'application de nouvelles recommandations de LDPE dans un contexte clinique, notamment :

- La motivation intrinsèque (en se basant sur des nouvelles connaissances ou des connaissances actuelles, la personne croit qu'il serait avantageux de suivre les recommandations de la LDPE).
- La motivation extrinsèque (modes d'organisation ou processus dans le milieu clinique qui fournissent les conditions nécessaires à un changement de comportement sans que les personnes soient nécessairement obligées de se concentrer mentalement sur l'application des connaissances).

Le tableau 11 donne des exemples de modes d'organisation et de processus susceptibles de favoriser un changement comportemental.

Tableau 11 : Modes d'organisation et processus susceptibles de favoriser un changement comportemental

Type de soutien	Exemples	Justification de l'utilisation
Mode d'organisation	• Politiques et procédures • Réorganisation de la dotation ou des services • Formulaires • Cheminements cliniques • Matériel	• Fournit une justification du changement de pratique et une orientation en la matière. • Permet de s'assurer qu'il y a un niveau de dotation adéquat pour appliquer les recommandations de LDPE. • Comprend des rappels relatifs à des évaluations et à des interventions précises (par ex., s'il s'agit d'évaluer l'intensité de la douleur sur une échelle de 0 à 10, l'ajout d'une échelle sur la feuille de soins va encourager l'utilisation et même la susciter, bref, en faire une habitude). • Fournit une orientation relativement aux soins cliniques recommandés. • Favorise l'adoption des recommandations (si une pratique recommandée consiste à surveiller la saturation en oxygène, s'assurer qu'il y a suffisamment de saturomètres en bon état de fonctionnement dans le service permet d'encourager ce geste).
Processus	• Séances de formation en soins infirmiers obligatoires relativement à la mise en œuvre de LDPE. • Intégration des indicateurs clés de mise en œuvre de LDPE aux évaluations du rendement des infirmières. • Renseignements sur les résultats de satisfaction de la clientèle en matière de prise en charge de la douleur transmis tous les trimestres aux gestionnaires cliniques du service et au personnel clinique.	• Favorise une prestation optimale de la stratégie de mise en œuvre (formation visant tout le personnel). • Souligne l'importance des recommandations de LDPE en regard du rendement clinique. • Met en place un forum de discussion sur les résultats pertinents et donne l'occasion de modifier au besoin les stratégies de mise en œuvre.

Pourquoi est-il important de surveiller l'utilisation des connaissances et d'évaluer son incidence?

La surveillance de l'utilisation des connaissances procure les éléments suivants :

- Une bonne indication du niveau de notoriété, d'acceptation et d'application des recommandations de LDPE.
- Une bonne indication du degré de réussite des interventions de mise en œuvre en ce qui a trait au changement des pratiques cliniques.
  - Des réponses aux questions suivantes :
  - Les recommandations sont-elles suivies?
  - L'intervention de mise en œuvre semble-t-elle bien fonctionner?
- Des renseignements sur les facteurs circonstanciels qui évoluent avec le temps après des interventions de mise en œuvre, comme les connaissances, les attitudes, le respect des recommandations.
- La justification des changements apportés aux plans de mise en œuvre.

L'évaluation de l'incidence (résultats) de la mise en œuvre de LDPE :

- Attire l'attention sur ce qui se produit lorsqu'on applique des recommandations de LDPE, est multidimensionnel en ce qu'il s'agit d'examiner les résultats à plusieurs échelons, notamment :
  - le client;
  - le dispensateur de soins de santé;
  - le service, l'organisme ou le système.
- Fournit une réponse à la question : « Quelle différence y-a-t-il entre l'avant et l'après de l'application des recommandations dans le milieu de pratique clinique, notamment sur le plan de la santé et des résultats cliniques de mes patients? »

La mesure de l'utilisation des connaissances et la mesure de son incidence sont étroitement liées. Il est difficile d'interpréter l'incidence (résultats) sans savoir dans quelle mesure les connaissances ont été appliquées. Par ex., si le niveau de douleur du patient est toujours élevé après la mise en œuvre de la LDPE sur la prise en charge de la douleur, la surveillance doit se faire à plusieurs échelons afin de pouvoir répondre aux questions suivantes liées aux processus, aux modes d'organisation et aux résultats :

Processus

- Toutes les infirmières ont-elles terminé le cours sur la prise en charge de la douleur?
- Les infirmières ont-elles assimilé (intériorisé) la matière? L'évaluation a-t-elle procédé en deux volets, à savoir la pré- et la post-mise en œuvre?
- Les infirmières ont-elles les compétences nécessaires pour l'évaluation de la douleur et la prestation des interventions qui s'imposent?
- Les infirmières ont-elles suivi les recommandations pour la population de patients visée?

Mode d'organisation

- Y a-t-il des politiques et des procédures clairement définies qui appuient les recommandations de la LDPE?
- Des médecins étaient-ils présents pour prescrire les médicaments voulus?
- Des pompes étaient-elles disponibles pour les patients ayant besoin de perfusion continue?

Résultat

- Combien de patients avaient un niveau de douleur <4 sur une échelle de 10?
- Combien de patients déclaraient un niveau de douleur >6 sur une échelle de 10?

Les études actuellement publiées font remarquer que la surveillance de l'utilisation des connaissances et des résultats n'est pas effectuée d'une manière universelle. Godfrey et collègues (2010) et Hakkennes et Green (2006) ont constaté que la majorité des études (89 % et 100 %, respectivement) ont examiné l'application des connaissances (utilisation comportementale de la connaissance) tandis que seulement 18 % et 47 %, respectivement, ont évalué les connaissances conceptuelles. Encore moins d'études examinaient les résultats à l'échelon du patient, du dispensateur de soins de santé ou du système.

ATTENTION

Il est important de tenir compte de la complexité et du coût de la surveillance de l'utilisation des connaissances et des résultats cliniques. Même si des mesures à plusieurs échelons représentent un idéal, les réalités de différents milieux cliniques imposeront parfois une surveillance sélective. Par exemple, Ciachini et collègues ont examiné la stratégie de mise en œuvre de lignes directrices d'Ostéoporose Canada dans une collectivité du nord de l'Ontario (Straus, 2009). Le principal résultat de l'étude randomisée consistait en la détermination de l'utilisation judicieuse des médicaments contre l'ostéoporose (connaissances comportementales), plutôt que les fractures des patients (résultat clinique). Les auteurs estimaient qu'il y a assez de données probantes appuyant l'utilisation des médicaments contre l'ostéoporose dans la prévention des fractures de fragilisation pour qu'il soit légitime d'en faire un indicateur indirect des fractures des patients, résultat beaucoup plus coûteux à mesurer.

Mesure de l'utilisation des connaissances

L'utilisation des connaissances est un processus complexe qui ne cesse de se produire (Rich, 1991) et non un événement ponctuel qui ne se produirait qu'une fois. L'évaluation de l'utilisation des connaissances a donc la même complexité et exige une méthode multidimensionnelle, systématique et itérative (Sudsawada, 2007).

Les stratégies qui fonctionnent

Utilisation conceptuelle des connaissances
Il est possible de mesurer ce type d'utilisation des connaissances par des tests de connaissance et de compréhension (dans quelle mesure les cliniciens acquièrent les compétences et les connaissances transmises dans le cadre des séances de formation). Godin, Belanger-Gravel, Eccles, et Grimshaw (2008) ont déterminé quelles sont les mesures de résultats les plus souvent utilisées dans des études de mise en œuvre :

- sondages sur les attitudes et les intentions
- mesures de l'attitude à l'égard d'une pratique donnée
- impressions subjectives d'efficacité dans l'effectuation d'une pratique donnée;
- intention d'adopter certaines pratiques.

Stacey et coll. (2006a) ont effectué un essai comparatif randomisé sur une intervention visant à mettre en œuvre une aide à la décision des patients fondée sur des données probantes dans un centre d'appels de soins infirmiers. Une partie de l'intervention consistait en un didacticiel en ligne de trois heures offert aux infirmières. Pour évaluer le niveau de rétention des connaissances conceptuelles, les chercheurs ont ajouté un test de connaissance au didacticiel afin de déterminer si les infirmières avaient assimilé les notions et les compétences qui leur permettraient de fournir une aide à la décision.

Près de 50 % des études sur la mise en œuvre de lignes directrices dans le domaine des sciences infirmières et des domaines connexes comprennent des mesures de l'utilisation conceptuelle des connaissances, alors que ce pourcentage s'élève à 20 % parmi les études ciblant les médecins (Hakkennes et Green, 2006; Godfrey et coll., 2010).

Utilisation comportementale des connaissances

La plupart des outils d'utilisation des connaissances mesurent l'utilisation comportementale des connaissances (Estabrooks et coll., 2003). Les examens systématiques de l'efficacité des interventions en regard de la rétention des lignes directrices de pratique (Grimshaw et coll., 2004; Harrison et coll., 2009) ont constaté que 89 % des études de mise en œuvre comprennent des mesures de l'utilisation comportementale des connaissances ou du respect des lignes directrices (Godfrey, Harrison, et Graham, 2010; Hakkennes et Green, 2006).

ATTENTION

Ces mesures font souvent appel à des autoévaluations, ce qui comporte un risque de biais de rappel et de biais de désirabilité sociale. Il y a biais de rappel lorsqu'une personne ne se souvient plus précisément de ce qu'elle a appris; il y a biais de désirabilité sociale lorsque le répondant formule une réponse influencée par sa conception de ce que le chercheur veut entendre.

Méthodes de mesure de l'utilisation comportementale des connaissances

- Mesure du degré de conformité aux recommandations ou aux indicateurs de qualité à l'aide de bases de données administratives ou de vérification des dossiers médicaux.
- Observation directe des interactions entre l'utilisateur de service et le clinicien afin de déterminer dans quelle mesure les pratiques fondées sur des données probantes sont utilisées.
- Questions directement posées aux utilisateurs sur leurs interactions avec des professionnels de la santé.

Stacey et coll. (2006b) ont effectué une étude de cas exploratoire afin de déterminer dans quelle mesure l'utilisation d'un outil d'aide à la décision par des infirmières dans un centre d'appels se maintient dans le temps. Onze des 25 répondantes ont déclaré qu'elles avaient utilisé l'outil et 22 des 25 ont déclaré qu'elles allaient l'utiliser. Les auteurs ont cependant noté qu'il y avait un risque de biais de rappel et que la période de suivi (1 mois) sans observations répétées était assez courte, ce qui représentait une limitation potentielle de l'étude. Les chercheurs ont utilisé une observation de l'interaction praticien-patient, comportant une évaluation de la qualité des compétences en encadrement basée sur une simulation d'appel, qui a également permis d'évaluer l'utilisation des connaissances (Stacey et coll., 2006a). Le tableau 12 ci-dessous donne des exemples d'outils conçus pour évaluer l'utilisation comportementale des connaissances et précise les catégories de mesure utilisées par l'outil, en plus de fournir des commentaires sur la nature de l'outil.

Tableau 12 : Outils d'utilisation des connaissances

Catégorie de mesure de l'utilisation des connaissances	Outil	Commentaires
Observation	Exemple : *Outils sur la prévalence de la contention* *L'usage de la contention physique* comprend, en termes pratiques, l'utilisation de dispositifs comme des ceintures abdominales, des moyens de contention du tronc, d'un membre ou des côtés de lit. Les évaluateurs doivent déterminer si le patient peut enlever lui-même le dispositif de contention ou non. Il est recommandé de procéder à plus d'une observation afin de pouvoir documenter la tendance en matière de contention de jour et de nuit. La prévalence de la contention serait utile pour l'évaluation des recommandations formulées dans les LDPE de l'AIIAO : *Le soin des personnes souffrant de délire, de démence ou de dépression* et *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints* (méthodes de rechange à l'utilisation des moyens de contention).	Il existe un guide de l'utilisateur gratuit et téléchargeable, qui contient un outil d'observation et de vérification des dossiers (Davies et coll., 2006). Il existe également un article publié sur les caractéristiques psychométriques de l'outil (validité, fiabilité) (Edwards et coll., 2006).
Analyse du contenu du questionnaire et données d'entrevue	Exemple : *Analyses du contenu visant les facteurs favorables et les obstacles* à la mise en œuvre de LDPE. Données d'entrevues avec le personnel, les infirmières-ressources en soins cliniques et les administrateurs. On trouve des exemples de surveillance de l'utilisation d'une LDPE dans les LDPE de l'AIIAO suivantes : lésions de pression, asthme chez l'adulte, cessation du tabagisme et réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques.	Il existe un guide de l'utilisateur gratuit et téléchargeable, qui comprend un échantillon de questionnaire et des analyses connexes pour les entrevues (Edwards et coll., 2004). Il existe un article décrivant plus en détail la méthodologie de l'analyse de contenu et les résultats qualitatifs analytiques et thématiques (Ploeg et coll., 2007). Référence recommandée pour l'analyse du contenu (Elo et Kyngas, 2007).
Échelles	Phlébite et échelle d'infiltration pour l'évaluation des complications liées aux dispositifs d'accès vasculaires périphériques. Outil de Skinner pour la mesure des résultats de mise en commun des connaissances. Échelle de Landry relative à l'utilisation des connaissances Échelle d'utilisation des connaissances de Champion et Leach.	Groll et coll., 2010 Skinner, 2007 Landry et coll., 2003 Champion et Leach, 1989

ATTENTION

Les responsables de la mise en œuvre d'une LDPE doivent se fixer des objectifs en matière de niveau d'utilisation des connaissances. Ces niveaux doivent découler de discussions avec les intervenants pertinents et doivent tenir compte de ce qui est acceptable et réalisable, en plus de se demander s'il y a peut-être un effet de plafonnement (Straus et coll., 2009). Il y a effet de plafonnement lorsqu'il existe une très petite marge de manœuvre en matière d'améliorations possibles ; par ex., si au début du projet 90 % des infirmières se conforment aux recommandations, il ne reste plus qu'une possibilité d'amélioration de 10 % si la stratégie d'intervention est efficace.

Qui va utiliser ces connaissances?

Un facteur primordial qu'il convient d'examiner au moment de l'évaluation est de déterminer qui parmi les groupes d'intervenant va utiliser les connaissances en question. Ces groupes comprennent :

- le public ou les consommateurs de soins de santé
- les professionnels de la santé ou les cliniciens
- les gestionnaires et les administrateurs;
- les responsables des politiques.

ATTENTION

Différentes stratégies conviennent à différents intervenants lorsqu'il s'agit de surveiller l'utilisation des connaissances. Le tableau 13 ci-dessous décrit des stratégies de mesure pour les responsables des politiques et les cliniciens.

Tableau 13 : Stratégies de mesure à l'intention des responsables des politiques et des cliniciens

Cible	Stratégie de mesure
Responsables des politiques	• Entrevues • Analyses des documents (Hanney et coll., 2002).
Cliniciens	• Entrevues • Sondages • Vérification • Analyse de bases de données administratives ou cliniques

Surveillance de l'utilisation des connaissances

Si le niveau d'utilisation des connaissances est considéré comme adéquat, la prochaine étape consiste à surveiller la permanence de cette utilisation. Des entrevues avec les intervenants aident à choisir la méthode la plus efficace. Si le niveau est inférieur aux attentes ou à ce qui est considéré comme souhaitable, il peut être utile de réévaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances et de modifier les stratégies de mise en œuvre en conséquence.

On trouve un exemple de surveillance de l'utilisation des connaissances dans l'étude de Stacey décrite ci-dessus. (2006). Un sondage auprès des infirmières travaillant dans un centre d'appels a permis de constater qu'une bonne manière de favoriser l'utilisation d'un outil d'aide à la décision consisterait à l'intégrer à la base de données du centre, à fournir au personnel une formation sur l'aide à la décision, et à informer le public de l'existence du service.

Évaluation de l'incidence de l'utilisation des connaissances

Il est crucial de considérer l'évaluation comme un élément incontournable de la mise en œuvre d'une LDPE. La boîte ci-dessous fait ressortir les aspects importants.

La planification de l'évaluation devrait mettre l'accent sur trois aspects :
1. Le type de connaissances qui est mis en œuvre (conceptuel, comportemental, instrumental)
2. Le point de vue de l'évaluation (patient/client, dispensateur de soins, système de soins de santé)
3. Le type d'indicateur (mode d'organisation, processus, résultats).

L'évaluation du niveau d'utilisation des connaissances est toujours important dans le cas d'une mise en œuvre de LDPE, mais il n'en reste pas moins que le but premier d'une ligne directrice est de résumer les travaux publiés dans un certain domaine et de formuler des recommandations visant à améliorer l'état de santé des patients et la qualité des soins. Les résultats les plus importants à évaluer sont donc ceux qui se trouvent à l'échelon du client/patient, du dispensateur de soins et du système de soins de santé.

ATTENTION

Avant de commencer l'évaluation, le responsable doit se demander s'il convient de demander une autorisation en matière d'éthique. Toute recherche visant des humains doit en effet être examinée sur le plan de l'éthique. L'examen éthique n'est pas obligatoire si la recherche fait uniquemet appel à des renseignements du domaine public. Ainsi, un examen éthique n'est pas obligatoire dans les cas suivants : études d'assurance de la qualité et d'amélioration de la qualité; évaluations de programme; examens du rendement ou examens visant à déterminer si un étudiant satisfait aux exigences ordinaires de la discipline. Il faut dire tout de même que les zones grises ne manquent pas dans ce domaine. Si vous souhaitez publier vos résultats, un examen éthique est recommandé, et il convient alors de prendre des mesures relatives au consentement libre et éclairé et à la protection des renseignements personnels (anonymat et confidentialité).

Il pourrait être judicieux de communiquer avec l'agent du protocole d'éthique de votre organisme de soins de santé ou d'une université voisine pour obtenir son avis. Vous pouvez également accéder à l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains du gouvernement du Canada sur le site Web suivant : http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/

De plus, Alberta Innovates possède un outil de dépistage en matière d'éthique que l'on retrouve sur le site http://www.aihealthsolutions.ca/arecci/screening.

Envisagez d'avoir recours aux services d'un partenaire du monde universitaire comme intervenant ou comme ressource pour l'évaluation et la surveillance, surtout au début d'un projet de mise en œuvre qui comprendra un volet d'évaluation.

L'évaluation de l'incidence doit commencer par la formulation de la question qui vous intéresse. Pour ce faire, songez à utiliser le modèle **PICO**, un outil déjà bien éprouvé (Straus, 2009). Dans ce modèle, chaque question doit tenir compte de quatre facteurs. Ainsi, pour l'évaluation de la mise en œuvre d'une LDPE sur l'évaluation et le soulagement de la douleur, l'équipe devra poser la question suivante : le programme d'enseignement intensif pour infirmières-ressources dans le domaine de la douleur (I) a-t-il amélioré les connaissances relatives à la douleur (O) des infirmières (P) qui ont assisté aux séances, par comparaison à celles qui ne l'ont pas fait (C)?

P – Population (grand public, décideurs, dispensateurs de soins)

I – Intervention (stratégie d'application des connaissances)

C – Comparaison (avec un autre groupe pour lequel la stratégie n'a pas été employée; s'il n'y en a pas, pensez au contexte)

O – *Outcome* (résultat) (relatif à la santé, au dispensateur de soins, à l'organisme ou au système)

Dans le but de mieux cerner les résultats à mesurer, Graham et coll. (2010) ont poursuivi le travail de Hakkennes et Green (2006) et regroupé les mesures d'incidence de l'utilisation de connaissances dans les trois catégories principales susmentionnées. Le tableau 14, ci-dessous, décrit les catégories de mesure des résultats en détail et fournit des exemples à utiliser pour l'évaluation des résultats des LDPE.

Tableau 14 : Catégories de mesure des résultats et exemples

Catégorie d'incidence ou de résultat	Exemples de résultat
Client, patient ou niveau clinique	• Mesure d'un changement réel dans l'état de santé (mortalité, morbidité, signes, symptômes, état fonctionnel, qualité de vie, effets secondaires) • Autres mesures d'incidence sur le patient qui a accès au service n'ayant aucun lien avec la santé (par ex., satisfaction du patient)
Niveau du dispensateur de soins de santé	• Mesures de satisfaction du dispensateur
Niveau du système ou de l'organisme	• Mesures de changement au sein du système de santé (temps d'attente, durée du séjour, visites de santé, réadmissions à l'hôpital) ou dépenses

Le cadre de Donabedian représente une autre manière de catégoriser la qualité des soins (Donabedian, 1988). Il distingue les trois types principaux d'indicateurs de qualité selon qu'ils sont axés sur le mode d'organisation, sur le processus ou sur les résultats. Le tableau suivant vous décrira comment ce cadre peut être mis en pratique pour l'évaluation de l'utilisation des connaissances et de son incidence.

