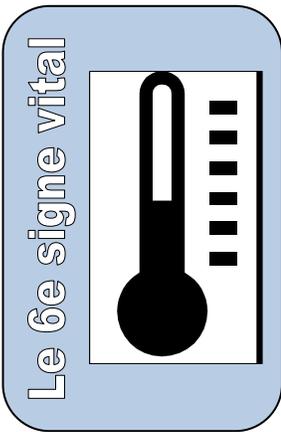
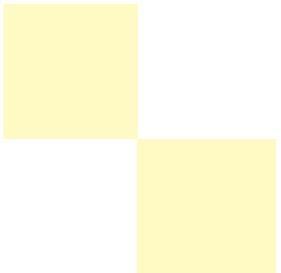


Expérience globale du cancer



# Dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne



Septembre 2012

## Remerciements

---

Ce document a été préparé dans le cadre de l'initiative sur le dépistage de la détresse du groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer. Ce projet prend appui sur les travaux réalisés au Tom Baker Cancer Centre à Calgary (en Alberta) en partenariat avec des collègues du Centre hospitalier universitaire de Québec, de Cancer Care Nova Scotia, du programme régional sur le cancer de l'Hôpital régional de Sudbury, du Réseau des cliniques communautaires d'oncologie du Nord-Est de l'Ontario, de la British Columbia Cancer Agency, de l'Hôpital Princess Margaret, d'Action Cancer Manitoba, d'Alberta Health Services – Cancer Care, de la Saskatchewan Cancer Agency et du Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard.

Ci-dessous, la liste des gens et des groupes qui ont joué un rôle crucial dans la conception des produits et outils contenus dans le présent guide; nous tenons à tous les remercier pour leur importante contribution. (Énumérations en ordre alphabétique.)

**Groupe de mise en œuvre du dépistage de la détresse :** Jennifer Anderson, Marianne Arab, Donna Bell, Fay Bennie, Dre Marie-Claude Blais, Denise Budz, Dr Barry Bultz, Deb Bulych, Heather Campbell-Enns, Laura Cleghorn, Vivian Collacutt, Sheila Damore-Petingola, Liz Dobbin, Kelly Fenn, Natalie Ferguson, Dre Lise Fillion, Dre Margaret Fitch, Shannon Groff, Dre Doris Howell, Dre Janice Howes, Anne Hughes, Mike Kennedy, Daena Lamoureux, Kara McQuaid-Duffy, Michelle Lessard, Karen Levy, Dre Madeline Li, Alyssa Macedo, Josiane Mathieu, Carole Mayer, Dre Deborah McLeod, Irene Nicoll, Anne Syme, Jill Taylor-Brown, Linda Watson, Andrea Williams et Kathleen Yue.

**Membres du groupe de travail sur la boîte à outils :** Dr Barry Bultz, Dre Linda Carlson, Dre Deborah Dudgeon, Dre Lise Fillion, Dre Margaret Fitch, Shannon Groff, Dre Doris Howell, Dre Janice Howes, Dr Wolfgang Linden, Carole Mayer, Irene Nicoll, Dr Zeev Rosberger, Dr Scott Sellick et Dr Bejoy Thomas.

**Équipe de gestion :** Dr Barry Bultz, Laura Cleghorn, Dre Margaret Fitch, Shannon Groff, Dre Doris Howell, Irene Nicoll et Andrea Williams.

**Lignes directrices :** Karen Biggs, Dr Larry Broadfield, Dre Joanna Chung, Dre Mary Jane Esplen, Caroline Gérin-Lajoie, Debbie Gravelle, Esther Green, Dr Tom Hack, Dr Marc Hamel, Tamara Harth, Dre Doris Howell (présidente), Pam Johnston, Dre Deborah McLeod, Tom Oliver, Eva Pathak, Nelda Swinton et Dre Ann Syme.

La Dre Doris Howell et Eva Pathak ont considérablement contribué à l'élaboration du présent guide, ayant conçu un ouvrage destiné au groupe de mise en œuvre du dépistage de la détresse intitulé *Improving Patient Outcomes through Implementation of Clinical Practice Guidelines*, dont le contenu a été intégré au présent guide.

**Équipe d'évaluation d'Expérience globale du cancer :** Fay Bennie, Laura Cleghorn, Dre Margaret Fitch, Dre Doris Howell, Jennifer Nelson, Suzanne Nicolas et Irene Nicoll.

Nous remercions tous ces groupes pour leur vision, leur lucidité et leur engagement dans le domaine du dépistage de la détresse.

### Référence bibliographique :

Expérience globale du cancer. 2012. *Dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne.*

Publication offerte à l'adresse [www.vuesurlecancer.ca](http://www.vuesurlecancer.ca). Courriel: [info@partenariatcontrelcancer.ca](mailto:info@partenariatcontrelcancer.ca)

La production de cette publication a été possible grâce à l'aide financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer, et de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées aux présentes ne représentent que celles des auteurs.

