

Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques

Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie



Équipe de projet

Danielle Lévesque, M. Sc., INESSS, chargée de projet, auteure principale
Anabèle Brière, pht, Ph. D., INESSS, collaboratrice
Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm., INESSS, coordonnatrice

Membres du comité directeur de la recherche en traumatologie (2013-2017)

Gérard-D. Boulanger, Ph. D., Centre de réadaptation la Maison (2013-2015), CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (2015-2017)
Anabèle Brière, pht, Ph. D., Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) (2013-2015), INESSS (2015-2016), (chargée de projet du plan d'action, 2012-2016)
Jean-Philippe Cotton, M. Sc. Adm., Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) (responsable du comité directeur 2014-2015)
Isabelle Gagnon, pht, Ph. D., Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital de Montréal pour enfants (2013-2017)
Hélène Laflamme, INESSS (2016-2017)
Nicolas Lareau Trudel, pht, M. Sc., CIUSSS de l'Estrie (2015-2017) (responsable du comité directeur, 2015-2017)
Anne Lauzon, M. Sc., AERDPQ (2013-2015)
Louise Lavergne, M. O. A., M. A. P., Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) (responsable du comité directeur, 2013-2014)
Danielle Lévesque, M. Sc., INESSS (2016-2017), (chargée de projet du plan d'action, 2016-2017)
Marie-Andrée Plourde, B. Sc. Erg., Centre de réadaptation Le Parcours (2013-2014)
Sylvain Roussy, Ph. D., Centre de réadaptation l'InterAction (2013-2015), CISSS du Bas-Saint-Laurent (2015-2017)
Marie St-Amour, inf., Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (2013-2014)
Maryse St-Onge, M. Sc., CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2015-2016)
Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm., INESSS (2015-2017)
Nancy Tze, inf., B. Sc. N., M. B. A., CUSM, Hôpital général de Montréal (2013-2017)
Sylvie Valade, M. O. A., M. A. P., AERDPQ (2013-2015), INESSS (2015-2016)

Membres du comité de coordination du plan d'action (2013-2017)

Anabèle Brière, pht, Ph. D., AERDPQ (2013-2015), INESSS (2015-2017), (chargée de projet du plan d'action, 2012-2016)
Isabelle Gagnon, pht, Ph. D., CUSM, Hôpital de Montréal pour enfants (2013-2017)
Dahlia Kairy, pht, Ph. D., Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), site IRGLM du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2013-2017)
Marie-France Lafond, M. Sc., Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015-2016)
Marie-Thérèse Laramée, pht, M. Sc. IRGLM (2013-2015), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2015-2017)
Danielle Lévesque, M. Sc., IRDPQ (2013-2015), CIUSSS de la Capitale-Nationale (2015-2016), INESSS (2016-2017), (chargée de projet du plan d'action, 2016-2017)
Bernard Michalet, Ph. D., Centre de réadaptation InterVal (2013-2014)
Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm., INESSS (2013-2017)

Chargés de projets cliniques

Phase 1
(2013-2015)
Mélanie Bérubé, M. Sc., CSI (c), Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Marie-Thérèse Laramée, pht, M. Sc., IRGLM
Karine Préville, erg., M. Réad., Centre de réadaptation Le Bouclier
Manon Voyer, erg., IRDPQ

Phase 2
(2015-2017)
Geneviève Bastien, pht, CIUSSS de la Capitale-Nationale, IRDPQ, Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est du Québec (CEVBGEQ)
Andrée-Anne Bérubé, inf., M. Sc., CHU de Québec-HEJ, CEVBGEQ
Marie-Ève Cantin, erg., M. Réad., CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Geneviève LaGarde, Ph. D., neuropsychologue, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Nathalie Rodrigue, inf., M. Sc., DESS Adm.pub., CUSM, Hôpital général de Montréal
Hélène Senneville, pht, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Membres de l'équipe de recherche

Phase 1	Anne-Sophie Allaire , M. Sc., Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS) (collaboratrice) Cynthia Gagnon , Ph. D. erg., Université de Sherbrooke
Phase 2	Sarah Ahmed , Ph. D., Université McGill Diana Zidarov , Ph. D., pht, Université de Montréal
Phases 1 et 2	André Bussières , Ph. D., DC, Université du Québec � Trois-Rivières Dahlia Kairy , Ph. D., pht, Université de Montréal Marie-Ève Lamontagne , Ph. D., erg., Université Laval (responsable) Frédéric Messier , M. A., �tudiant M. Sc., Université Laval (collaborateur)

Lecteurs externes

Sonia Castiglione, Inf., M. Sc. A., CUSM, Hôpital général de Montréal
Marie-Ève Demers, erg. M. Sc. Adm., CIUSSS du Centre-Sud-de-l' le-de-Montréal
Geneviève Labbé, pht, CISSS de Chaudière-Appalaches
Louise-Marie Lanteigne, T.S., CIUSSS de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Nadine Morin, pht, CISSS de la Montérégie-Ouest

Direction scientifique

Michèle de Guise, M. D., FRCPC, M. M., directrice des services de santé et de l'évaluation des technologies, INESSS

Transfert des connaissances

Renée Latulippe, M. A., INESSS
Anabèle Brière, pht, Ph. D., INESSS
Patsy Hayes, INESSS
Amina Yasmine Acher, INESSS

 dition

Denis Santerre, INESSS
Hélène St-Hilaire, INESSS
Mich line Lampron, révision linguistique

Remerciement

Ce document a été réalisé grâce au soutien financier du Fonds de la recherche en traumatologie et du Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèques et Archives Canada, 2017

ISBN 978-2-550-79843-9 (format PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à la condition que la source soit citée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques — Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie. Québec, QC : INESSS ; 2017. 43 p.

  Gouvernement du Québec (2017)

GLOSSAIRE

Terme	Définition
Champion	Personne qui peut assumer plusieurs rôles différents, comme sensibiliser son organisation aux pratiques exemplaires, entraîner des groupes et des comités à envisager l'adoption de ces pratiques, mobiliser, coordonner et faciliter la formation et le perfectionnement des professionnels sur la mise en œuvre des guides de pratiques exemplaires, etc. [IRSC, 2012].
Données probantes	Données, faits ou renseignements crédibles, vérifiables et obtenus de façon systématique [Stetler, 2002]. Elles peuvent être issues de résultats de recherche, de données locales, du consensus d'experts reconnus selon les normes nationales ou internationales, des préférences des patients ou de l'expérience clinique (...) [IRSC, 2012].
Évaluation d'implantation (ou de mise en œuvre)	Évaluation qui s'intéresse au fonctionnement d'une intervention. Elle vise à cerner les facteurs internes et externes influençant son déroulement et à déterminer si la mise en œuvre de l'intervention se déroule conformément à ce qui avait été prévu au moment de sa conception [Leblanc-Constant et Bard, 2013].
Implantation	Processus par lequel les connaissances sont appliquées dans un milieu. Synonymes : mise en œuvre, mise en pratique [IRSC, 2012].
Indicateur	Mesure qui sert à évaluer ou à apprécier les résultats, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux, le contexte, etc. Un indicateur permet d'apprécier un phénomène qualitativement ou quantitativement à l'aide de données ou de renseignements utilisés comme points de repère. Dans des conditions idéales, les indicateurs présentent les caractéristiques suivantes : pertinence, validité, fiabilité et faisabilité et ce, à des coûts et des délais de production raisonnables [Leblanc-Constant et Bard, 2013].
Meilleure pratique	Correspond à une pratique basée sur les données probantes (PBDP). La pratique basée sur les données probantes associe les meilleures données scientifiques à l'expertise clinique du professionnel et aux choix du patient [Sackett <i>et al.</i> , 2000].
Portée d'un projet	La portée d'un projet identifie les principales caractéristiques des produits ou des services qui doivent être livrés par le projet (...) et ce qui n'en fait pas partie [Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2008].
Parties prenantes (stakeholders)	Ensemble des acteurs qui présentent un intérêt dans la question à l'étude, sont touchés par celle-ci, ou qui, en raison de leur fonction, influencent ou pourraient influencer le processus de prise de décision. Il peut s'agir de patients, d'associations, de gestionnaires, de professionnels de la santé, d'experts, de décideurs, d'organisations, de groupes de personnes au sein d'organisations, etc. [Varsasovsky et Brugha, 2000].
Pérennisation	La pérennisation est définie comme étant la continuité de l'utilisation d'un programme (ou d'une intervention) et de ses activités, dans le but de donner un caractère durable aux changements accomplis et aux résultats atteints dans la population (traduction libre) [Scheirer et Dearing, 2011].
Stratégie d'implantation	Méthodes ou techniques utilisées pour favoriser l'adoption, l'implantation et la pérennisation d'une pratique ou d'un programme clinique (traduction libre) [Proctor <i>et al.</i> , 2013].
Structure de gouvernance	Comités ou entités responsables des orientations et de la gestion du projet. Cette structure définit les responsabilités de chacun et les interrelations entre eux [Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2008].
Suivi (monitoring)	Examen continu ou périodique des activités et de leurs extrants effectué dans le but de renseigner sur le déroulement de celles-ci et d'apporter les correctifs sans tarder lorsque la situation s'écarte de celle qui est recherchée et que cet écart menace l'atteinte des objectifs (...) [Leblanc-Constant et Bard, 2013].
Transfert des connaissances	Le transfert des connaissances réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. Ces activités et mécanismes d'interaction prennent forme à l'intérieur d'un processus englobant le partage, l'échange et la transmission de connaissances entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des environnements organisationnels différents [INSPQ, 2009] (Définition adoptée par le comité directeur du plan d'action).

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	1
• À qui s'adresse cet outil.....	1
• Les particularités de l'outil	1
• Avant de démarrer un projet.....	2
1. Aide-mémoire : principales actions à poser selon les étapes de la démarche	3
2. Les éléments facilitateurs d'une démarche d'implantation.....	5
3. Défis et éléments de solution.....	9
4. Stratégies d'implantation : de quoi s'agit-il?.....	11
5. Indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation : quelques exemples.....	13
6. Stratégies de pérennisation	14
7. L'expérience de huit équipes cliniques	15
• Évaluation systématique de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire dans trois établissements partenaires	17
• Dépistage précoce en centre hospitalier de la dysphagie oropharyngée chez les TCC et les blessés médullaires.....	21
• Mesure d'évolution fonctionnelle (MPAI-4) dans un établissement de réadaptation pour les usagers ayant subi un TCC	25
• Évaluation systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un TCC	28
• Évaluation systématique des troubles de fatigue et de sommeil et harmonisation des interventions chez les personnes ayant subi un TCCL référées en réadaptation.....	30
• Évaluation systématique de la douleur chez la clientèle des grands brûlés du Centre d'expertise de l'Est du Québec.....	33
• Mesure d'évolution fonctionnelle (MPAI-4) pour les usagers victimes d'un TCC dans quatre installations partenaires.....	35
• Guide d'interventions cliniques pour les usagers admis à l'urgence présentant une fracture traumatique de côtes.....	38
Références.....	41

MISE EN CONTEXTE

En novembre 2012, le comité directeur de la recherche en traumatologie, représentant l'alliance formée entre les 27 établissements signataires d'une entente avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour offrir des services de réadaptation aux personnes ayant subi un traumatisme, a mis en œuvre un plan d'action visant à soutenir le transfert des connaissances en traumatologie. La responsabilité du mandat a été transférée en 2015 de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) à l'Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

À l'aide du financement accordé dans le cadre du plan d'action, huit nouvelles pratiques ont été implantées dans neuf établissements ayant des installations en soins aigus ou de réadaptation faisant partie du réseau de traumatologie québécois. Une équipe de recherche (Lamontagne et ses collaborateurs) a accompagné l'initiative sur le plan évaluatif, et trois projets de recherche ont permis d'enrichir les connaissances scientifiques en transfert des connaissances.

C'est dans la perspective de transmettre les leçons apprises au cours du plan d'action qu'a été élaboré le présent outil.

À qui s'adresse cet outil

L'outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques cliniques s'adresse principalement aux cliniciens et gestionnaires d'équipes cliniques désirant adopter une nouvelle pratique basée sur les données probantes. Il pourra également être utile aux professionnels dont le rôle est d'accompagner les équipes dans leur démarche. Bien qu'elle ait été pensée dans le contexte de la traumatologie, la démarche proposée pourra inspirer des équipes œuvrant auprès d'autres clientèles.

Les particularités de l'outil

Cet outil s'appuie sur trois principales sources de connaissances : la littérature scientifique, les connaissances développées par l'équipe de recherche et le savoir expérientiel des équipes cliniques impliquées. Dès l'amorce des travaux liés au plan d'action au sein de l'AERDPQ, une revue rapide de la littérature sur le transfert des connaissances a été réalisée afin d'orienter le comité directeur. Une définition du transfert des connaissances a été retenue, soit celle de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [Lemire *et al.*, 2009]. Il a dès lors été décidé de retenir plus d'un modèle théorique, et ce sont principalement ceux conçus par Graham et ses collaborateurs [2006], l'INSPQ [2009] et le *National Implementation Research Network* (NIRN) [Fixsen *et al.*, 2005] qui ont guidé les démarches des équipes. L'équipe de recherche (Kairy *et al.*, 2015; Lamontagne *et al.*, 2017) a enrichi ces connaissances par l'utilisation d'autres modèles et nomenclatures en sciences de l'implantation, dont plusieurs ont été repris dans le présent outil [EPOC, 2015; Gearing *et al.*, 2011; Straus *et al.*, 2010; Damschroder *et al.*, 2009 (*Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)); Shediak-Rizkallah et Bone, 1998]. Les résultats des recherches menées au cours des différentes phases du plan d'action, notamment sur le processus d'implantation, ont été intégrés à l'outil. En ce qui a trait au savoir expérientiel, il a été recueilli au cours d'échanges continus avec le coordonnateur du plan d'action, le comité de coordination et l'équipe de recherche, ainsi qu'à l'aide des rapports produits par les équipes de projets.

Dans le but de favoriser la pertinence de l'outil pour des équipes qui n'ont pas été directement soutenues par le plan d'action, son élaboration a débuté par un sondage sur les besoins et attentes de celles-ci. Afin de répondre aux préférences exprimées, l'outil peut être utilisé tant sous forme électronique que papier et que certains sujets, tels que les stratégies d'implantation, ont été davantage développés. Une consultation sur l'outil final au moyen d'entrevues auprès de représentants de ces équipes a permis de vérifier son adéquation et d'apporter les derniers ajustements requis. Bien qu'il n'y ait pas eu d'usagers de consultés, l'approche de l'utilisateur partenaire est devenue incontournable, et des indications à l'effet d'associer des usagers aux démarches d'implantation des meilleures pratiques ont été glissées aux endroits jugés les plus opportuns dans l'outil.

L'outil se décline en différentes parties qui sont complémentaires tout en pouvant être utilisées séparément, ce qui explique certaines répétitions. La première section est un aide-mémoire précisant les actions à poser selon quatre grandes étapes, inspirées des différents modèles en transfert des connaissances. Cette section est suivie d'une présentation des éléments facilitateurs d'une démarche, puis des éléments de solution à des défis souvent rencontrés. On retrouve ensuite un survol des principales stratégies d'implantation et de pérennisation, ainsi que des exemples d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation d'implantation des projets. À la fin du document, les projets soutenus par le plan d'action sont résumés dans de courtes histoires de cas, à l'intérieur desquelles des liens sont faits avec les notions précédemment exposées. Ces exemples sont concrets, issus d'expériences récentes dans le contexte québécois*.

* Pour plus d'information sur le plan de transfert des connaissances en traumatologie, consulter le fecst.inesss.qc.ca.

Avant de démarrer un projet

Des idées de projets innovateurs soulèvent souvent l'enthousiasme des cliniciens. Or, certains auteurs estiment que plus de 60 % des projets de changement de pratique échouent [Burnes, 2004]. Les idées ne suffisent donc pas pour amener un changement. En revanche, il est de plus en plus reconnu qu'une démarche structurée, telle que celle proposée dans cet outil, peut augmenter les chances de succès d'un projet.

Dans un contexte organisationnel de plus en plus complexe et limité, en termes de ressources, une équipe clinique doit se questionner avant d'amorcer un projet d'implantation d'une nouvelle pratique. Voici quelques pistes de réflexion :

- En quoi le changement de pratique est-il prioritaire ?
- Quels sont les besoins des usagers auxquels la nouvelle pratique peut répondre ?
- Si un groupe d'usagers était consulté, appuierait-il notre choix ?
- La pratique est-elle bien appuyée par des données probantes ?
- Avons-nous les ressources nécessaires pour soutenir la démarche d'implantation et maintenir la pratique à long terme ?
- Pourrions-nous convaincre la direction de la plus-value de l'implantation de la nouvelle pratique ?