Tableau 15 : Évaluation de l'utilisation des connaissances et de son incidence

Type d'indicateur de qualité	Définition de l'indicateur	Exemples d'indicateurs appliqués à l'évaluation de l'utilisation des connaissances et de son incidence
Mode d'organisation	• Axé sur les aspects organisationnels de la prestation de services • Il peut s'agir à divers degrés de facteurs favorables à l'utilisation instrumentale des connaissances.	• L'adoption d'une ligne directrice de pratique au sein d'un organisme • Une politique qui énonce clairement la pratique obligatoire • Des formulaires de documentation qui invitent à respecter la ligne directrice • L'achat du matériel dont les praticiens ont besoin pour respecter les recommandations de la ligne directrice
Processus	• Axé sur les processus de la prestation de soins aux patients • Comparable à l'utilisation instrumentale des connaissances	• Un processus organisationnel pour l'évaluation et le soulagement de la douleur (par ex., dépistage de la douleur à l'admission; s'il y a douleur, exécution d'une évaluation complète toutes les quatre heures) • Un plan de soulagement de la douleur personnalisé pour chaque patient
Résultat	Accent sur l'amélioration des résultats de santé des clients et des patients	• La prévalence de la douleur en fonction de sa gravité (légère, modérée, grande)

Choix des stratégies

Points à prendre en considération au sujet des mesures
Quiconque souhaite mettre en œuvre une LDPE (voir le chapitre 4) devrait se poser plusieurs questions afin d'orienter la surveillance de l'utilisation des connaissances et des résultats cliniques.

Que mesure-t-on?
Vous devez déterminer si vous allez mesurer l'utilisation des connaissances (conceptuelle, comportementale, symbolique), les résultats (l'incidence sur le patient, le dispensateur de soins, le service, l'organisme ou le système) ou les deux. Plusieurs points doivent être pris en considération, notamment les coûts (ressources humaines et financement), les contraintes de temps, la facilité d'accès aux données et la pertinence des stratégies.

Ainsi, si vous mettez en œuvre la LDPE de l'AIIAO sur l'évaluation et le soulagement de la douleur, vous devrez faire un choix parmi plusieurs mesures, y compris :

- Des tests avant et après les séances de formation en soins infirmiers afin d'évaluer l'acquisition de connaissances (utilisation conceptuelle des connaissances).
- Une vérification des dossiers visant la documentation en matière de soulagement de la douleur afin d'évaluer le respect des recommandations (utilisation comportementale des connaissances).
- Une étude de prévalence visant à déterminer l'intensité de la douleur des patients dans les divers services de mise en œuvre et à évaluer l'incidence sur les résultats de santé des patients (résultats).
- Un sondage sur la satisfaction des patients pour ce qui est du soulagement de la douleur afin d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre des recommandations (résultats).
- Un groupe de discussion en soins infirmiers visant à évaluer l'incidence sur la charge de travail et la satisfaction à cet égard (résultats).
- Une vérification afin d'évaluer l'utilisation d'anti-douleurs par les patients (utilisation comportementale des connaissances) et les coûts associés (résultats).

Comment mesurerons-nous ces résultats?
Plusieurs points (aspects) doivent être pris en considération quand on désire choisir des manières de mesurer les résultats. Le tableau 16 donne un aperçu de ces différents points ainsi que quelques exemples cliniques.

Tableau 16 : Aperçu des différents aspects de la mesure des résultats

Aspect de mesure	Définition	Exemple
Direct	• Le résultat peut être observé ou mesuré directement	• Observation d'une infirmière exécutant une évaluation de la douleur • Mesure des connaissances conceptuelles après une séance de formation par l'entremise d'un test à choix multiples portant sur le contenu enseigné
Indirect ou auxiliaire	• Mesure le résultat d'un comportement ou d'une action	• Vérification pour déterminer si une infirmière a documenté une évaluation de la douleur
Subjectif	• Mesure l'expérience subjective d'une personne	• Utilisation d'un outil de déclaration volontaire comme le questionnaire concis sur les douleurs (Brief Pain Inventory) • Entrevue avec le patient • Groupes de discussion
Objectif	• Des données impartiales	• Le nombre de doses d'anti-douleurs qu'un patient a pris par l'entremise d'une pompe d'analgésique informatisée faisant le suivi du nombre de tentatives et de doses administrées

Plusieurs méthodes sont fréquemment employées afin de mesurer les résultats, notamment les vérifications, les sondages, les entrevues et l'observation. Pour choisir le mode de mesure des résultats, vous devrez porter attention à deux facteurs clés :

1. la valeur scientifique (fiabilité, validité, sensibilité clinique);
2. l'aspect pratique (ressources nécessaires, fardeau administratif).

Toute mesure pertinente doit tenir compte de ces facteurs dans le contexte de la mise en œuvre des LDPE (en consultation avec les intervenants concernés).

ATTENTION

Puisqu'il existe plusieurs manières d'évaluer l'utilisation des connaissances, il est important de porter attention au type de méthode et surtout à sa faisabilité au sein d'un organisme particulier. Le Tableau 17, ci-dessous, donne des exemples de mesures de l'utilisation des connaissances et de son incidence. Il explique aussi de quelle façon ils s'inscrivent dans le cadre de Donabedian et précise des stratégies et des sources possibles pour la collecte de données (Graham, 2010).

Tableau 17 : Exemples d'utilisation des connaissances et liens avec le cadre de Donabedian

Concept	Concept de Donabedian	Description	Exemples de mesures	Stratégie pour la collecte de données	Source de données
Utilisation des connaissances					
Conceptuelle (client, patient ou dispensateur)	Processus	Changements dans les niveaux de connaissance, la compréhension, l'attitude et l'intention	Connaissance, attitude, intentions d'adopter la pratique	Autoévaluation	• Questionnaires • Entrevues avec les utilisateurs de services, les patients ou les dispensateurs
Instrumentale (client, patient ou dispensateur)	Processus	Changements de comportement ou de pratique	Respect des recommandations (adoption d'une nouvelle pratique en soins infirmiers ou abandon d'une pratique existante; changement dans l'ordonnance de médicaments ou d'examens)	Vérification Observation Autoévaluation	• Base de données administrative ou clinique • Observations de rencontres entre le dispensateur et l'utilisateur ou le patient • Questionnaires, entrevues avec les patients au sujet du comportement du dispensateur
Facteurs favorables à l'utilisation instrumentale	Mode d'organisation	Changements requis afin de favoriser le changement de comportement	Adoption de recommandations d'une ligne directrice au sein de l'organisme Achat du matériel requis Changements dans les politiques et les procédures (dossiers et formulaires)	Autoévaluation Analyse de document	• Entrevues • Documents
Incidence de l'utilisation des connaissances					
Incidence sur le client ou le patient	Résultat	Incidence sur l'utilisateur ou le patient qui utilise ou met en application la connaissance	État de santé (morbidité, mortalité, signes, symptômes, douleur, dépression); aspects de la qualité de vie liés à la santé; fonctionnement; Satisfaction à l'égard des soins	Vérification Autoévaluation	• Base de données administrative • Base de données clinique • Questionnaires • Entrevues

Concept	Concept de Donabedian	Description	Exemples de mesures	Stratégie pour la collecte de données	Source de données
Incidence sur le dispensateur	Résultat	Incidence sur les dispensateurs qui utilisent ou mettent en application les connaissances	Satisfaction à l'égard de la pratique Temps passé à exécuter la nouvelle pratique	Autoévaluation Observation	• Questionnaires • Entrevues
Incidence sur le système ou l'organisme	Résultat	Incidence sur le système de santé après utilisation ou mise en application des connaissances	Durée du séjour Temps d'attente Taux de réadmission Dépenses et utilisation de ressources Hospitalisations	Vérification Autoévaluation	• Base de données administrative • Base de données clinique • Questionnaires, entrevues avec les utilisateurs de services, les patients ou les dispensateurs

Bref, pour surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les résultats, il est important de suivre les étapes que voici :

- Déterminer le type de connaissance devant être surveillé.
- Choisir les mesures et les stratégies à employer pour surveiller l'utilisation de connaissances.
- Prendre en considération l'incidence et les résultats de l'utilisation des connaissances devant être évaluée.
- Baser la question d'évaluation sur le modèle PICO.
- Choisir les stratégies de mesure.
- Se demander s'il est essentiel d'obtenir une approbation déontologique.
- S'assurer que l'on dispose des ressources nécessaires et d'un soutien suffisant de la part des intervenants afin de mener les activités de surveillance et d'évaluation.

Points à prendre en considération avant de passer au prochain chapitre

Points à prendre en considération au sujet des intervenants

- Pensez bien à tous les intervenants quand vous planifiez des activités de surveillance et d'évaluation, y compris le client ou patient, le dispensateur et le système. Il est essentiel d'avoir accès à des données relatives au rendement pour tous ces éléments. Il est alors possible d'évaluer le niveau de motivation à l'égard du processus d'application de la connaissance, ce qui favorise l'atteinte des résultats désirés.
- Un intervenant clé peut être un partenaire du monde universitaire.

$ Points à prendre en considération au sujet des ressources

- Utilisez des mesures d'évaluation pouvant être obtenues avec peu de temps et d'argent. S'il est possible de le faire, essayez d'adopter des mesures pouvant être tirées de systèmes existants, par exemple de bases de données cliniques ou administratives. Par contre, ne sous-estimez pas le temps qu'il vous faudra pour compiler et analyser les données.

Points à prendre en considération au sujet du plan d'action

- Incluez des stratégies de surveillance et d'évaluation dans votre plan d'action. Ayez soin de disposer de ressources suffisantes pour assurer leur succès.
- Demandez-vous si l'approbation déontologique est nécessaire et envisagez de vous associer avec un établissement universitaire afin d'en faciliter l'obtention.
- Choisissez les méthodes d'évaluation en fonction du type de connaissances à mettre en œuvre, de l'objet de l'évaluation et du type d'indicateur.

Sites Web et ressources Web recommandés

Gouvernement du Canada, *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*
http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/

Méthodologie qualitative

International Institute for Qualitative Methodology http://www.iiqm.ualberta.ca/

Méthodologie quantitative

Centre for Evidence-Based Medicine : outils pour la médecine fondée sur les preuves http://www.cebm.net/index.aspx?o=1039

The Cochrane Collaboration : formations et cours en ligne http://www.cochrane.org/training

Organisation mondiale de la Santé : Donnée, statistiques et essais cliniques //www.who.int/ictrp/network/primary/fr/index.html

Page Wikipédia sur la statistique http://fr.wikipedia.org/wiki/Statistique

Manuel de statistique électronique de StatSoft http://www.statsoft.com/textbook/elementary-concepts-in-statistics/?button=1

Méthodes mixtes

École de médecine de Warwick : méthodes mixtes pour la recherche en santé
http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/primary_care/research_/centrepatexp/complexityhealth/mixedmethods/

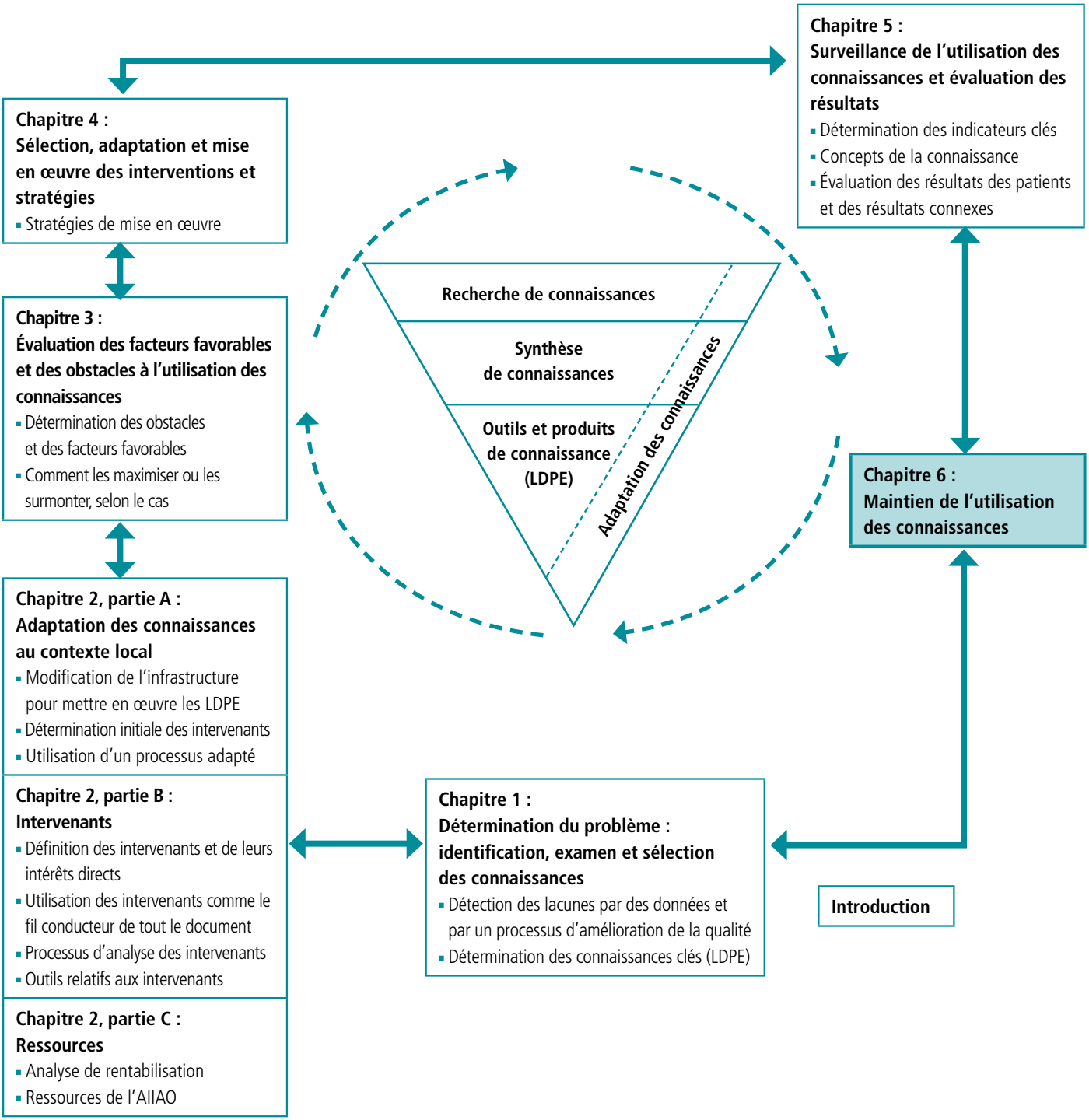
Pratiques exemplaires en soins infirmiers

Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers http://www.nbpru.ca/

Outils d'aide à la décision

Outils de prise de décisions pour les patients http://www.ohri.ca/DecisionAid/

Chapitre 6 : Maintien de l'utilisation des connaissances



Retour sur les chapitres précédents :

En utilisant la Trousse, vous avez : cerné la LDPE ou les recommandations d'une LDPE que vous désirez mettre en œuvre; commencé à désigner les intervenants et à collaborer avec eux; lancé une analyse du contexte afin de cerner les facteurs favorables et les obstacles; choisi les stratégies de mise en œuvre et d'évaluation pour l'utilisation des connaissances; déterminé les ressources nécessaires pour la mise en œuvre.

Il est également important de penser aux questions de planification de la durabilité au début du processus de mise en œuvre, ainsi que de durabilité à long terme une fois que l'étape de mise en œuvre aura pris fin. Le point de vue de la durabilité est essentiel pour s'assurer que les changements apportés à la pratique clinique demeurent intégrés, aujourd'hui comme demain, dans le travail en santé.

De quoi parle ce chapitre?

Ce chapitre vous fournira des renseignements afin de vous aider à planifier une amélioration à long terme des résultats des patients et de la prestation de services de santé grâce à la mise en œuvre efficace de lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Le maintien des innovations en santé et de l'application des lignes directrices :

- est lié à une prise de décisions délibérée par le personnel infirmier et l'équipe de soins de santé dans le but d'examiner de nouvelles recherches et de procéder à une mise en œuvre sélective des résultats;
- exige la présence d'une direction coopérative, de ressources humaines facilitantes et d'une formation continue du personnel par l'entremise de programmes d'orientation et de perfectionnement professionnel;
- est impossible sans adaptabilité et sans l'intégration de nouvelles connaissances dans des milieux de pratique en évolution constante;
- est essentiel au succès si on souhaite offrir de façon continue des soins de santé améliorés et uniformes au sein des hôpitaux, des établissements communautaires, du système de santé publique et des milieux de soins de longue durée.

Durabilité

La durabilité est le niveau de persistance de l'utilisation d'une innovation après la fin des efforts initiaux visant son adoption (Rogers, 2003). Selon une équipe du R.-U. dirigée par Maher (2010) qui a mis au point de façon systématique un modèle ainsi qu'un système d'évaluation diagnostique, le terme « durabilité » se définirait comme suit : quand de nouvelles manières de travailler et des résultats améliorés deviennent la norme. Les processus et les résultats changent et, en plus, la façon de penser et l'attitude à leur égard sont fondamentalement modifiées, tandis que les systèmes qui les entourent sont transformés de manière à appuyer le changement (Maher, Gustafson et Evans, 2010).

Que sait-on déjà au sujet de la durabilité?

- Modifier la pratique clinique est une tâche qui n'est ni simple, ni directe.
- La direction, la culture organisationnelle, la formation, la facilitation et les ressources sont des facteurs importants à prendre en considération pour le maintien de soins fondés sur les données probantes.
- La pléthore de concepts, de tendances et de modifications des processus de pratique pour l'amélioration des soins de santé est parfois remise en question par les dispensateurs de soins comme par les clients. Il est important d'établir des priorités pour les changements afin d'éviter la saturation.
- Pour intégrer de façon permanente les changements apportés à la pratique, il faut planifier et agir judicieusement et de façon systématique afin de s'assurer que les nouveautés trouvent place dans la mémoire organisationnelle et dans les réservoirs de connaissances (comme les politiques, les procédures et les systèmes de documentation).

Définitions clés :

Abandon : La décision consistant à cesser de mettre en œuvre une recommandation de LDPE. Cette décision est influencée par plusieurs facteurs, y compris les priorités difficilement compatibles et les ressources financières.

Banalisation : Lorsqu'une innovation est si bien ancrée dans les activités habituelles qu'elle en perd son identité. Par ex., l'exigence d'une évaluation du risque de chute pour tous les patients, documentée dans le plan de soins (Davies et Edwards, 2009).

Détérioration : La réduction de l'application des recommandations des LDPE au fil du temps (Buchanan, Fitzgerald et Ketley, 2007).

Diffusion : Le processus d'adoption de nouvelles méthodes de travail, élaborées dans un certain milieu de pratique, par un autre milieu de pratique, parfois avec des modifications (Davies et Edwards, 2009).

Élargissement de la portée : Le processus d'adoption de nouvelles méthodes de travail, élaborées dans un certain milieu de pratique, par un autre milieu de pratique après modifications s'il y a lieu (Davies et Edwards, 2009). Extension de la mise en œuvre de LDPE dans d'autres secteurs des soins de santé, que ce soit en milieu hospitalier, dans la collectivité ou dans des établissements d'enseignement.

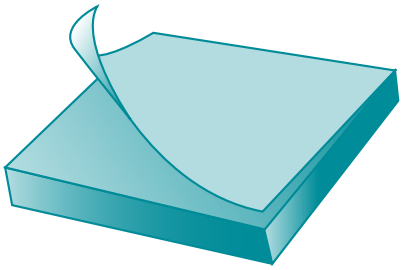
Institutionnalisation : L'endurance relative du changement au sein d'un organisme en regard du processus d'intégration progressive de ces nouveautés aux activités quotidiennes et aux pratiques ordinaires (Davies, B. et Edwards, N., 2009).

Mémoire organisationnelle : L'enregistrement et la transposition de connaissances dans divers réservoirs de connaissances au sein d'un organisme. Par exemple : la formation officielle du personnel, le contenu de l'orientation, les rappels et messages intégrés dans les systèmes de documentation clinique et les manuels de politiques et de procédures, les attentes officielles ayant trait aux postes et les indicateurs de rendement (par ex., désignation d'infirmière-ressource au sein d'un milieu de pratique) (Virani, Lemieux-Charles, Davis et Berta, 2009).