## Représentants des diverses régions (mars 2012)

### Colombie-Britannique

Victoria Island Centre,  
British Columbia Cancer Agency  
Anne Hughes : [Anne.Hughes@phsa.ca](mailto:Anne.Hughes@phsa.ca)  
Caroline Ehmann : [CEhmann@bccancer.bc.ca](mailto:CEhmann@bccancer.bc.ca)

### Alberta

Alberta Health Services – Cancer Care  
Vivian Collacutt:  
[Vivian.Collacutt@albertahealthservices.ca](mailto:Vivian.Collacutt@albertahealthservices.ca)  
Linda Watson :  
[Linda.Watson@albertahealthservices.ca](mailto:Linda.Watson@albertahealthservices.ca)

### Saskatchewan

Saskatchewan Cancer Agency  
Denise Budz : [denise.budz@saskcancer.ca](mailto:denise.budz@saskcancer.ca)  
Deb Bulych : [Deb.Bulych@saskcancer.ca](mailto:Deb.Bulych@saskcancer.ca)

### Manitoba

Manitoba Cancer Agency  
Jill Taylor-Brown :  
[Jill.TaylorBrown@cancercare.mb.ca](mailto:Jill.TaylorBrown@cancercare.mb.ca)  
Donna Bell : [Donna.Bell@cancercare.mb.ca](mailto:Donna.Bell@cancercare.mb.ca)

### Sud de l'Ontario

Hôpital Princess Margaret  
Action Cancer Ontario :  
Madeline Li : [Madeline.Li@uhn.ca](mailto:Madeline.Li@uhn.ca)  
Alanna Davis : [Alanna.Davis@uhn.ca](mailto:Alanna.Davis@uhn.ca)

### Nord-Est de l'Ontario

Programme régional de cancérologie de  
l'Hôpital régional de Sudbury  
Carole Mayer : [cmayer@hrsrh.on.ca](mailto:cmayer@hrsrh.on.ca)  
Sheila Damore-Petingola :  
[Sdamore-petingola@hrsrh.on.ca](mailto:Sdamore-petingola@hrsrh.on.ca)

### Québec (ville)

L'Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)  
Marie-Claude Blais :  
[marie-claude.blais1@uqtr.ca](mailto:marie-claude.blais1@uqtr.ca)  
Lise Fillion : [Lise.Fillion@fsi.ulaval.ca](mailto:Lise.Fillion@fsi.ulaval.ca)

### Nouvelle-Écosse

Action Cancer Nouvelle-Écosse  
Marianna Arab :  
[Marianne.Arab@ccns.nshealth.ca](mailto:Marianne.Arab@ccns.nshealth.ca)  
Janice Howes :  
[Janice.Howes@cdha.nshealth.ca](mailto:Janice.Howes@cdha.nshealth.ca)

### Île-du-Prince-Édouard

Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É.  
(Eastern Health)  
Liz Dobbin : [LMDOBBIN@gov.pe.ca](mailto:LMDOBBIN@gov.pe.ca)  
Kara McQuaid-Duffy :  
[kmduffy@pei.sympatico.ca](mailto:kmduffy@pei.sympatico.ca)

## Équipe de gestion et de direction (mars 2012)

Barry Bultz, chef, dépistage de la détresse  
[bdbultz@ucalgary.ca](mailto:bdbultz@ucalgary.ca)

Shannon Groff, coordonnatrice,  
dépistage de la détresse  
[Shannon.Groff@albertahealthservices.ca](mailto:Shannon.Groff@albertahealthservices.ca)

Andrea Williams, adjointe,  
dépistage de la détresse  
[Andrea.Williams4@albertahealthservices.ca](mailto:Andrea.Williams4@albertahealthservices.ca)

Margaret Fitch, présidente, Expérience globale  
du cancer, [Marg.Fitch@sunnybrook.ca](mailto:Marg.Fitch@sunnybrook.ca)

Irene Nicoll, directrice  
Expérience globale du cancer  
[Irene.Nicoll@partnershipagainstcancer.ca](mailto:Irene.Nicoll@partnershipagainstcancer.ca)

Laura Cleghorn, gestion du programme,  
Cardinal Consultants  
[lcleghorn@cardinalconsultants.ca](mailto:lcleghorn@cardinalconsultants.ca)

## Table des matières

Remerciements .....	2
Objet du Guide .....	6
Contexte .....	6
La détresse, le 6 <sup>e</sup> signe vital .....	6
Modèle de dépistage de la détresse .....	8
Mise en œuvre du dépistage de la détresse partout au Canada .....	10
Recommandations visant le dépistage de la détresse .....	13
Module 1 : Planification et évaluation .....	17
Mise en œuvre et changement de la pratique .....	17
Principes directeurs de l'application des connaissances .....	18
Leçons tirées en matière de changement .....	19
Fondements de la planification de la mise en œuvre .....	21
Démarche et plan .....	28
Module 2 : Sélection, formation et soutien du personnel .....	30
Considérations : culture, éducation et perspectives .....	30
Sélection des équipes .....	33
Formation du personnel .....	35
Surmonter la résistance .....	41
Bénévolat .....	43
Module 3 : Stratégies d'information orientées sur les patients .....	45
Module 4 : Travail d'équipe et collaboration .....	46
Étapes de la mise en œuvre .....	46
Influences sociales : culture, éducation et perspectives .....	47
Application des connaissances .....	47
Définition et gestion des obstacles .....	49
Adaptation de l'innovation au contexte de pratique .....	50
Approches systématiques en matière de changement – théories et modèles .....	54
Module 5 : Renforcement de la capacité organisationnelle .....	56
Intégration du dépistage de la détresse .....	56
Viabilité .....	57
Renforcement de la capacité en matière de soins psychosociaux et de soutien .....	59
Module 6 : Suivi, évaluation, rapports et diffusion .....	61
Cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité .....	62
Amélioration de la qualité .....	66
Évaluation nationale de la mise en œuvre du dépistage de la détresse <sup>19</sup> : diffusion des connaissances .....	73