La nécessité d'un investissement de ressources et du soutien des décideurs figure, en effet, parmi les principales leçons apprises au cours du plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie. Ce besoin de soutien organisationnel est présent à chaque étape :

- l'engagement formel et continu de la direction dans le projet ;
- la sélection de pratiques présentant une plus-value tant pour l'organisation que pour les usagers ;
- l'accès à des ressources spécialisées pour soutenir l'équipe clinique ;
- la libération d'intervenants pour l'implantation, le suivi et l'évaluation du projet ;
- le suivi rigoureux des projets par l'intermédiaire d'une structure externe à l'équipe ;
- la reconnaissance des équipes impliquées.

Le démarrage d'un projet d'implantation d'une pratique basée sur les données probantes demande donc un engagement tant de la direction que de l'équipe clinique.

La réflexion ainsi amorcée pourra être complétée par la consultation de cet outil. Les connaissances issues du plan d'action pourront vous inspirer et soutenir la démarche de votre équipe. Si votre projet présente les conditions gagnantes, vous vous engagerez dans une aventure enrichissante à plusieurs points de vue.

L'implantation des meilleures pratiques, ce n'est pas magique... mais ce n'est pas sorcier non plus !

Bonne route !



1. AIDE-MÉMOIRE : PRINCIPALES ACTIONS À POSER SELON LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE*

1

Amorce

La pratique choisie doit répondre à un besoin, être reconnue par un maximum d'acteurs et viser des gains tant pour l'organisation que pour les usagers.

L'équipe pourra ainsi s'investir dans un projet qui a du sens au point de vue clinique, tout en ayant le soutien de l'établissement.

- Déterminer à quelle(s) problématique(s) des usagers la pratique pourrait répondre (p. ex. : dénutrition, risques de plaies). La consultation des usagers est ici particulièrement pertinente.
- Après approbation du gestionnaire, former une équipe de travail autour d'un leader clinique.
- Préciser comment peut s'inscrire le projet dans le plan d'amélioration de la direction et les priorités de l'établissement (p. ex. : diminuer les durées de séjour donc augmenter l'accès).
- S'assurer du soutien d'une personne compétente en transfert des connaissances.
- Préciser, à l'aide de la littérature, la pratique basée sur des données probantes (p. ex. : outil d'évaluation, protocole de soins, etc.) répondant aux problématiques soulevées [INESSS, 2015].
- Vérifier dans quelle mesure la ou les pratiques conviennent au contexte. Consulter les usagers.
- Choisir la meilleure pratique et l'adapter, au besoin [ADAPTE Collaboration, 2007].
- Obtenir le soutien formel du ou des gestionnaires concernés pour la poursuite du projet et la libération de temps à consacrer pour les prochaines étapes. Déterminer la ou les sources de financement.

2

Planification

La planification est une étape cruciale de la démarche. Elle facilite la coordination du projet et augmente considérablement ses chances de succès.

De plus, une planification rigoureuse et formalisée permet d'inscrire la démarche dans les pratiques préconisées en gestion de projet et favorise ainsi sa reconnaissance dans l'organisation.

- Planifier l'implantation de la pratique selon une approche de gestion de projet en utilisant des modèles et outils en transfert des connaissances (TC) existants [IRSC, 2012; INSPQ, 2009; Graham *et al.*, 2006; Fixsen *et al.*, 2005].
- Définir le but et les objectifs du projet, sa portée et ses limites.
- Établir une structure de gouvernance et clarifier les responsabilités (p. ex. : comité de coordination). Penser à impliquer des usagers.
- Identifier les éléments facilitateurs ([chapitre 2](#)) et les défis possibles lors de l'implantation ([chapitre 3](#)) en consultant les acteurs impliqués [Morestin *et al.*, 2013; Damschroder *et al.*, 2009; NICE, 2007].
- Choisir les stratégies d'implantation à mettre en place pour faire face aux défis ([chapitre 4](#)) [Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2015; Waltz *et al.*, 2015; Barwick, 2013; Brio Conseils, 2012; IRSC, 2012].
- Réaliser un projet pilote en testant la pratique auprès de certains des intervenants ciblés par le changement et qui auront été formés au préalable. Penser à impliquer des usagers.
- À la suite de l'essai pilote, réviser les éléments facilitateurs et défis et ajuster en conséquence les stratégies d'implantation. La pratique en elle-même et la portée du projet pourraient également nécessiter un ajustement.
- Vérifier dans quelle mesure les activités prévues favorisent l'utilisation de la nouvelle pratique à long terme (pérennisation) (p. ex. : enregistrement de la formation).
- Formaliser la planification dans un document en consignait les objectifs, les stratégies d'implantation, les étapes, les ressources nécessaires, les responsabilités de chacun, l'échéancier et le budget [Brown *et al.*, 2016; Lane *et al.*, 2015; CEOSMEA, 2013b; AllAO, 2012; INSPQ, 2009].
- En collaboration avec une ressource compétente en évaluation, déterminer les indicateurs de suivi et de l'évaluation de l'implantation et préciser les cibles ([chapitre 5](#)).
- Identifier par qui, quand et comment se feront la mesure des indicateurs, la saisie et l'analyse de l'information et à qui seront transmis le ou les rapports. Intégrer le plan d'évaluation à la planification du projet.
- Finaliser le budget en précisant l'ensemble des ressources à investir (en argent et en nature) et les sources de financement.
- Faire approuver la planification et s'assurer que tous les acteurs impliqués sont informés du projet.

* Le déroulement des actions dans chacune des étapes et entre les étapes n'est pas linéaire.

3

Implantation

L'implantation d'une nouvelle pratique nécessite un soutien et un suivi réguliers.

L'évaluation, utilisant entre autres des indicateurs et des cibles, ainsi que les interactions avec les cliniciens utilisateurs de la pratique permettent d'apporter des ajustements au fur et à mesure. Au terme de l'implantation, la nouvelle pratique sera ainsi mieux ancrée dans les activités régulières de l'équipe clinique.

- Assurer un suivi régulier du processus d'implantation par la collecte et l'analyse des indicateurs ainsi que par des échanges réguliers avec les cliniciens utilisateurs de la pratique et les gestionnaires concernés.
- Ajuster en continu le projet et la pratique, tout en s'assurant que celle-ci conserve ses qualités au point de vue scientifique.
- Régler les irritants rapidement.
- Rendre compte régulièrement de l'état d'avancement des travaux à une structure externe à l'équipe, afin de maintenir sa reconnaissance et d'obtenir du soutien au besoin (p. ex. : comité local de traumatologie, comité qualité).
- Commencer la pérennisation de la pratique dès que les principaux ajustements y ont été apportés ([chapitre 6](#)).
- Donner en continu des marques de reconnaissance à l'équipe.
- Réaliser des communications orales et écrites pour faire rayonner le projet et ainsi favoriser sa reprise par d'autres équipes.

4

Maintien de la pratique

La clôture du projet permet d'en faire le bilan et de procéder aux derniers ajustements. Les stratégies de pérennisation à mettre en place pour que la pratique se maintienne dans le temps et s'intègre dans les pratiques régulières de l'équipe sont ajustées et formalisées.

Marquer la fin d'un projet permet de confirmer son adoption, de reconnaître la contribution de chacun et... de laisser la place à d'autres initiatives !

- Vérifier le niveau d'atteinte des objectifs du projet.
- S'assurer qu'au moment de la clôture du projet, la pratique et son suivi soient intégrés aux opérations régulières. La poursuite de stratégies de pérennisation est habituellement nécessaire ([chapitre 6](#)).
- Transmettre les connaissances acquises, afin que l'organisation puisse capter les bénéfices tirés de l'implantation de la nouvelle pratique et d'une démarche d'implantation.
- Commencer l'évaluation des effets lorsque l'étape d'implantation est terminée ; au besoin, mettre à contribution des partenaires issus du milieu de la recherche.
- Célébrer la fin de l'implantation en prévoyant des activités de reconnaissance pour l'équipe.



Une version imprimable de cet [aide-mémoire](#) est disponible sur le site de l'INESSS.

2. LES ÉLÉMENTS FACILITATEURS D'UNE DÉMARCHE D'IMPLANTATION

1

Amorce

Caractéristiques de la pratique

- Des outils de qualité existent.
- La pratique répond à un besoin clinique bien défini et partagé au point de vue individuel (usagers/cliniciens) et organisationnel.
- Elle est simple et circonscrite, plutôt que complexe et floue.
- Elle est choisie le plus possible en concertation avec ceux qui l'appliqueront (utilisateurs).
- Elle est soutenue par des écrits scientifiques de qualité, les statistiques sur la clientèle et l'organisation des services, ainsi que par le savoir des cliniciens et usagers.
- Ses retombées peuvent être rapidement perçues.
- Elle remplace une ou des pratiques existantes, plutôt que d'alourdir la charge de travail.
- Elle permet d'augmenter l'autonomie décisionnelle.
- Son adaptation répond aux exigences des ordres professionnels des disciplines impliquées.
- Elle est attrayante.

Contexte interne

- Un clinicien-expert engagé et crédible est disponible pour coordonner le projet jusqu'à la fin.
- Une personne compétente en transfert des connaissances (TC) accompagne l'équipe :
 - Cette ressource connaît les modèles théoriques en TC et sait comment les opérationnaliser ;
 - Elle assure la rigueur de la démarche au plan méthodologique ; elle permet de faire les meilleurs choix de stratégies d'implantation et donne le soutien méthodologique nécessaire pour l'évaluation d'implantation de la pratique ;
 - Elle connaît différentes ressources pouvant soutenir l'équipe de travail et favorise le réseautage.
- Les personnes ou organisations qui ont un intérêt ou qui sont touchées par l'utilisation de la nouvelle pratique (parties prenantes) sont identifiées. Elles seront informées et consultées, au besoin, au cours de la démarche puisqu'elles influenceront l'adoption et le maintien de la nouvelle pratique.

Caractéristiques des individus formant l'équipe de travail

- L'équipe de projet comprend des « champions » qui font figure de modèles. Ils pourront participer à la formation et être une référence pour les cliniciens. Selon le contexte, il peut y avoir un champion par discipline.
- Les membres de l'équipe de travail ont ou acquièrent rapidement une bonne connaissance de la pratique.
- Ils ont confiance en leur capacité à réaliser des changements de pratique.
- L'équipe clinique appelée à utiliser la pratique est capable de souplesse dans le partage des actes professionnels entre les disciplines.
- Les responsabilités sont partagées et liées à une fonction plutôt qu'à un individu, ce qui rend l'équipe moins vulnérable aux changements.

2

Planification

Contexte interne

- La direction donne un appui concret et soutenu au projet.
- Une banque d'heures et un ajustement de la charge de travail sont prévus pour la libération d'intervenants en vue de la réalisation du projet.
- Diverses ressources en soutien au TC sont accessibles : centre de documentation, ressources spécialisées en TC, chercheurs, formation en TC, bureau ou comité de projets, etc.
- La structure de gouvernance comprend des gestionnaires ou des directeurs. Ceux-ci ont une perspective différente et complémentaire du contexte et des stratégies à mettre en place. Ils pourront également faciliter les liens avec des décideurs en cours de démarche.

Processus d'implantation

- Un protocole d'implantation détaillé est formalisé et utilise des modèles et des outils reconnus en TC.
- Les membres de l'équipe de travail sont initiés aux notions de base en TC.
- La planification tient compte des ressources disponibles et de l'échéancier selon lequel le projet doit être réalisé. Au besoin, le projet est subdivisé.
- L'échéancier de réalisation est assez serré pour ne pas perdre le rythme.
- La planification est explicite, mais souple.
- Les stratégies d'implantation sont adaptées à l'objectif, au contexte et basées sur des évidences.
- Lorsqu'un projet vise l'implantation d'une pratique dans plusieurs installations ou établissements, les conditions nécessaires à la transmission sécuritaire et efficace de documents et données sont établies.
- Les conséquences de l'implantation d'une pratique sur les autres clientèles de l'établissement sont prévues, et le déploiement auprès de ces dernières est planifié, le cas échéant.
- Lorsqu'une formation sur la pratique est indiquée, elle est le plus possible prévue sous une forme interactive, afin de répondre rapidement aux questionnements.
- La formation donne des crédits de formation continue reconnus par les ordres professionnels.
- La libération du personnel des soins infirmiers pour la formation fait l'objet de stratégies particulières (p. ex. : formation d'agents multiplicateurs).
- Des rencontres de suivi en équipe sont planifiées de façon régulière.
- Le plan d'évaluation est pertinent et réaliste :
 - L'information dont ont besoin les cliniciens, gestionnaires et décideurs est déterminée ;
 - Les indicateurs sont définis et validés auprès des utilisateurs de l'information ;
 - Les indicateurs déjà présents dans les bases de données internes sont privilégiés : étant plus accessibles, leur utilisation sera plus durable ;
 - Les cibles sont réalistes. Elles sont basées sur la littérature scientifique, des données d'autres programmes ou des données antérieures du programme ;
 - Le plan d'évaluation est testé lors du projet pilote ;
 - Si possible, une mesure préimplantation des principaux indicateurs est réalisée, afin de cerner les changements apportés par l'implantation de la pratique.

3

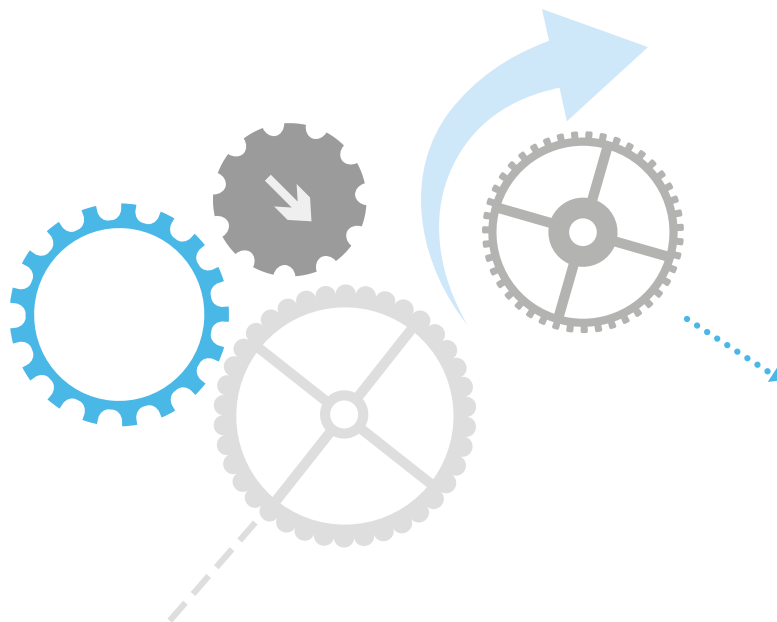
Implantation

Contexte interne

- Le chargé de projet assure le respect de la planification établie, son adaptation au besoin, le suivi des indicateurs et de l'échéancier.

Processus d'implantation

- Un aide-mémoire résumant les tâches à accomplir pour chaque discipline impliquée est disponible.
- Les rétroactions sur les indicateurs de suivi auprès des cliniciens utilisateurs de la nouvelle pratique sont fréquentes et prévoient des périodes d'échanges, afin de recueillir leur perception.
- Les difficultés d'adhésion font l'objet d'actions rapides.
- Une reddition de comptes sur l'évolution du projet est faite régulièrement à une entité externe à l'équipe projet.
- Des rapports d'étapes sont rédigés. Ils permettent d'avoir du recul et d'apporter les correctifs nécessaires.
- Les actions de l'équipe sont reconnues et soulignées.
- Des échanges avec d'autres équipes ayant un projet d'implantation sont privilégiés. Ils permettent de se valider et de trouver de nouvelles solutions aux problèmes rencontrés.

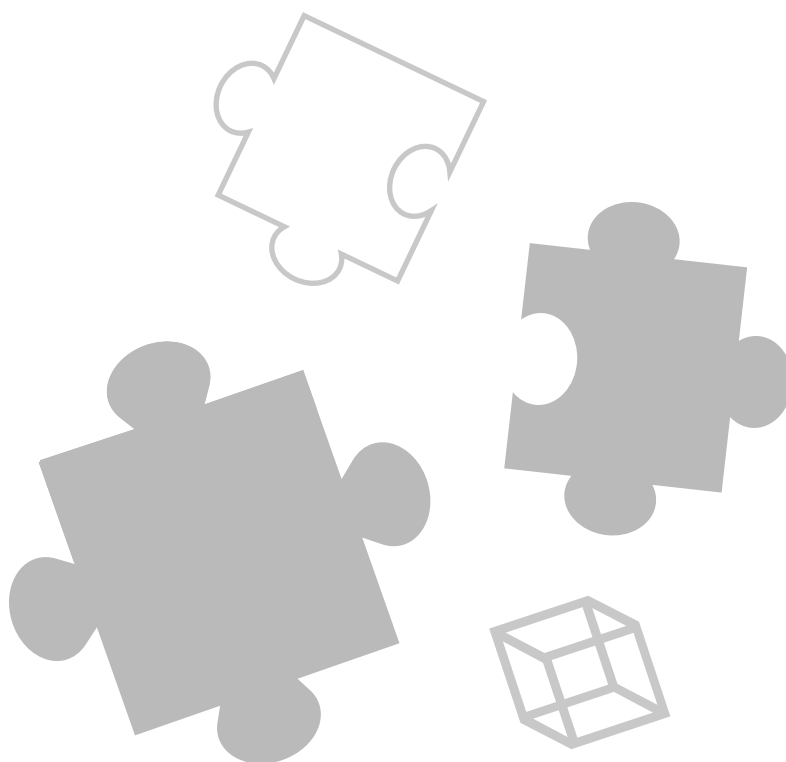


4

Maintien de la pratique

Processus d'implantation

- Un temps est réservé pour partager l'expérience et marquer la fin du processus d'implantation.
- Des ressources ont été prévues pour soutenir la pérennisation de la pratique.
- La formalisation d'un plan de pérennisation est un atout ([chapitre 6](#)).
- La soumission du projet à des concours (p. ex. : d'excellence ou d'innovation) augmente ses retombées au plan organisationnel et peut soutenir sa pérennisation.
- La communication des retombées du projet sur la qualité des soins et la performance organisationnelle (le cas échéant) peut aider à justifier le soutien à de nouveaux projets d'implantation des meilleures pratiques.