Rechute : Retour aux anciennes manières de procéder (Davies et Edwards, 2009).

Viscosité de la connaissance : La connaissance ne se déplace pas spontanément d'une personne ou d'un lieu à un autre, une certaine viscosité vient freiner ce qui serait autrement sa parfaite fluidité. « Elle découle du processus de transfert et il est possible de la prédire en examinant certaines conditions propres à la connaissance, sa source, le contexte de transfert et les caractéristiques du destinataire. » (Virani, Lemieux-Charles, Davis et Berta, 2009).

Comment faire pour que les changements de pratique « collent » à votre milieu de prestation de soins de santé



Planification des mesures de durabilité

Plusieurs facteurs facilitent le changement de pratique et rendent plus réalisable la surveillance de la durabilité dans les établissements de soins de santé. Les neufs facteurs que voici ont été tirés de la documentation et de dix ans d'expérience en mise en œuvre de lignes directrices en soins infirmiers et en santé. Ils sont ici inscrits sous la forme de questions afin d'aider les responsables et les champions à faire la planification des mesures de durabilité. Une feuille de travail pour la planification en équipe se trouve à l'Annexe 6.1.

Traduction de la page 169 (reproduite avec autorisation) de Davies, B., Edwards, N. (2009). « The Action Cycle: Sustain knowledge use ». *in* S. Strauss, J. Tetroe et I. Graham (éd.), *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. Oxford : Wiley-Blackwell et BMJ.

Pertinence du sujet

- Existe-t-il un besoin et une priorité bien définis pour le sujet mis en œuvre?
- Y a-t-il un consensus sur les connaissances devant être maintenues et ce qu'il faut pour favoriser la durabilité?
- Comment les nouvelles connaissances s'inscrivent-elles parmi les priorités actuelles?

Avantages

- Quels sont les résultats prévus de la mise en œuvre des connaissances des points de vue biologique, économique, psychologique, organisationnel, social, politique, etc.?
- À quel point ces avantages sont-ils pertinents pour d'autres intervenants?

Attitude

- Quelle est l'attitude (résistance potentielle) du patient ou client, de sa famille, du grand public, des dispensateurs de soins et des décideurs pertinents à l'égard de l'innovation?

Réseaux

- À quelles équipes et quels groupes pourrait-on demander de participer en vue de faciliter la durabilité de l'utilisation des connaissances?
- Peut-on encourager certaines personnes à mener une action interdisciplinaire (différents milieux, différentes disciplines ou différents secteurs du système de santé)?
  Par ex., pratique collaborative intraprofessionnelle, programmes universitaires, organismes de santé, soins communautaires, agents de conformité...

Le leadership

- Que peuvent faire la direction et les gestionnaires de tous les niveaux et de tous les rôles cliniques afin d'appuyer la durabilité de l'utilisation des connaissances?
- Y a-t-il des champions du changement?
- Qui est responsable de la mise en œuvre continue de l'innovation et de l'apport de modifications en fonction de l'émergence de nouvelles connaissances?
- Qui aura la responsabilité de s'assurer que les résultats pertinents sont atteints?

Description et intégration des politiques

- Comment évaluera-t-on si les nouvelles connaissances peuvent bien s'adapter aux politiques existantes?
- Comment les connaissances peuvent-elles être intégrées dans les politiques, les procédures et les systèmes de réglementation et de documentation pertinents? Par ex., systèmes électroniques de soutien à la prise de décision clinique, programmes de mesure de la charge de travail...

Finances

- De quelle quantité de financement a-t-on besoin pour mettre en œuvre et maintenir les connaissances, ainsi que pour élargir la portée de leur application?
- Quelle marge de manœuvre faut-il en matière de financement, et qu'est-ce qui est remboursable?
- Peut-on utiliser des stratégies rentables?

Politique

- Qui sont les intervenants et quel soutien peut-on en tirer?
- Qui amorcera le processus d'élargissement de la portée?
- Quelles sont les conséquences possibles de changements dans le climat politique?

Des stratégies prometteuses pour des pratiques durables fondées sur les données probantes

1. Se dire « oui, c'est possible »

Il est essentiel de demeurer optimiste, même face à des obstacles qui perdurent. Autrement, les obstacles de longue durée et les conflits interprofessionnels peuvent mener droit à l'inertie. Il est recommandé d'adopter une approche positive par étape pour atteindre les objectifs collectifs d'une pratique fondée sur les données probantes (Marchionni et Richer, 2007).

2. Une pratique interprofessionnelle réfléchie

Tant au niveau individuel que collectif, il est essentiel de réfléchir à ce qu'il nous faut pour mettre en œuvre et maintenir des pratiques fondées sur les données probantes. Les décideurs doivent comprendre, des points de vue des intervenants (le dispensateur de soins au point d'intervention, le patient et sa famille), les difficultés persistantes qui touchent la prestation quotidienne des soins de santé. Les dispensateurs, eux, doivent comprendre les contraintes en termes de dotation et de ressources qui ont une influence sur les soins et sur la prise de décisions administratives. Ensemble, les administrateurs et les dispensateurs peuvent adopter des processus de prise de décisions mixtes et fondés sur les preuves afin d'harmoniser les futurs soins et les recommandations de pratiques exemplaires. Les réunions d'équipes, les conseils de services et les forums des familles sont autant d'exemples de manières de procéder à la planification et à l'évaluation au sein d'une même discipline ou de façon interprofessionnelle (Davies, Tremblay et Edwards, 2010).

3. Le leadership

Le leadership est essentiel pour une mise en œuvre durable des lignes directrices. En comparant les résultats d'organismes ayant su assurer l'ancrage des lignes directrices et d'autres n'ayant pu dépasser deux ans, Gifford et coll. (2006) ont découvert plusieurs tendances en matière de leadership.
Ils ont alors cerné trois stratégies :

1. la facilitation de l'utilisation des lignes directrices pour les employés;
2. la création d'un milieu positif pour les pratiques exemplaires;
3. l'influence des modes d'organisation et des processus organisationnels.

Puisque les priorités peuvent être nombreuses du point de vue organisationnel, il est important que les chefs cliniques et la haute direction voient les choses du même œil.

Points à prendre en considération relatifs à l'évaluation pour la mise en œuvre durable et la modification de lignes directrices fondées sur les données probantes

Pour assurer la durabilité, il est important de choisir des indicateurs qui établissent des liens entre les niveaux micro, méso et macro de la prestation de soins de santé, tout en permettant de les surplomber.

- Au niveau **micro**, le secteur de pratique ou le service clinique doit être surveillé de près. Il est possible qu'il faille pour ce faire employer des protocoles, des modèles d'ordonnance, des outils d'enseignement pour le résidant, le patient et la famille, ainsi que d'autres éléments favorisant la durabilité.

- Au niveau **méso**, les autres services de pratique clinique et les autres subdivisions administratives du même organisme nécessitent à la fois de la consultation et de la collaboration. L'une des manières de procéder consiste à rechercher des synergies entre les différents services désirant maintenir une initiative de pratiques exemplaires. Exemple : un site met en œuvre la ligne directrice sur la douleur de l'AIIAO dans l'ensemble de son établissement, tandis que d'autres dirigeants se concentrent sur de nouveaux systèmes améliorant les soins à l'urgence; les groupes de travail du projet sur la douleur et de celui sur l'urgence se rencontrent et élaborent des plans d'action conjoints comprenant de nouvelles directives médicales, des politiques révisées et des séances de formation destinées au personnel infirmier offrant un point de vue intégré.

- Au niveau **macro** de la planification de la durabilité, d'autres organismes, réseaux de connaissance géographiques et réseaux régionaux d'intégration des services de santé doivent être envisagés pour que l'on puisse améliorer l'uniformité et les soins coordonnés fournis aux patients et aux familles. Les communautés de pratique sont des équipes de santé interprofessionnelles qui englobent de nombreux milieux de pratique et qui peuvent être associés à une population donnée (par ex., la gérontologie ou les Premières Nations), à des programmes (services de sensibilisation, rétablissement) ou à des problèmes de santé (troubles congénitaux, diabète, obésité). La surveillance d'indicateurs ciblés précis, au lieu de changements à l'échelle du système, nécessite une analyse attentive afin d'équilibrer la capacité du changement pour que sa portée soit gérable compte tenu de votre calendrier, de vos responsabilités et de votre budget.

La surveillance d'indicateurs ciblés précis, au lieu de changements à l'échelle du système, nécessite une analyse attentive afin d'équilibrer la capacité du changement pour que sa portée soit gérable compte tenu de votre calendrier, de vos responsabilités et de votre budget.

Agissez avec prudence : cernez les indicateurs qui sont identiques à des indices de référence de l'organisme, de la formation et de la pratique. Ceux-ci confirment toute l'importance d'une mise en œuvre et d'une durabilité réussies du processus de LDPE et mettent l'accent sur les divers degrés de réussite à cet égard.

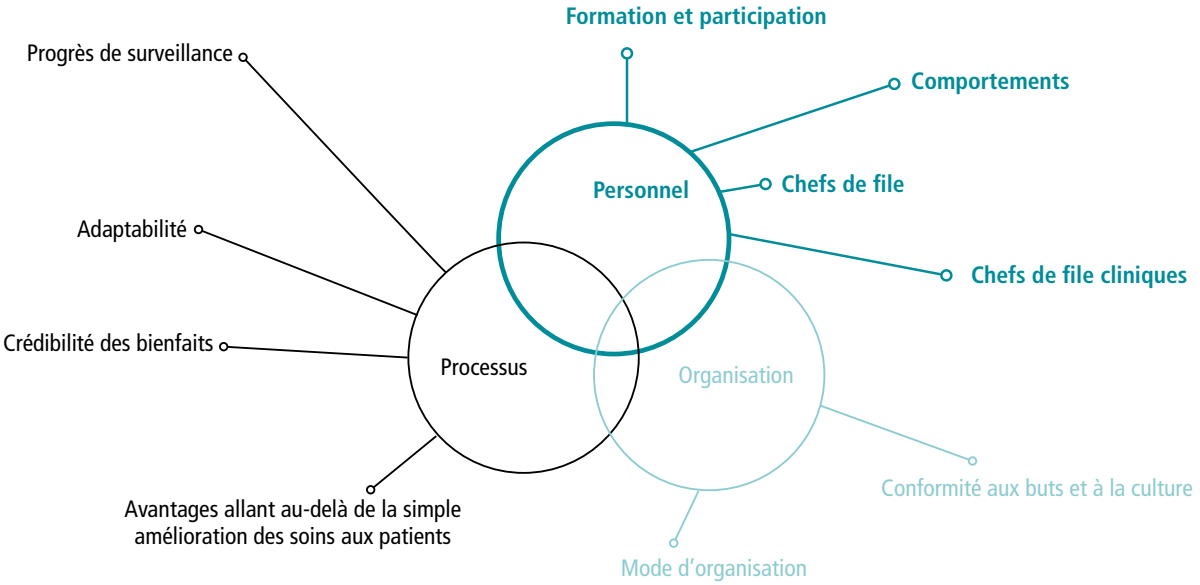
Notez également que la documentation confirme ce que laissaient entendre les expériences au point d'intervention : le processus de détermination des indicateurs de durabilité ne se déroule pas (ni n'évolue) de façon linéaire. Chacun des trois éléments illustrés dans le modèle dépend des deux autres. L'un des facteurs clés est la collaboration entre les équipes de chercheurs et de dispensateurs de soins pendant le processus d'évaluation. Il est possible que les indicateurs pour la prise de décision au niveau micro, méso ou macro évoluent au fil du temps selon leur pertinence.

(Davies, B., Tremblay, D., Edwards, N. 2010)

Chaque aspect circulaire illustré est lié aux deux autres et conçu pour une collaboration et une participation continues tenant compte des éléments suivants :

- sélection des questions prioritaires relatives aux enjeux ou aux politiques;
- désignation des indicateurs choisis;
- inventaire des sources de données;
- analyse du contexte pour les avantages santé et les risques;
- évaluation des procédures;
- établissement de systèmes de surveillance pour les indicateurs choisis;
- collecte et analyse de données;
- responsabilisation et communications;
- résultats et commentaires des utilisateurs finaux;
- vision à long terme de la mise en œuvre;
- infrastructures de durabilité.

Modèle et outil recommandé pour l'autoévaluation : le modèle de durabilité du National Health Service



Autorisation de reproduire. Maher et coll., 2010.

Le modèle de durabilité du National Health Service (NHS) du R.-U. est composé de 10 facteurs importants pour le maintien de changements dans le domaine de la santé. C'est un modèle qui peut être utilisé pour l'évaluation aussi bien seul que par des équipes. Il est accompagné d'un questionnaire de diagnostic ainsi que d'un système d'évaluation pour chacun des facteurs. Pour des renseignements détaillés, des définitions, des références et des vidéos de démonstration, rendez-vous sur le site Web du NHS : http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html

Ce site Web permet d'accéder à deux monographies : The Sustainability Model and Guide, dans lequel on retrouve un système d'évaluation détaillé, ainsi que The Sustainability Guide, qui fournit des suggestions pour chacun des facteurs en cas de difficulté. À l'heure actuelle, le modèle du NHS est mis à l'essai dans le cadre d'une étude continue visant à mettre en œuvre plusieurs lignes directrices de l'AIIAO dans le but d'améliorer les résultats des clients et patients (l'étude Guideline Implementation for Improved Client Outcomes, ou GICOM) sur deux ans, de 2010 à 2012, dans neuf établissements de soins de santé de l'Ontario (Davies et coll., 2011).

Critères pour la sélection d'indicateurs en vue de surveiller les progrès vers la durabilité dans votre milieu de pratique

La pertinence de l'indicateur compte tenu de l'enjeu de politique ou de pratique prioritaire pour les objectifs à long terme des intervenants.

La faisabilité de l'obtention de données convenables étant donné l'âge et l'état de santé du groupe qui reçoit les soins. Les renseignements pertinents peuvent être obtenus dans un temps raisonnable pour une prise de décisions éclairée.

La crédibilité des renseignements (le fait qu'ils soient dignes de confiance aux yeux des utilisateurs).

La clarté et la capacité d'être compris par les utilisateurs.

La comparabilité au fil du temps et entre les administrations et les régions (Réseaux locaux d'intégration des services de santé, ou RLISS), données de référence avec d'autres organismes (comme Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!) http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/pages/default.aspx

Le tableau 18, ci-dessous, décrit des indicateurs potentiels influençant la durabilité à plusieurs niveaux de l'établissement de soins de santé dont il faudrait tenir compte pour la planification du niveau de durabilité de la mise en œuvre d'une LDPE. Chaque indicateur contribue à l'objectif global consistant à déterminer comment il est possible d'évaluer et de surveiller les résultats de durabilité de façon continue afin d'atteindre les résultats désirés.

Tableau 18 : Indicateurs potentiels pour l'évaluation de la durabilité des LDPE

Indicateurs potentiels pour l'évaluation de la durabilité des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE)			
Catégorie	Mode d'organisation *(Ce dont vous avez besoin)*	Processus *(Comment vous procédez)*	Résultat *(Ce qui s'est produit)*
Objectif	Déterminez quels sont vos objectifs de durabilité		
Organisme/ service	• Principes fondamentaux, mission et (ou) culture appuyant les changements nécessaires • Modes d'organisation et comités professionnels, assurance de la qualité, mécanismes pour la sécurité des patients, personnel consultatif • Système de prestation de soins infirmiers • Participation d'une équipe interprofessionnelle • Installations • Matériel • Synergie avec les partenaires et influences externes • Indices de référence clés propres à l'organisme	• Participation et responsabilisation de chefs de file en administration et en pratique clinique • Élaboration et modification de politiques et de procédures • Cliniques faites par l'équipe interprofessionnelle, participation au conseil de service • Tenue de dossiers – documentation ou outils normalisés • Systèmes informatisés et dossiers électroniques • Formation continue ou disponibilité des formations • Ajout de la ligne directrice dans l'orientation du personnel • Sensibilisation du personnel, niveau de motivation et marketing accrus • Responsabilisation pour l'embauche et les évaluations de rendement • Participation de bénévoles à l'utilisation d'outils découlant des LDPE (par ex., plans de protection contre les chutes, brochures d'éducation des patients) pendant les interactions avec le patient, le client ou la famille	• Conception reposant sur les données probantes, une orientation stratégique que tous ont adoptée • Utilisation améliorée d'une langue commune, d'une terminologie uniforme • Sensibilisation accrue aux ressources à l'interne (ateliers d'aiguillage, communications interprofessionnelles et consultations) • Accès accéléré aux services • Atteinte visible des objectifs d'amélioration des résultats des patients (par ex., baisse des rapports d'incident, satisfaction améliorée des employés ou des patients face au soulagement de la douleur) • Responsabilisation de l'organisme : suivi d'assurance de la qualité, méthodologie à carte de résultats équilibrée • Responsabilisation externe par l'entremise d'ententes du RLISS, d'indicateurs d'agrément et de changements dans la réglementation • Atteinte d'objectifs propres à un problème (comme des plans de soins personnalisés pour la réduction des risques de chute)

Indicateurs potentiels pour l'évaluation de la durabilité des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE)			
Dispensateur	• Nombre d'employés et qualifications • Rapport employés:patients/clients • Rôles, responsabilités, collaboration interdisciplinaire • Programme de formation	• Connaissance de la LDPE et attitude à cet effet • Niveau de connaissance ou de compétence • Direction par des champions ou des infirmières-ressources particuliers • Marketing de la stratégie aux personnes recevant les soins	• Présence au programme de formation • Respect des recommandations pertinentes de la LDPE • Exécution des évaluations normalisées • Exhaustivité des évaluations exécutées • Quantité de traitements appropriés et portée • Niveau de confiance • Capable de défendre les intérêts des patients et des familles • Satisfaction du dispensateur • Connaissance accrue des ressources communautaires
Patient, client et famille	• Caractéristiques du patient ou client (démographie, niveau de risque) • Approche axée sur le patient • Participation aux décisions tout au long du continuum de soins	• Connaissance de la LDPE et attitude à cet effet • Acceptation de la famille et de la communauté • Intégration des connaissances du patient ou de la famille dans la planification de l'admission, du congé et de la transition par l'entremise de conseils familiaux, de réunions d'équipe et de conférences sur les soins	• Résultats physiques, psychologiques et sociaux du patient ou client • Nombre de rémissions ou de réadmissions lié aux processus connexes de la LDPE • Satisfaction à l'égard des soins • Accès aux soins • Niveau de confiance du patient ou de la famille dans la planification du congé, les ressources communautaires et l'autogestion • Utilisation de ressources externes (CASC, santé publique, soins à domicile, etc.)
Coûts financiers	• Coût des employés et des ressources physiques supplémentaires nécessaires • Nouveau matériel, si nécessaire • Entretien et réévaluation du matériel et des accessoires nécessaires • Coût de la formation continue et des mises à jour de processus • Coût des documents, des formulaires du patient ou du client, et des modifications apportées au dossier électronique du patient	• Coût des stratégies de mise en œuvre • Soutien financier pour la formation du personnel • Soutien éducatif au patient ou au client (comprend la traduction dans diverses langues et l'adaptation en divers supports multimédias) • Soutien Web	• Coût différentiel de l'innovation, y compris pour le produit et les médicaments • Coût des technologies de l'information et des logiciels • Recettes et croissance du service • Changements des tendances relativement à la durée du séjour • Nombre de tests diagnostiques et d'interventions • Visites à l'urgence et taux de réadmission • Suivi des rapports d'incident, tel qu'indiqué • Soutien financier pour permettre aux employés d'assister à des conférences favorisant l'acquisition et la diffusion des connaissances

Mécanismes de surveillance de la durabilité et d'obtention de commentaires

L'importance de la durabilité est de plus en plus reconnue de nos jours grâce à une sensibilisation accrue au sujet des investissements publics et de la responsabilisation des dispensateurs de soins. À l'heure actuelle, de nombreux mécanismes sont employés afin d'assurer la transparence des processus d'amélioration de la qualité. Parmi ceux-ci, mentionnons les suivants :

Échelle locale : (organisme)

- Des indicateurs de carte de résultats équilibrée (suivi de certains résultats précis en prestation de soins de santé) affichés sur le site Web public d'hôpitaux et d'organismes
- Des comités d'assurance de la qualité
- Des vérifications du rendement
- La réglementation municipale, des directives et des campagnes de santé publique

Échelle provinciale : (région)

- Déclaration publique des normes de qualité en soins de santé (par ex., Association des hôpitaux de l'Ontario)
- Ententes sur la responsabilisation en matière de services des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario (indicateurs dans tous les secteurs de la prestation de soins)
- Normes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (par ex., évaluation de conformité, documentation du système RAI-MDS [Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set])
- Exigences de pratique au sein d'organismes de réglementation professionnels (comme l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario) liées aux évaluations de mesure du rendement (par ex., la responsabilisation en matière de pratique fondée sur les preuves)

Échelle nationale : (pays)

- Santé Canada : mandats, indicateurs de santé, réglementation et politiques
- Normes d'Agrément Canada : pratiques organisationnelles obligatoires
- Institut canadien d'information sur la santé
- Institut canadien pour la sécurité des patients (par ex., Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!)