Annexe A : Lectures recommandées .....	75
Annexe B : Ensemble minimal de données relatives au dépistage de la détresse .....	77
Annexe C : Modèle logique de programme de dépistage de la détresse .....	79
Annexe D : Autoévaluation des aptitudes de gestion du changement <sup>18</sup> .....	81
Annexe E : Disposition au changement — liste de vérification <sup>18</sup> .....	84
Annexe F : Cerner les obstacles.....	90
Annexe G : Cartographie des étapes de mise en œuvre .....	95
Annexe H : Affiche et dépliant pour les patients .....	96
Annexe I : Exemple d'une fiche de ressources pour les aiguillages d'Action Cancer Manitoba .....	99
Annexe J : Fiche de dépistage — exemple de l'Alberta .....	101
Annexe K : Sondage sur les lignes directrices <sup>37</sup> .....	102
Annexe L : Mise en lien des obstacles et des stratégies .....	104
Annexe M : Approches systématiques en matière de changement — théories et modèles .....	109
Annexe N : Cadre de mise en œuvre de lignes directrices cliniques et de changement dans la pratique .....	117
Annexe O : Modèle de planification de l'application des connaissances .....	124
Annexe P : Cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité de l'expérience du cancer .....	125
Annexe Q : Démarches d'amélioration et d'évaluation de la qualité par région .....	128
Annexe R : Exemples d'outils de cycle rapide d'amélioration.....	133
Annexe S : Cycles rapides d'amélioration — feuilles de travail pour petits groupes .	137

## Objet du Guide

---

Le présent guide se compose d'une série de modules portant sur les étapes et considérations nécessaires à l'intégration du dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital, et propose des liens vers d'intéressants outils et ressources. On recommande ici une démarche de mise en œuvre programmatique ainsi que des stratégies et techniques prenant appui sur les principales leçons tirées dans neuf régions où l'intégration du dépistage de la détresse a été suivie et évaluée, le tout en collaboration avec le groupe d'action pour l'expérience globale du cancer (Expérience globale du cancer) du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat).

## Contexte

---

- La détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital
- Modèle de dépistage de la détresse
- Intégration du dépistage de la détresse partout au Canada
- Recommandations visant le dépistage de la détresse

## La détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital<sup>1</sup>

Le cancer n'entraîne pas seulement des problèmes physiques pour les patients et les familles; il est également associé à des difficultés affectives, sociales, informationnelles, spirituelles et pratiques.<sup>2</sup> L'expérience du cancer commence habituellement lorsque la personne apprend que quelque chose ne va pas, et se prolonge souvent bien au-delà des traitements. Or, pendant ce long parcours, la personne et ses proches sont confrontés à une myriade de défis, et personne n'y réagit de la même façon. Tous, cependant, éprouvent un certain degré de détresse qui peut nuire à leur capacité à faire face au diagnostic de cancer. On peut définir la détresse comme suit :

Sentiment désagréable multifactoriel de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale ou spirituelle qui peut nuire à la capacité de composer avec le cancer, les symptômes physiques et les traitements. Cette expérience s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux de vulnérabilité, de tristesse et de crainte, jusqu'à des troubles pouvant devenir invalidants tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social et la crise existentielle ou spirituelle. (traduction libre)<sup>3</sup>

Les taux d'incidence de détresse considérable à tous les stades du cancer atteignent les 35 % à 45 % en Amérique du Nord.<sup>4,5</sup> Or, cette prévalence de détresse considérable a donné lieu à la reconnaissance de la détresse en tant que 6<sup>e</sup> signe vital (les autres étant la température, le pouls, la pression sanguine, le rythme respiratoire et la douleur) et nécessitant donc un suivi périodique. Au cours des dernières années, plusieurs organismes nationaux et internationaux ont souscrit à cette reconnaissance en tant que 6<sup>e</sup> signe vital, y compris l'Association canadienne d'oncologie

psychosociale, l'Association canadienne des infirmières en oncologie, l'International Psycho-Oncology Society et la Union for International Cancer Control. Étant donné ce fort appui, le dépistage de la détresse est maintenant visé par les normes d'agrément des programmes canadiens de traitement du cancer.<sup>6</sup>

Pour gérer leur détresse, certaines personnes mobilisent leurs propres ressources et arrivent à faire face à la situation, tandis que d'autres ont besoin d'aide additionnelle. Divers professionnels peuvent offrir un tel soutien, mais aiguiller les gens vers les services appropriés et en temps opportun demeure un défi pour le système canadien de traitement du cancer. Il faudrait mettre en place un système centré sur la personne, c'est-à-dire qui mettrait délibérément l'accent sur ce qui importe à la personne et sur tout l'éventail des besoins de la personne, et non seulement axé sur la tumeur. Les patients et les survivants veulent des soins de qualité qui sont complets, coordonnés et continus. Ils veulent que les patients de l'avenir puissent vivre une meilleure expérience globale du cancer que celle à laquelle ils ont droit dans le système actuel.