3. DÉFIS ET ÉLÉMENTS DE SOLUTION

Les équipes ayant expérimenté l'implantation des meilleures pratiques à l'intérieur du plan d'action ont rencontré divers défis.

Les défis les plus fréquemment rencontrés

- 1 La valeur ajoutée de la nouvelle pratique est perçue comme faible par les cliniciens
- 2 La pratique rejoint un petit nombre d'utilisateurs seulement, ce qui rend difficile son appropriation par les cliniciens
- 3 Le soutien de la direction paraît incertain ou inconsistant
- 4 Les membres de l'équipe manquent de temps ou de compétence pour faire la recherche dans la littérature et l'évaluation de la qualité des études
- 5 Les ressources sont insuffisantes pour réaliser le projet d'implantation
- 6 Le projet est complexe en raison du nombre de sites ou d'équipes impliqués
- 7 La libération des cliniciens pour la formation s'avère un défi
- 8 Le roulement de personnel au sein de l'équipe d'implantation ou de cliniciens est élevé
- 9 Le temps dévolu pour le suivi et l'évaluation de la nouvelle pratique est trop important par rapport à celui réservé à son implantation
- 10 La pratique n'est pas implantée conformément à ce qui était prévu
- 11 Le risque que la pratique ne se poursuive pas après la phase d'implantation semble élevé

Éléments de solution aux défis les plus fréquemment rencontrés



Les éléments de solution auxquels les équipes ont recours correspondent souvent à des stratégies d'implantation ([chapitre 4](#)). Ils varient selon le défi rencontré, d'où l'importance de bien analyser le contexte dans lequel s'inscrit la pratique. Des exemples concrets de solutions apportées aux défis rencontrés par les huit équipes soutenues par le plan d'action sont fournis dans des histoires de cas, au [chapitre 7](#) de l'outil.

1. La valeur ajoutée de la nouvelle pratique est perçue comme faible par les cliniciens.
 - ✓ Choisir la pratique le plus possible en concertation avec ceux qui l'appliqueront
 - ✓ Faire valoir le fait que la pratique permet d'augmenter l'autonomie décisionnelle, si tel est le cas
 - ✓ Instaurer des rencontres de suivi régulières afin de comprendre les perceptions des cliniciens et s'ajuster à celles-ci
2. La pratique rejoint un petit nombre d'utilisateurs seulement, ce qui rend difficile son appropriation par les cliniciens.
 - ✓ Évaluer la possibilité d'inclure d'autres clientèles
3. Le soutien de la direction paraît incertain ou inconsistant.
 - ✓ Rencontrer la direction et clarifier l'appui à donner au projet
 - ✓ Arrimer la pratique au plan d'action de la direction ou de l'établissement
 - ✓ Impliquer des gestionnaires ou directeurs dans la structure de gouvernance
 - ✓ Planifier l'implantation selon un échéancier assez serré pour ne pas perdre le rythme
 - ✓ Faire régulièrement une reddition de comptes à une entité externe à l'équipe de projet
 - ✓ Communiquer aux gestionnaires et autres parties prenantes les retombées des activités de transfert des connaissances sur les usagers, l'organisation des services et les cliniciens
4. Les membres de l'équipe manquent de temps ou de compétence pour faire la recherche dans la littérature et l'évaluation de la qualité des études.
 - ✓ Consulter des sites ressources, des listes des meilleures pratiques déjà répertoriées et dont la qualité a été évaluée
 - ✓ Solliciter des personnes-ressources : documentalistes et bibliothécaires, chercheurs, étudiants ou autres
5. Les ressources sont insuffisantes pour réaliser le projet d'implantation.
 - ✓ Subdiviser le projet
 - ✓ Obtenir un soutien financier externe
 - ✓ Déterminer les pratiques qui pourraient être retirées ou remplacées par l'adoption de la nouvelle pratique
 - ✓ Élaborer des outils permettant de diminuer le temps requis par les cliniciens
 - ✓ Impliquer des étudiants dans le projet
6. Le projet est complexe en raison du nombre de sites ou d'équipes impliqués.
 - ✓ Mettre en place une structure de gouvernance et des processus de collaboration efficaces
 - ✓ Identifier un « champion » dans chaque site
 - ✓ Adapter les stratégies d'implantation à chaque contexte local
7. La libération des cliniciens pour la formation s'avère un défi.
 - ✓ Utiliser des stratégies de formation et de communication favorisant l'uniformité des messages
 - ✓ Mettre en place des outils ou des espaces communs (p. ex. : fichiers partagés, bases de données centrales, etc.) sécurisés et reconnus par la (les) direction(s)
8. Le roulement de personnel au sein de l'équipe d'implantation ou de cliniciens est élevé.
 - ✓ Revoir les modalités de formation (webinaires, apprentissage à distance, etc.)
 - ✓ Planifier la formation en tenant compte des ressources disponibles
 - ✓ Adapter les stratégies de formation aux contraintes de libération du personnel des soins infirmiers
 - ✓ Impliquer le personnel d'encadrement dans la formation
 - ✓ Faire les démarches nécessaires pour que la formation sur la pratique donne des crédits de formation continue reconnus par les ordres professionnels
9. Le temps dévolu pour le suivi et l'évaluation de la nouvelle pratique est trop important par rapport à celui réservé à son implantation.
 - ✓ Formaliser dès que possible la pratique
 - ✓ Former les nouvelles ressources qui seront utilisatrices de la nouvelle pratique
 - ✓ Attribuer à un champion (par discipline, au besoin) la responsabilité de former les nouveaux intervenants à la pratique
10. La pratique n'est pas implantée conformément à ce qui était prévu.
 - ✓ Simplifier le plan d'évaluation
 - ✓ S'adjoindre des spécialistes et un financement externes
 - ✓ Planifier en optimisant le temps des cliniciens
11. Le risque que la pratique ne se poursuive pas après la phase d'implantation semble élevé.
 - ✓ Faire un projet pilote en testant la pratique auprès de certains intervenants
 - ✓ Assurer le suivi de l'implantation en prévoyant des retours aux cliniciens
 - ✓ Préciser les raisons d'une moins grande adhésion de certains intervenants et y répondre, dans la mesure du possible
12. Le risque que la pratique ne se poursuive pas après la phase d'implantation semble élevé.
 - ✓ Commencer la pérennisation de la pratique en cours d'implantation, dès que les principaux ajustements ont été apportés
 - ✓ Introduire la formation dans le programme d'accueil des nouveaux employés du programme ou service
 - ✓ Poursuivre les mesures de suivi au-delà de la fin de l'implantation

4. STRATÉGIES D'IMPLANTATION : DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les stratégies d'implantation visent à favoriser l'implantation de la pratique tout en tenant compte des obstacles prévus. Certaines seraient plus efficaces que d'autres en fonction du défi rencontré. Certains textes et outils pourront guider les équipes dans leur choix [EPOC, 2015; Powell *et al.*, 2015; Waltz *et al.*, 2015; Grimshaw *et al.*, 2012; IRSC, 2012]. Il est également reconnu qu'il est plus efficace de combiner des stratégies qui ont plusieurs cibles (cliniciens, organisations, etc.) et qui mobilisent activement les professionnels, les usagers et les dirigeants [IRSC, 2012].

En fonction de l'évolution de l'implantation et du contexte, il ne faut pas hésiter à réviser et à ajuster les stratégies définies au début de la démarche. Enfin, rappelons qu'à tout moment de la démarche, il faut s'assurer d'avoir les ressources disponibles et le temps nécessaire à l'actualisation des stratégies.

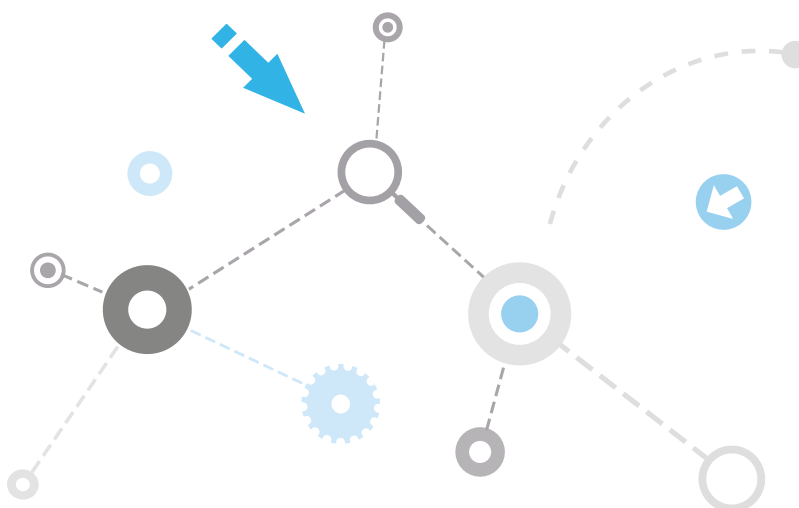
Le tableau suivant présente une liste des stratégies d'implantation possibles, selon la nomenclature élaborée par « *The Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Review Group* » (Collaboration Cochrane).

Types et exemples de stratégies d'implantation

Stratégies d'implantation	Définitions et exemples
Interventions adaptées*	Interventions pour changer la pratique qui sont choisies sur la base d'une évaluation des obstacles au changement (par ex. : par des entrevues ou des sondages).
Rencontres de formation*	Cours, ateliers, conférences ou autres rencontres destinées à la formation.
Distribution de matériel éducatif*	Distribution de matériel afin de bonifier les pratiques cliniques. Toute intervention qui mène à la dissémination de connaissances (par ex. : un algorithme à afficher, une règle de soins ou une procédure clinico-administrative).
Rappels*	Interventions manuelles ou informatisées visant à rappeler aux cliniciens de poser certaines actions à un certain moment.
Utilisation de champions*	L'identification de personnes reconnues comme des leaders d'opinion locaux pour promouvoir la nouvelle pratique.
Visites de formation dans le milieu ou rencontres face à face avec des professionnels formés*	Visites d'un expert de la pratique aux cliniciens sur leur lieu de travail afin de fournir de l'information destinée à modifier les pratiques.
Recours aux usagers*	Toute intervention visant le changement de pratique des cliniciens en passant par leurs interactions avec les usagers, dont l'information fournie par ceux-ci (par ex. : l'élaboration d'une lettre type à remettre par l'utilisateur à son médecin lors de sa visite de suivi).
Audits (vérifications) avec retours aux cliniciens*	Sommaire de la performance des cliniciens mesurée durant une période de temps donnée. L'information peut être obtenue à partir des dossiers, de bases de données ou d'observations d'usagers. Le sommaire peut être écrit, électronique ou verbal et peut inclure des recommandations cliniques.
Communautés de pratique	Groupes de personnes avec un intérêt commun qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise en interagissant sur une base continue.
Recherche de consensus	Procédé local, formel ou informel, visant la recherche de consensus (par ex. : l'adoption d'un protocole clinique pour son application dans une équipe).
Amélioration continue de la qualité	Processus itératif de révision et d'amélioration des soins, qui implique les équipes de soins, l'analyse d'un processus ou d'un système, une méthode structurée d'amélioration des processus ou une approche de résolution de problème, ainsi que le recours à l'analyse de données pour évaluer les changements effectués.
Supervision par des gestionnaires	Visites de supervision de routine par du personnel clinique.

Stratégies d'implantation	Définitions et exemples
Formation interprofessionnelle	Formation continue qui implique des professionnels de plus d'une discipline et qui est offerte de manière conjointe et interactive.
Guide de pratiques cliniques	Guide clinique contenant des recommandations énoncées de manière systématique et qui sont destinées à soutenir les cliniciens et les patients dans leur prise de décision en lien avec des situations cliniques précises.
Jeux éducatifs	Recours à des jeux comme stratégie de formation, afin d'améliorer la qualité des soins.
Suivi de la performance de la prestation des services	Suivi (monitorage) des soins et services par des individus ou par les organisations (par ex., en les comparant à des normes de qualité externes).
Mesure de routine des résultats autorapportés par les usagers	Administration de routine et suivi régulier de résultats autorapportés par les usagers.
Diffusion publique de données de performance	Information du public sur les fournisseurs de soins en divulguant les données de performance, sous forme écrite ou électronique.
Rapports d'incidents	Système pour rapporter les incidents critiques.

* Les stratégies qui sont suivies d'un astérisque sont celles pour lesquelles les données scientifiques sont suffisantes pour conclure qu'elles sont généralement efficaces, et ce, dans un contexte médical.



5. INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION D'IMPLANTATION : QUELQUES EXEMPLES

Afin de favoriser l'utilisation de ses résultats, il est judicieux de commencer un plan d'évaluation par la précision des questions d'intérêt auxquelles répondre pour apporter un éclairage aux cliniciens, gestionnaires et directeurs et, le cas échéant, aux personnes ou organisations qui ont un intérêt ou qui sont touchées par l'utilisation de la nouvelle pratique (parties prenantes). Ces questions d'évaluation permettront d'orienter la démarche évaluative et de cibler les indicateurs pertinents au suivi et à l'évaluation d'implantation¹ ([glossaire](#)). Précisons également qu'avant d'évaluer les effets d'une pratique, il est essentiel de vérifier son niveau d'implantation.

Faire un suivi et une évaluation d'implantation demande des ressources financières! Selon le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents [CEOSMEA, 2013a], ce budget devrait être estimé à 10 % de la totalité du budget du projet.

Le tableau suivant fournit des exemples d'indicateurs selon différents critères d'évaluation définis par Gearing et ses collaborateurs [2011] ainsi que Strauss et ses collaborateurs [2010] et utilisés par l'équipe de recherche (Lamontagne *et al.*, 2017). Cette liste illustre la variété de formes que peuvent prendre des indicateurs. Elle n'est pas exhaustive. La consultation des histoires de cas ([chapitre 7](#)) pourra faciliter la compréhension du lecteur.

Exemples d'indicateurs selon les critères d'évaluation d'implantation

Critères d'évaluation	Exemples d'indicateurs*
Fidélité des stratégies d'implantation utilisées par rapport à celles planifiées	
	• % des intervenants formés/ciblés • % des trousse d'évaluation disponibles/prévues
Fidélité de la pratique appliquée par rapport aux objectifs établis	
Niveau d'implantation	• % des usagers pour lesquels l'outil a été rempli dans les 30 jours suivants leur prise en charge • % des usagers répondant aux critères pour lesquels le protocole de soins a été utilisé • % des usagers avec une intensité de douleur de plus de 8/10 orientés vers la ressource surspécialisée
Qualité d'implantation	• % des usagers évalués pour lesquels les cinq sections de l'outil d'évaluation ont été remplies • % des usagers positifs au dépistage qui ont reçu la formation sur les trois stratégies
Effets de la pratique implantée sur les usagers, l'organisation des soins et services et sur les intervenants	
Sur les usagers	• Écart pré et post implantation des résultats totaux de l'inventaire multidimensionnel de la fatigue • Écart pré et post implantation du taux de pneumonie
Sur l'organisation des soins et services	• Nombre de références en nutrition (pré et post implantation) • Durée moyenne et médiane de prise en charge en psychologie (pré et post implantation)
Sur les intervenants	• Écart pré et post implantation du taux de cliniciens indiquant un sentiment de compétence satisfaisant ou très satisfaisant par rapport à la pratique • Écart pré et post implantation du taux de cliniciens qui sont favorables ou très favorables à l'utilité clinique de la pratique

* Exemples inspirés des projets cliniques soutenus dans le plan d'action.

¹ Une approche qualitative complète souvent l'utilisation d'indicateurs.