Échelle internationale : (mondial)

- Résolutions et réglementation de l'Organisation mondiale de la Santé
- Guidelines International Network (centre de mise en commun pour les documents de pratique fondée sur les données probantes)

Avant de passer au prochain chapitre, considérez ce qui suit :

Points à prendre en considération au sujet des intervenants :

- Les intervenants qui joueront un rôle dans vos efforts de durabilité comprennent les suivants : les administrateurs, qui voudront voir si les ressources pour la mise en œuvre de la LDPE étaient justifiées; les chefs de file cliniques, qui voudront faire la promotion des meilleurs soins possibles; toutes les personnes participant à la mise en œuvre de la LDPE, y compris les patients et la famille.

Points à prendre en considération au sujet des ressources :

- Le plan de durabilité dépendra de la quantité de ressources disponibles. Les ressources comprennent : les budgets de programme d'infrastructure; les mesures incitatives et rabais destinés aux fournisseurs afin d'appuyer les bourses et programmes de formation; la collaboration et le réseautage avec d'autres équipes de LDPE; les subventions de recherche; les occasions de financement du gouvernement; les donateurs de la fondation de l'organisme; les legs pour l'éducation; les résultats en termes de sécurité et de qualité des soins aux patients.

Points à prendre en considération au sujet du plan d'action :

- Intégrez les stratégies de durabilité choisies dans votre plan d'action global.
  - Avez-vous déterminé lesquelles des recommandations de LDPE sont cruciales pour votre programme clinique et pour votre organisme comme stratégie à long terme?
  - Votre plan de durabilité tient-il compte des résultats cliniques, du contexte, des nouvelles recherches et des révisions apportées aux lignes directrices?
  - Avez-vous défini la responsabilisation de votre plan de durabilité à tous les niveaux de l'organisme?

Scénario

Pensez aux critères de durabilité inscrits dans un document d'évaluation de la durabilité (voir l'exemple à l'Annexe 6.2), puis pensez aux points suivants :

- L'incidence et les relations de durabilité aux différents niveaux (micro, méso et macro).
- Le rôle des intervenants initiaux au fil du temps (lancement, mise en œuvre, évaluation).
- Le rôle que jouent les employés et les patients ou clients afin d'assurer la durabilité du changement; l'intégration de nouvelles données probantes et l'évolution continue du contexte de la pratique.
- Comment s'inscrivent (du point de vue temporel) les interventions par rapport aux priorités de l'organisme, à la carte de résultats équilibrée et aux ententes sur la responsabilisation en matière de services.

Sites Web recommandés :

La durabilité : pour une utilisation soutenue des connaissances : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Aperçu des objectifs d'apprentissage en français et en anglais
Français http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41947.html
Anglais http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/41947.html

Présentation PowerPoint en français et en anglais
http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_in_health_care_chapter_3.7_f.pdf
http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_in_health_care_chapter_3.7_e.pdf

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! : http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/pages/default.aspx
Réseau canadien affilié à l'Institut canadien pour la sécurité des patients dans le but de favoriser l'utilisation de pratiques exemplaires en sécurité des patients. Il offre des ressources aux dispensateurs, aux organismes, aux comités et aux ministères travaillant en qualité de la santé; leur fiabilité a été éprouvée. Le site aborde plusieurs sujets, y compris l'hygiène des mains, la prévention des chutes et le bilan comparatif des médicaments. Fournit également des outils de mesure.

Modèle et guide de durabilité du NHS (Sustainability Model and Guide) : http://www.institute.nhs.uk/sustainability
Ce site produit par l'Institute for Innovation and Improvement du NHS fournit un guide et une trousse permettant d'évaluer la durabilité d'une initiative à l'aide de trois paramètres clés : le personnel, les processus et l'organisation. Plusieurs questions détaillées pour chacun des paramètres permettent d'évaluer le niveau de participation pour des mesures de durabilité particulières. La note globale qui en résulte reflète le niveau de durabilité et indique les points auxquels il faudrait accorder plus d'attention.

Durabilité : http://www.sustainability.com
Ce site Web sur la durabilité dans le marché des affaires sert de groupe de réflexion et de service de consultation stratégique indépendant. Il se concentre sur l'élaboration de solutions créatives visant à surmonter les défis environnementaux et sociaux, ainsi que ceux liés à la gouvernance.

Indice de durabilité de Sustainable Measures : http://www.sustainablemeasures.com/Sustainability/index.html
Cet indice de durabilité fournit des mesures et des outils permettant d'évaluer le niveau de durabilité d'enjeux économiques, sociaux et environnementaux.

Sustainability Institute : http://www.sustainer.org
Un organisme à but non lucratif qui met en application des approches de réflexion, de modélisation et d'apprentissage organisationnel dans un contexte international.

Annexe 6.1

La ligne directrice que nous avons choisie de mettre en œuvre est :

Nous sommes particulièrement intéressés par les recommandations portant sur :

1. Pertinence du sujet : Quel est le besoin du point de vue du client ou du patient?

2. Avantages : Quels en sont les avantages pour les clients ou patients et leur famille? Ces avantages sont-ils intéressants pour d'autres intervenants?

3. Attitude : Quelle est l'attitude des clients ou des patients face à cet enjeu? Que pourraient penser les membres de leur famille (le négatif et le positif)? Quelle est l'attitude des infirmières et des autres grands intervenants face aux mesures recommandées dans la ligne directrice? Les recommandations représentent-elles un changement important? Pourquoi?

4. Réseaux : Quelles équipes ou groupes peuvent participer pour favoriser la durabilité?

5. Direction : Qui est responsable du projet (à court terme, à long terme)? Y a-t-il des champions ou des mentors dans votre milieu? Quelles sont les mesures que peuvent prendre les directeurs de service et les administrateurs? Que pourrait faire la haute direction pour la durabilité?

6. Description et intégration des politiques : La recommandation cadre-t-elle bien avec les politiques actuelles? Que faudrait-il changer (ordonnances, politiques, formulaires)? Les systèmes de rappel sont-ils faisables?

_____

_____

7. Finances : Quel financement vous faut-il pour mettre en œuvre vos stratégies et votre plan d'action? Pouvez-vous penser à des stratégies rentables ou synergétiques?

_____

_____

8. Politique : Existe-t-il des conflits en termes de pouvoirs ou de responsabilités? Quelle aide pourrait-on demander?

_____

_____

Annexe 6.2 – Plan d'action en durabilité

Voici un **exemple** d'un modèle de plan d'action continu. Le plan illustre les indicateurs de durabilité employés au sein d'un grand hôpital de soins actifs afin de surveiller la durabilité de plusieurs intégrations simultanées de LDPE.

Mackenzie Health, auparavant connu sous le nom de York Central, est une organisation vedette des pratiques exemplaires de l'AIIAO qui participe activement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de plusieurs LDPE de l'Association. Les exemples de plan d'action en durabilité ci-dessous ont été fournis par Mackenzie Health.

Durabilité

Abordez les structures, les processus et les rôles clés qui ont été ou qui seront créés ou employés afin d'assurer le maintien de l'utilisation des LDPE au sein de votre organisme une fois que votre période de candidature aux OVPE aura pris fin. Utilisez le tableau ci-dessous pour faire un résumé de vos plans de durabilité des deux prochaines années. Ajoutez-y des lignes supplémentaires au besoin.

Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
100 % des nouveaux employés reçoivent une formation sur le programme de prévention des chutes	En cours	Formateurs cliniques et gestionnaires	Respect des calendriers de mentorat	Calendriers mensuels en place
70 % du personnel répond à un questionnaire annuel sur l'apprentissage électronique	En cours	Formateurs cliniques et gestionnaires	Respect du perfectionnement professionnel	Production de rapports d'apprentissage en ligne
70 % des évaluations du risque sont effectuées, conformément aux vérifications HED	En cours	Formateurs cliniques et gestionnaires	Formateurs cliniques et gestionnaires	Respect des calendriers de mentorat Production de manuels et de rapport électroniques HED

Évaluation des accidents vasculaires cérébraux dans le milieu des soins de santé

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
100 % des employés embauchés dans le service intégré des accidents vasculaires cérébraux (SIAVC) suivra une orientation sur l'AVC	En cours	Transfert de connaissances • Infirmière clinicienne spécialisée (ICS) Exécution de l'ensemble • Infirmières soignantes • Conformité • Gestionnaire du service	Manuel et compétences déjà créés Modules désormais disponibles sur Moodle	Intégré dans l'ensemble d'orientation Vérification après 3 mois des nouveaux employés
Les employés embauchés dans : • le SIAVC (100 %); • le service de soins coronariens (100 %); feront l'autoévaluation électronique de l'Échelle neurologique canadienne	En cours	Transfert de connaissances • ICS • Coordonnateur des soins aux patients (CSP) Exécution d'une formation électronique • Infirmières soignantes • Conformité • Gestionnaire du service	Ensemble d'apprentissage en ligne sur Moodle	Vérification électronique dans le mois suivant l'embauche
Formation des patients et des familles	En cours	• ICS • CSP • Office régional de la santé NursingAllied	Feuilles de formation pour les patients et les familles Série de formation interprofessionnelle sur l'AVC	Vérification des feuilles au moment du congé du patient Entretien du journal de formation par l'ICS ou le CSP
Prévention des infections urinaires liées aux cathéters • Service de l'AVC • Ensemble de l'organisme	En cours Nouveau	Transfert de connaissances • ICS et infirmières praticiennes • Soutien des CSP et formateurs cliniques pour la diffusion • Pratique professionnelle • Conformité en matièere de prévention des infections • Gestionnaire du service	Politique pour l'insertion de cathéters urinaires chez les adultes Formation Moodle	Exécution de la formation annuelle Moodle Gestion visuelle du service Rapports mensuels sur les taux d'infections urinaires et d'utilisation de cathéters
Test de dépistage de la déglutition TOR-BSST	Nouveau	Transfert de connaissances • Orthophoniste Dossier des dépisteurs formés et besoin de formation annuelle de rappel • Formateur clinique	Séances de formation de 4 heures présentées par l'orthophoniste 3 démonstrations par les personnes formées Politique pour le dépistage TOR-BSST	Examen annuel de la technique de dépistage Taux mensuels de pneumonie de déglutition
Signes et symptômes de l'AVC	Nouveau	Transfert de connaissances • ICS, CSP, formateur clinique	Politique pour l'AVC interne Protocole Module électronique sur Moodle	Examen annuel du protocole de l'AVC interne

Évaluation des accidents vasculaires cérébraux dans le milieu des soins de santé

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
			Intégration dans l'orientation à l'hôpital	

Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Formuler des recommandations pour que le volet d'apprentissage électronique de cette LDPE : a) fasse partie de l'évaluation annuelle obligatoire des compétences pour toutes les infirmières travaillant avec des diabétiques; b) soit présenté annuellement à la journée de la néphrologie et des néphropathies chroniques	Nouveau	Participation aux réunions quotidiennes et à celles du personnel Exécution chaque année des modèles d'apprentissage en ligne Participation à la réunion mensuelle du club de revues axé sur les LDPE sur les néphropathies chroniques	Élaboration d'un outil d'évaluation et de vérification des risques de problèmes de pied des diabétiques Réunion mensuelle du club de revues axé sur les LDPE Exécution obligatoire	Vérifications mensuelles pour assurer l'exécution d'une évaluation des risques de problèmes de pied des diabétiques Vérification annuelle du site d'apprentissage en ligne par chaque formateur de la mise en œuvre afin de déterminer le niveau de conformité du personnel

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Continuer à appuyer et à maintenir la LDPE dans l'ensemble de l'organisme	En cours	Signaler les problèmes en cours et le besoin de formation de rappel	Lancer une semaine annuelle de soins des pieds des diabétiques dans l'hôpital	Organiser et présenter plusieurs activités pendant la semaine afin de former les gens et de célébrer les réussites

Évaluation et traitement des plaies du pied

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Faciliter l'utilisation continue de l'approche de formation du formateur par la diffusion continue des connaissances et la mise en œuvre des pratiques exemplaires dans les unités actuelles et subséquentes	En cours	Chaque champion des pratiques exemplaires des unités de mise en œuvre aura la responsabilité de former des groupes d'employés en évaluation et en traitement des plaies chez les diabétiques. Tous les champions doivent suivre chaque année les activités d'apprentissage de compétences en pratiques exemplaires du système d'apprentissage en ligne (note d'au moins 85 % obligatoire).	Collaboration dans l'ensemble de l'organisme pour poursuivre les ateliers permettant aux champions des pratiques exemplaires de continuer à développer leurs stratégies de diffusion des connaissances en matière de pratiques exemplaires	Organisation d'un atelier des champions des pratiques exemplaires à un moment précis au moins une fois par année

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Poursuivre la collaboration avec les services de TI en vue de faciliter la documentation sur le traitement des soins des plaies des diabétiques par voie électronique dans l'ensemble de l'organisme	En cours	Donner de façon continue des commentaires aux TI sur la convivialité de tous les outils de documentation électronique élaborés et mis en œuvre pour le traitement des plaies des diabétiques	Intégration des formulaires d'évaluation des blessures dans le cadre de la documentation électronique des infirmières	Respect des exigences des évaluations et du traitement des soins des plaies dans le cadre de la documentation obligatoire en ligne des infirmières

Promotion de la maîtrise de l'asthme chez les enfants

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Élaboration d'une commande pré-imprimée, de documentation et d'outils éducatifs pour le service d'urgence	Nouveau et en cours	Transfert de connaissances Conformité	Changement de pratique organisationnelle Participation des intervenants	Révision des outils actuels pour le service d'urgence
Déploiement de LDPE dans le service d'urgence	Nouveau	Conformité Transfert de connaissances	Changement de pratique organisationnelle Participation des intervenants	Formation de l'équipe de transfert des connaissances : introduction des outils, de Moodle et des questionnaires
Création d'un atelier sur l'asthme chez les enfants	Nouveau	Rencontre entre les chefs et la direction pour créer des plans et des stratégies	Participation des intervenants	Examen des admissions actuelles au service d'urgence pour asthme, des réadmissions et des coûts à l'organisme; analyse des sources possibles de production de recettes et d'économies
Vérification HED	En cours	Conformité Transfert de connaissances	Participation des intervenants	Commentaires tous les trimestres sur la documentation HED, y compris celle sur l'asthme
Intégration de la LDPE sur l'asthme dans le programme de mentorat	En cours	Conformité	Changement de pratique organisationnelle Participation des intervenants	Exécution du processus de validation des compétences sur Moodle

Comment reconnaître le délire, la démence et la dépression
Le soin des personnes souffrant de délire, de démence ou de dépression

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Intégrer des stratégies de dépistage dans les évaluations à chaque quart de travail aussi bien pour les malades hospitalisés que pour les patients ambulatoires	En cours	Membres du personnel infirmier embauchés : • Participation au mentorat au moment de l'embauche • Participation à la formation continue offerte par le service L'ICS de la santé des personnes âgées offrira du soutien de façon continue au personnel au point d'intervention pour les patients admis; elle fera également un dépistage de la dépression Le gestionnaire fait un suivi pour tous les employés qui ont assisté aux séances de mentorat	Élaboration d'une politique pour le dépistage du délire Intégration du dépistage du délire dans le système de documentation électronique Intégration du dépistage du délire dans les évaluations du service d'urgence en faisant en sorte que l'outil CAM fasse une impression automatique pour tous les patients du service d'urgence enregistrés de plus de 75 ans Élaboration d'une unité Moodle comprenant un questionnaire pour tous les nouveaux employés	Vérification trimestrielle de l'exécution du dépistage par CAM, communication des résultats positifs initiaux de l'outil CAM au médecin et offre de matériel éducatif pour les familles; travailler avec l'informatique pour mettre au point un outil de vérification électronique et exécuter des vérifications manuelles du service d'urgence L'équipe de direction du service d'urgence examinera les mesures pour l'exécution de TRST tous les jours pendant une réunion L'équipe a également décidé que toutes les infirmières devront suivre le module d'apprentissage électronique 3 D dans le cadre de leur évaluation annuelle des compétences
Faire connaître davantage aux familles et aux visiteurs ce qu'est le délire et les encourager à participer activement aux soins		Encourager le personnel à remettre aux patients et aux familles du matériel éducatif au moment de l'admission Collaboration trimestrielle avec les affaires publiques pour l'installation d'affiches dans les ascenseurs	Élaboration et approbation de plusieurs documents éducatifs pour les visiteurs Affiche You can Help Prevent Delirium (« vous pouvez aider à prévenir le délire »), à utiliser partout dans l'hôpital Élaboration d'une affiche à installer de temps à autre dans l'ascenseur et parlant du délire et de sa prévention Collaboration actuelle avec les affaires publiques pour mettre des renseignements sur le délire sur les grandes télévisions de l'hôpital, dans les salles d'attente des patients et des familles	Une copie papier des documents se retrouve également dans un cartable dans chaque service; on peut aussi y avoir accès en ligne Les documents ont été rédigés et un rappel trimestriel est envoyé

Soins axés sur les besoins du client et Établissement de la relation thérapeutique

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Intégration complète de la liste de vérification du congé dans la consignation au dossier électronique (date cible : nov. 2012)	Soins axés sur les besoins du client et établissement de la relation thérapeutique	Poursuivre l'utilisation de la liste de vérification du congé	Intégration de la liste de vérification du congé dans notre logiciel de santé	Collaboration avec le groupe de TI pour l'intégration dans le logiciel de documentation
Appels de suivi après le congé	Soins axés sur les besoins du client et établissement de la relation thérapeutique	Poursuivre l'augmentation de la capacité du personnel afin d'augmenter le nombre d'appels	Poursuivre les ateliers pour augmenter la capacité Le service de relations avec la clientèle y participera aussi	Augmentation de la capacité à l'échelle du service et de l'organisme

Lignes directrices sur les pratiques en allaitement maternel à l'intention des infirmières

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre de la politique	Nouveau	Conformité Transfert de connaissances Sensibilisation et connaissance accrues	Changement de pratique organisationnelle Participation des intervenants	Révision au besoin
Élaboration d'outils de documentation Élaboration de l'ordonnance préimprimée	Nouveau	Conformité Participation à la création et à l'offre de commentaires	Mise en œuvre Surveillance Évaluation	Mise en œuvre de la version papier de l'outil à utiliser comme plan pour la documentation informatisée
Éducation en soins infirmiers et validation des compétences tous les trimestres	Nouveau	Conformité Changement de comportement Changement de pratique	Exigence en termes de compétences clés du programme	Participation d'une consultante en lactation et des infirmières-ressources

Milieux de travail sains : le professionnalisme en soins infirmiers

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
100 % du plan de travail sur les politiques et les procédures sur la bonne voie	En cours	Gestionnaire de la qualité et des risques Chef de la pratique professionnelle, soins infirmiers	Examen mensuel des politiques et des procédures Comité Élaboration d'outils de gestion visuelle	Examen trimestriel
100 % du plan de travail sur les directives médicales sur la bonne voie	En cours	Chef de la pratique professionnelle, pratique clinique en soins infirmiers Membres de l'équipe de pratique Chef de la pratique	Élaboration d'outils de gestion visuelle	Examen trimestriel
100 % du plan de travail sur la déontologie sur la bonne voie	En cours	Spécialiste de l'éthique Équipe de transfert des connaissances, animateurs en déontologie	Réunions mensuelles	Production de rapports d'apprentissage électronique, examen trimestriel
Appui des forums favorisant la compréhension de ce que signifient l'autoréglementation et son incidence sur la pratique	En cours	Membres de l'équipe de transfert des connaissances Équipe de pratique clinique Membres	Conférences à midi pour le personnel	Production de rapports Feuilles de présence
10 % d'augmentation du niveau de satisfaction du personnel face à la santé au milieu de travail	En cours	Directeur, RH Directeur, dév. organisationnel	Questionnaire Picker Staff Satisfaction Survey	Examen annuel