#### Les principes Picker pour des soins centrés sur la personne

- Respect des valeurs, préférences et besoins exprimés par le patient
- Coordination et intégration des soins
- Information, communication et éducation
- Confort physique
- Soutien affectif et réduction de la peur et de l'anxiété
- Continuité et transition
- Accès aux soins

Or, pour réaliser cette vision de soins centrés sur la personne, il faudra apporter des changements dans la culture du secteur de la santé, et plus précisément dans la pratique elle-même. Les professionnels de la santé doivent élargir leurs horizons afin de considérer la personne dans son ensemble, et travailler en collaboration en vue de combler toute la gamme des besoins de chaque patient. L'équipe interdisciplinaire doit travailler en partenariat avec le patient et sa famille afin d'assurer que les soins sont bien adaptés aux besoins de ces derniers. Le dépistage de la détresse permet de réaliser cette vision de soins centrés sur la personne puisqu'il donne aux patients l'occasion d'exprimer leurs préoccupations et inquiétudes, permettant ainsi d'orienter les évaluations et les interventions. Qui plus est, le dépistage de la détresse va au-delà des symptômes physiques courants en tenant compte des préoccupations sur le plan affectif et pratique. Un dépistage périodique permet à l'équipe traitante d'être en position de combler les besoins des patients en temps opportun et de réagir aux besoins changeants. En offrant un accès plus rapide et mieux adapté à toute la gamme de services tout au long de l'expérience globale du cancer, on rend le fardeau de la souffrance moins lourd à porter pour les patients, les survivants et les familles. Les gens touchés par le cancer se sentent ainsi mieux équipés pour faire face à l'épreuve, et ont une meilleure qualité de vie.

Ainsi, pour en venir à cette vision de soins centrés sur la personne, il faudra intégrer le dépistage de la détresse selon une approche programmatique, c'est-à-dire mettre en œuvre de façon systémique une stratégie planifiée et fondée sur les faits apte à

mobiliser tous les intervenants œuvrant dans les organismes ainsi qu'à l'externe. Les intervenants adhéreront à une vision et à des objectifs communs, et auront une idée claire des résultats de l'initiative. L'approche programmatique vise l'intégration approfondie et durable d'une stratégie, de manière à en venir au résultat final d'un changement systémique dans la capacité, les pratiques et le rendement du réseau de la santé.<sup>7,8</sup>

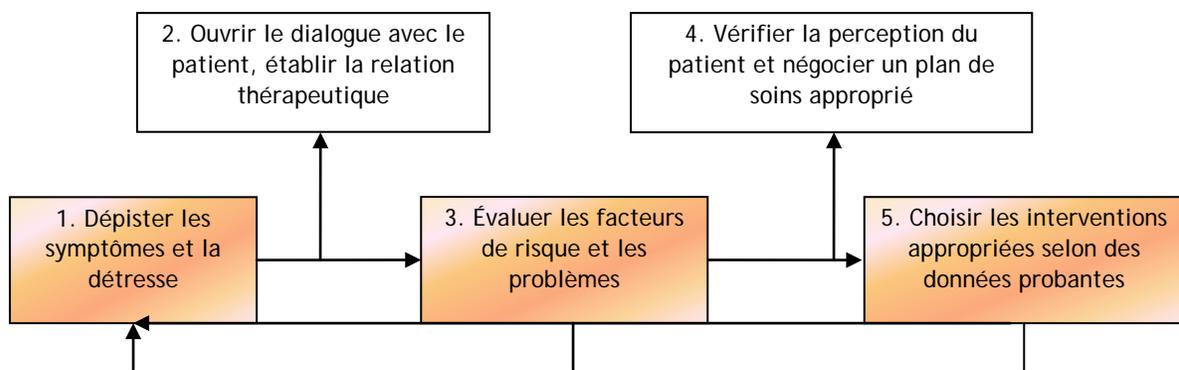
Malgré les ressources considérables affectées à la recherche en sciences de la santé, l'application des résultats de recherche dans la pratique est souvent lente et plutôt aléatoire,<sup>9</sup> ce qui signifie que les patients ne reçoivent pas les meilleurs soins qui soient, et que les ressources limitées du secteur de la santé sont utilisées de façon inefficace. Une approche programmatique est recommandée pour la mise en œuvre du dépistage de la détresse parce que changer la pratique est un processus complexe. Pourtant, le dépistage de la détresse permettra d'améliorer la qualité de vie des patients et leurs résultats de santé, et de rehausser la pratique professionnelle, le tout en prenant appui sur les constats issus de la recherche.

## Modèle de dépistage de la détresse

Pour concrétiser la vision des soins centrés sur la personne et assurer que les bons professionnels gèrent les préoccupations des patients en temps opportun, le dépistage de la détresse doit comprendre cinq volets :

1. effectuer le dépistage au moyen d'un outil normalisé;
2. ouvrir le dialogue et amorcer l'établissement de la relation thérapeutique;
3. évaluer les facteurs de risque et les préoccupations (celles-ci de façon approfondie);
4. vérifier la perception du patient et négocier un plan de soins;
5. effectuer les interventions requises, directement ou par aiguillage au besoin.

### Modèle de dépistage de la détresse<sup>10</sup>



Selon ce modèle, la réalisation du dépistage au moyen d'un outil est la première étape à intégrer dans les soins de routine de tous les patients, ce qui doit être suivi d'une conversation avec le patient au sujet des résultats de son évaluation. Une cote de 1 à 3 sur l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS, pour « Edmonton Symptom Assessment System ») indique habituellement un faible degré de détresse, une cote de 4 à 6 indique une détresse modérée, et une cote de plus de 7 indique un niveau élevé de détresse.<sup>10</sup> L'échelle ESAS est également chromocodée. Si les cliniciens doivent tenir compte d'une détresse de faible niveau (zone verte), cela ne signifie toutefois pas que des interventions particulières s'imposent pour la gérer. Cependant, si des problèmes multiples sont cernés, il faudra demander au patient comment il perçoit les conséquences de ces problèmes, et lequel des problèmes entraîne chez lui le plus de détresse. Une cote modérée (zone jaune) requiert une évaluation plus approfondie visant à déterminer les facteurs connexes, le mode de gestion actuel et les attentes du patient concernant l'amélioration de la gestion de sa détresse. Ceci peut être suivi d'une intervention, si cela est jugé nécessaire. Enfin, une cote élevée (zone rouge) requiert une nouvelle évaluation immédiate, exhaustive et ciblée, le tout suivi d'une intervention visant à atténuer le symptôme.<sup>10</sup> Ce système de couleurs « feux de circulation » révèle ainsi les évaluations et interventions qui s'imposent, conformément aux lignes directrices pancanadiennes en matière de traitement des symptômes ([www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/](http://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/)).