6. STRATÉGIES DE PÉRENNISATION

Dès la planification de l'implantation d'une nouvelle pratique, il faut réfléchir à ses possibilités de maintien à long terme et aux stratégies de pérennisation à mettre en place.

Selon l'expérience tirée des projets déjà réalisés, il est préférable de commencer à appliquer les stratégies de pérennisation en cours d'implantation. Il est également conseillé d'assurer une continuité entre la collecte des données pour le suivi de l'implantation et celle liée à la pérennisation, afin qu'il n'y ait pas de temps mort entre les deux.

Le tableau suivant donne des exemples de stratégies selon les trois dimensions de la pérennisation présentées dans le modèle de Shediak-Rizkallah et Bone [1998].

Dimensions de la pérennisation et exemples*

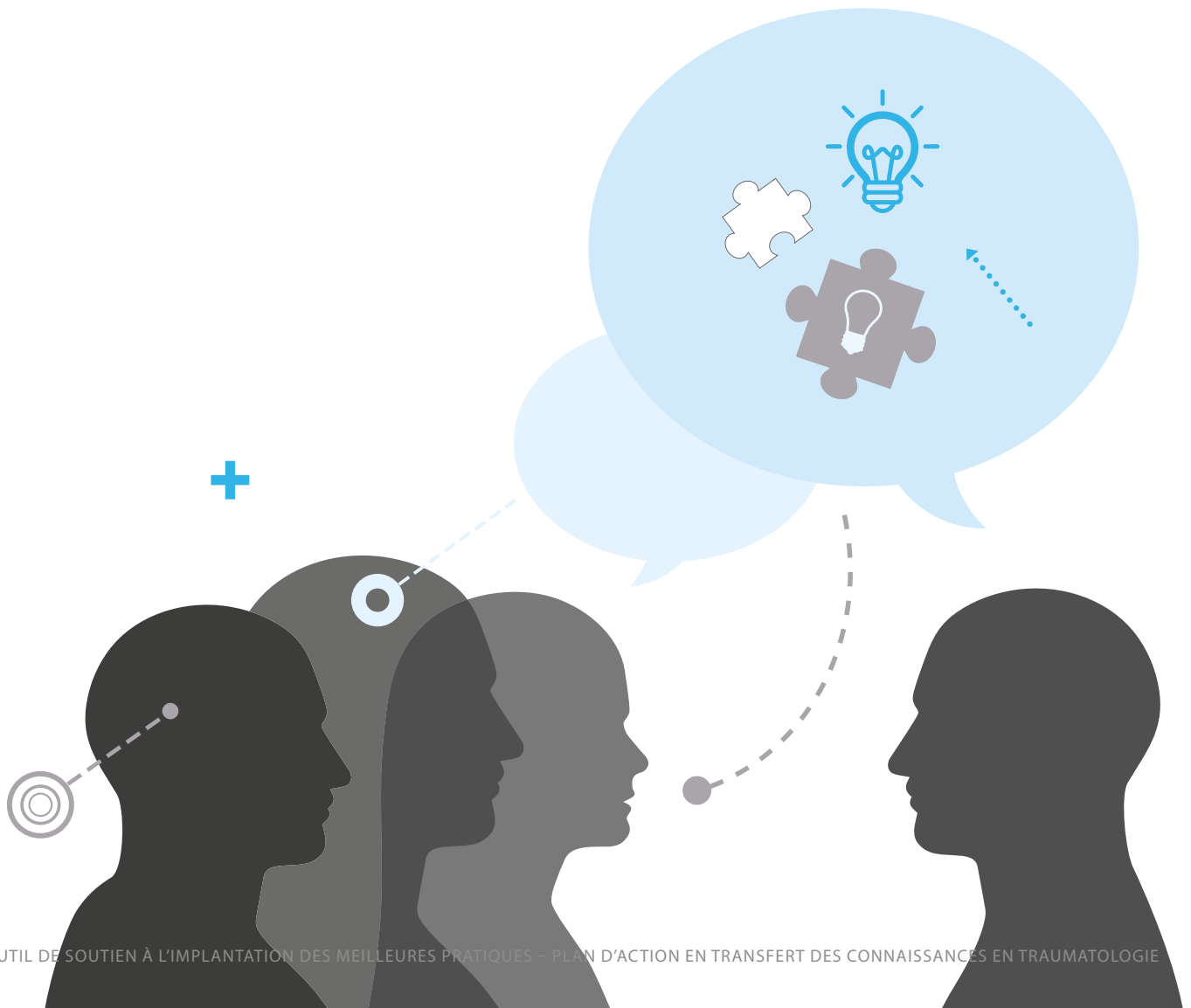
Dimensions	Objectifs généraux	Exemples de stratégies de pérennisation
Institutionnalisation, soit la continuité de la pratique dans la structure organisationnelle	Intégrer les activités liées à la pratique aux activités régulières de l'organisation	• Intégration de la formation sur la pratique dans la grille horaire de la formation des nouveaux cliniciens et des étudiants • Vérification par le coordonnateur clinique de la présence de l'outil au dossier avant chaque plan d'intervention interdisciplinaire • Intégration de la procédure et des outils liés à la nouvelle pratique au document de programmation • Affichage d'un aide-mémoire précisant les rôles et responsabilités • Implantation de la pratique auprès d'autres clientèles de l'installation ou de l'établissement
Maintien des effets positifs de la pratique	Mettre en place un système de monitoring des effets de la pratique	• Vérification (audit) de dossiers • Suivi des effets sous forme de tableaux auprès des équipes, comités qualité, directions cliniques, etc. • Maintien de comités (pilotage, interétablissements, etc.) pour le suivi des indicateurs • Révision annuelle de la démarche et des outils
Renforcement des compétences du milieu à utiliser la pratique	Partager et diffuser les connaissances et l'expertise issues de la pratique	• Identification d'un champion par équipe pour le suivi et le soutien à la pérennisation • Accompagnement individuel (« coaching ») • Adaptation du matériel de formation, afin qu'il puisse être auto-utilisé • Présentation du projet lors d'événements locaux et auprès de partenaires

* Tableau inspiré de Cantin [2014], ayant adapté le modèle de Shediak-Rizkallah et Bone [1998].

7. L'EXPÉRIENCE DE HUIT ÉQUIPES CLINIQUES

Le plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie s'est déroulé en deux phases, au cours desquelles un appel de candidatures pour des projets d'implantation de pratiques basées sur des données probantes a été lancé. Après évaluation des candidatures soumises, quatre projets par phase ont été financés, pour un total de huit projets. Ce financement a été principalement utilisé pour la libération d'un clinicien à titre de coordonnateur du projet, qui devait s'actualiser à l'intérieur d'une durée maximale de deux ans.

Cette section illustre très synthétiquement les caractéristiques de chaque projet, en utilisant les notions contenues dans les sections précédentes de l'outil. On retrouve donc les principales stratégies d'implantation et de pérennisation utilisées ainsi que quelques indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation. Chaque vignette se termine par la présentation des solutions auxquelles l'équipe à eu recours pour surmonter les défis qu'elle a rencontrés. Ces listes ne sont pas exhaustives. Le lecteur qui voudra en savoir davantage retrouvera au bas de chaque vignette l'hyperlien vers le rapport de l'équipe clinique. Le tableau suivant situe les projets des équipes cliniques soutenus selon les phases du plan d'action.



Projets soutenus en phases 1 et 2 du plan d'action

	Pratique implantée	Appellation avant Loi 10	Appellation après Loi 10 (avril 2015) (établissements et installations)
PHASE 1 (2013-2015)	Évaluation systématique de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire dans trois établissements partenaires	IRGLM-CRLB-HJR	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Installation Gingras-Lindsay-de-Montréal, Installation Lucie-Bruneau, CISSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation (IRGLM-CRLB-HJR)
	Dépistage précoce en centre hospitalier de la dysphagie oropharyngée chez les TCC et les blessés médullaires	HSCM	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM)
	Mesure d'évolution fonctionnelle (MPAI-4) dans un établissement de réadaptation pour les usagers ayant subi un TCC	CRDP Le Bouclier	CISSS de Lanaudière et CISSS des Laurentides, Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier (Le Bouclier)
	Évaluation systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un TCC	IRDPO	CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO)
PHASE 2 (2015-2017)	Évaluation systématique des troubles de fatigue et de sommeil et harmonisation des interventions chez les personnes ayant subi un TCCL référées en réadaptation	CR InterVal	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (CIUSSS MCQ)
	Évaluation systématique de la douleur chez la clientèle des grands brûlés du Centre d'expertise de l'Est du Québec	IRDPO-CHU/HEJ à titre de CEVBGEQ	CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO), Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHU de Québec-HEJ) à titre de Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est du Québec (CEVBGEQ)
	Mesure d'évolution fonctionnelle (MPAI-4) pour les usagers victimes d'un TCC dans quatre installations partenaires	Consortium TCC	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Installation Gingras-Lindsay-de-Montréal, Installation Lucie-Bruneau, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, CISSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation (Partenaires du réseau montréalais en traumatologie) (IRGLM-CRLB-CRCL-HJR)
	Guide d'interventions cliniques pour les usagers admis à l'urgence présentant une fracture traumatique de côtes	HGM	Centre universitaire de santé McGill, Hôpital général de Montréal (CUSM-HGM)

Évaluation systématique de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire dans trois établissements partenaires

ÉQUIPE DE L'IRGLM-CRLB-HJR

Mise en contexte

La présence de douleur est un problème fréquemment rencontré chez la clientèle ayant subi une lésion médullaire. Elle a de nombreuses répercussions pour l'utilisateur et peut prolonger la durée de la réadaptation. L'évaluation de la douleur est un préalable indispensable à la formulation d'un plan de traitement. Ayant constaté que les outils d'évaluation utilisés et leur contenu différaient selon les équipes, trois établissements partenaires, soit l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM), le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) et l'Hôpital juif de réadaptation (HJR)², ont décidé de mettre en place une évaluation systématique de la douleur et d'assurer ainsi une continuité de ce suivi, de la phase de réadaptation fonctionnelle intensive à la phase de réadaptation axée sur l'intégration sociale.

Pratique implantée

Évaluation de la douleur à l'admission et au congé des usagers, à l'aide de l'*International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set* (ISCIPBDS) version 2.0.

Clientèle cible

Usagers ayant subi une lésion médullaire admis ou inscrits pour des services de réadaptation dans les trois établissements partenaires.

Principaux résultats

Efficacité des stratégies d'implantation

- 92 à 100 % des intervenants ont été formés selon le site
- 51/77 (67 %) des usagers admis de mai à septembre 2014 ont reçu une évaluation initiale de leur douleur; 38/58 (66 %) dans le cas de l'IRGLM seulement

Pérennité de la pratique après 2 ans

- 94 % des usagers admis à l'IRGLM entre novembre 2016 et mars 2017 ont reçu une évaluation de leur douleur

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, infirmières, médecins

² Devenus CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Installation Gingras-Lindsay-de-Montréal, Installation Lucie-Bruneau, CISSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation.

Équipe de projet

		ÉQUIPE DE GESTION SITE IRGLM	ÉQUIPE DE GESTION SITE CRLB	ÉQUIPE DE GESTION SITE HJR
ÉQUIPE DE DIRECTION INTERÉTABLISSEMENTS (3 leaders de site + coordonnateur de projet)	Coordonnateur de projet	Leader de site (chef de programme)	Leader de site (chef de programme)	Leader de site (chef de programme)
ÉQUIPE DE COORDINATION (3 coordonnateurs de site + coordonnateur de projet)		Coordonnateur du site	Coordonnateur du site	Coordonnateur du site
		Autres acteurs clés	Autres acteurs clés	Autres acteurs clés
		Sous-comité interdisciplinaire	Sous-comité interdisciplinaire	Sous-comité interdisciplinaire

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Rencontre avec des professionnels formés :** La formation s'est déroulée en deux temps. La première partie s'est faite sous forme de discussion entre l'équipe de coordination du projet et les cliniciens d'un autre établissement (CIUSSS de la Capitale-Nationale, IRDPQ) ayant une expérience avec l'outil (ISCIPBDS).
- **Rencontres de formation :** La deuxième partie de la formation a porté sur la douleur et l'utilisation de l'outil. Cette formation magistrale a été donnée à l'ensemble des cliniciens des équipes impliquées et a rejoint 26 autres sites québécois par visioconférence. Elle a été complétée par des rencontres de formation additionnelles et d'accompagnement individuel (« coaching ») pour assurer une bonne compréhension de l'outil.
- **Interventions adaptées :** Le ISCIPBDS a été adapté par le sous-comité interdisciplinaire de chaque site en fonction des besoins, des priorités, des procédures et des ressources disponibles. Les ajouts devaient satisfaire aux exigences des ordres professionnels, tout en ne compromettant pas les qualités métrologiques de l'outil. Enfin, les réunions de suivi hebdomadaires ont été modifiées afin que la douleur soit discutée systématiquement en équipe interdisciplinaire.

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- **Indicateurs de fidélité des stratégies utilisées :** Ratio intervenants réguliers formés/intervenants réguliers
- **Indicateurs du niveau d'implantation :** Proportion d'utilisateurs dont la douleur a été évaluée à l'admission
Proportion d'utilisateurs dont la douleur a été évaluée au congé

Principales stratégies de pérennisation

- **Institutionnalisation de la pratique :** Un protocole pour l'utilisation de l'outil a été élaboré. La formation sur la douleur et l'outil a été rendue disponible aux nouveaux employés et stagiaires (et à toute autre personne intéressée) sur l'Environnement Numérique d'Apprentissage (ENA) du RUIS de l'Université de Montréal.
- **Maintien des effets :** La collecte d'indicateurs d'implantation s'est poursuivie, et un audit de dossiers annuel a été prévu. Un mécanisme de suivi impliquant des rencontres interétablissements pour examiner la fluidité de l'outil a été mis en place.
- **Renforcement des compétences :** Un répondant par site a été identifié. Ce répondant est une référence pour les cliniciens et il est responsable de la pérennisation de la pratique.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi 1 ➡ La valeur ajoutée de la nouvelle pratique est perçue comme faible par les cliniciens

Solution



Instaurer des rencontres de suivi régulières afin de comprendre les perceptions des cliniciens et s'ajuster à celles-ci

L'écoute et la recherche de solutions lors de rencontres de planification du projet conjoint l'IRGLM-CRLB-HJR ont permis de bonifier non seulement la pratique à implanter, mais également le processus même d'implantation :

« (...) une rencontre a eu lieu où tous ont eu l'occasion de nommer leurs doléances quant à leur difficulté à adhérer au changement. Des solutions ont déjà été apportées, par exemple de séparer les sections de l'évaluation sur des pages distinctes. De plus, il est prévu d'avoir un plan de communication plus détaillé. Il est souhaité par exemple de développer un blogue où des résultats sur l'utilisation de l'outil seraient partagés » (Laramée, 2015)

Défi 2 ➡ La pratique rejoint un petit nombre d'utilisateurs seulement, ce qui rend difficile son appropriation par les cliniciens

Solution



Évaluer la possibilité d'inclure d'autres clientèles

À l'origine du projet, l'évaluation systématique de la douleur ne visait que la clientèle admise. Lors de la planification du projet entre les partenaires du projet, il est devenu évident qu'il fallait également inclure la clientèle externe, celle-ci formant la majorité de la clientèle de l'HJR.

Défi 3 ➡ Le soutien de la direction paraît incertain ou inconsistent

Solution



Impliquer des gestionnaires ou directeurs dans la structure de gouvernance

Pour l'équipe IRGLM-CRLB-HJR, la structure multipaliers du comité de projet s'est révélée aidante :

« Dès le début du projet, une équipe de direction interétablissements a été mise en place et était composée du responsable de projet et des trois chefs des programmes signataires de la présente demande. L'équipe a assuré le leadership stratégique et a permis d'adopter les mêmes orientations dans les trois établissements. » (Laramée, 2015)

Défi 5 ➡ Les ressources sont insuffisantes pour réaliser le projet d'implantation

Solution



Obtenir un soutien financier externe

Le soutien procuré dans le cadre du plan d'action a été essentiel pour plusieurs équipes, dont celle de IRGLM-CRLB-HJR :

« Les trois établissements ne se seraient pas lancés dans un projet multicentrique sans ce montant d'argent. » (Laramée, 2015)

Défi

6

Le projet est complexe en raison du nombre de sites ou d'équipes impliqués



Adapter les stratégies d'implantation à chaque contexte local

Dans le projet de IRGLM-CRLB-HJR, le projet a été adapté aux besoins de chaque site :

« Chaque sous-comité a donc développé son propre plan d'adaptation incluant un échéancier, la nomination de personnes responsables et l'élaboration de modalités de fonctionnement. » (Laramée, 2015)

Solutions



Utiliser des stratégies de formation et de communication favorisant l'uniformité des messages

La formation d'un grand nombre de personnes travaillant sur différents sites est un défi relevé par l'équipe. Une formation sur la douleur a été élaborée dans un premier temps :

« Ciblant tous les intervenants des trois établissements, elle a permis de s'assurer d'une mise à niveau des connaissances sur la douleur et de souligner l'importance d'effectuer une évaluation interdisciplinaire de cette déficience. La formation a été complétée par une présentation exhaustive de l'ISCIPBDS 2.0, faite par D' Allen Steverman. Elle ciblait tous les intervenants qui avaient à compléter l'outil et permettait de s'assurer d'une bonne validité des réponses et d'une fiabilité interévaluateurs optimale. » (Laramée, 2015)

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe de l'IRGLM-CRLB-HJR \(Laramée, 2015\)](#).