Milieux de travail sains : le professionnalisme en soins infirmiers

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre de la transformation des soins aux patients pour tous les malades hospitalisés	En cours	Membres de l'équipe de transfert des connaissances Équipe de direction des soins infirmiers	Équipe de transfert des connaissances au niveau du service Établissement d'un gestionnaire pour le projet afin d'assurer l'harmonisation avec les recommandations de LDPE Établissement d'outils de gestion visuelle	Rencontres hebdomadaires, puis mensuelles et trimestrielles Intégration du travail dans le cadre des activités de production de rapports pour les examens mensuels des activités avec la haute direction Évaluation de la satisfaction des patients et du personnel par l'entremise des résultats de Picker

Développement et maintien du leadership infirmier

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre de la transformation des soins aux patients pour tous les malades hospitalisés	En cours	Membres de l'équipe de transfert des connaissances Équipe de direction des soins infirmiers	Équipe de transfert des connaissances au niveau du service Établissement d'un gestionnaire pour le projet afin d'assurer l'harmonisation avec les recommandations de LDPE Établissement d'outils de gestion visuelle	Rencontres hebdomadaires, puis mensuelles et trimestrielles Intégration du travail dans le cadre des activités de production de rapports pour les examens mensuels des activités avec la haute direction Évaluation de la satisfaction des patients et du personnel par l'entremise des résultats de Picker

Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développer une compétence culturelle

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Stratégie du conseil de diversité et d'accessibilité reflétant la LDPE	En cours — Adoption de la compétence culturelle	Directeur, relations avec les employés et diversité Chef, diversité culturelle des LDPE	Conseil de diversité et d'accessibilité Groupe directeur des OVPE	Élaboration et processus d'approbation annuels d'une stratégie de diversité et d'accessibilité
Examen des ressources sur les compétences culturelles SickKids	En cours — Adoption de la compétence culturelle	Directeur, relations avec les employés et diversité Chef, diversité culturelle des LDPE	Conseil de diversité et d'accessibilité	Élaboration et processus d'approbation annuels d'une stratégie de diversité et d'accessibilité Séances d'orientation pour les nouveaux employés
Formation d'une relation de travail avec le Toronto Region Immigrant Employment Council (TRIEC)	En cours — Adoption de la compétence culturelle	Directeur, relations avec les employés et adjoint à la diversité et aux relations	Mise en œuvre du programme de mentorat Utilisation des ressources du TRIEC, comme les vidéos éducatives qui existent en ligne	Comprendre les domaines dans lesquels il existe un programme de mentorat réussi pour les professionnels formés à l'étranger avec l'hôpital York Central Obtention du niveau d'intérêt des intervenants internes Formation des employés à l'interne à propos du programme Supervision et soutien continus

Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développer une compétence culturelle

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre de 11 activités sur la diversité	En cours — Adoption de la compétence culturelle	Directeur, relations avec les employés et adjoint à la diversité et aux relations	Désignation des 11 qui recevront le soutien du comité Besoin de créer un plan sur la méthode de mise en œuvre	Communication des activités Obtention de champions ou de chefs pour l'activité Coordination avec la Fondation pour les dons Coordination de l'activité; fournitures, matériel, conférenciers invités, espace de réunion, etc. Reconnaissance : appréciation des efforts des bénévoles, c.-à-d. présentation de certificats d'appréciation du comité de la diversité et de l'accessibilité Affichage de renseignements sur l'intranet, y compris des faits saillants et des photos de l'activité

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Exécution et suite de l'examen des politiques de pratique	En cours — Adoption de la compétence culturelle	Chef, diversité culturelle des LDPE	Manuel sur la pratique professionnelle	Conseil de soins infirmiers pour l'approbation des révisions
Élargissement des séances d'examen, de réflexion et de renouvellement pour 2 autres services	En cours — Adoption de la compétence culturelle	Formateurs cliniques	Réunions du service	Liaison avec le formateur et élément d'examen, de réflexion et de renouvellement spécial ou ordinaire de la réunion

Évaluation du risque et prévention des lésions de pression

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Maintien de toutes les recommandations mises en œuvre dans l'ensemble de l'hôpital	Évaluation de la peau et des lésions Prévention des lésions de pression selon les LDPE	Durabilité de l'équipe de transfert des connaissances « Wound Wizard »	Politiques et procédures Éducation des patients Formation du personnel Élaboration et mise en œuvre d'un mode de production de rapports d'incident électronique pour toutes les nouvelles lésions de pression Étude annuelle sur la prévalence et l'incidence	Formation Wound Wizard Formation continue pour les employés de première ligne mettant l'accent sur la prévention des lésions de pression Programme de mentorat en soin des lésions et de la peau pour les nouveaux employés mettant l'accent sur la prévention des lésions de pression Le personnel cernera les patients présentant des risques de lésions de pression et prendra des mesures de prévention actives par un positionnement adéquat et l'utilisation de la surface thérapeutique

Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Maintien de toutes les recommandations mises en œuvre dans l'ensemble de l'hôpital	Évaluation de la peau et des lésions Prévention des lésions de pression selon les LDPE	Durabilité de l'équipe de transfert des connaissances « Wound Wizard »	Politiques et procédures Éducation des patients Formation du personnel Élaboration et mise en œuvre d'un mode de production de rapports d'incident électronique pour toutes les nouvelles lésions de pression Étude annuelle sur la prévalence et l'incidence	Formation Wound Wizard Formation continue pour les employés de première ligne mettant l'accent sur la prévention des lésions de pression Programme de mentorat en soin des lésions et de la peau pour les nouveaux employés mettant l'accent sur la prévention des lésions de pression Le personnel cernera les patients présentant des risques de lésions de pression et prendra des mesures de prévention actives par un positionnement adéquat et l'utilisation de la surface thérapeutique

Prise en charge de l'hypertension dans les soins infirmiers

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre de 5 des 35 recommandations de la LDPE dans 4 services cliniques et à l'urgence	Prise en charge de l'hypertension dans les soins infirmiers	Équipe de transfert des connaissances	Politiques et procédures Liste de vérification du congé	Vérification de la pratique clinique 3, 6 et 12 mois après la mise en œuvre Intégration dans le programme de mentorat Suivi avec les patients après le congé, à 18 et 24 mois après la mise en œuvre

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre de 5 des 35 recommandations de la LDPE dans 4 services cliniques et à l'urgence	Prise en charge de l'hypertension dans les soins infirmiers	Équipe de transfert des connaissances	Politiques et procédures Liste de vérification du congé	Vérification de la pratique clinique 18 et 24 mois après la mise en œuvre Intégration dans le programme de mentorat Suivi avec les patients après le congé, à 3, 6 et 12 mois après la mise en œuvre

Aide à la décision pour les adultes vivant avec une néphropathie chronique

Première année	LDPE	Mesures de maintien		
Objectifs	**Nouveau ou en cours**	**Rôles du personnel**	**Modes d'organisation**	**Processus**
Mise en œuvre d'une initiative d'amélioration de la qualité axée sur l'éducation des patients et l'accès permanent à l'éducation pour les patients	En cours	Nouveau départ du chef de pratique clinique Équipe de direction des néphropathies Inf. les plus responsables Coordonnateurs de programme Interprofessionnel	Réunion mensuelle de nouveau départ Élaboration d'un outil de suivi	Examen mensuel

Annexe 6.3 : Feuille de travail

Questions pour orienter l'évaluation des facteurs favorables et des obstacles

	Questions	Facteurs favorables	Obstacles
Données probantes	• Examinez les lignes directrices en pensant à l'utilisateur final. Les recommandations sont-elles claires et faciles à comprendre? Dans la négative, comment les reformuler pour corriger le problème? • Les utilisateurs finaux pourront-ils accéder facilement aux données probantes au point d'intervention? Si ce n'est pas le cas, que peut-on faire pour en faciliter l'accès? • Peut-on l'intégrer à la documentation actuelle? • Comment pourrait-on encourager l'utilisation des données probantes? • Faut-il des outils? L'outil suggéré est-il facile et clair à remplir? Est-il possible de faire participer les utilisateurs à l'élaboration de l'outil si jamais il en faut un nouveau? • Comment peut-on s'assurer qu'il n'y a pas de documents faisant double emploi?		
Adopteurs potentiels	Le soutien de la direction est essentiel pour assurer une mise en œuvre réussie. Il est important de s'assurer de l'avoir avant de commencer. • La direction n'aura-t-elle pas d'objection au temps que consacrent les membres de l'équipe au sein du comité? • N'aura-t-elle pas d'objection au temps qu'ils consacrent à la formation? • Sera-t-elle favorable au processus d'acquisition de nouveau matériel et d'accessoires? • Est-elle en mesure d'influencer le changement? • Sera-t-elle prête à donner l'exemple pour ce qui est de l'engagement face à ce changement? • Est-elle visible et accessible lorsque des membres de l'équipe ont des questions ou préoccupations?		
	• L'équipe de soins a-t-elle déjà eu à utiliser ou à observer une pratique fondée sur des données probantes? Dans la négative, convient-il de fournir une formation sur la recherche? Un club de revues serait-il efficace dans ce milieu de pratique? • Ont-ils accès à des ressources pour les aider à effectuer l'évaluation clinique de la recherche? Par exemple, ont-ils accès aux services d'un bibliothécaire ou documentaliste? Serait-il possible de réseauter avec des partenaires du monde universitaire? • Quelles étaient leurs impressions d'expériences antérieures de changements aux pratiques fondés sur des données probantes? Qu'est-ce qui a bien fonctionné? Qu'est-ce qui a moins bien fonctionné? Quelle leçon pouvez-vous tirer de ces analyses pour modifier votre façon de procéder? • Le travail d'équipe est-il efficace? Y a-t-il des antécédents de collaboration? Dans la négative, serait-il possible de perfectionner les compétences par des petites activités de mise en œuvre? • L'équipe est-elle souple pour ce qui est de la dotation et des échéances, notamment pour la participation aux réunions et aux séances de formation?		

	Questions	Facteurs favorables	Obstacles
	• Les infirmières principales prêchent-elles par l'exemple en agissant à titre de chef de file clinique? • Qui dans l'équipe pourrait agir à titre de champion ou de championne de la mise en œuvre? Y a-t-il une personne passionnée des recommandations, de la population de patients ciblée, des résultats visés? • Y a-t-il dans cette ou ces équipe(s) un champion des pratiques exemplaires de l'AIIAO qu'il serait possible de recruter pour vous apporter une aide?		
	• Quel est le mode actuel de prestation de la formation? Quel est le mode de communication qui s'y rattache? À quel point est-ce efficace? S'il est bien efficace, serait-il possible de répondre aux besoins en formation relatifs à la mise en œuvre en utilisant cette méthode? Si ce n'est pas le cas, existe-t-il une autre approche à la formation qui pourrait bien fonctionner avec ce groupe ou avec ces clients? • Les personnes formées sont-elles motivées à changer?		
	• Les clients connaissent-ils ce qu'est la pratique fondée sur les données probantes? Si ce n'est pas le cas, comment pourrait-on remédier à la situation? • La formation vise-t-elle les clients? • Quels facteurs devrait-on prendre en considération? Certains sens, par exemple, sont-ils affaiblis? Constate-t-on des difficultés à lire, à voir, à entendre, à se rendre dans la chambre? • Quel est le niveau d'alphabétisation le plus bas? • Dans quel contexte les clients apprennent-ils le mieux? Pendant le séjour à l'hôpital, à domicile, dans une clinique?		
Ressources	**Contraintes en termes de ressources humaines** • Le temps est l'un des obstacles les plus souvent mentionnés, par ex. : • le temps nécessaire pour faire la recherche et l'analyse de la documentation; • le temps passé au sein du comité pour planifier la mise en œuvre; • le temps consacré à la préparation des éléments de la mise en œuvre; • le temps consacré aux séances de formation; • le temps nécessaire pour évaluer les résultats. • Il est important d'estimer avec précision le temps nécessaire pour exécuter le projet et s'assurer que la direction est favorable au projet et qu'elle y apporte du soutien financier • D'autres services de l'organisme peuvent-ils aider? Existe-t-il un service d'assurance de la qualité ou de gestion des risques? **Financement** • Il est possible qu'il existe du financement pour créer le temps nécessaire compte tenu des ressources humaines demandées. De quelle quantité aurait-on besoin? • Matériel : Y en a-t-il assez pour les besoins de la mise en œuvre? Faut-il du nouveau matériel? Quel est le processus à suivre pour l'obtention de nouveau matériel et quelle est l'échéance de la livraison? • Quelles sont les autres voies possibles pour le financement (interne et externe) de l'organisme? Votre organisme a-t-il une fondation? Respecterait-on les critères de financement d'organismes professionnels? Du gouvernement? D'autres groupes encore?		

	Questions	Facteurs favorables	Obstacles
Milieu	• Quels autres projets de changement ont lieu pendant l'échéancier de la mise en œuvre? S'il y a trop de changements en même temps, l'équipe risque d'être débordée • Quelles sont les priorités de la direction? La mise en œuvre cadre-t-elle avec les objectifs stratégiques? • À quelle vitesse les décisions se prennent-elles au sein de l'organisme? Avec combien d'avance votre planification doit-elle se faire? • Quelles sont les échéances de production d'un nouvel outil de documentation? Des politiques? Des procédures? Qui doit donner son approbation? • Dispose-t-on de salles adéquates pour les réunions et les séances de formation? Doit-on avoir recours à des services externes pour la formation? Quels en seraient les coûts? • Quelle est la complexité de la population de clients? Plus le groupe est complexe, plus il a de besoins et plus il peut y avoir de glissement de portée. De plus, une complexité accrue peut compliquer la mesure des résultats.		
Évaluation	• Quels types de données votre organisme surveille-t-il déjà? Pouvez-vous avoir accès à ces données? • La pratique actuelle a-t-elle été évaluée? Pourrait-elle fournir des données de base ou devrait-on mener des activités à cet effet? • L'évaluation aura-t-elle besoin de ressources de soutien supplémentaires? Ainsi, s'il est nécessaire de faire des vérifications, qui s'en chargera et avec quels outils?		

Résumé

La Trousse de mise en œuvre des LDPE vous a fourni ce qui suit :

1. Une méthodologie pour l'évaluation et la désignation des lignes directrices de qualité que vous désirez mettre en œuvre.
2. Des processus pour la désignation, l'analyse et la participation d'intervenants susceptibles d'apporter leur soutien aux diverses étapes de la mise en œuvre des LDPE.
3. Un résumé de ce qu'il faut faire pour mener une évaluation de l'état de préparation du milieu ayant pour résultat la détermination d'obstacles et de facteurs favorables précis.
4. Les données probantes existantes au sujet de stratégies de mise en œuvre.
5. Les stratégies possibles pour la planification et l'exécution des évaluations de la mise en œuvre et de son incidence.
6. Les exigences de ressources et les stratégies pour l'élaboration d'un budget convaincant permettant de mettre en œuvre et d'évaluer les LDPE.

Pendant votre préparation d'une mise en œuvre de LDPE, vous pouvez rassembler les activités ou actions suggérées des six étapes décrites dans la Trousse sous la forme d'un plan d'action. Vous trouverez ci-dessous un modèle d'un tel plan. Le plan d'action aidera le responsable de la mise en œuvre de LDPE à :

1. déterminer toutes les activités et toutes les mesures qui devront avoir lieu;
2. cerner les personnes, les groupes ou les comités responsables de l'exécution des activités;
3. élaborer un chemin critique (avec des échéances précises) pour l'exécution des activités;
4. communiquer le plan et l'état du projet de mise en œuvre aux intervenants pertinents;
5. surveiller les progrès et élaborer des plans de contingence au besoin. Vous pourrez également utiliser le modèle fourni comme liste de vérification afin de vous assurer que tous les éléments clés de la planification de la mise en œuvre ont été abordés. Il vous faudra y ajouter des mesures précises au besoin.

Au fur et à mesure que vous procédez à la mise en œuvre de la LDPE, rappelez-vous des points suivants :

1. Votre plan devra être adaptable au cas où des situations imprévues font surface (par exemple si un nouvel obstacle est cerné).
2. Votre plan doit faire en sorte que les intervenants clés participent à l'ensemble de l'exercice de planification. Vous devez vous assurer qu'ils sont d'accord avec le plan d'action élaboré. L'équipe de mise en œuvre doit suffisamment comprendre le plan d'action et devrait l'utiliser pour faire la surveillance des progrès.

Enfin (et surtout)!

N'oubliez pas les points suivants :

1. Tous les jalons de votre plan d'action doivent être notés, communiqués et célébrés. Quand les mesures de mise en œuvre sont lancées, soulignez ce lancement pour motiver l'équipe. Les autres jalons pourraient être la fin des séances de formation, le début d'une intervention clé (comme l'utilisation de nouvelles pompes d'analgésiques) ou la fin de la mise en œuvre officielle.
2. Assurez-vous de clairement mentionner que la mise en œuvre de LDPE est une activité continue et donc que sa durabilité est essentielle. Il est particulièrement important de désigner les comités, les groupes et les personnes qui en seront les champions, qui feront la surveillance et qui règleront les problèmes de façon continue. La détermination des politiques et procédures, des programmes d'orientation, des modules d'autoapprentissage et des programmes de remplacement du matériel sont autant de manières de favoriser la durabilité.
3. Les LDPE prennent parfois quelques rides, il est donc important de passer régulièrement la documentation en revue.
4. Les changements restent la seule constante de la vie. Malgré cette omniprésence du phénomène, il faut beaucoup d'ingéniosité pour mettre en place les conditions de réussite du changement! Bonne chance dans tous vos projets de mise en œuvre!

Modèle du plan d'action :

Instructions : Servez-vous de ce modèle afin de créer votre propre plan d'action pour la mise en œuvre. Remplissez les colonnes et inscrivez-y les activités que vous allez faire dans chacune des grandes catégories.

Nº	Activité	Date cible	Responsable	Résultats visés	Progrès
1.	Désignation du chef de projet, des champions ou du groupe qui dirigera la désignation et la mise en œuvre d'une LDPE : a) Déterminer les exigences en matière de compétences et de rôles. b) Communiquer avec la personne ou le groupe intéressé et le recruter. c) Assurer la participation du chef de projet. d) Veiller à ce que le chef de projet ait un mandat précis et les ressources nécessaires pour débuter le processus de planification.				
2.	Désignation d'une LDPE : a) Choisir les intervenants qui participeront à la désignation, l'évaluation et la sélection d'une LDPE. b) Accéder à l'outil AGREE II. c) S'assurer de comprendre comment utiliser l'outil AGREE II. d) Mener des recherches pour récupérer toutes les LDPE du domaine d'intérêt de l'organisme. e) Mener l'exercice d'évaluation. f) Présenter les données au groupe participant à l'exercice d'évaluation; décider d'une LDPE en fonction de sa qualité et de son contenu. g) Communiquer la décision aux intervenants pertinents.				
3.	Identification, évaluation et engagement des intervenants : a) Définir la portée de la mise en œuvre. b) Désigner des intervenants en passant par une démarche en équipe. c) Recueillir des données sur les intervenants avec l'équipe en utilisant le modèle fourni. d) Organiser les données et les analyses, toujours en équipe, et tenter d'atteindre un consensus. e) Déterminer les stratégies qui seront utilisées pour influencer, appuyer et faire participer les intervenants à divers titres. f) Mettre à jour le plan d'action en fonction des stratégies déterminées.				

Nº	Activité	Date cible	Responsable	Résultats visés	Progrès
4.	Intégration des stratégies et des mesures relatives aux intervenants (une fois qu'elles ont été déterminées).				
5.	Exécution d'une évaluation de l'état de préparation du milieu.				
6.	Détermination et planification de stratégies de mise en œuvre : a) Cerner les obstacles et les facteurs favorables grâce à l'évaluation du milieu. b) Faire participer les intervenants pertinents et choisir les stratégies de mise en œuvre. Choisissez les interventions en fonction des renseignements disponibles, de leur efficacité et de leur degré d'adaptabilité à l'organisme et à ses membres.				
7.	Mise à jour du plan d'action en fonction des stratégies de mise en œuvre déterminées.				
8.	Élaboration d'un plan pour l'évaluation : a) Cerner les sources possibles de soutien à l'évaluation : experts, collecte de données, etc. (songez à commencer par le Comité sur la qualité). b) Élaborer un plan pour l'évaluation. c) Mettre le plan en pratique.				
9.	Mise à jour du plan d'action en fonction des résultats du plan d'évaluation.				
10.	Détermination des ressources nécessaires pour la mise en œuvre : a) Utiliser les feuilles de calcul budgétaires fournies sur la disquette. b) Faire participer l'équipe de mise en œuvre et les intervenants pertinents dans le but d'assurer leur soutien du budget final. c) Préparer les justifications nécessaires pour le budget. d) Trouver des manières d'obtenir du financement en commençant par les sources non opérationnelles, comme le flux de rentrées, les partenariats avec certains fournisseurs, etc. Tenez compte des conflits d'intérêt potentiels. e) Présenter le budget et les sources de recettes au niveau de direction organisationnel responsable.				
11	Détermination des processus de surveillance.				
12.	Planification des célébrations des jalons.				