Le modèle met l'accent sur le fait que, seule, l'évaluation au moyen d'un outil de dépistage ne suffit pas pour en venir à des soins centrés sur la personne. Pour changer la pratique, il faudra réagir à la détresse d'une façon planifiée et systématique qui prend appui sur des faits éprouvés.

Les recommandations et lignes directrices se font de plus en plus nombreuses afin d'assurer que les régions mettant en œuvre le dépistage de la détresse puissent mettre sur pied des programmes complets. Les activités suivantes sont traitées à plusieurs reprises dans le présent guide :

- **Dépistage au moyen d'un outil d'évaluation** : recommandations formulées par un groupe pancanadien (qui, quand, comment et quoi dépister).
- **Ouverture d'un dialogue avec le patient, établissement de la relation thérapeutique** : un cours d'éducation à distance en oncologie psychosociale interprofessionnelle (EDOPI) a été conçu pour inculquer aux professionnels les aptitudes nécessaires pour amorcer et gérer ces discussions.

#### Les impératifs du dépistage de la détresse

- Le cancer présente des défis psychosociaux, pratiques et physiques pour les patients et leur famille.
- L'incidence de la détresse varie de 35 à 45 %.<sup>3,4</sup>
- Tout comme les autres signes vitaux, la détresse (le 6<sup>e</sup> signe) doit être surveillée régulièrement.
- Le dépistage de la détresse comprend le dépistage des préoccupations psychosociales, pratiques et physiques.
- Le dépistage de la détresse permet aux professionnels de la santé de mieux comprendre les préoccupations de leurs patients.

- **Évaluation et interventions** : plusieurs lignes directrices et algorithmes pour la pratique clinique ont été élaborées à l'échelle du pays afin de favoriser des évaluations et interventions fondées sur des faits probants.

C'est en adoptant des outils et en mettant l'accent sur des techniques d'application des connaissances et de gestion du changement que l'on pourra intégrer le dépistage de la détresse, assurer la gestion efficace du changement dans la pratique et favoriser la viabilité des programmes.

Le dépistage de la détresse doit tenir compte des éléments suivants :

- écoute et reconnaissance des besoins affectifs, pratiques et physiques qui sont propres à chaque patient et en constante évolution;
- approche centrée sur la personne permettant de combler les besoins émergents du patient;
- compassion et soutien constants par tous les soignants;
- services coordonnés;
- accessibilité de l'information (y compris l'information médicale du patient) et soutien;
- habilitation (prise en main) des patients grâce à l'information, le respect et les choix;
- compréhension et réponse aux besoins et aux défis particuliers des patients en régions rurales ou éloignées ou provenant d'horizons différents;
- détection des patients ne disposant pas d'un réseau de soutien approprié, et contact avec ces personnes.

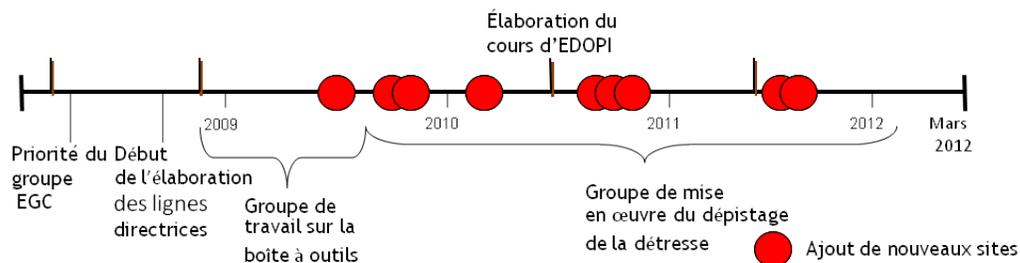
## Mise en œuvre du dépistage de la détresse partout au Canada

Étant donné le fardeau considérable de la détresse et la volonté de converger vers des soins davantage centrés sur la personne, le groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat a opté, en 2008, de militer pour l'intégration du dépistage de la détresse. De 2008 à 2012, Expérience globale du cancer a pris part à plusieurs activités pour faire progresser ce dossier, dont celles ci-dessous (voir également la figure qui suit) :

- appuyé le premier atelier national sur le dépistage de la détresse en mars 2008;
- établi des recommandations nationales par le biais du groupe de travail sur la boîte à outils de dépistage de la détresse; 11
- établi le groupe de mise en œuvre du dépistage de la détresse, lequel est formé de représentants des neuf régions ayant participé au projet d'intégration du dépistage de la détresse;

- élaboré un cours d'EDOPI sur le dépistage de la détresse en collaboration avec l'Association canadienne d'oncologie psychosociale (ACOP);
- favorisé le leadership et la collaboration lors de l'élaboration de lignes directrices et d'algorithmes axés sur la façon de réagir aux symptômes physiques et aux effets psychologiques de la détresse et de les gérer, et appuyé un atelier sur l'application des connaissances;
- participé au partenariat regroupant les neuf régions (le Centre hospitalier universitaire de Québec, Action Cancer Nouvelle-Écosse, le programme régional de cancérologie de l'Hôpital régional de Sudbury/Réseau des cliniques communautaires d'oncologie du Nord-Est de l'Ontario, la British Columbia Cancer Agency, l'Hôpital Princess Margaret, Action Cancer Manitoba, Alberta Health Services – Cancer Care, la Saskatchewan Cancer Agency et le Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard) ayant mis en œuvre le dépistage de la détresse.