Dépistage précoce en centre hospitalier de la dysphagie oropharyngée chez les TCC et les blessés médullaires

ÉQUIPE DE HSCM

Mise en contexte

La dysphagie est un problème fréquemment rencontré chez les usagers traumatisés craniocérébraux modérés-graves et les blessés médullaires avec atteinte cervicale en phase de soins aigus. Un projet d'implantation d'une pratique clinique fondée sur les résultats probants portant sur le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez ces clientèles a été réalisé à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM), du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Le choix de cette pratique a, entre autres, été motivé par le haut niveau d'évidence associé au dépistage de la dysphagie oropharyngée, le manque de standardisation en lien avec cette pratique, les problèmes de pneumonie d'aspiration rencontrés et la nécessité d'entreprendre des démarches pour optimiser la nutrition des usagers en traumatologie.

Pratique implantée

Dépistage de la présence de dysphagie oropharyngée 24 heures post-admission ou entre 4 et 24 heures après le retrait du tube endotrachéal, si présence de trachéotomie. L'outil « *Standardized Swallowing Assessment* », traduit, adapté et en voie de validation ainsi qu'une directive de soins infirmiers ont été utilisés.

Clientèle cible

Usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie et de sciences neurologiques, atteints d'un traumatisme craniocérébral modéré à grave ou d'une blessure médullaire avec atteinte cervicale.

Principaux résultats

Efficacité des stratégies d'implantation

- 185/200 (92 %) des infirmières ont été formées
- 28/33 (85 %) des usagers admis de juillet à octobre 2014 ont reçu un dépistage
- 22/28 (79 %) des usagers dépistés l'ont été dans les délais établis
- 1/28 usager a développé une pneumonie d'aspiration (pourrait être associée à la ventilation mécanique)

Pérennité de la pratique après 2 ans

Application du dépistage élargie à la clientèle hospitalisée et éligible.

- 257/378 (68 %) des usagers admis dans les unités de soins intermédiaires, soins intensifs, neurochirurgie et lésion médullaire ont eu un dépistage (taux variant entre 30 % et 83 % selon les unités)

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Infirmières et candidates à l'exercice de la profession infirmière formées sur le dépistage de la dysphagie oropharyngée.

Équipe de projet

Les membres du comité d'implantation ont été choisis en fonction des disciplines et spécialités concernées, des postes stratégiques qu'ils occupaient dans l'organisation, pour assurer le bon déroulement du projet ainsi que la complémentarité de leurs compétences. Sous la responsabilité d'une conseillère clinicienne en soins infirmiers, le comité regroupait la coordonnatrice de la recherche, deux médecins intensivistes et un neurochirurgien, une orthophoniste, une nutritionniste, le coordonnateur du programme de traumatologie, deux chefs d'unité et deux conseillers cliniciens en soins infirmiers.

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Rencontres de formation :** Une formation sur l'évaluation de la dysphagie a été élaborée par des infirmières, orthophonistes et nutritionnistes. Un total de 185 infirmières travaillant dans les diverses unités de soins ont été formées. La formation a aussi été offerte aux préposés aux bénéficiaires, aux intensivistes et aux neurochirurgiens.
- **Distribution de matériel éducatif :** Un protocole d'évaluation et une règle de soins ont été transmis aux utilisateurs. Une formation audio-enregistrée a été rendue disponible.

- **Utilisation de rappels :** À titre de rappels, des capsules d'une durée de 15 minutes ont été diffusées dans les unités impliquées durant les premières semaines d'implantation, pour revenir sur les principaux éléments concernant l'utilisation adéquate de l'outil et insister sur l'importance du leadership et du jugement infirmier dans l'application de la nouvelle pratique.
- **Supervision par des gestionnaires :** Un des intensivistes et le neurochirurgien qui étaient impliqués dans le comité d'implantation ont fait des suivis auprès des membres de l'équipe, lorsque requis.

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- **Indicateur de fidélité des stratégies utilisées :** % du personnel infirmier actif formé
- **Indicateur du niveau d'implantation :** Proportion d'utilisateurs ayant été évalués à l'aide de l'outil de dépistage
- **Indicateurs de la qualité d'implantation :** Proportion d'application adéquate de l'outil de dépistage
Proportion des usagers pour lesquels une consultation en orthophonie a été demandée avant que le dépistage de la déglutition ne soit effectué
- **Indicateur d'effets :** Proportion des usagers dépistés ayant développé une pneumonie

Principales stratégies de pérennisation

- **Institutionnalisation de la pratique :** La formation sur le dépistage précoce a été introduite dans la grille horaire du programme de résidence pour les infirmières intégrant les soins critiques dans l'installation.
- **Maintien des effets :** Des vérifications hebdomadaires de l'application de la pratique ont été prévues pendant trois mois, pour devenir ensuite mensuelles. Ces vérifications devaient être réalisées par trois intervenants désignés. Les résultats devaient être communiqués aux équipes et aux membres du comité local de traumatologie sous forme de tableaux. Un suivi du taux de pneumonies d'aspiration était également assuré par l'entremise du registre de traumatologie, avec révision des cas par des membres du comité d'implantation, dont au moins un médecin, et ce, aux six mois après la fin du projet.
- **Renforcement des compétences :** L'élargissement de l'utilisation de l'outil aux usagers ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) renforcera la standardisation de la pratique dans l'installation.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

1

La valeur ajoutée de la nouvelle pratique est perçue comme faible par les cliniciens

Solution



Faire valoir le fait que la pratique permet d'augmenter l'autonomie décisionnelle, si tel est le cas

L'augmentation de l'autonomie des infirmières est citée parmi les facilitateurs dans le bilan final du projet :

« *Le développement d'une plus grande autonomie décisionnelle de la part des infirmières qui sont désormais autorisées à faire un dépistage précoce de la dysphagie et à recommander les usagers en orthophonie, au besoin.* » (Bérubé et Valiquette, 2015)

Défi

3

Le soutien de la direction paraît incertain ou inconsistant

Solutions



Rencontrer la direction et clarifier l'appui à donner au projet

La direction de l'HSCM a été interpellée au cours de la démarche :

« Concernant le soutien rendu parfois difficile de la part de l'organisation, des représentations fréquentes ont eu lieu auprès des cadres supérieurs (...) pour les informer des besoins en lien avec le projet. Le fait d'avoir interpellé ceux-ci dans l'évaluation des barrières et facilitateurs à l'implantation du projet a aussi contribué à faciliter un travail de collaboration avec cette direction. » (Bérubé et Valiquette, 2015)



Planifier l'implantation selon un échéancier assez serré pour ne pas perdre le rythme

Selon l'équipe, la concentration des efforts a permis de maintenir la motivation des troupes :

« Même si la rapidité de l'implantation de la nouvelle pratique constitue un obstacle, l'échéancier d'un an peut aussi être considéré comme un facilitateur. À cet effet, le déploiement d'efforts concentrés à la réalisation d'un projet permet généralement de maintenir la motivation des personnes impliquées et également d'éviter que d'autres priorités ne viennent diluer l'importance accordée à une nouvelle pratique. »

(Bérubé et Valiquette, 2015)

Défi

7

La libération des cliniciens pour la formation s'avère un défi

Solution



Faire les démarches nécessaires pour que la formation sur la pratique donne des crédits de formation continue reconnus par les ordres professionnels

L'accréditation de la formation aux infirmières a été jugée cruciale :

« Après avoir obtenu une accréditation universitaire pour la formation de deux heures, celle-ci a été dispensée aux infirmières et aux candidates à la profession infirmière (CEPI) (...). Depuis quelques années, les infirmières doivent suivre un minimum d'heures de formation continue accréditées pour renouveler leur permis annuel auprès de l'OIIQ. Plusieurs infirmières arrivent difficilement à obtenir ces heures de formation. Le fait que la formation au dépistage ait pu être accréditée a motivé les infirmières à assister à la formation après leur quart de travail et à être plus ouvertes à être rémunérées à taux simple plutôt qu'à taux et demi. » (Bérubé et Valiquette, 2015)

Défi

10

La pratique n'est pas implantée conformément à ce qui était prévu

Solutions



Faire un projet pilote en testant la pratique auprès de certains intervenants

Le prétest réalisé par l'équipe de HSCM a fait place à de nombreux ajustements :

« L'outil a également été testé par des membres du comité d'implantation auprès de six usagers avec TCC modéré-grave ou avec blessure médullaire cervicale avant le début de la formation du personnel et le déploiement de la nouvelle pratique à grande échelle. Des éléments de présentation visuelle et des spécifications en lien avec le début de l'alimentation et la supervision requise lors de la reprise du premier repas ont été ajoutés à l'outil de dépistage, après avoir complété les démarches de consultation et l'essai de l'outil. » (Bérubé et Valiquette, 2015)



Préciser les raisons d'une moins grande adhésion de certains intervenants et y répondre, dans la mesure du possible

L'adhésion au changement est variable selon les individus. Des stratégies, adaptées au contexte, ont été appliquées :

« La résistance au changement s'est vue diminuée par la simplicité de l'outil et la pertinence de la nouvelle pratique. Un nombre minimal d'infirmières et de médecins demeure résistants au changement. Un suivi a été réalisé auprès de ces personnes par les chefs de service et les médecins membres du comité d'implantation lorsque le dépistage précoce de la dysphagie n'était pas effectué. » (Bérubé et Valiquette, 2015)

Défi

11

Le risque que la pratique ne se poursuive pas après la phase d'implantation semble élevé

Solution



Poursuivre
les mesures de
suivi au-delà de
l'implantation

La collecte de données permettant de suivre l'utilisation de la pratique au-delà de son implantation initiale est une stratégie de pérennisation recommandée. Elle fait partie des mesures visant à maintenir les effets positifs de la pratique. L'équipe de HSCM suggère également qu'il n'y ait pas de fracture entre les mesures de suivi de l'implantation et celles qui se poursuivront :

« (...) quelques semaines se sont écoulées depuis la fin du suivi de l'implantation du dépistage précoce de la dysphagie, tel que prévu au protocole de recherche et la planification du suivi à effectuer à long terme. Ce délai pourrait avoir contribué à une diminution de l'application optimale de la nouvelle pratique. » (Bérubé et Valiquette, 2015)

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe de HSCM \(Bérubé et Valiquette, 2015\)](#).

Mesure d'évolution fonctionnelle (MPAI-4) dans un établissement de réadaptation pour les usagers ayant subi un TCC

ÉQUIPE DU BOUCLIER

Mise en contexte

Dans une perspective d'amélioration continue des services et d'efficacité du processus de réadaptation, les équipes de traumatologie de Lanaudière et des Laurentides du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier³ ont décidé d'implanter un outil d'évaluation valide et fiable. Le *Mayo-Portland Adaptability Inventory* (MPAI-4) a été retenu en raison de ses propriétés psychométriques bien développées et documentées. La passation de l'outil peut aider les cliniciens à déterminer les pronostics de participation sociale ainsi qu'à formuler, en collaboration avec l'utilisateur, les objectifs du plan d'intervention.

Pratique implantée

Évaluation fonctionnelle des usagers à l'arrivée et au congé au programme de déficience motrice en traumatologie (DMT), à l'aide du MPAI-4. La cotation de l'outil s'effectue en équipe interdisciplinaire.

Clientèle cible

Usagers adultes inscrits aux programmes de traumatologie avec un diagnostic de traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave.

Principaux résultats

Efficacité des stratégies d'implantation

- 28/28 usagers inscrits au programme DMT (4 équipes) d'avril à novembre 2014 ont été évalués avec le MPAI-4 au plan d'intervention interdisciplinaire (PII) initial

Pérennité de la pratique après 2 ans

- Dans 2 des 4 équipes, 100 % des usagers inscrits sont évalués avec le MPAI-4
- Dans 1 des 4 équipes, 100 % des usagers inscrits sont évalués avec 1 des 3 échelles du MPAI-4 (participation sociale)
- Dans la dernière équipe, cessation de l'utilisation car <1 usager/année

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Tous les cliniciens des deux programmes qui comprennent quatre équipes différentes, réparties dans quatre points de service.

Équipe de projet

CISSS de Lanaudière		CISSS des Laurentides	
Équipe de suivi Terrebonne	Équipe de suivi Joliette	Équipe de suivi Saint-Jérôme	Équipe de suivi Mont-Laurier
Chef de programme	Chef de programme	Chef de programme	Chef de programme
Champion	Champion	Champion	Champion

ÉQUIPE D'IMPLANTATION INTERÉQUIPES
(1 coordonnateur +
4 chefs de programme + 4 champions)

Coordonnateur

³ Devenu CISSS de Lanaudière et CISSS des Laurentides, Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier.

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Interventions adaptées :** L'outil d'évaluation a été adapté afin de présenter les résultats sous forme de tableaux et d'histogrammes.
- **Rencontres de formation :** Une formation de base en transfert des connaissances a été offerte aux quatre équipes cliniques impliquées. La deuxième formation, d'une durée de deux heures, s'est tenue sous forme d'ateliers interactifs en petits groupes.
- **Communauté de pratique :** Une communauté de pratique a été créée au moyen d'un espace informatique commun aux quatre équipes. Une foire aux questions a permis aux équipes de partager et d'apprendre les uns des autres.
- **Utilisation de champions :** Un champion par équipe a été désigné comme personne-ressource. En plus du soutien donné à leurs collègues, les champions ont participé aux rencontres du comité d'implantation, ont alimenté la foire aux questions et ont rempli les outils de suivi de l'implantation.

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- **Niveau d'implantation :** Proportion des usagers avec un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) initial ayant été évalués à l'aide du MPAl-4
- **Qualité d'implantation :** Proportion des usagers ayant été réévalués avant ou lors du PII final à l'aide du MPAl-4
Proportion de MPAl-4 complets
Proportion de MPAl-4 remplis dans les délais prescrits

Principales stratégies de pérennisation

- **Maintien des effets :** Un suivi de l'utilisation de l'outil a été prévu, avec diffusion des résultats aux équipes concernées.
- **Renforcement des compétences :** Un élargissement de l'utilisation de l'outil à toute la clientèle TCC, pour toutes les sévérités et tous les âges a été planifié.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

3

Le soutien de la direction paraît incertain ou inconsistent



Arrimer la pratique au plan d'action de la direction ou de l'établissement

L'intégration du projet dans le plan d'action de la direction ou de l'établissement détermine sa contribution aux objectifs poursuivis par la direction. L'équipe du Bouclier y a vu la confirmation de l'importance accordée au projet :

« L'engagement formel de la haute direction (...) se concrétise par l'ajout de ce projet au plan d'amélioration de l'établissement (agrément) ». (Prévillie, 2015)

Solutions



Communiquer aux gestionnaires et autres parties prenantes les retombées des activités de transfert des connaissances sur les usagers, l'organisation des services et les cliniciens

La réflexion lors de la clôture du projet a été partagée avec la direction du Bouclier, et des mesures concrètes ont été envisagées :

« La participation à ce projet nous a permis de mettre en évidence plusieurs déterminants qui favorisent le transfert des connaissances (...). Ce projet a donné un élan à d'autres réalisations en transfert des connaissances, soit l'implantation d'un outil de dépistage de la dépression chez la clientèle AVC et l'implantation d'un groupe aîné chez les clients ayant une déficience auditive ». (Prévillie, 2015)

Défi

4

Les membres de l'équipe manquent de temps ou de compétence pour faire la recherche dans la littérature et l'évaluation de la qualité des études

Solution



Consulter des sites ressources, des listes des meilleures pratiques déjà répertoriées et dont la qualité a été évaluée

L'équipe a utilisé la liste de suggestions de meilleures pratiques élaborée par l'INESSS en 2013⁴:

« *Le choix de la pratique fondée sur les données probantes a été réalisé à partir de suggestions de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2013).* » (Préville, 2015)

Défi

5

Les ressources sont insuffisantes pour réaliser le projet d'implantation

Solution



Élaborer des outils permettant de diminuer le temps requis par les cliniciens

Des ressources ont été investies afin de diminuer la charge de travail des cliniciens utilisateurs de la pratique. On retrouve, parmi les solutions apportées, de:

« *Développer des outils pour faciliter la cotation de l'outil (clinique)* » (Préville, 2015)

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe du Bouclier \(Préville, 2015\)](#).