Bibliographie :

Althabe, F., Bergel, E., Cafferata, ML., Gibbons, L., Ciapponi, A., Alemán, A., et coll. (2008). Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: An overview of systematic reviews. *Paediatric and Perinatal Epidemiology,* 22(1), 42–60.

Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents. *Health Marketing Quarterly,* 21(4), 51–75.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2008). *Oral health: Nursing assessment and interventions*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Consulté le 17 avril 2012 sur http://www.rnao.org/Storage/50/4488_Oral_Health-Jan9.09-web.pdf.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, CK., Beattie, L. C., et Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–12.

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., et coll. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3, CD005470.

Bauer, M. S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry,* 10(3), 138–153.

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., et Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal,* 317(7156), 465–468.

Beyer, J. M., et Trice, H. M. (1982). The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly,* 27(4), 591–622.

Bloom, B. S. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care,* 21(3), 380–385.

Brouwers, M. C., Stacey, D., et O'Connor, A. M. (2009). Knowledge translation tools. *in* S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice.* Hoboken (New Jersey) : Wiley-Blackwell.

Brouwers, M, C., Kho ME., Browman, GP., Burgers, JS., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, ID., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. (2010). AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal.*

Buchanan, D. A., Fitzgerald, L., et Ketley, D. (2007). *The sustainability and spread of organizational change. New York : Routledge.*

Burgers, J. S., Cluzeau, F. A., Hanna, S. E., Hunt, C., et Grol, R. (2003). Characteristics of high-quality guidelines: Evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *International Journal of Technological Assessment in Health Care*, 19(1), 148–157.

Bywood, P. T., Lunnay, B., et Roche, A. M. (2008). Strategies for facilitating change in alcohol and other drugs (AOD) professional practice: A systematic review of the effectiveness of reminders and feedback. *Drug and Alcohol Review,* 27(5), 548–558.

Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Audibert, F., Trouigny, C., Fraser, W. D., et Dumont, A. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology,* 108(5), 1234–1245.

Champion, V. L., et Leach, A. (1989). Variables related to research utilization in nursing: An empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing,* 14(9), 705–710.

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., et coll. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing,* 19, 44–52.

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data collection checklist. Consulté le 17 avril 2012 sur http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Virani, T., Skelly, J., et Dobbins, M. (2006). *Determinants of the sustained use of research evidence in nursing: Final report*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Instituts de recherche en santé du Canada.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., et Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *Biomed Central Health Services Research,* 8(29), 1–44.

Davies, B., et Edwards, N. (2009). Sustaining knowledge use. *in* S. Strauss, J. Tetroe, et I. Graham (éd.). *Knowledge translation in health care: Moving evidence to practice (p. 165–173*). Oxford (R.-U.) : Wiley Blackwell.

Davies, B., Tremblay, D., et Edwards, N. (2010). Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. *in* D. Bick et I. D. Graham (éd.). *Evaluating the impact of evidence based practice* (p. 166-188). Oxford (R.-U.) : Wiley-Blackwell.

Davis, D. A., et Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal,* 157(4), 408–416.

Dillman, D. (2007). Mail and internet surveys. *The tailored design method* (2e éd.). Toronto (Ontario) : John Wiley & Sons.

Dobbins,M.; Davies,B.; Danseco,E.; Edwards,N.; Virani,T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation Toolkit. *Journal of Nursing Leadersh*ip, 18(1), 34-45.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.

Dulko, D. (2007). Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: A model for acute care nurse practitioners. *Worldviews on Evidence-Based Nursin*g, 4(4), 200–209.

Dunn, W. N. (1983). Measuring knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 5(1), 120–133.

Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M., et coll. (2006). Development and testing of instruments to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73–85.

Edwards, N., Davies, B., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., Danseco, E., et coll. (2004). E*valuation of Nursing Best Practice Guidelines: Interviewing Nurses and Administrators* (p. 1-32). Ottawa (Ontario) : Unité de recherche en santé communautaire, Université d'Ottawa.

Elo, S., et Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Estabrooks, C. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 203–216.

Estabrooks, C., Floyd, J., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., et Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 506–520.

Ferguson-Pare, M., Closson, T., et Tully, S. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: A gift for advancing professional practice in every environment. *Hospital Quarterly*, 5(3), 66–68.

Ferlie, E., et Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly,* 79(2), 281–315.

Ferrell, B., et McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. Maryland Heights (Missouri) : Mosby.

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., Graham, I. D., et coll., pour la collaboration ADAPTE. (2011). Guideline adaptation: An apporach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality and Safety*, 20(3), 228–236.

Field, M. J., et Lohr, K. N. (1992). *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Washington (District of Columbia) : National Academy Press.

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., et coll. (2007). Chefs de file locaux en matière d'opinion : Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000125.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et coll. (2009a). Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003030.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et coll. (2009b). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue*, 2, CD003030.

Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E., et Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making,* 8, 38.

Gifford, W. (2010). *Barriers categorized by level for specific recommendations from RNAO guideline: Assessing and managing foot ulcers for people with diabetes*. Thèse de doctorat, Université d'Ottawa (Ontario).

Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., et Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: An integrative review of the literature. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 4(3), 126–145.

Gifford, A. W., Davies, B., Edwards, N., et Graham, D. I. (2006). *Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines*. Nursing Leadership, 19(4), 72–88.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., et Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 289(23), 3145–3151.

Ginrod, K. A., Patel, P., et Martin, J. E. (2006). What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing habits? *Annals of Pharmacotherapy*, 40(9), 1546–1557.

Godfrey, C. M., Harrison, M. B., et Graham, I. D. (2010). A review of the use of outcome measures of evidenced-based practice in guideline implementation studies in nursing, allied health professions and medicine. *in* D. Bick, et I. D. Graham (éd.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice* (pp. 189-203). Oxford (R.-U.) : Wiley Blackwell.

Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008).Healthcare professionals' intentions and behaviors: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36–48.

Graham, I. D., Bick, D., Tetroe, J., Straus, S. E., et Harrison, M. B. (2010). Measuring outcomes of evidence-based practice: Distinguishing between knowledge use and its impact. *in* D. Bick et I. D. Graham (éd.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice*. Oxford (R.-U.) : Wiley Blackwell.

Graham, I. D., Harrison, M. B., Brouwers, M., Davies, B. L., et Dunn, S. (2002). Facilitaing the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines fo local use by health care organziations. *Journal of Obstetric, Gyenocological and Neonative Nursing*, 31(5), 599–611.

Graham, I. D., Harrison, M. B., Lorimer, K., Piercianowski, T., Friedberg, E., Buchanan, M., et coll. (2005). Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: Ontario leg ulcer community care protocol. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(6), 307–318.

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et coll. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24.

Greenfield, D., et Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183.

Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay. C., Fraser, C., et coll. (2006). Toward evidence-based quality improvement: Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl. 2), S14–S20.

Grimshaw, J., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et coll. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(5), 112–145.

Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., et coll. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessmen*t, 8(6), 1–72.

Grinspun, D., Virani, T., Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RNAO project. *Hospital Quarterly*, 5(2), 56–59.

Grol, R., Wensing, M., et Eccles, M. (2005). Improving patient care: *The implementation of change in clinical practice*. Londres (R.-U.) : Elsevier Butterworth Heinemann.

Groll, D., Davies, B., MacDonald, J., Nelson, S., et Virani, T. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. *Journal of Infusion Nursing*, 33(6), 385–390.

Gupta, S., Bhattacharyya, O. K., Brouwers, M. C., Estey, E. A., Harrison, M. B., Hernandez, P., et coll. (2009). Canadian Thoracic Society: Presenting a new process for clinical practice guideline production. *Canadian Respiratory Journal*, 16(6), e62–e68.

Hakkennes, S., et Dodd, K. (2008). Guideline implementation in allied health professions: A systematic review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 17(1), 296–300.

Hakkennes, S., et Green, S. (2006). Measures for assessing practice change in medical practitioners *Implementation Science*, 1, 29–38.

Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J., et Kogan, M. (2002). The utilization of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1, 2.

Harrison, M. B., Graham, I. D., et Fervers, B. (2009). Adapting knowledge to a local context. *in* S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice* (pp. 73–82). Oxford (R.-U.) : Wiley-Blackwell.

Henderson, J. A., Davies, J., et Willet, RM. (2006). The experience of Australian project leaders in encouraging practitioners to adopt research evidence in their clinical practice. *Australian Health Review*, 30(4), 474–484.

Higuchi, K., Davies B., Edwards, N., Ploeg, J., et Virani, T. (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1329–1338.

Hutchinson, A. M., et Johnston, L. (2006). Beyond the barriers scale: Commonly reported barriers to research use. *Journal of Nursing Administration*, 36(4), 189–199.

Isett, K.R.; Burnam, M.A.; Coleman-Beattie, B.; Hyde, P.S.; Morrissey,J.P.; Magnabosco, J.; Rapp, C.A.; Ganju, V. et Goldman, H.H. 2007,The state policy context of implementation issues for evidence-based practices in mental health. *Psychiatric Services* 58: 914-21.

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., et Oxman, A. D. (2006). Vérification et rétroaction : Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000259.

Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., et Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: A systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal*, 330, 765.

Kitson, A., et Straus, S. E. (2010). The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73–E77.

Knowles, M. S. (1988). *The modern practice of adult education. Andragogy versus pedagogy. Englewood Cliffs (New Jersey) : Prentice Hall/Cambridge.*

Krugman, M. (2003). Evidence-based practice: The role of staff development. *Journal of Nurses in Staff Development*, 19(6), 279–285.

La collaboration ADAPTE. (2009). The ADAPTE process: Resource Toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. Consulté le 29 novembre 2011 sur http://www.g-i-n.net.

La collaboration AGREE II. (2009). Appraisal of guidelines for research and evaluation: AGREE II instrument. Consulté le 10 décembre 2011 sur http://www.agreetrust.org.

La collaboration AGREE II. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE II project. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 18–23.

Landry, R., Lamari, M., et Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Administration Review*, 63(2), 192–205.

Larsen, J. (1980). Knowledge utilization: What is it? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1(3), 421–442.

Lawrence, D. J., Polipnick, J., et Colby, E. (2008). Barriers to and opportunities for the implementation of best practice recommendations in chiropractic: Report of a focus group. *Journal of Allied Health*, 37(2), 82–89.

Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. *in* S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 83-93). Oxford (R.-U.) : Wiley-Blackwell/BMJI Books.

Loisel, P. Buchbinder R. , Hazard R., Keller R., Scheel, I., van Tulderand, M., et Webster B. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. Journal of Occupational Rehabilitation, 15(4), 507-524.

Maher, L., Gustafson, F., et Evans, A. (2010). NHS sustainability model and guide. Londres (R.-U.) : National Health Service Institute for Innovation and Improvement.

Marchionni, C., et Richer, M. C. (2007). Using appreciative inquiry to promote evidence-based practice nursing: The glass is more than half full. *The Canadian Journal of Nursing Leadership*, 20(3), 86–97.

Mazmanian, P. E., Davis, D. A., et Galbraith, R. (2009). Continuing medical education effect on clinical outcomes. Effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3), 49S–55S.

McKinlay, E., McLeod D., Dowell, A., et Marshall C. (2004). Clinical practice guidelines' development and use in New Zealand: an evolving process. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117(1199),

Miles, S., Valovirta, E., et Frewer, L. J. (2006). Communication needs and food allergy: An analysis of stakeholder views. *British Food Journal*, 108(9), 795–802.

Morris, Z. S. et Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.

Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V., et Caywood, C. (1998). The application of "integrated marketing communications" to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications. *Social Marketing Quarterly*, 4(4), 12–16.

O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., et coll. (2007). Visites de sensibilisation : Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4, CD000409.

Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., et Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423–1431.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., et Miller, E. P. (2007). Factors influencing BPG implementation: Lessons learned from administrators and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursin*g, 4(4), 210–219.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N, Davies, B, Grinspun, D., Bajnok, I. Downey, A. (2010) The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study.Worldviews on Evidence-Base Nursing. Consulté le 18 juillet 2012 sur http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10,1111/(ISSN)1741-6787/earlyview

Prior, M., Gurein, M., et Grimmer-Somers, K., (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies: A synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888–897.

Rich, R. F. (1991). Knowledge creation, diffusion, and utilization: Perspectives of the founding editor of *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 12(3), 319–337.

Richens, Y., et Rycroft-Malone, J. (éd.). (2004). Getting guidelines into practice: A literature review. *Nursing Standard*, 18(50), 33–40.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5e éd.). New York (New York) : Free Press.

Rycroft-Malone, J., et Bucknall, T. (2010). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*. Hoboken (New Jersey) : Wiley-Blackwell.

Santé Canada. (2008). Best practices – Treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Consulté sur http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/background-contexte-eng.php

Schein, E. H. (1996). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Systems Practice and Action Research*, 9(1), 27–47.

Segesten, K. (2004). Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing: A literature overview. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 24, 44–47.

Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C. R., Eccles, M. P., et Grimshaw, J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 3, CD001096.

Siddiqi, K., Newell, J., et Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: What works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(5), 447–454.

Singleton, J., et Levin, R. (2008). Strategies for learning evidence-based practice: Critically appraising clinical practice guidelines. *Journal of Nursing Education*, 47(8), 380–383.

Site Web de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). Nursing Care Delivery Models. Consulté le 8 décembre 2009 sur http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/environment/evidence-based_decision-making_and_nursing_practice_e.aspx.

Shekelle, P., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S., Eccles, M., Grimshaw, J. et Woolf, H. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. *Journal of the Advanced Medical Association*, 286(12), 1461-1467.

Skinner, K. (2007). Developing a tool to measure knowledge exchange outcomes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22(1), 49–73.

Squires, J., Estabrook, C., Gustavsson, P., et Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1–20.

Stacey, D., O'Connor, A., Graham, I. D., et Pomey, M. P. (2006a). Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(8), 410–415.

Stacey, D., Pomey, M. P., O'Connor, A., et Graham, I. D. (2006b). Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: An implementation case study in nursing. *Implementation Science*, 1, 17.

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. *in* S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care* (pp. 151–159). Oxford (R.-U.) : Wiley-Blackwell.

Sudsawada, P. (2007). Knowledge translation. *Introduction to models, strategies, and measures*. Austin (Texas) : Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.

Thomas, L. H., Cullum, N. A., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., et Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000349.

Thomason, S. S., Evitt, P. C., Harrow, J. J., Love, L., Moore, A. M., Mullins, M. A., et coll. (2006). Providers' perception of spinal cord injury pressure ulcer guidelines. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30(2), 117–126.

Thompson, S. D., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L., et Estabrooks, A. C. (2006). The relationship between busyness and research utilization: It is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539–548.

Van der Wees, P. J., Jamtvedt, G., Rebbeck, T., De Bie, R. A., Dekker, J., et Hendriks, E. J. M. (2008). Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: A systematic review. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 54(4), 233–244.

Varvasovsky, Z., et Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338–345.

Veloski, J., Boex, J. R., Grasberger, M. J., Evans, A., et Wolfson, D. B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical Teacher*, 28(2), 117–128.

Vink, P., Imada, A. S., et Zink, K. J. (2008). Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519-526.

Virani, T., Lemieux-Charles, L., Davis, D., et Berta, W. (2009). Sustaining change: Once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly,* 12(1), 89–96.

Weinmann, S., Koesters, M., et Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 420–433.

Weinreich, N. K. (2000). What is social marketing? Los Angeles (Californie) : Weinreich Communications. Consulté le 17 avril 2012 sur www.social-marketing.com.

Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426–431.

Wensing, M., Van der Weeijden, T., et Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991–997.

Annexe A : Révision et mise à jour de la Trousse

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour sa Trousse sur la mise en œuvre de la manière suivante :

1. Après sa diffusion, la Trousse sera revue tous les cinq ans par un groupe de spécialistes (l'équipe de révision) du domaine.
2. Pendant la publication et la révision, le personnel de l'AIIAO recherchera de nouveaux examens systématiques et essais cliniques aléatoires dans le domaine. Cet examen aura lieu régulièrement.
3. Selon les résultats de l'examen, le personnel affecté au projet pourra recommander de devancer la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe d'origine et d'autres spécialistes du domaine permettra de formuler un avis utile pour la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de cinq ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de cinq ans, le personnel de l'AIIAO commencera la planification du processus de révision comme suit :
   a. Les spécialistes du domaine seront invités à prendre part à l'équipe de révision de la Trousse. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe d'origine, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
   b. Les commentaires reçus, les questions ayant fait surface pendant la phase de diffusion et l'expérience des sites où ont eu lieu la mise en œuvre seront compilés.
   c. Les nouvelles connaissances du domaine, y compris les examens systématiques, les méta-analyses, les examens techniques, les essais cliniques aléatoires et le reste de la documentation pertinente seront compilés.
   d. Un plan d'action détaillé comprenant des dates cibles pour les réalisations attendues sera mis au point.

La Trousse révisée sera diffusée en fonction des structures et des processus établis.

Annexe B : Stratégie de recherche

La stratégie de recherche employée pendant l'élaboration de ce document a été principalement axée sur la mise en œuvre de lignes directrices au sein du système de santé. L'une des stratégies consistait à mener une recherche structurée de sites Web afin de déterminer les pratiques exemplaires publiées sur la mise en œuvre de lignes directrices remontant jusqu'à janvier 2003. La deuxième approche était un examen de la documentation visant à cerner les études préliminaires, les méta-analyses, les études qualitatives et quantitatives, la littérature grise et les examens systématiques publiés dans ce domaine de janvier 2002 à avril 2011.

Étape 1 : Recherche d'outils pour la mise en œuvre de lignes directrices

En janvier 2008, un chercheur a consulté les sites Web figurant sur une liste établie à la recherche de contenu sur le sujet. Cette liste de sites a été dressée en fonction des connaissances existantes à propos de la pratique fondée sur les données probantes, des bases de données sur la mise en œuvre de lignes directrices et des recommandations faites dans la documentation. La présence ou l'absence d'outils de mise en œuvre ainsi que la date à laquelle la recherche a été effectuée ont été notées pour chaque site Web consulté. Parfois, les sites ne contenaient pas de tels outils, mais redirigeaient plutôt l'utilisateur vers un autre site ou une autre source permettant d'en obtenir. Les outils ont été téléchargés si leur version complète était disponible. Autrement, ils ont été commandés par courriel.