### Chronologie des activités nationales sur le dépistage de la détresse



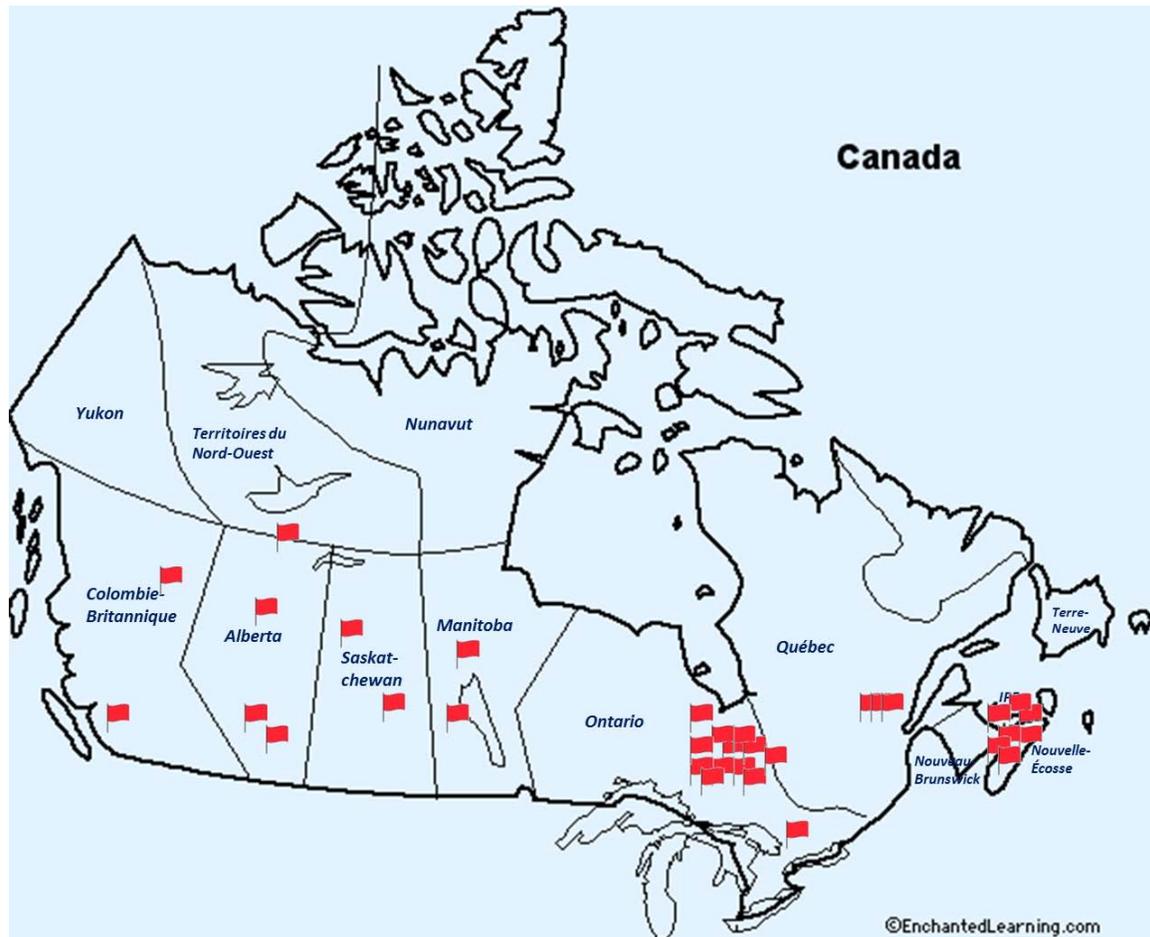
EGC = *Expérience globale du cancer*

EDOPI = *éducation à distance en oncologie psychosociale interprofessionnelle*

Le présent guide prend appui sur les vastes connaissances acquises lors de l'établissement et de la mise en œuvre d'une approche nationale en matière de dépistage de la détresse. Il puise également des données issues de la documentation portant sur le dépistage de la détresse (se reporter à l'annexe A pour voir la liste des lectures recommandées). L'initiative d'intégration du dépistage de la détresse au Canada a été réalisée dans neuf régions :

- plus de 25 000 dépistages ont été réalisés;
- plus de 1 500 prestataires de soins ont été formés en matière de dépistage de la détresse;
- mise en œuvre tant en milieu rural qu'urbain :
  - 26 sites en milieu rural
  - 13 sites en milieu urbain

### Emplacement des sites ayant participé à l'initiative de dépistage de la détresse



## Recommandations visant le dépistage de la détresse

Le tableau ci-dessous met en lumière plusieurs des recommandations qui ont émergé des nombreuses rencontres du groupe de travail sur la boîte à outils de dépistage de la détresse :