⁴ Cette liste visait les clientèles TCC et lésés médullaires. Lors de sa mise à jour, en 2015, des suggestions ont également été émises à l'égard de la clientèle des grands brûlés.

Évaluation systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un TCC

ÉQUIPE DU PROGRAMME TCC DE L'IRDPQ

Mise en contexte

Les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral sont particulièrement à risque de dénutrition. Cette dernière peut entraîner un plus grand risque de plaies, de la fatigue, une diminution de la force et des capacités fonctionnelles. Compte tenu de l'importance du problème, de son impact possible sur la réadaptation, de la disponibilité et de la qualité des données probantes, de l'accessibilité d'outils validés et de ressources cliniques spécialisées ainsi que d'un contexte organisationnel facilitant, l'équipe du programme de traumatisme craniocérébral (TCC) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), du CIUSSS de la Capitale-Nationale, a décidé d'implanter une évaluation systématique du risque de dénutrition.

Pratique implantée

Dépistage, à l'intérieur des 48 heures suivant l'admission, du risque de dénutrition chez les usagers admis en réadaptation. L'Outil canadien de dépistage nutritionnel, élaboré par le Groupe de travail canadien en malnutrition est utilisé. Une procédure de suivi de l'état nutritionnel est ensuite appliquée.

Clientèle cible

Usagers adultes et aînés admis en réadaptation au programme TCC (TCC léger/complexé, modéré ou grave).

Principaux résultats

Efficacité des stratégies d'implantation

- 43/43 (100 %) des usagers admis d'avril à novembre 2014 et répondant aux critères ont bénéficié d'un dépistage
- 11/13 (85 %) des usagers considérés à risque de dénutrition ont été référés à la nutritionniste
- 10/11 (91 %) de ces derniers usagers ont obtenu une évaluation et un plan de traitement nutritionnel

Pérennité de la pratique après 2 ans

- 16/17 (94 %) des usagers admis et éligibles ont bénéficié d'un dépistage
- 5/5 (100 %) des usagers considérés à risque de dénutrition ont été référés à la nutritionniste

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Infirmières, nutritionnistes, techniciennes en diététique et préposés aux bénéficiaires.

Équipe de projet

La coordination du projet a été assurée par la leader de pratiques cliniques au programme TCC, accompagnée de la conseillère en évaluation de programme travaillant en étroite collaboration avec une technicienne en recherche psychosociale. La gestionnaire du programme a assuré la communication et la coordination avec les deux chefs d'unité en soins infirmiers impliqués. Au niveau opérationnel, une nutritionniste et l'infirmière clinicienne rattachée au programme ont agi à titre d'expertes de contenu, en contribuant à l'élaboration de la pratique, à la formation du personnel ainsi qu'à l'implantation du projet dans l'Unité de soins.

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Distribution de matériel éducatif :** Un arbre décisionnel permettant de guider le personnel dans ses actions a été intégré dans une procédure écrite et dans l'outil de formation. Un aide-mémoire sur les mesures préventives requises lorsqu'un usager est dépisté à risque de dénutrition a été distribué. Cet aide-mémoire permet au personnel infirmier et aux préposés aux bénéficiaires d'intervenir rapidement jusqu'à ce que le plan de traitement nutritionnel soit complété. Enfin, une affiche synthétisant la problématique et la pratique de dépistage a été installée au poste infirmier. Cette affiche sert de rappel et est utilisée lors de la formation du nouveau personnel.
- **Rencontre de formation :** Une formation d'une heure a été donnée par la nutritionniste et l'infirmière clinicienne de l'unité au personnel infirmier et au médecin. Un sommaire de la présentation a été acheminé aux médecins n'ayant pas pu assister à la formation.

- **Audit (vérifications) avec retours aux cliniciens :** Un bilan des indicateurs a été présenté au comité d'implantation aux deux mois et aux cliniciens aux troisième et sixième mois après le début de l'implantation.

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- **Indicateurs de niveau d'implantation :**
 - Proportion des usagers admis ayant bénéficié du dépistage
 - Proportion des usagers considérés à risque de dénutrition référés à la nutritionniste
 - Proportion de ces derniers usagers ayant obtenu une évaluation nutritionnelle
 - Proportion des usagers considérés à risque lors du dépistage ayant bénéficié d'une relance sur une base mensuelle
- **Indicateurs de la qualité d'implantation :**
 - Proportion des usagers admis ayant bénéficié du dépistage dans un délai de 48 heures suivant l'admission

Principales stratégies de pérennisation

- **Institutionnalisation :** Une procédure élaborée en cours d'implantation a subi une révision finale. Une modification du formulaire d'évaluation initiale en soins infirmiers a permis d'y intégrer les résultats du dépistage de dénutrition. La formation a été intégrée à celle du nouveau personnel et aux stagiaires en soins infirmiers.
- **Maintien des effets :** La collecte des données réalisée lors de la phase d'implantation s'est poursuivie avec une analyse mensuelle des données par le comité pilotage. Une rétroaction et des rappels au personnel impliqué ont été prévus.
- **Renforcement des compétences :** L'infirmière clinicienne a été maintenue dans son rôle de leader de pratique. Des communications sur la pratique et l'évaluation d'implantation ont été planifiées.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

4

Les membres de l'équipe manquent de temps ou de compétence pour faire la recherche dans la littérature et l'évaluation de la qualité des études

Solution



Solliciter des personnes-ressources : documentalistes et bibliothécaires, chercheurs, étudiants ou autres

Des équipes ont consulté le personnel de centres de documentation pour la recherche documentaire et des chercheurs, en cours de démarche :

« Nous avons fait appel à deux chercheurs en nutrition lors de l'adaptation de l'outil de dépistage de la dénutrition à leur contexte de soins. Cette consultation a été très utile puisqu'elle nous donnait l'assurance que les qualités métrologiques de l'outil avaient bien été préservées. » (Chargée de projet IRDPQ, 2017)

Défi

7

La libération des cliniciens pour la formation s'avère un défi

Solution



Adapter les stratégies de formation aux contraintes de libération du personnel des soins infirmiers

L'équipe du programme TCC de l'IRDPQ a dû réviser rapidement sa stratégie de formation. La solution adoptée a entre autres conduit à la réalisation d'une affiche qui a été installée au poste infirmier :

« Considérant la pénurie de main-d'œuvre de remplacement en soins infirmiers, le scénario retenu a été de scinder la formation en trois blocs répartis sur trois jours. D'une durée de quinze minutes, ces présentations visaient principalement le personnel infirmier de jour et devaient se dérouler au poste infirmier. Dès la première présentation, cette formule s'est avérée peu concluante. [...] Un ajustement à l'horaire de travail du personnel infirmier a permis la libération des principaux acteurs concernés [...]. Pour le personnel de soir et de nuit ainsi que le personnel occasionnel, une affiche simple et conviviale [...] a été réalisée. Cette affiche est maintenant le principal outil de formation utilisé par l'infirmière clinicienne tant pour le nouveau personnel que les stagiaires » (Lemay et al., 2015)

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe de l'IRDPQ \(Lemay et al., 2015\)](#).

Évaluation systématique des troubles de fatigue et de sommeil et harmonisation des interventions chez les personnes ayant subi un TCCL référées en réadaptation

ÉQUIPE DU CIUSSS MCQ

Mise en contexte

La fatigue et les difficultés de sommeil sont des problématiques fréquentes chez les patients ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL), et elles nuisent à la reprise des habitudes de vie. L'équipe du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ), auparavant connu sous l'appellation InterVal, a décidé de systématiser l'évaluation des difficultés de sommeil et de la fatigue ainsi que de faciliter l'harmonisation de l'intervention au sein de quatre équipes de traumatologie. Ce projet est conforme avec le guide de pratique de l'*Ontario Neurotrauma Foundation* (ONF).

Pratique implantée

- Évaluation, dans les 30 jours suivant la prise en charge des usagers par les psychologues, puis au congé, de la qualité du sommeil, à l'aide de l'Index de sévérité de l'insomnie (ISI). Cette évaluation est suivie de la remise à l'usager de six stratégies visant à recréer une période et un lieu consacrés au sommeil et de deux retours subséquents sur ces stratégies.
- Évaluation, dans les 30 jours suivant la prise en charge des usagers par les ergothérapeutes, puis au congé, du niveau de fatigue, à l'aide de l'Inventaire multidimensionnel de la fatigue (IMF). Cette évaluation est également suivie d'une intervention consistant en l'utilisation d'un agenda du niveau de fatigue jumelé au portrait des différentes activités.

Ces outils ont été validés et développés dans un guide de pratique clinique, soit le Manuel d'évaluation et d'intervention pour l'insomnie et la fatigue après un traumatisme craniocérébral [Ouellet *et al.*, 2015].

Clientèle cible

Usagers ayant subi un TCCL présentant une persistance de symptômes plus de trois mois après l'accident et qui reçoivent des services externes de réadaptation du programme.

Principaux résultats

Effets de l'implantation de la pratique⁵

- 20/40 (50 %) des usagers ne présentent plus de problème relié au sommeil. Écart non statistiquement significatif des scores moyens à l'ISI
- 20/40 (50 %) des usagers ne présentent plus de problème relié à la fatigue. Diminution statistiquement significative des scores moyens à l'IMF ($p < 0,001$)

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Ergothérapeutes et psychologues dans des équipes situées dans quatre installations.

Équipe de projet

Trois comités ont été mis en place. Le comité de coordination local est composé de la chef en réadaptation du programme de traumatologie, du gestionnaire de la qualité et des deux coordonnatrices de projet (une coordonnatrice clinique et une agente de planification, de programmation et de recherche). Le comité d'implantation est composé des deux coordonnatrices de projet et des quatre champions locaux. Le comité de formation est formé d'un champion de chacune des disciplines concernées et des deux coordonnatrices de projet.

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Rencontres de formation :** Afin d'assurer la pertinence du contenu de formation, un sondage a d'abord été mené sur les connaissances et l'aisance des futurs utilisateurs de la pratique en lien avec les problématiques, les outils et le transfert des connaissances. Une courte présentation des outils d'évaluation a ensuite été faite afin que les intervenants puissent les expérimenter avant la formation. Enfin, une formation d'une durée d'une journée a été réalisée, en utilisant des histoires de cas et en prévoyant un temps de discussion et de réflexion sur le travail interdisciplinaire.

⁵ À utiliser avec réserve, les liens de causalité ne pouvant être établis [Lamontagne *et al.*, 2017b].

- **Distribution de matériel éducatif :** Lors de la formation, chaque professionnel s'est vu remettre un aide-mémoire plastifié rappelant tant la démarche clinique que les informations à consigner au dossier et celles à transmettre au coordonnateur clinique. Les coordonnateurs cliniques se sont également vu remettre l'ensemble des documents, prêts à l'utilisation et numérotés.
- **Utilisation de rappels :** Lors de la prise en charge d'un nouvel usager, le psychologue ou l'ergothérapeute a reçu du coordonnateur une trousse (« kit ») complète comprenant deux exemplaires de l'outil d'évaluation (pré et post) ainsi que les outils d'intervention (p. ex., les six stratégies pour recréer une période et un lieu consacrés au sommeil).
- **Audit (vérifications) avec retours aux cliniciens :** Des rencontres ont été prévues avec les équipes de chaque installation par les champions locaux. Le suivi des indicateurs était fait avec discussion des bons coups et des défis.

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- **Indicateurs du niveau d'implantation :**
 - % d'utilisateurs TCCL pour lesquels l'outil a été rempli dans les 30 jours suivant la prise en charge
 - % d'utilisateurs dont le résultat à l'ISI dépasse le seuil, pour lesquels l'outil a été rempli avant leur congé
 - % d'utilisateurs dont le résultat à l'IMF dépasse le seuil, dont le résultat et l'intervention ont été abordés en discussion clinique ou en préparation au plan d'intervention interdisciplinaire
- **Indicateurs de la qualité d'implantation :**
 - % d'utilisateurs dont le résultat à l'ISI dépasse le seuil, ayant bénéficié de l'intervention complète (fiche et suivi) sur un minimum de trois rencontres
 - % d'utilisateurs dont le résultat dépasse le seuil à l'IMF, ayant reçu la fiche explicative, les consignes et le deuxième agenda
- **Indicateurs d'effets sur les usagers :** Taux d'utilisateurs avec résultat inférieur au seuil au congé, selon l'âge et le sexe
- **Effets sur l'organisation des soins et services :** Moyenne d'heures de prestation de services (HPS) par usager et durée de prise en charge en ergothérapie et en psychologie

Principales stratégies de pérennisation

- **Institutionnalisation :** Les rôles et responsabilités ont été formalisés dans un aide-mémoire. Les coordonnateurs cliniques ont été ciblés comme responsables du suivi de la nouvelle pratique. Il a été prévu que les résultats à l'évaluation du sommeil et de la fatigue ainsi que les interventions mises en place soient abordés en discussion clinique et lors du plan d'intervention interdisciplinaire.
- **Maintien des effets :** Des mesures de suivi ont été planifiées selon les aspects les plus à risque pour le maintien de la pratique dans le temps. Ceux-ci ont été ciblés lors de l'évaluation d'implantation.
- **Renforcement des compétences :** Le soutien des champions aux différents sites sera maintenu et un accompagnement individuel pourra être offert, au besoin. La formation sera adaptée de façon à être auto-utilisée.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

1

La valeur ajoutée de la nouvelle pratique est perçue comme faible par les cliniciens

Solution



Choisir la pratique le plus possible en concertation avec ceux qui l'appliqueront

La consultation des cliniciens utilisateurs de la pratique avant que le choix n'ait été arrêté a été déterminante :

« Au départ, nous prévoyions implanter l'outil d'intervention pour le volet fatigue (...). Après réflexion nous avons convenu de changer d'outil, car les ergothérapeutes désiraient un outil plus visuel et centré sur les habitudes de vie. C'est dans la boîte à outils accompagnant le guide de l'énergie qu'elles ont trouvé chaussure à leurs pieds ! Nous avons donc décidé de combiner deux outils, dont le très visuel Agenda du niveau de fatigue. Cet ajustement illustre bien le processus itératif de transfert des connaissances où l'adaptation au contexte local est essentielle. » (CIUSSS MCQ, Capsule, mars 2016)

Défi

5

Les ressources sont insuffisantes pour réaliser le projet d'implantation

Solution



Déterminer les pratiques qui pourraient être retirées ou remplacées par l'adoption de la nouvelle pratique

Au CIUSSS MCQ, les psychologues avaient l'habitude de faire une entrevue détaillée plus ou moins formalisée pour documenter les difficultés de sommeil. L'outil d'évaluation de l'Indice de sévérité de l'insomnie (ISI) consiste en un questionnaire court et structuré. Les psychologues peuvent ensuite approfondir certaines questions avec l'utilisateur pour compléter l'information. La nouvelle pratique répond à leur besoin, tout en étant plus courte et structurée!

Défi

8

Le roulement de personnel au sein de l'équipe d'implantation ou de cliniciens est élevé

Solution



Former les nouvelles ressources qui seront utilisatrices de la nouvelle pratique

De nouvelles ressources dans un des sites du projet du CIUSSS MCQ ont été rencontrées par une des coordonnatrices. Faute de temps, la formation initiale, telle que donnée au début du projet, n'a pas pu être offerte. La coordonnatrice a donc expliqué le projet et remis les outils. La vérification des dossiers ayant par la suite démontré des lacunes, il a été convenu que donner de l'information était insuffisant. L'accompagnement individuel des nouvelles ressources a été ajouté comme mesure afin d'assurer le soutien nécessaire à l'appropriation de la pratique.

Défi

9

Le temps dévolu pour le suivi et l'évaluation de la nouvelle pratique est trop important par rapport à celui réservé à son implantation

Solution



Planifier en optimisant le temps des cliniciens

L'équipe du CIUSSS MCQ a élaboré un plan d'évaluation précis. Une attention particulière a été apportée pour réduire le plus possible le temps requis par les cliniciens, et les deux coordonnatrices du projet ont veillé à apporter tout le soutien nécessaire à la démarche de suivi. De plus, le comité de formation a remis aux cinq coordonnateurs cliniques impliqués des ensembles de documents prêts à l'utilisation et numérotés, à remettre en début de suivi au psychologue (trousse bleue) et à l'ergothérapeute (trousse rose) assignés au dossier de chacun des nouveaux usagers inclus dans le projet. Ces trousse facilitaient tant l'utilisation de la pratique que son suivi et son évaluation.

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe du CIUSSS MCQ \(Cantin et Senneville, 2017\)](#).