- Agency for Healthcare Research and Quality : http://www.ahrq.gov/
- American Nephrology Nurses Association : http://www.annanurse.org
- Annals of Internal Medicine : http://www.annals.org/
- Base de données TRIP : http://www.tripdatabase.com/
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines : http://www.bcguidelines.ca/
- British Columbia Office of Health Technology Assessment : http://www.chspr.ubc.ca/
- Campbell Collaboration : http://www.gacguidelines.ca/
- Centers for Disease Control and Prevention : http://www.cdc.gov/
- Centre for Evidence-Based Mental Health : http://cebmh.com/
- Change Foundation : http://www.changefoundation.ca/
- ClinicalEvidence : http://www.clinicalevidence.org
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : http://www.hc-sc.gc.ca
- CREST : http://www.crestni.org.uk/
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness : http://www.crd.york.ac.uk
- Département de médecine de l'Université de Californie, à San Francisco : http://medicine.ucsf.edu
- Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study : http://www.dopps.org
- Evidence-Based On-Call : http://www.eboncall.org/
- Institut canadien d'information sur la santé : http://secure.cihi.ca
- Infobanque AMC : Guides de pratique clinique : http://www.amc.ca/
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : http://www.ctfphc.org/
- Guideline Advisory Committee : http://www.gacguidelines.ca/
- Guidelines International Network : http://www.g-i-n.net
- Health-Evidence.ca : http://Health-Evidence.ca
- Institute for Clinical Evaluative Sciences : http://www.ices.on.ca
- Institute for Clinical Systems Improvement : http://www.icsi.org
- Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery (Australie) : http://www.joannabriggs.edu.au
- Journal Bandolier : http://www.jr2.ox.ac.uk
- Journal of Issues in Nursing : http://www.nursingworld.org/
- Medic8.com : http://www.medic8.com/
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : http://www.mihsr.monash.org
- National Electronic Library for Health : https://www.evidence.nhs.uk
- National Guideline Clearinghouse : http://www.guidelines.gov/
- National Institute for Clinical Evidence : http://www.nice.org.uk
- National Library of Medicine, Health Services/Technology Assessment : http://www.ncbi.nlm.nih.gov

- New Zealand Guidelines Group : http://www.nzgg.org.nz/
- Nursing and Midwifery Practice Development Unit : http://www.riotinto.com/
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé : http://www.ccohta.ca/
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé sur les maladies chroniques, Organisation mondiale de la santé : http://www.who.int
- PEDro : The Physiotherapy Evidence Database : http://www.pedro.org.au/
- Publications d'évaluation des technologies de la santé de la Alberta Heritage Foundation for Medical Research : http://www.aihealthsolutions.ca
- Répertoire de sites Web sur la pratique fondée sur les données probantes de l'Université Laval – aucun site Web trouvé
- Réseau canadien de la santé : http://www.canadian-health-network.ca/
- Résumés analytiques pour les examens Cochrane : http://www.thecochranelibrary.com
- Royal College of General Practitioners : http://www.rcgp.org.uk
- Royal College of Nursing : http://www.rcn.org.uk/
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : http://www.sign.ac.uk/
- SUMSearch : http://sumsearch.uthscsa.edu/
- The Qualitative Report : http://www.nova.edu
- United States National Institute of Health Consensus Development Program : http://consensus.nih.gov
- Virginia Henderson International Nursing Library : http://www.nursinglibrary.org

Étape 2 – Recherche à l'aide d'un moteur de recherche Web

Ensuite, une recherche de sites Web a été menée afin de trouver des outils pour la mise en œuvre de lignes directrices à l'aide du moteur de recherche Google. Les termes anglais suivants ont été recherchés :

- Guideline implementation
- Implementation
- Organizational Innovation
- Organizational change
- Implementation Research
- Implementation Dissemination

La recherche a été effectuée par une personne qui a également noté les résultats, les sites Web examinés et la date de consultation, puis fait un résumé des résultats. Les résultats de la recherche ont ensuite été intégrés dans la liste de sites Web pour la mise en œuvre de lignes directrices.

Étape 3 – Recherche manuelle ou contributions du groupe d'experts

Les membres du groupe et du comité consultatif ont dû passer en revue leurs archives personnelles afin de repérer d'éventuels outils de mise en œuvre de lignes directrices qui n'auraient pas été trouvés au moyen des stratégies de recherche susmentionnées. Si les outils ainsi trouvés ne figuraient pas déjà sur la liste des sites Web de mise en œuvre de lignes directrices et respectaient les critères d'inclusion, ils étaient ajoutés à la liste d'outils.

Les stratégies de recherche susmentionnées ont permis de récupérer un total de 34 outils sur la mise en œuvre de lignes directrices respectant les critères suivants :

- Ils étaient publiés en anglais et de portée internationale.
- Ils avaient été créés au plus tôt en 2003.
- Ils portaient uniquement sur le domaine en question.
- Ils étaient fondés sur des données probantes (et contenaient donc des références, des descriptions des données probantes, la source des preuves).
- Ils étaient disponibles et accessibles pour consultation.

Dans le cadre de l'examen des données probantes, le groupe d'élaboration des lignes directrices a effectué une évaluation critique des 34 outils et documents obtenus sur la mise en œuvre de lignes directrices en santé afin d'en étudier la portée d'application (capacité de généralisation dans divers secteurs et contextes géographiques), la force de la base de données probantes (existence de données probantes scientifiques [validité du contenu] et opinions d'experts [validité apparente]), la possibilité de mise en œuvre avec des efforts et des coûts raisonnables, ainsi que les fondations théoriques.

Étape 4 : Analyse de la documentation

Un bibliothécaire universitaire en sciences de la santé a effectué une recherche de données probantes relatives à la mise en œuvre de lignes directrices dans les bases de données. En janvier 2011, une première recherche a été effectuée dans les bases de données MEDLINE, Embase et CINAHL pour obtenir des études préliminaires ainsi que des examens systématiques publiés entre janvier 2003 et novembre 2010 à l'aide des termes de recherche de la Trousse 2002 ainsi que des suivants : knowledge creation, Program Development, Professional Development, Program planning, program development, program implementation, clinical indicators, internal consistency, benchmarking, nursing practice evidence based, case management education, decision making, clinical evaluation, managed care programs, attitude to change, clinical competence, sustainability of healthcare innovations, sustainability of evidence-based practice, adherence to guidelines, benchmarks, process outcomes, practice guideline utilization, professional compliance, outcome measures and evidence-base practice, outcome measures and guidelines, outcome indicators and evidence-based practice, outcome indicators and guidelines, outcome metrics and evidence-based practice, outcome metrics and guidelines.

Les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont également passé en revue leurs archives personnelles afin d'examiner la documentation sentinelle clé portant sur le sujet pour s'assurer d'en tenir compte. À la demande du groupe de concertation, des recherches supplémentaires dans la littérature spécialisée ont été effectuées au besoin.

La recherche a été structurée de manière à récupérer des données probantes pouvant être appliquées aux huit étapes du cadre de mise en pratique des connaissances :

1. Détermination du problème : identification, examen et sélection des connaissances
2. Adaptation au contexte local
3. Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances
4. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions
5. Maintien de l'utilisation des connaissances
6. Surveillance de l'utilisation des connaissances
7. Évaluation des résultats
8. Participation des intervenants

Résultats de recherche :

La stratégie de recherche susmentionnée a permis d'extraire plus de 7 000 résumés analytiques sur la mise en œuvre de lignes directrices. Ces résumés ont ensuite été examinés par deux adjoints à la recherche afin de repérer les données en double, puis évalués selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis par le groupe. Les membres du groupe ont alors mené un examen de la pertinence des résumés inclus, cernant au total les 290 articles de nature quantitative, qualitative et textuelle qui ont été inclus dans la révision de la Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition) de l'AIIAO.

Annexe C : Glossaire

Abandon : La décision consistant à cesser de mettre en œuvre une recommandation de LDPE. Cette décision est influencée par plusieurs facteurs, y compris les priorités concurrentes et les ressources financières.

Adaptation d'une ligne directrice : Une approche systématique pour l'adoption ou la modification de lignes directrices produites dans un contexte différent de celui où elles sont mises en œuvre. Remplace la création de lignes directrices de pratique clinique locales comme première étape de la mise en œuvre, tout en respectant les principes des approches fondées sur les preuves (Fervers, 2011, p. 229).

Analyse des intervenants : Dans le contexte de la mise en œuvre de lignes directrices de pratique exemplaire, l'analyse des intervenants est le processus consistant à produire des renseignements au sujet des intervenants afin d'aider l'équipe de mise en œuvre à comprendre leurs comportements, leurs plans, leurs relations et leurs intérêts. Cette connaissance aide l'équipe à déterminer quelle peut être la contribution de l'intervenant au processus en termes de soutien, de ressources ou d'influence.

Banalisation : Lorsqu'une innovation est si bien ancrée dans les activités habituelles qu'elle en perd son identité. Par ex., l'exigence d'une évaluation du risque de chute pour tous les patients, documentée dans le plan de soins (Davies et Edwards, 2009).

Chefs de file locaux en matière d'opinion : Dispensateurs de soins dont l'influence en matière de formation est reconnue par des collègues. Ils ont la capacité d'exercer une influence sur les autres et de les inciter à changer leur comportement (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002).

Détérioration : La réduction de l'application des recommandations des LDPE au fil du temps (Buchanan, Fitgerald et Ketley, 2007).

Diffusion : Le processus d'adoption de nouvelles méthodes de travail, élaborées dans un certain milieu de pratique, par un autre milieu de pratique, parfois avec des modifications (Davies et Edwards, 2009).

Durabilité : Le niveau d'adoption d'une innovation après la première vague d'efforts pour la promouvoir (Rogers, 2003). Maher et coll. (2010) ont élaboré un modèle et un système d'évaluation aux fins du diagnostic, et ils proposent la définition suivante : « Lorsque le nouveau mode de fonctionnement et les résultats améliorés deviennent la norme. Ce ne sont pas seulement les processus et les résultats qui ont changé, mais aussi les idées et les attitudes qui les sous-tendent, qui ont subi une modification en profondeur, autant de facteurs qui appuient le changement. » (Maher et coll., 2010, p. 1)

Élargissement de la portée : Le processus d'adoption de nouvelles méthodes de travail, élaborées dans un certain milieu de pratique, par un autre milieu de pratique après modifications s'il y a lieu (Davies et Edwards, 2009). Extension de la mise en œuvre de LDPE dans d'autres secteurs des soins de santé, que ce soit en milieu hospitalier, dans la collectivité ou dans des établissements d'enseignement.

Entrevues : Méthode consistant à poser des questions à des gens sur leurs impressions, leurs attitudes ou leurs comportements. Les études qualitatives proposent habituellement des questions ouvertes, alors que les études quantitatives proposent habituellement un questionnaire à réponses préétablies, à choix multiples.

Facteur favorable : Facteurs qui encouragent ou favorisent la prise de décisions collectives dans un milieu de pratique (Legar, 2009).

Fiabilité : Le niveau de régularité avec lequel un outil de collecte de données mesure toujours de la même manière la caractéristique qu'il est conçu pour mesurer, ou la mesure dans laquelle il est possible de reproduire les résultats.

Groupe de discussion : Méthode consistant à acquérir des connaissances en effectuant des entrevues avec un groupe de gens sur leurs impressions, leurs attitudes ou leur comportement.

Institutionnalisation : L'endurance relative du changement au sein d'un organisme, tandis qu'il s'intègre aux activités quotidiennes et aux pratiques ordinaires (Davies et Edwards, 2009).

Intervenant : Un intervenant est une personne, un groupe ou un organisme directement concerné par votre décision de mettre en œuvre une ligne directrice sur les pratiques exemplaires (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie et Nickleson, 1999). Les intervenants comprennent les personnes et les groupes qui seront directement ou indirectement touchés par la mise en œuvre d'une ligne directrice.

Interventions organisationnelles : Les interventions organisationnelles comprennent la révision des fonctions professionnelles, la révision des équipes multidisciplinaires, l'intégration des services, la modification des combinaisons de compétences, la continuité des soins, les améliorations des conditions de travail, la communication et la discussion de cas (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Interventions par le biais des patients : Nouvelle information clinique (inédite) obtenue par une collecte de données auprès des patients et fournie au dispensateur de soins, par ex., les scores de dépression tirés d'un outil (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Interventions visant le mode d'organisation : Il existe plusieurs types d'interventions visant le mode d'organisation, notamment : le changement apporté à l'emplacement de la prestation de service; les changements apportés à l'état physique des lieux, aux installations et au matériel; les changements apportés aux systèmes de dossiers de patient; les mécanismes de surveillance de la qualité; la responsabilité, l'agrément et l'affiliation; les modes d'organisation du personnel (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Leadership par la direction : En tant que stratégie organisationnelle, le leadership est un processus pluridimensionnel qui permet aux infirmières d'utiliser des données probantes issues de la recherche dans leur pratique clinique, et comprend les activités et les comportements des gestionnaires qui ont une influence directe ou indirecte sur les personnes, sur le milieu de travail et sur l'organisme dans son ensemble (Gifford, Davies, Edwards, Griffin et Lybanon, 2007).

Ligne directrice source : Une ligne directrice sélectionnée dont la qualité, l'actualité, le contenu, l'uniformité et l'acceptabilité seront évaluées, et qui pourra servir de base à une ligne directrice adaptée. (La collaboration ADAPTE, 2009)

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) de l'AIIAO : Le nom que donne l'AIIAO aux lignes directrices de pratique clinique uniques qu'elle élabore. Les LDPE sont divisées en deux parties : les lignes directrices cliniques et celles pour un milieu de travail sain. Ce travail est dirigé par l'AIIAO et bénéficie du financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que de l'aide du Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada (site Web de l'AIIAO, 2008).

Marketing social : L'application de notions et d'outils du marketing habituellement utilisés par le secteur privé à des programmes conçus afin de modifier le comportement volontaire d'un public cible et d'atteindre ainsi des objectifs socialement désirables (Andreason, 2004, p. 56).

Marketing : L'utilisation d'entrevues personnelles, de discussions en groupe et de sondages menés auprès de dispensateurs ciblés dans le but de cerner les obstacles au changement et de modifier l'intervention de manière à les surmonter (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Matériel didactique : Recommandations publiées ou imprimées relatives aux soins cliniques, ce qui comprend les lignes directrices de pratique clinique, le matériel audio-visuel et les documents électroniques. Le matériel peut faire l'objet d'envois individualisés ou d'une campagne de publipostage (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Médias de masse : Différents moyens de communication destinés à communiquer une information auprès d'un très grand nombre de personnes faisant partie d'un public cible; comprend la télévision, la radio, les journaux, les affiches, les feuillets et les livrets, utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres interventions (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Modes d'organisation : Ce qui doit être en place pour apporter des changements, à savoir les conditions matérielles (matériel, fournitures, installations).

Observation : Méthode d'acquisition des connaissances par les sens (vision, ouïe) ou par l'enregistrement de données avec des instruments scientifiques.

Obstacle : Tout élément réel ou perçu comme tel qui nuit à une intervention axée sur le changement (communication personnelle de W. Gifford, janvier 2011; Ferlie E. et Shortell S. 2001).

Pratique clinique exemplaire : Énoncés élaborés de manière méthodique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés dans des situations cliniques particulières (Field et Lohr, 1990).

Processus de consensus locaux : Participation des praticiens aux discussions afin de s'assurer qu'ils partagent votre point de vue sur l'importance du problème clinique choisi et sur les chances de succès de la méthode choisie (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Processus : Ce qu'il faut changer dans le système pour mettre en œuvre la pratique.

Rappels : Information transmise verbalement, par écrit ou électroniquement, axé sur un type de patient/client/résident ou sur un type d'interaction, et qui a pour objectif d'aider le professionnel de la santé à se remémorer quelque chose et à agir d'une certaine façon ou à éviter une certaine action afin d'améliorer la qualité des soins. Une activité de formation, un document, une interaction avec des pairs ou un système informatique d'aide à la décision sont autant de moyens de proposer des rappels (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Rechute : Retour aux anciennes manières de procéder (Davies, B., et Edwards, 2009).

Rencontres didactiques : Conférences, congrès, ateliers ou stages (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002). Les rencontres comportent parfois des méthodes de participation de l'apprenant comme la discussion et la participation active (exercices par groupe de travail, apprentissage fondé sur la résolution de problèmes, etc.) (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2002).

Ressources : Les exigences financières, humaines ou en nature qui permettent d'atteindre les objectifs figurant dans un plan d'action.

- Les ressources financières comprennent le niveau de financement qui permettra de défrayer le coût des activités de mise en œuvre (par ex., l'achat de matériel et les déplacements).
- Les ressources humaines sont les personnes qui permettront de réaliser les activités de mise en œuvre (par ex., coordonnateur de projet, spécialiste des technologies de l'information).
- Les ressources en nature sont des formes non monétaires de soutien, comme l'accès accordé à des biens et services (par ex., l'organisation fournissant l'accès à Internet ou aux services de bibliothèque).

Résultat : Les résultats d'une action ou d'une initiative (Donabedian, 1988).

Résultats ou incidence : Les changements qui découlent d'un changement dans la pratique clinique. Ils peuvent avoir lieu à n'importe lequel des niveaux suivants : client, clinique, dispensateur de soins, service, organisme ou système (Graham et coll., 2010; Hakkennes et Green, 2006)

Sensibilité et spécificité : Deux caractéristiques souvent décrites lorsqu'il s'agit d'outils et d'examens diagnostiques. La sensibilité consiste en la fiabilité avec laquelle un examen permet d'identifier correctement une personne qui est atteinte d'un état pathologique ou d'une maladie. La spécificité consiste en la fiabilité avec laquelle un examen permet d'identifier correctement une personne qui n'a pas l'état pathologique ou la maladie qu'on cherche à dépister.

Sondages : Méthode d'acquisition des connaissances par une collecte d'information, souvent sous la forme de questions fermées avec des échelles graduées. Il est possible d'effectuer des sondages en personne, par téléphone ou par Internet (Dillman, 2007).

Utilisation comportementale ou instrumentale des connaissances (application des connaissances) : Connaissance qui a fait l'objet d'une mise en pratique et qui a donc eu une incidence sur l'action ou le comportement (Beyer, J.M. et H.M. Trice, 1982; Dunn, W.N., 1983; Estabrooks, C., 1999; Graham et coll., 2010; Larsen J., 1980; Rycroft-Malone, J. et T. Bucknall, 2010; Weiss, C.H., 1979).

Utilisation conceptuelle des connaissances : Connaissances qui ont une incidence sur la manière dont les praticiens et les gestionnaires envisagent les problèmes et les attitudes (Beyer et Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, et Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone et Bucknall, 2010; Weiss, 1979). Le terme sert à décrire la compréhension et l'intériorisation des connaissances et de l'information.

Utilisation des connaissances : Utilisation des données probantes étayant la pratique; on parle aussi d'utilisation conceptuelle de la connaissance, d'utilisation comportementale de la connaissance ou d'utilisation stratégique de la connaissance (Graham et coll., 2006).

Utilisation stratégique des connaissances (utilisation symbolique des connaissances) : Utilisation de connaissances ou de données (par ex., des résultats de recherche) pour convaincre les autres d'adopter notre point de vue ou notre décision. Cette utilisation débouche ou non sur une utilisation conceptuelle ou comportementale par les autres (Beyer et Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, et Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone et Bucknall, 2010; Weiss, 1979).

Validité : Le niveau de précision avec lequel un outil de collecte de données mesure ce qu'il est conçu pour mesurer.

Vérification et rétroaction : Un résumé du rendement clinique qui contient parfois des recommandations de mesures à prendre, basé sur une période donnée de collecte de données, et qui permet de sensibiliser le groupe aux caractéristiques de sa pratique. Il est possible d'obtenir l'information des dossiers médicaux, de bases de données informatisées, ou d'observations auprès des patients, clients ou résidents (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Viscosité de la connaissance : La connaissance ne se déplace pas spontanément d'une personne ou d'un lieu à un autre, une certaine viscosité vient freiner ce qui serait autrement sa parfaite fluidité. Elle découle du processus de transfert et il est possible de la prédire en examinant certaines conditions propres à la connaissance, sa source, le contexte de transfert et les caractéristiques du destinataire. (Virani, Lemieux-Charles, Davis, et Berta, 2009)

Visites de sensibilisation : Visites en personne, effectuées par des infirmières qui facilitent la mise en place, par des pharmaciens, par des chercheurs de l'étude et par d'autres personnes ayant participé à l'étude, aux dispensateurs de soins de santé pour expliquer les changements désirés ayant trait à la pratique. L'information fournie comprend parfois de la rétroaction sur le rendement du dispensateur (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Annexe D : Le cadre ADAPTE

Nous proposons une description du cadre ADAPTE à l'intention **des milieux de pratique** qui souhaitent recevoir une orientation supplémentaire en matière d'**adaptation** de lignes directrices à différents contextes culturels ou autre. Cette adaptation n'est pas une étape obligée pour tous les milieux de pratique.

Principes clés du processus ADAPTE d'adaptation de ligne directrice

(Collaboration ADAPTE, 2009)

- Respect des principes fondés sur des données probantes de l'élaboration de ligne directrice.
- Méthodes fiables et systématiques afin de veiller à la qualité de la ligne directrice adaptée.
- Démarche participative soucieuse de tous les intervenants principaux afin de favoriser l'acceptation et la responsabilité en ce qui a trait à la ligne directrice adaptée.
- Prise en compte claire du contexte pendant l'adaptation afin d'assurer la pertinence par rapport aux pratiques locales.
- Rapports respectueux des principes de transparence afin de mériter la confiance des intervenants à l'égard des recommandations.
- Souplesse visant à répondre à divers besoins et à s'adapter à différentes situations.
- Responsabilité à l'égard de la ligne directrice utilisée comme source.

Figure 1 : Aperçu du cadre ADAPTE

Reproduit avec l'autorisation de BMJ Publishing Group Ltd. :

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P. et Graham, I. D. (2011). « Guideline adaptation: an apporach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation ». *BMJ Quality and Safety*, 20, 228–236.

Le cadre ADAPTE comporte trois phases.

1. La phase de mise en place consiste en des activités préparatoires qui précèdent le début du processus d'adaptation d'une ligne directrice.
2. La phase d'adaptation consiste à choisir et à adapter une ligne directrice pour la mise en œuvre.
3. La phase finale consiste en un examen externe et la détermination de la durabilité de la ligne directrice adaptée.