### Sommaire des recommandations et conclusions

Domaine	Recommandations et conclusions
Définition du dépistage	Définition proactive des indicateurs permettant de procéder à une évaluation plus approfondie et d'aiguiller le patient vers le service professionnel approprié
Qui doit faire l'objet d'un dépistage	Tous les patients atteints de cancer devraient faire l'objet d'un dépistage de la détresse
Quand effectuer un dépistage	Dépistage systématique standardisé, y compris au point d'entrée et à des moments déterminants*
Comment effectuer un dépistage	<i>Aucune recommandation officielle n'a été formulée à cet égard. On a constaté que, lorsque possible, le dépistage par voie électronique offre des avantages par rapport au questionnaire de dépistage sur papier (moins de paperasserie, saisie automatique des données, etc.)</i>
Domaines de dépistage	Le dépistage de la détresse devrait porter sur trois domaines : affectif, pratique et physique
Ensemble minimal de données	L'ensemble minimal de données repose sur les outils suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)</li> <li>• la liste canadienne de vérification des problèmes</li> </ul>

*\*Les moments déterminants de l'expérience du cancer sont le diagnostic initial, le début des traitements, la période pendant les traitements, la fin des traitements, après les traitements ou lors de la transition vers la phase de survie, une rechute ou la progression du cancer, le passage à un stade avancé de la maladie, et les périodes de transition personnelle ou de réévaluation (p. ex., en situation de crise familiale, lorsque la mort approche, etc.).<sup>12</sup>*

### Ensemble minimal de données

L'établissement d'un ensemble minimal de données – les indicateurs pratiques, physiques et affectifs mesurés au moyen d'outils fiables et valides pour dépister la détresse – a été recommandé. Le groupe de travail a approuvé à l'unanimité l'utilisation de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (l'ESAS) et de la liste canadienne de vérification des problèmes pour amasser l'ensemble minimal de données nécessaire au dépistage. Ces outils ont été choisis parce qu'il s'agit d'instruments d'utilisation rapide qui satisfont aux exigences de base convenues. Il est à noter que si ces outils permettent aux organismes de recueillir un ensemble minimal de données, ces derniers peuvent toutefois y ajouter des questions en fonction de leurs besoins précis.

#### *L'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton*

Au Canada, l'ESAS est l'outil de dépistage le plus fréquemment utilisé.<sup>13</sup> C'est un outil valide et fiable qui permet de dépister neuf symptômes souvent ressentis par les patients

atteints de cancer. La gravité de chaque symptôme au moment du dépistage est évaluée selon une échelle numérique de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence du symptôme et 10, à la pire manifestation possible. L'évaluation doit être répétée périodiquement, et l'évolution des résultats doit faire l'objet d'un suivi. Les symptômes évalués sont la douleur, la fatigue, la nausée, la dépression, l'anxiété, la somnolence, l'appétit, le sentiment de bien-être et l'essoufflement. Un examen systématique des instruments d'évaluation des symptômes du cancer a permis de constater que l'ESAS est un outil fiable sur le plan psychométrique.<sup>14</sup> L'ESAS a été validée dans différents groupes de population, y compris les patients atteints d'un cancer de stade avancé et les patients aux premières étapes de leur expérience du cancer.<sup>15,16</sup> L'échelle d'Edmonton permet de bien déceler les problèmes psychosociaux et physiques, mais elle ne tient pas compte des préoccupations d'ordre pratique. L'ESAS a en outre été révisée (ESAS-r) afin d'en faciliter l'utilisation et la compréhension par les patients. Les modifications comprennent l'ajout de la précision « maintenant » et de définitions pour expliquer les symptômes plus complexes à comprendre, le changement de l'ordre dans lequel les symptômes sont présentés, l'ajout d'un exemple sous « autre problème », et la modification du format pour en faciliter la lisibilité. Les équipes interprofessionnelles devraient utiliser l'ESAS-r (sans le schéma du corps) pour amasser leurs ensembles minimaux de données.

L'ESAS-r présente plusieurs avantages :

- elle est gratuite : aller à [www.palliative.org](http://www.palliative.org) et choisissez «Assessment Tools» sous la rubrique «Health Professionals»;
- elle est offerte en plusieurs langues (<https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=58189&contextId=1377>);
- elle est accompagnée de lignes directrices claires, de directives et d'information connexe (comme des plans de soins).

### *La liste canadienne de vérification des problèmes*

Le groupe de travail sur la boîte à outils de dépistage de la détresse a conçu une liste de vérification permettant de dépister les problèmes qu'éprouvent le plus couramment les patients. La liste propose ainsi une série de questions permettant de cerner des problèmes d'ordre affectif, pratique et physique. Les préoccupations à cerner incluses dans la liste ont été définies selon les critères suivants :

« La liste canadienne de vérification des problèmes rehausse les résultats de l'ESAS. »

— un représentant régional

- être prévalentes et appartenir à l'un des domaines de dépistage (affectif, pratique et physique);
- avoir un effet négatif éventuel si elles ne sont pas traitées;
- ne pas apparaître dans l'ESAS-r.

En tenant compte de ces critères, le groupe de travail a ainsi défini 21 éléments de préoccupation pour la collecte d'un ensemble minimal de données.

### *Adaptation des outils*

L'ordre dans lequel se présentent les éléments de ces outils devrait être maintenu, surtout dans le cas de l'ESAS-r, puisque la modification de l'ordre des questions pourrait affecter la validité des résultats obtenus. Le groupe de travail a approuvé les titres apparaissant sur la liste de vérification. Si d'autres éléments doivent être ajoutés à la liste, il conviendra de les insérer à la suite des éléments de la catégorie pertinente. Pour voir la combinaison de l'échelle d'Edmonton et de la liste de vérification, se reporter à l'annexe B.

### *Facteurs démographiques*

Il a été recommandé de recueillir, au minimum, des renseignements sur l'âge, le sexe et l'emplacement de la tumeur. Toutefois, dans la mesure du possible, d'autres données démographiques, comme l'origine ethnique, le revenu, le niveau d'éducation et l'état civil, devraient être recueillies. La collecte de telles données démographiques pourrait en effet aider les cliniciens à mieux comprendre les besoins en soins de soutien tant à l'échelle régionale que nationale.