Évaluation systématique de la douleur chez la clientèle des grands brûlés du Centre d'expertise de l'Est du Québec

ÉQUIPE DU CEVBGEQ

Mise en contexte

Omniprésente lors de la phase aigüe de traitement, la douleur peut persister et même devenir chronique pour plusieurs victimes de brûlures graves. Elle peut entraîner de la détresse psychologique, une diminution de la qualité de vie et une difficulté à reprendre des activités dans la communauté, dont le travail. L'évaluation de la douleur tout au long du processus de cicatrisation de la peau fait partie des meilleures pratiques. Deux partenaires du Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est du Québec (CEVBGEQ), soit le Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHU de Québec-HEJ) et le CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP), ont décidé d'en faire leur projet. L'évaluation systématique vise à établir rapidement un plan de traitement, à orienter l'utilisateur vers les ressources appropriées et à réduire les effets négatifs de la douleur sur la qualité de vie et la participation sociale de l'utilisateur.

Pratique implantée

Évaluation de la douleur selon quatre temps de mesure, soit au début des soins aigus (T0), trois mois (T1) six mois (T2) et douze mois (T3) après le temps 0. Un outil élaboré par l'équipe et comprenant une échelle numérique autorapportée (ÉNA), le questionnaire DN4 et l'*Hospital Anxiety and Depression scale* est utilisé. Un arbre décisionnel guide l'orientation de l'utilisateur vers différentes ressources, selon les résultats de l'évaluation.

Clientèle cible

Tout usager admis à l'Unité des grands brûlés du CHU de Québec-HEJ.

Principaux résultats

Effets de l'implantation de la pratique⁶

- 33/38 (87 %) des usagers présentent une diminution de la douleur (selon l'ÉNA) entre T0 et T1
- 5/10 (50 %) des usagers présentent une diminution de la douleur (selon l'ÉNA) entre T1 et T2
- 1/2 (50 %) des usagers présentent une diminution de la douleur (selon l'ÉNA) entre T2 et T3

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Infirmières du CEVBGEQ, soit du CHU de Québec-HEJ et du CIUSSS de la Capitale-Nationale, IRDQP ainsi que le coordonnateur clinique de ce dernier établissement.

Équipe de projet

Le comité directeur du CEVBGEQ a été identifié comme étant le comité directeur du projet, et un comité de coordination s'est formé, réunissant la coordonnatrice clinique du programme de l'IRDQP et la conseillère en soins spécialisés du CHU de Québec-HEJ. Ce comité a travaillé avec la collaboration de leaders de pratique, soit les infirmières et ergothérapeutes des deux sites, un médecin de l'IRDQP, un plasticien du CHU de Québec-HEJ, un clinicien-expert en douleur de l'IRDQP, un chercheur et une conseillère en évaluation de programme de l'IRDQP.

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Distribution de matériel éducatif** : L'outil et la procédure de passation de l'outil d'évaluation de la douleur ont été transmis aux cliniciens. Un arbre décisionnel a été élaboré. Des aide-mémoire à l'intention des intervenants de chacune des installations ont été diffusés. Une procédure a été ajoutée aux outils d'intégration de l'infirmière de liaison du CHU de Québec-HEJ, soit aux documents utilisés pour former les employés lorsqu'ils arrivent en poste.
- **Audits (vérifications) avec retours aux cliniciens** : Les résultats du suivi de la clientèle ont régulièrement été communiqués aux cliniciens.
- **Recours aux usagers** : Une « lettre type » a été élaborée pour informer le médecin de famille de l'utilisateur lorsque des interventions étaient nécessaires pour un suivi optimal.

⁶ À utiliser avec réserve, les liens de causalité ne pouvant être établis [Lamontagne et al., 2017b].

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- Indicateurs du niveau d'implantation : % d'utilisateurs évalués pour la douleur aux quatre temps de mesure
- Indicateurs de qualité d'implantation : % d'utilisateurs avec douleur ayant fait l'objet d'une référence
- Indicateurs d'effets sur les utilisateurs : % d'utilisateurs avec douleur aux quatre temps de mesure
Niveau de douleur aux quatre temps de mesure
% d'utilisateurs présentant des besoins en lien avec la douleur
- Effets sur l'organisation des soins et services : Taux de référence à des ressources appropriées

Principales stratégies de pérennisation

- Institutionnalisation** : Tant l'outil d'évaluation et la procédure que l'arbre décisionnel seront intégrés dans la programmation du CEVBGEQ.
- Maintien des effets** : Des outils de collecte de données en vue de la pérennisation de la pratique sont en cours d'élaboration. Le comité de programmation et d'amélioration continue de l'IRDPO assurera le suivi et la révision de la démarche, au besoin.
- Développement des compétences** : Une personne responsable de la formation est identifiée dans chaque site. Un support à la formation est disponible sur PowerPoint. Un calendrier de diffusion de la pratique aux partenaires a été planifié, et des échanges ont été amorcés en cours d'implantation.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

3

Le soutien de la direction paraît incertain ou inconsistant

Solution



Faire régulièrement une reddition de comptes à une entité externe à l'équipe de projet

Comme tous les projets du plan d'action, celui du CEVBGEQ a fait une reddition de comptes au comité de coordination du Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie. Le suivi du projet a également été inscrit à l'ordre du jour du comité de plaies du CHU de Québec-HEJ, au Comité qualité performance de l'équipe de réadaptation surspécialisée du CIUSSS de la Capitale-Nationale, IRDPO, ainsi qu'aux réunions du programme lésions musculo-squelettiques, brûlures graves et amputations. Ces suivis permettaient d'informer régulièrement l'équipe et les décideurs de l'évolution du projet et de s'assurer de leur soutien.

Défi

8

Le roulement de personnel au sein de l'équipe d'implantation ou de cliniciens est élevé

Solution



Formaliser dès que possible la pratique

Au CEVBGEQ, la pratique a été formalisée rapidement. Le roulement de personnel au sein de l'équipe a été l'occasion d'écrire une procédure de la pratique et de l'intégrer dans les processus des établissements partenaires, tout en facilitant la formation des nouvelles ressources.

Défi

11

Le risque que la pratique ne se poursuive pas après la phase d'implantation semble élevé

Solution



Commencer la pérennisation de la pratique en cours d'implantation, dès que les principaux ajustements ont été apportés

Les stratégies de pérennisation ont été rapidement mises en place au cours de l'implantation au CEVBGEQ :

« Nous sommes en ajustement dans notre transfert des connaissances en lien avec la réalité clinique et suite aux départs ou aux changements de responsabilités de certains intervenants. Un plan de formation et de suivi est en développement pour s'assurer de la pérennité du projet (...). » (CEVBGEQ, Capsule 2016)

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe du CEVBGEQ \(Bastien et al., 2017\)](#).

Mesure d'évolution fonctionnelle (MPAI-4) pour les usagers victimes d'un TCC dans quatre installations partenaires

ÉQUIPE DU RÉSEAU MONTRÉLAIS EN TRAUMATOLOGIE (IRGLM-CRLB-CRCL-HJR)

Mise en contexte

Les écrits scientifiques recommandent l'utilisation de mesures communes du devenir des usagers ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC), pour documenter de manière objective leur évolution clinique et les effets des traitements ou interventions. Une équipe a réalisé une démarche multicentrique d'implantation du *Mayo-Portland Adaptability Inventory* (MPAI-4) au sein des programmes de réadaptation pour les personnes ayant subi un TCC de trois CISSS/CIUSSS de la grande région de Montréal. Ce projet s'est inspiré de celui de l'équipe du Centre de réadaptation Le Bouclier (phase 1 du plan d'action) et de l'expérience acquise au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. L'utilisation d'un même outil par plusieurs équipes partenaires de continuums de services vise un suivi clinique appuyé sur les données probantes et une plus grande fluidité des services.

Pratique implantée

Passation du MPAI-4 dans chaque installation des établissements partenaires selon trois temps de mesure, soit une mesure initiale à l'interne (T0), une mesure initiale à l'externe (T1) et une mesure finale à l'externe (T2). Les résultats de ces évaluations sont transmis en aval à l'établissement concerné.

Clientèle cible

Tous les usagers ayant un TCC léger, modéré ou grave admis ou inscrits dans les quatre installations participantes, soit l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM), le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB), le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL) et l'Hôpital juif de réadaptation (HJR)⁷ admissibles à un plan d'intervention interdisciplinaire (PII).

Principaux résultats

Effets de l'implantation de la pratique

- 205/205 (100 %) des usagers TCC inscrits ont reçu une évaluation avec le MPAI-4
- 84/205 (41 %) des MPAI-4 ont été transmises entre les installations partenaires (possibilité d'épisodes de services non terminées)

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Tous les cliniciens des programmes de réadaptation pour les usagers ayant subi un TCC des quatre installations partenaires.

Équipe de projet

		Équipe conseil IRGLM	Équipe conseil CRLB	Équipe conseil CRCL	Équipe conseil HJR
COMITÉ INTERÉTABLISSEMENTS (1 chef de programme + 1 chargée de projet + 1 chercheure)	Chargée de projet	Chef du programme	Chef du programme	Chef du programme	Chef du programme
		Coordonnateur clinique	Coordonnateur clinique	Coordonnateur clinique	Coordonnateur clinique
		Clinicien-leader	Clinicien-leader	Clinicien-leader	Clinicien-leader

⁷ L'appellation des établissements et installations utilisée depuis l'application de la Loi 10 se retrouve au tableau de la [page 16](#).

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Interventions adaptées :** Des protocoles d'utilisation de l'outil en fonction des différentes trajectoires de la clientèle TCC dans les quatre sites ont été déterminés à la suite de la consultation de chaque équipe. Une grille de réflexion a été utile pour la réalisation de cette étape.
- **Rencontres de formation :** Trois formations ont été données, soit une première sur les notions de base en transfert des connaissances, une deuxième sur la nouvelle pratique implantée et une troisième ayant pour but de se familiariser avec l'outil de manière plus approfondie. Un essai pilote s'est ensuite déroulé sur une période d'un peu plus de quatre mois.
- **Utilisation de champions :** Des champions ont été identifiés dans les quatre sites.
- **Visites de formation dans le milieu ou rencontres face à face avec des professionnels formés :** La chercheuse ayant soutenu la validation de l'outil a rencontré les équipes cliniques à deux reprises en cours d'implantation, afin de communiquer des résultats et de répondre aux interrogations des utilisateurs.

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- **Indicateurs du niveau d'implantation :** % d'utilisateurs évalués dans chaque installation aux trois temps de mesure
- **Indicateurs de qualité d'implantation :** % MPAI-4 remplis complètement
Délai entre la complétion du MPAI-4 et l'admission ou l'inscription
- **Effets sur l'organisation des soins et services :** % des résultats au MPAI-4 transmis en aval du continuum de services

Principales stratégies de pérennisation

- **Institutionnalisation :** La nouvelle pratique sera intégrée dans les processus clinico-administratifs des programmes.
- **Maintien des effets :** Une diffusion périodique de données relatives à l'impact des services aux équipes et directions et à l'ensemble des acteurs concernés par la qualité et la performance dans les établissements est prévue. Le comité de suivi interétablissements sera maintenu et intégrera les champions des quatre sites. Une réflexion sur la création d'une banque de données commune était en cours, à la clôture du projet.
- **Développement des compétences :** L'élaboration de projets de recherche sur l'évolution de la clientèle en réadaptation est prévue. On prévoit également de concevoir des outils didactiques (documents écrits, PowerPoint, vidéos) facilitant la formation des nouveaux intervenants cliniciens. Enfin, on prévoit des communications sur les résultats du projet d'implantation.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

6

Le projet est complexe en raison du nombre de sites ou d'équipes impliqués

Solutions



Mettre en place une structure de gouvernance et des processus de collaboration efficaces

Une structure de coordination interétablissements a été mise en place dès le démarrage du projet, et les responsabilités ont été clarifiées. Le comité de suivi interétablissements était imputable de la bonne marche de l'implantation dans les sites participants. Il devait s'assurer de la mise en place et du maintien des conditions organisationnelles et structurelles favorables à l'implantation (p. ex. : libération de temps, disponibilité de ressources matérielles et humaines). Ce comité de suivi a été un lieu de partage des expériences et stratégies liées à l'implantation.



Identifier un « champion » dans chaque site

Le projet impliquant quatre sites différents, la présence de champions, désignés comme « cliniciens-leaders » dans le cadre de ce projet, a été prévue :

« Un clinicien-leader par site d'implantation, reconnu pour son expertise clinique et sa crédibilité au sein de l'équipe, a assumé un rôle de proximité avec tous les cliniciens de son équipe locale afin de favoriser leur adhésion à la démarche et les tenir informés sur l'évolution de l'implantation. Il était lié à l'équipe-conseil du projet et lui ramenait les informations. » (Chargée de projet IRGLM-CRLB-CRCL-HJR, 2017)

Défi

7

La libération des cliniciens pour la formation s'avère un défi

Solution



Revoir les modalités de formation (webinaires, apprentissage à distance, etc.)

Pour l'équipe IRGLM-CRLB-CRCL-HJR, la stratégie de formation pour les quatre sites a été vue comme un défi dès le départ :

« Rejoindre l'ensemble des intervenants ciblés sur les quatre sites pour les formations a été un défi de taille. Pour y faire face, la formation a été scindée en trois étapes et menée dans les quatre sites en même temps. La proportion des intervenants ciblés ayant reçu les formations a été d'environ 86 %. Un système de coaching par le clinicien-leader du site a également été prévu tant pour la formation des nouveaux intervenants que pour le soutien de l'ensemble de l'équipe. » (Chargée de projet IRGLM-CRLB-CRCL-HJR, 2017)

Défi

8

Le roulement de personnel au sein de l'équipe d'implantation ou de cliniciens est élevé

Solution



Attribuer à un champion (par discipline, au besoin) la responsabilité de former les nouveaux intervenants à la pratique

Dans un des sites, un représentant par discipline s'est porté volontaire pour agir comme référence lors de l'arrivée d'un nouvel employé non formé à l'utilisation de la nouvelle pratique. Le nouvel utilisateur du MPAI-4 recevait ainsi des indications plus spécifiques à sa discipline. Un autre avantage était que la responsabilité de la formation était partagée entre plusieurs intervenants, plutôt que de retomber sur un seul d'entre eux.

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe IRGLM-CRLB-CRCL-HJR \(LaGarde, Vincent et McKerral, 2017\)](#).

Guide d'interventions cliniques pour les usagers admis à l'urgence présentant une fracture traumatique de côtes

ÉQUIPE DU CUSM-HGM

Mise en contexte

Les fractures de côtes sont des blessures courantes en traumatologie. Constatant une variabilité dans les pratiques et le retour à l'urgence relativement fréquent d'usagers pour des complications telles que la pneumonie ou une douleur non soulagée, l'équipe du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital général de Montréal (HGM) a mis en place un projet d'implantation d'outils cliniques conçus à partir de données probantes. Ce projet vise la diminution de la douleur et des complications telles que la pneumonie. Au plan organisationnel, on vise une diminution du temps de décision à l'urgence quant à l'orientation du patient (soit l'admission dans une unité de soins ou le congé à domicile) et la diminution du taux de retour à l'urgence. L'atteinte de ces derniers objectifs pourrait contribuer à une plus grande accessibilité des services à l'urgence.

Pratique implantée

Utilisation systématique d'un algorithme incluant une analgésie multimodale pour le soulagement de la douleur, d'un outil pour les infirmières et d'une brochure éducative pour les usagers. Ces trois outils ont été élaborés à partir de données probantes. La pratique est implantée en premier à l'urgence, pour ensuite s'étendre aux unités de soins.

Clientèle cible

Patients adultes admis à l'urgence et présentant une fracture traumatique de côtes (isolées) avec ou sans condition(s) associée(s).

Principaux résultats

Effets de l'implantation de la pratique^a

- 20/36 (56 %) des usagers libérés à domicile et ayant pu être rejoints font les exercices respiratoires
- 30/36 (83 %) des usagers prennent la médication
- 36/36 (100 %) des usagers se mobilisent trois fois par jour
- Augmentation de 78 à 99 % de la perception favorable de l'utilité clinique de la pratique par les cliniciens ($p=0,004$)

Cliniciens utilisateurs de la pratique

Urgentologues, traumatologues, résidents, infirmières et préposés aux bénéficiaires, physiothérapeutes, inhalothérapeutes

Équipe de projet

Infirmières, traumatologue, urgentologues, gestionnaire du programme de traumatologie

Principales stratégies d'implantation utilisées

- **Rencontres de formation :** La formation est donnée sous forme interactive, où l'utilisateur peut interagir avec le formateur. Les infirmières se forment entre elles.
- **Distribution de matériel éducatif :** Le protocole et la brochure éducative ont été rendus accessibles dans le système MedUrge. Un groupe d'usagers avait préalablement été consulté au sujet de la brochure. Les détails de l'implantation et les instructions pour l'utilisation du protocole ont été transmis par courriel.
- **Utilisation de rappels :** Des rappels tant électroniques que papiers ont été envoyés au personnel infirmier et aux médecins de l'urgence.
- **Audits (vérifications) avec retours aux cliniciens :** Un suivi de la progression de l'implantation par l'envoi d'un courriel, un mois après le début de l'implantation a été fait. Il a ensuite été transmis en temps opportun aux cliniciens et gestionnaires, en indiquant les progrès ou les difficultés rencontrés en cours d'implantation.
- **Amélioration continue de la qualité :** Les progrès et enjeux liés à l'implantation ont été discutés lors des réunions de service et cliniques en traumatologie.