On trouve ci-dessous un aperçu des façons d'utiliser le cadre ADAPTE (collaboration ADAPTE, 2009) afin d'adapter des lignes directrices existantes au contexte local sensé accueillir la mise en œuvre. Les étapes décrites correspondent au processus décrit dans The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation, Version 2.0 (collaboration ADAPTE, 2009). Pour plus de renseignements sur le processus ADAPTE ou pour d'autres outils visant à faciliter son utilisation, veuillez consulter la source indiquée.

Phases	Tâches	Modules connexes
Phase de mise en place	Préparation du cadre ADAPTE	Préparation
Phase d'adaptation	Définition des questions de santé pertinentes	Objet et portée
	Recherche et sélection des lignes directrices	Recherche et sélection
	Évaluation des lignes directrices	Évaluation
	Décision et sélection	Décision et sélection
	Ébauche du rapport de ligne directrice	Formulation sur mesure
Phase finale	Examen externe	Examen externe
	Planification des prochains examens et mises à jour	Planification du suivi
	Production finale de la ligne directrice	Production finale

Il convient de documenter soigneusement les activités et les décisions de la phase d'adaptation afin d'assurer la rigueur et la transparence du processus.

Phase 1 : Mise en place

La phase de mise en place consiste en des activités préparatoires qui précèdent le début du processus d'adaptation d'une ligne directrice. Voici ce que cela implique :

a) **Former un comité organisateur ou une équipe de mise en œuvre.** Il faut beaucoup de temps et de ressources pour mettre en œuvre des lignes directrices de pratique clinique de manière à améliorer les choses. Une équipe capable d'apporter un soutien au processus et d'y contribuer favorise l'efficacité de la mise en œuvre et assure son succès. Pour plus de clarté, il convient de définir soigneusement les attributions de chaque membre de l'équipe et d'exclure toute possibilité de conflits d'intérêts.

b) **Choisir un thème de ligne directrice.** Même si plusieurs domaines cliniques profiteront de la mise en œuvre de ligne directrice, il n'en convient pas moins de choisir un thème précis pour ce projet. Pour déterminer l'ordre de priorité en matière de thèmes, plusieurs facteurs méritent d'être examinés, par exemple le fardeau actuel pour les clients et les familles, l'utilisation abusive des interventions, le coût financier et le potentiel d'amélioration de la qualité des soins ou des résultats pour les patients.

c) **Déterminer le niveau de faisabilité de la mise en œuvre.** Il est essentiel de commencer par vérifier qu'il existe dans le domaine ciblé des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes. S'il ne semble pas y avoir de lignes directrices consacrées au problème clinique choisi, il peut être nécessaire d'entreprendre un examen de toutes les données probantes publiées afin de déterminer ce que devraient être les prochaines étapes en ce qui a trait au changement de pratique.

d) **Rassembler les ressources et les compétences.** Un certain nombre de ressources et de compétences seront nécessaires pour apporter un soutien aux différentes activités de la mise en œuvre et en assurer le succès. L'équipe de mise en œuvre devrait faire participer les intervenants et les personnes qui détiennent une expertise spécialisée, notamment dans les domaines suivants : le thème clinique choisi, les conséquences sur les politiques, la recherche sur les services de santé et la méthodologie ou la mise en œuvre de lignes directrices. Des connaissances et des compétences propres au contexte local (par ex., les clients, les administrateurs, le personnel, etc.) sont également précieuses afin de favoriser l'adaptation des connaissances au milieu de pratique ciblé par la mise en œuvre. Le chapitre 2B de la trousse explique comment évaluer et obtenir les ressources financières et en nature dont l'initiative de mise en œuvre a besoin.

e) **Élaborer un plan de travail.** Un plan de travail aide l'équipe à communiquer aux intervenants les objectifs et les progrès réalisés du projet de mise en œuvre, en plus de favoriser la circulation de l'information entre les membres. Il est possible de préparer un calendrier en se basant sur ce que l'équipe sait des événements ou des dates limites propres au milieu choisi, qu'ils soient liés ou non au projet de mise en œuvre (par ex., des réunions de comité, des forums de patients, etc.).

Phase 2 : Adaptation

a) **Objet et portée.** Il convient de définir l'objet et la portée et de cerner le problème de santé auquel l'équipe de mise en œuvre souhaite s'attaquer en se basant sur le grand thème choisi. Un aide-mémoire relatif à l'objet et à la portée contiendrait obligatoirement les éléments suivants :

- La **population** cible;
- Les **interventions** qui retiendront l'attention;
- Les **professionnels** ciblés par la mise en œuvre;
- Les **résultats** souhaités (par ex., résultats relatifs aux patients, au système ou à la santé publique);
- Le **milieu** des soins de santé ou le contexte dans lequel les lignes directrices seront mises en œuvre.

b) **Recherche et sélection.** Il est possible de mettre au point une stratégie de recherche de lignes directrices de pratique clinique en se basant sur l'objet et la portée de l'initiative de mise en œuvre. Les critères d'inclusion et d'exclusion doivent refléter l'objet et la portée, en plus de préciser d'autres paramètres comme l'année d'élaboration et la langue de publication. Une recherche exhaustive de lignes directrices vise habituellement des bases de données bibliographiques électroniques, des archives de lignes directrices et des sites Web de rédacteurs de lignes directrices. Il est possible d'appliquer un filtre avec des critères d'inclusion et d'exclusion afin de se limiter à des lignes directrices qui correspondent bien à l'objet et à la portée du projet de mise en œuvre.

c) **Évaluation.** Une évaluation des lignes directrices retenues peut aider l'équipe de mise en œuvre à prendre des décisions sur celles qui conviennent le mieux à une adaptation au contexte local, en tenant compte de l'étendue de l'adaptation qui est à prévoir. Pour donner plus de fiabilité à l'évaluation, il est recommandé de demander à plusieurs évaluateurs de se pencher sur chaque ligne directrice. Cette étape implique la prise en compte de l'une ou de plusieurs des caractéristiques de ligne directrice suivantes :

- **Qualité :** La qualité d'une ligne directrice est déterminée par la confiance que nous pouvons accorder à la rigueur du processus d'élaboration, la validité interne et externe des recommandations, et son caractère réalisable dans la pratique (la collaboration AGREE II, 2009). L'outil AGREE II fournit une démarche systématique pour l'évaluation de la qualité des lignes directrices de pratique clinique, comme le décrit le premier chapitre de la Trousse.

- **Actualité :** L'évaluation du degré d'actualité d'une ligne directrice consiste à déterminer si les recommandations reflètent les connaissances et les données probantes actuelles dans le domaine choisi. À cause de l'évolution constante de la recherche, des lignes directrices seront souvent désuètes en seulement quelques années. Après vous être assuré que vous avez la version la plus récente, la date de parution ou la période visée par la revue de la littérature donnent une bonne indication de l'actualité de la ligne directrice. La détermination doit cependant tenir compte avant tout des connaissances cliniques et de recherche sur l'état des données probantes dans ce domaine du savoir (Shekelle et coll., 2001).

- **Contenu :** Surtout lorsque plus d'une ligne directrice sera retenue pour la mise en œuvre, il peut être utile d'évaluer le contenu en déterminant quelles sont les ressemblances et les différences parmi les recommandations d'un document à un autre. L'évaluation peut aussi permettre de faire ressortir les recommandations qu'appuient des données probantes particulièrement solides ou toutes les recommandations qui d'après l'équipe conviennent bien au contexte donné. Les matrices ou les tableaux de recommandations sont parfois utilisés à cette fin.

- **Cohérence :** La cohérence d'une ligne directrice consiste en le niveau de conformité entre les données probantes disponibles et les recommandations qui sont formulées. Une progression logique d'une étape à une autre, depuis la recherche et la sélection de données probantes et leur interprétation jusqu'à l'élaboration des recommandations, aide à s'assurer que la ligne directrice est bel et bien fondée sur les meilleures données probantes disponibles.

- **Acceptabilité/applicabilité :** Toute adaptation de connaissances au contexte local exige une évaluation de celles-ci (ligne directrice) en termes d'acceptabilité et d'applicabilité au contexte. Plus précisément, il importe de déterminer si les recommandations de la ligne directrice répondent au besoin clinique dans ce milieu de pratique donné (acceptabilité), et si la mise en œuvre est réalisable en tenant compte de l'expertise, des ressources et des politiques dont dispose le milieu (applicabilité).

d) **Décision et sélection.** Après l'évaluation des lignes directrices pertinentes, l'équipe prend une décision sur les documents complets ou les recommandations qui seront retenues pour la phase d'adaptation. Le degré d'adaptation qu'il convient de choisir découle de l'évaluation des lignes directrices par l'équipe (Tableau 1). Des processus de consensus sont souvent utilisés pour arriver à une décision finale.

Tableau 1 : Exemples de différents degrés d'adaptation

Degré d'adaptation	Exemple
Adoption d'une ligne directrice sans aucune modification	Adaptation d'une ligne directrice sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (Fervers *et coll.*, 2011)
Sélection de recommandations provenant de différentes lignes directrices	Une ou plusieurs recommandations provenant de différentes lignes directrices cliniques pertinentes de grande qualité ont été adaptées et intégrées dans un protocole mis à jour de soin des ulcères de jambe en soins communautaires (Graham *et coll.*, 2005)

e) **Formulation sur mesure.** Lorsque l'équipe a pris une décision sur les lignes directrices ou l'ensemble de recommandations qui seront mis en œuvre, l'adaptation peut commencer, en fonction du degré d'adaptation considéré comme souhaitable. Les recommandations adaptées au contexte seront rédigées de manière à tenir compte des besoins des utilisateurs dans le milieu de pratique donné, mais sans trop s'éloigner de la ligne directrice d'origine et des données probantes.

Voici quelques facteurs qu'il convient d'examiner en ce qui a trait à l'adaptation :

- les ressources disponibles;
- les connaissances et le niveau de compétence du personnel;
- la portée de la pratique;
- les dates à respecter;
- les lois et les règlements en vigueur.

Phase 3 : Phase finale

a) **Examen externe et mention des sources.** Lorsque l'ébauche des recommandations adaptées est rédigée, elle est transmise à quelques intervenants pour les besoins d'un examen externe. Le principal objectif de l'examen externe est de rassembler des renseignements sur les forces et les faiblesses des connaissances adaptées, notamment du point de vue de la faisabilité et des conséquences de la mise en œuvre dans le milieu. Le processus d'examen externe a cependant une autre fonction, qui est de faire connaître les travaux de l'équipe de mise en œuvre et de piquer la curiosité des intervenants, afin de les encourager à appuyer le projet.

Les intervenants participant à l'examen externe doivent représenter tous les groupes qui seront touchés par la mise en œuvre des recommandations (par ex., clients, personnel infirmier, collègues d'équipes interdisciplinaires, administrateurs). La participation d'intervenants qui ont une certaine expertise dans le domaine permet en outre de s'assurer que l'adaptation est bien conçue et respecte les recommandations dont elle s'inspire (Graham et coll., 2005). Le chapitre 2B fournit des renseignements détaillés sur l'identification et la motivation des intervenants dans le cadre du processus de mise en œuvre de ligne directrice. Les rétroactions formulées par les examinateurs externes doivent être documentées et discutées par l'équipe et elles doivent trouver place dans le document final.

b) **Planification du suivi.** Il convient de rédiger un plan abordant la question des futures mises à jour de la ligne directrice. Le plan doit proposer un calendrier d'examen, ou préciser les modalités des prochains examens (par ex., lorsque la ligne directrice ayant fait office de source est mise à jour). Il faut également nommer au sein de l'équipe un responsable de la supervision et de la coordination des futurs examens de la ligne directrice.

c) **Production finale.** La version finale de la recommandation adaptée doit être clairement présentée et il faut documenter le processus ayant permis d'arriver à cette étape finale. Le rapport final doit faire mention des lignes directrices utilisées en tant que sources et des documents connexes.

Annexe E : Modèles d'ordonnance en soins infirmiers et NQuIRE[MC]

Qu'est-ce qu'un modèle d'ordonnance en soins infirmiers?

Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO sont un nouvel élément novateur de la Trousse de mise en œuvre des LDPE. Ils facilitent la mise en application des données probantes dans la pratique infirmière en fournissant des énoncés d'intervention clairs, concis et fondés sur les données probantes qui peuvent facilement être intégrés dans divers milieux de pratique. Par exemple, la recommandation de pratique 2.0 de la LDPE Prévention des chutes et des blessures associées est la suivante : « *Les infirmières membres de l'équipe interdisciplinaire implantent des interventions multifactorielles en matière de prévention des chutes afin de prévenir d'autres chutes.* » Puisque cette recommandation présente un certain manque de spécificité, les personnes et organismes qui souhaitent la mettre en œuvre peuvent avoir de la difficulté à y parvenir. Le modèle d'ordonnance en soins infirmiers correspondant permet de résoudre ce problème en fournissant une liste d'interventions définissant clairement ce que signifient les termes « *interventions multifactorielles en matière de prévention des chutes* ».

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES MULTIFACTORIEL **(Les catégories sont tirées du Canadian Falls Prevention Curriculum-BEEEACH*)** **Choisir une ou plusieurs des interventions de prévention des chutes suivantes en fonction des facteurs de risque du patient.** *Ces lettres sont pour Behaviour change (changement comportemental), Education (enseignement), Equipment (matériel), Environment (milieu), Activity (activité), Clothing and footwear (vêtements et chaussures) et Health Management (gestion de la santé).
ACTIVITÉ :
❑ Encourager l'utilisation de chaussures antidérapantes
❑ Avoir recours à de l'aide pour les déplacements
❑ Encourager l'utilisation d'un dispositif d'aide à la marche
❑ Faire s'appuyer du côté le plus solide

Pourquoi les modèles d'ordonnance en soins infirmiers sont-ils importants?

Les modèles d'ordonnance en soins d'infirmiers de l'AIIAO sont importants pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils visent à transformer la pratique en soins infirmiers en misant sur la technologie dans l'espoir de favoriser la mise en application des connaissances et la prise de décisions axée sur les données probantes. Deuxièmement, ces modèles comprennent des énoncés d'intervention fondés sur les normes terminologiques internationales, notamment l'International Classification for Nursing Practice (ICNP) et le Systematized Nomenclature for Medical and Clinical Terms (SNOWMED-CT). L'ICNP a été conçue expressément par les infirmières afin de décrire à l'aide d'une approche uniforme le travail qui se fait dans leur contexte. L'emploi de normes terminologiques internationales ouvre également la voie de la normalisation de la pratique infirmière, tout en facilitant les analyses comparatives de données provenant de divers secteurs des soins de santé et de diverses régions géographiques. De plus, avec la parution de dossiers médicaux électroniques, les normes terminologiques faciliteront la normalisation des modes d'accès et d'échange des renseignements sur les patients. Troisièmement, les modèles d'ordonnance en soins infirmiers donneront une plus grande visibilité à la contribution du personnel infirmier aux résultats du patient aux yeux de l'équipe interprofessionnelle. Enfin, les modèles faciliteront l'évaluation de la mise en œuvre des LDPE en fournissant une manière d'établir un lien entre certaines interventions fondées sur les preuves et des indicateurs de résultat clinique. Exemple typique : le lien qui existe entre les modèles d'ordonnance et les indicateurs de la base de données NQuIRE[MC] de l'AIIAO.

Comment peut-on utiliser les modèles d'ordonnance en soins infirmiers?

Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO ont été conçus de manière à être intégrés dans un dossier médical électronique, mais ils peuvent aussi être employés dans les milieux hybrides et dans ceux fonctionnant sur papier. L'AIIAO s'est associée avec PatientOrderSet.com afin de faciliter ce processus. Cette approche permettra aux organismes du domaine de la santé de gagner du temps et d'effectuer des économies. Les vingt-sept premiers modèles d'ordonnance sont parus en août 2012 afin de compléter les quinze LDPE cliniques les plus souvent mises en œuvre. Des modèles d'ordonnance seront créés pour les LDPE restantes, puis diffusés périodiquement au cours des années 2012 et 2013. Ils pourront servir aux organismes figurant à un point ou un autre du continuum des soins, y compris aux soins actifs, aux soins à domicile, aux soins de longue durée et aux soins communautaires.

Pour de plus amples renseignements, veuillez écrire à BNOS@rnao.ca.

Qu'est-ce que NQuIRE?

Les lettres NQuIRE sont l'acronyme de Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation[MC], soit « indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation ». Le projet NQuIRE a été créé pour permettre aux organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE) de faire une surveillance systématique des progrès accomplis et d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des LDPE de l'AIIAO au sein de leur établissement. Cette initiative internationale d'amélioration de la qualité, la première de sa catégorie, comprend l'élaboration et la mesure d'indicateurs relatifs aux modes d'organisation, aux processus et aux résultats pour chacune des LDPE de l'AIIAO.

Pourquoi le projet NQuIRE est-il important?

Le projet NQuIRE devrait offrir plusieurs avantages aux patients, au personnel infirmier, aux organismes et au système de santé, notamment les suivants :

Des indicateurs expressément pour les soins infirmiers : Le but de NQuIRE consiste à créer des indicateurs validés et appuyés par les OVPE pour le contexte des soins infirmiers, y compris les indicateurs infirmiers existants sur les processus et les résultats dans le domaine de la douleur, des chutes et des lésions de pression, ainsi que de nouveaux indicateurs sur les processus et les résultats dérivés de nombreux états cliniques abordés dans les LDPE de l'AIIAO. Le projet NQuIRE comprend également des indicateurs de mode d'organisation, nouveaux comme anciens, expressément pour les soins infirmiers. L'AIIAO, en collaboration avec les OVPE et d'autres chercheurs, espère améliorer la compréhension des relations qui existent entre les facteurs structurels et les processus cliniques, et qui influencent les résultats du patient ou résident. Nos efforts collectifs permettront aux soins infirmiers de contribuer activement aux programmes de sécurité et de qualité, ainsi que de faire la promotion de décisions sur les politiques fondées sur les données probantes à l'échelle de l'organisme et du système.

Des rapports comparatifs : NQuIRE permet de comparer les données du programme d'OVPE pour diverses populations cliniques, secteurs de santé, organismes et régions géographiques, tout en facilitant le partage de données et la référenciation. Grâce aux données NQuIRE, les OVPE sont en mesure de surveiller leurs propres progrès en amélioration des processus structurels et cliniques, en qualité des soins infirmiers ainsi qu'en résultats (du patient ou de l'organisme). L'initiative fournit des rapports internes permettant aux OVPE participants de comparer leurs données d'indicateurs à celles d'autres services, programmes ou équipes du même organisme. De plus, les OVPE qui désirent communiquer leurs données de synthèse participent à une analyse comparative des résultats effectuée avec d'autres OVPE à l'échelle locale, nationale ou internationale qui, comme elles, ont décidé de communiquer leurs données. Ce faisant, elles reçoivent des rapports sur le rendement des OVPE à l'échelle locale, nationale et internationale avec distribution des centiles pour les indicateurs d'intérêt dans des organismes semblables.

Une prise de décisions fondée sur les données probantes : Les données NQuIRE permettent de savoir où et comment les LDPE de l'AIIAO améliorent la pratique infirmière et les résultats des patients, ainsi que le rendement à l'échelon de l'organisme et du système de santé. Le programme de LDPE de l'AIIAO est orienté grâce à de telles données, qui facilitent également la prise de décisions fondée sur les données probantes dans le but de promouvoir une utilisation efficace des ressources infirmières et de mettre en valeur les domaines méritant de plus amples investissements dans les pratiques exemplaires infirmières.

Occasions de recherche : Une autorisation officielle permettra aux chercheurs d'obtenir des occasions d'utiliser les données NQuIRE afin de mettre à l'essai des indicateurs en sciences infirmières, d'améliorer des outils de mesure valides et fiables, ainsi que de cerner les tendances en pratique infirmière et en résultats des patients.

Comment les renseignements NQuIRE sont-ils utilisés?

En collaboration avec l'AIIAO, les OVPE évaluent la mise en œuvre des LDPE en faisant le suivi des indicateurs de qualité dans une optique d'amélioration continue de la qualité. Grâce à ces renseignements, les OVPE peuvent alors savoir où et comment les soins infirmiers contribuent de façon importante aux résultats du patient, de l'organisme et du système, ce qui les aide à prendre des décisions efficaces et fondées sur les données probantes dans le but d'optimiser la qualité et la sécurité des soins de santé.

Pour de plus amples renseignements sur NQuIRE, consultez le http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire ou écrivez à nquire@rnao.ca