^a À utiliser avec réserve, les liens de causalité ne pouvant être établis [Lamontagne *et al.*, 2017b].

Exemples d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'implantation

- Indicateurs de fidélité des stratégies utilisées : % du personnel formé
- Indicateurs du niveau d'implantation : Taux d'utilisateurs pour lesquels le protocole de soins infirmiers a été utilisé
Taux d'utilisateurs pour lesquels le protocole médical a été utilisé
- Indicateurs de qualité d'implantation : Taux d'utilisateurs pour lesquels le niveau de douleur est documenté au dossier
Taux d'utilisateurs pour lesquels les exercices respiratoires sont documentés
Taux d'utilisateurs pour lesquels les mobilisations sont documentées
Taux d'utilisateurs ayant reçu le dépliant d'information au congé
- Indicateurs d'effets sur les usagers : Orientation des usagers à partir de l'urgence
Taux d'utilisateurs avec problème inattendu (type) depuis leur retour à domicile
- Effets sur l'organisation des soins et services : Taux de réadmission après un retour à domicile pendant un mois

Principales stratégies de pérennisation

- **Institutionnalisation** : La formation a été intégrée au processus d'orientation du nouveau personnel de l'urgence et du programme de traumatologie, incluant les étudiants.
- **Maintien des effets** : Des audits de dossiers avec retours mensuels ou selon les besoins aux utilisateurs et décideurs sont prévus. Les comités locaux de suivi seront maintenus.
- **Renforcement des compétences** : La pratique s'implantera dans d'autres milieux : unités de soins et certains centres hospitaliers référents. Des actions en ce sens ont été amorcées en cours d'implantation. Les présentations sur le projet à l'extérieur de l'établissement se poursuivront.

DÉFIS RENCONTRÉS ET SOLUTIONS MISES EN PLACE PAR L'ÉQUIPE

Défi

5

Les ressources sont insuffisantes pour réaliser le projet d'implantation

Solutions



Subdiviser le projet

Dès le démarrage du projet, l'équipe du CUSM-HGM a décidé d'appliquer la pratique qu'à un seul secteur d'activités. Après discussion, le guide de pratique clinique n'a ciblé que les patients de l'urgence. L'application pour les patients admis a été retardée à l'étape de pérennisation de la pratique.



Impliquer des étudiants dans le projet

Au CUSM-HGM, la chargée de projet a sollicité les infirmières « éducatrices » pour avoir le soutien d'étudiants dans le projet. Ce soutien s'est concrétisé par la contribution d'un stagiaire en soins infirmiers pour la formation du personnel et le suivi téléphonique des patients. Un étudiant en médecine a également collaboré à la collecte de données pour mesurer les indicateurs.

Défi

7

La libération des cliniciens pour la formation s'avère un défi

Solutions



Planifier la formation en tenant compte des ressources disponibles

Dans l'équipe du CUSM-HGM, la formation initiale a été intégrée dans une formation plus générale. Par la suite, la formation a été donnée dans le temps qui est réservé pour l'orientation des nouvelles infirmières à l'urgence, alors que la ressource n'est pas encore « sur le plancher » et donc davantage disponible pour recevoir les informations. Il y a également eu beaucoup de formation de façon individuelle pour tenir compte de la disponibilité de chacune.



Impliquer le personnel d'encadrement dans la formation

« Ayant environ 200 personnes à former, tout le personnel n'avait pas été formé avant le début de l'implantation. Grâce au leadership du personnel infirmier de l'urgence (infirmières-chefs, assistantes, éducatrices), un grand nombre d'infirmières ont été formées individuellement en début d'implantation et les infirmières se sont formées entre elles. » (CUSM-HGM, Capsule de suivi, 2016)

Défi

9

Le temps dévolu pour le suivi et l'évaluation de la nouvelle pratique est trop important par rapport à celui réservé à son implantation

Solution



Simplifier le devis d'évaluation

La collecte de données réalisée au cours du prétest de l'application de la pratique a conduit la chargée de projet du CUSM-HGM à diminuer le nombre d'indicateurs de suivi, pour ne conserver que ceux jugés essentiels. Des mesures ont été reportées et pourront être appliquées sur un échantillon de dossiers.

Défi

10

La pratique n'est pas implantée conformément à ce qui était prévu

Solution



Assurer le suivi de l'implantation en prévoyant des retours aux cliniciens

La communication des résultats de l'évaluation d'implantation de la pratique au CUSM-HGM a été régulière et a permis de cerner une des raisons du manque d'utilisation du dépliant d'information. Les infirmières de l'urgence rencontrées ont alors avisé la chargée de projet du fait qu'elles n'avaient pas accès à l'impression des documents dans ce secteur. La situation a été rapidement corrigée, et le personnel infirmier a ensuite été informé du changement.

Pour plus d'information, consulter le [rapport final de l'équipe CUSM-HGM \(Rodrigue, 2017\)](#).

RÉFÉRENCES

- ADAPTE Collaboration. Manual for guideline adaptation – Version 1.0. ADAPTE Collaboration; 2007. Disponible à : <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-manual-for-guideline.pdf> (consulté le 3 mai 2017).
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Trousse: mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Deuxième édition. Toronto, ON: AIIAO; 2012. Disponible à : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf (consulté le 8 mai 2017).
- Barwick M. Knowledge translation planning template. Toronto, ON: Hospital for Sick Children; 2013. Disponible à : <http://www.melaniebarwick.com/training.php> (consulté le 24 octobre 2017).
- Bastien G, Parent N, Bérubé A-A, Rizzo C, Nsanzabera D. Pratique d'évaluation systématique de la douleur chez la clientèle des grands brûlés du Centre d'expertise de l'Est du Québec. Projet réalisé dans le cadre du Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie – phase 2. Québec, Qc: Centre hospitalier universitaire-Université Laval (CHU-UL), pavillon Hôpital de l'Enfant-Jésus; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN), pavillon Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPOQ); 2017. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_CEVGBEQ_sept-2017.pdf.
- Bérubé M et Valiquette M-P. Développement et implantation d'un protocole clinique pour le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les traumatisés crânien-cérébraux et les blessés médullaires. Projets d'implantation d'une pratique clinique fondée sur des résultats probants dans le cadre du plan d'action sur le transfert de connaissances du Comité directeur de la recherche en traumatologie. Montréal, Qc: Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (HSCM); 2015. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_hscm.pdf.
- Brio Conseils. SherpaTO^{MC}. Montréal, Qc: Brio Conseils; 2012. Disponible à : http://www.decouvrisherpato.com/uploads/files/sherpato_depliant_web_fr.pdf (consulté le 8 mai 2017).
- Brown J, Mumme L, Guy S, Kras-Dupuis A, Scovil C, Riopelle R, et al. Informing implementation: A practical guide to implementing new practice as informed by the experiences of the SCI KMN. Rick Hansen Institute and Ontario Neurotrauma Foundation; 2016. Disponible à : [http://onf.org/system/attachments/408/original/SCI_KMN_Implementation_Guide_\(Web_Version\)_-with_hyperlinks.pdf](http://onf.org/system/attachments/408/original/SCI_KMN_Implementation_Guide_(Web_Version)_-with_hyperlinks.pdf) (consulté le 8 mai 2017).
- Burnes B. Emergent change and planned change – competitors or allies? The case of XYZ construction. Int J Oper Prod Manage 2004;24(9):886-902.
- Cantin M-E et Senneville H. Systématiser l'évaluation des troubles de fatigue et de sommeil chez les TCCL référés en réadaptation et harmoniser les interventions. Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie – phase 2. Drummondville, Qc: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; 2017. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_CIUSSS-MCQ_sept-2017.pdf.
- Cantin S. Outil d'aide à la planification de la pérennisation de projets. Longueuil, Qc: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2014. Disponible à : http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3666/Outil_plan_perennisation_VF_extranet.pdf.
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (CEOSMEA). Mise en œuvre des pratiques éclairées par des données probantes: une trousse à outils pratiques. Ottawa, ON: CEOSMEA; 2013b. Disponible à : http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/outils_pour_mise_en_oeuvre.pdf (consulté le 8 mai 2017).
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (CEOSMEA). Un outil pour l'évaluation des programmes. Ottawa, ON: CEOSMEA; 2013a. Disponible à : http://www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/docs/outils_pour_evaluation_des_programmes.pdf (consulté le 8 mai 2017).
- Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté. Présentation du transfert et de l'utilisation des connaissances. SACO - Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances. Montréal, Qc: Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté; 2015. Disponible à : <http://www.saco.uqam.ca/connaissances/presentation-tuc> (consulté le 8 mai 2017).
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci 2009;4:50.
- Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Taxonomy. Oslo, Norvège: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2015. Disponible à : <http://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy> (consulté le 25 mai 2017).

- Fixsen DL, Naoom S, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida; 2005. Disponible à : <http://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf> (consulté le 8 mai 2017).
- Gearing RE, El-Bassel N, Ghesquiere A, Baldwin S, Gillies J, Ngeow E. Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clin Psychol Rev* 2011;31(1):79-88.
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26(1):13-24.
- Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* 2012;7:50.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Consultation des parties prenantes – Document de référence. Rapport rédigé par Monique Fournier et Pierre Dagenais. Québec, Qc: INESSS; 2014. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Consultation_Parties_Prenantes.pdf (consulté le 8 mai 2017).
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Plan d'action en transfert des connaissances - Phase 2 - 2015. Suggestions de meilleures pratiques. Québec, Qc: Continuum de services en traumatologie (CST), INESSS; 2015. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/suggestions_meilleures_pratiques_inesss_2015.pdf (consulté le 3 mai 2017).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Outil d'aide à la décision pour le transfert des connaissances (adapté du guide Animer un processus de transfert des connaissances, Lemire *et al.*, 2009). Québec, Qc: INSPQ; 2009. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_aide_a_la_decision_pour_le_transfert_des_connaissances.pdf (consulté le 24 octobre 2017).
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Passer à l'action: nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en oeuvre pour les professionnels de la santé. Document préparé par S. A. Castiglione et J. A. Ritchie. Ottawa, ON: IRSC; 2012. Disponible à : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/lm_moving_into_action-fr.pdf (consulté le 3 mai 2017).
- Kairy D, Bussières A, Gagnon C, Lamontagne M-E, Allaire A-S, Messier F.   valuation multi-sites de projets d'implantation d'une pratique clinique fondée sur des données probantes dans le cadre du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie AERDPQ-AQESSS 2012-2014. Montréal, Qc: Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERPQ), Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS); 2015. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Projets_de_recherche/Rapport_evaluation_multi-sites_PHASE_1.pdf.
- LaGarde G, Vincent P, McKerral M. Implantation multicentrique de l'Inventaire d'Adaptabilité Mayo-Portland (IAMP-4) comme mesure d'évolution fonctionnelle en réadaptation de la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC). Plan d'action en transfert des connaissances – phase 2. Montréal, Qc: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'  le-de-Montréal (CCSMTL), Installation Lucie-Bruneau (CRLB), Installation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM); Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'  le-de-Montréal (CCOIM), Installation Constance-Lethbridge (CRCL); Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS-Laval), Installation Hôpital juif de réadaptation (HJR); 2017. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_CRLB-IRGLM-CRCL-HJR_sept-2017.pdf.
- Lamontagne M-E, Bussières A, Jossa S, Kairy D, Amed S., Zidarov D, Messier F.   valuation de la pérennisation de pratiques cliniques fondées sur des données probantes - phase 1. Québec, Qc: Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), Université Laval; 2017a.
- Lamontagne M-E, Bussières A, Kairy D, Amed S, Zidarov D, Messier F.   valuation des effets de l'implantation de quatre nouvelles pratiques cliniques fondées sur des données probantes – phase 2. Québec, Qc: Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), Université Laval; 2017b. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Projets_de_recherche/Rapport_evaluation_implantation_Lamontagne-2017.pdf.
- Lane J, Lortie PB, Gohier C, Massuard M, Marengo S, Bazinet J, *et al.* Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques. Sherbrooke, Qc: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie (CIUSSS de l'Estrie) – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS); 2015. Disponible à : http://cr.chus.qc.ca/fileadmin/doc_crc/Medias/Guide_pour_accompagner_implantation_bonnes_pratiques_CIUSSSE_vf.pdf (consulté le 24 octobre 2017).
- Laramée M-T. Systématiser et harmoniser les pratiques évaluatives de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire traumatique et non traumatique: implantation d'un nouvel outil d'évaluation interdisciplinaire. Projet d'implantation d'une pratique clinique fondée sur des résultats probants dans le cadre du plan d'action sur le transfert de connaissances du Comité directeur de la recherche en traumatologie. Montréal, Qc: Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM), Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB), Hôpital juif de réadaptation (HJR); 2015. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_irglm-crlb-hjr_projet_douleur.pdf.

- Leblanc-Constant M et Bard C. Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation : pour une gestion saine et performante. Québec, Qc : Secrétariat du Conseil du Trésor, Direction de la mise en œuvre de la Loi sur l'administration publique; 2013. Disponible à : https://www.tresor.gouv.qc.ca/cadredegestion/fileadmin/documents/publications/sct/glossaire_termes_usuels.pdf (consulté le 6 juin 2017).
- Lemay M-C, Pomerleau F, Voyer M, Lavoie J, Furlotte D. Dépistage systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un traumatisme craniocérébral. Rapport préparé pour le Comité directeur de la recherche en traumatologie dans le cadre du plan d'action sur le transfert de connaissances. Québec, Qc : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ); 2015. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_irdpq_aqesss_aerdpq_2015_final.pdf.
- Lemire N, Souffez K, Laurendeau M-C. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2009. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf (consulté le 24 octobre 2017).
- Morestin F et le groupe de travail du CCNPPS sur le partage des connaissances. Outil interne du CCNPPS – Guide pour l'élaboration d'un plan de partage de connaissances. Montréal, Qc : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS); 2013. Disponible à : http://www.ccnpps.ca/docs/NCCHPP_KT_PlanGuide_FR_28Oct2013.pdf (consulté le 12 mai 2017).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). How to change practice : Understand, identify and overcome barriers to change. Londres, Angleterre : NICE; 2007. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf> (consulté le 12 mai 2017).
- Ouellet M-C, Beaulieu-Bonneau S, Savard J, Morin CM. Insomnie et fatigue après un traumatisme craniocérébral : manuel d'évaluation et d'intervention. Québec, Qc : Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRI); 2015. Disponible à : <http://www.cirris.ulaval.ca/fr/insomnie-et-fatigue-apres-un-traumatisme-craniocerebral>.
- Prévile K. Implantation d'une mesure d'évolution fonctionnelle (le MPai-4) au CRDP Le Bouclier. Projets d'implantation d'une pratique clinique fondée sur des données probantes dans le cadre du plan d'action sur le transfert de connaissances du Comité directeur de la recherche en traumatologie. Joliette Qc; Saint-Jérôme, Qc : Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier; 2015. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_mpai-4_crdp_le_bouclier_2015-05-12.pdf.
- Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, *et al.* A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci* 2015;10:21.
- Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci* 2013;8:139.
- Rodrigue N. Guide d'interventions cliniques pour optimiser et harmoniser les soins des traumatisés avec fractures de côtes : rapport final. Plan d'action en transfert des connaissances – phase 2. Montréal, Qc : Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital général de Montréal (HGM); 2017. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Projets_equipe/Plan_action_en_transfert_de_connaissances/Rapports_et_documents_relies_projets_cliniques/Rapports_finaux_et_sommaires/rapport_final_CUSM-HGM_sept-2017.pdf.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 2^e éd. Édinburgh, Écosse : Churchill Livingstone; 2000.
- Scheirer MA et Dearing JW. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *Am J Public Health* 2011;101(11):2059-67.
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Guide de la charte de projet [site Web]. Ottawa, ON : 2008. Disponible à : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/itpm-itgp/pm-gp/emf-cag/guide/guide-guidetb-fra.asp> (consulté le 3 mai 2017).
- Shediac-Rizkallah MC et Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs : Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res* 1998;13(1):87-108.
- Stetler CB. Evidence-based practice and the use of research : A synopsis of basic concepts and strategies to improve care. Amherst, MA : Nova Foundation; 2002 (cité dans IRSC, 2012).
- Straus SE, Tetroe J, Graham ID, Zwarenstein M, Bhattacharyya O, Shepperd S. Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. *CMAJ* 2010;182(2):E94-8. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817344/pdf/1820e94.pdf> (consulté le 9 mai 2017).
- Varvasovszky Z et Brugha R. A stakeholder analysis. *Health Policy Plan* 2000;15(3):338-45 (cité dans INESSS, 2014).
- Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, Damschroder LJ, Chinman MJ, Smith JL, *et al.* Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance : Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Sci* 2015;10:109.

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