### *Utilisation d'un ensemble minimal de données*

L'un des avantages d'utiliser un ensemble minimal de données commun d'un bout à l'autre du pays est que cela permettra aux cliniciens de mieux comprendre les préoccupations des patients et la façon dont elles varient d'un type de cancer à l'autre, d'un endroit à l'autre, et chez une même personne tout au long de son expérience de cancer. Les régions ayant participé à l'initiative d'intégration du dépistage de la détresse ont indiqué que l'ensemble minimal de données choisi était acceptable, et que la liste de vérification canadienne était très utile au moment de cerner les préoccupations dont l'ESAS-r ne tient pas compte.

## **Lignes directrices et algorithmes**

Tel qu'on peut le constater dans le modèle de dépistage de la détresse, les évaluations et interventions sont des éléments clés si l'on veut réagir aux préoccupations cernées par les outils de dépistage, soit l'ESAS-r et la liste de vérification. Des lignes directrices visant la pratique ont été établies pour certains symptômes de la détresse afin de favoriser une qualité et un niveau de service plus uniformes pour les patients souffrant du cancer d'un bout à l'autre du pays. Aux yeux des patients, les avantages que procurent de telles lignes directrices comprennent de meilleures pratiques aptes à améliorer la gestion de la détresse, des soins plus uniformes, une prestation de soins mieux intégrée et une meilleure qualité de vie. Toutefois, la simple diffusion passive de lignes directrices ne permet pas à elle seule de provoquer des changements dans la pratique, et le non-respect des lignes directrices est malheureusement chose courante.<sup>17</sup> Les connaissances synthétisées dans ces lignes directrices ne sont ni intégrées dans la pratique, ni adoptées de façon uniforme. Or, l'implantation de lignes directrices cliniques requiert une planification minutieuse et des stratégies fondées sur des données probantes.

Le présent guide vise à améliorer l'expérience des patients et leurs résultats en donnant aux professionnels de la santé des conseils pratiques qui les encourageront à apporter des changements dans leur façon de travailler. Le but visé est d'aligner la pratique des professionnels avec les faits probants les plus courants, lesquels ont d'ailleurs été intégrés aux lignes directrices pancanadiennes en matière de gestion de la détresse. Des soins efficaces (*action*) fondés sur des faits courants (*connaissances*) constituent une étape essentielle pour assurer que le dépistage de la détresse entraîne de meilleurs résultats pour les patients. Or, pour faciliter l'application de faits probants dans la pratique, des lignes directrices pour la pratique clinique ont été élaborées en partenariat avec Expérience globale du cancer, l'Association canadienne d'oncologie psychosociale et Action Cancer Ontario ([www.capo.ca/](http://www.capo.ca/) et [www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/](http://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/)).

## Module 1 : Planification et évaluation

---

- Mise en œuvre et changement de la pratique
- Principes directeurs de l'application des connaissances
- Leçons tirées en matière de changement
- Fondements de la planification de la mise en œuvre
- Démarche et plan

### Mise en œuvre et changement de la pratique

La mise en œuvre se définit comme étant « une série d'activités précises visant à intégrer dans la pratique un programme ou une procédure aux dimensions bien définies ». <sup>17</sup> Or, le défi est de concevoir un plan de mise en œuvre qui tient compte, dans la mesure du possible, de ces dimensions définies du nouveau programme ou de la nouvelle activité, ainsi que des dimensions relatives aux gens (ceux qui devront adopter le programme ou la procédure) et au milieu de pratique. Une fois que l'innovation et le contexte sont bien compris, alors il est possible d'établir un plan de mise en œuvre. La réalisation d'un plan de mise en œuvre requiert des connaissances, des aptitudes et des stratégies en matière de gestion du changement.

L'objet du présent module est d'explorer les dimensions du travail à accomplir – c'est-à-dire l'intégration du dépistage de la détresse – dans le contexte local. Un modèle logique de programme de dépistage de la détresse a été conçu pour décrire les éléments, intrants, extrants, activités et résultats associés à l'intégration du dépistage de la détresse (annexe C). Ce modèle logique qui peut être adapté au contexte local est un élément clé de la planification et de la réalisation de la mise en œuvre, et c'est lors de la phase de planification et d'évaluation que s'amorcent l'engagement des intervenants envers la démarche d'intégration et, du coup, la gestion du changement.

### Gérer le changement : principes clés<sup>18</sup>

- *Penser à grande échelle, mais agir à petite échelle* – Il convient de voir grand en tout temps, mais il faut s'assurer que tous les intervenants et personnes intéressées ont leur mot à dire et peuvent contribuer aux efforts.
- *Rechercher l'énergie* – Il faut s'entourer de personnel énergique et enthousiaste dès le début du projet, ce qui assurera la progression des choses. La règle « 30:40:30 » s'applique souvent au processus de changement : bien que les proportions puissent varier, cela signifie que 30 % du personnel de premier plan est habituellement prêt à appuyer le changement et à y participer, et que, si leurs résultats sont convaincants, alors 40 % des autres employés pourraient être persuadés

On peut consulter le document [Change Management Toolkit](#)<sup>18</sup> pour découvrir d'autres outils et conseils sur la gestion du changement.

d'embarquer dans le mouvement. C'est à ce moment qu'il convient de déployer le maximum d'efforts pour rallier les gens. Quant aux autres 30 %, il est raisonnable d'insister pour qu'ils se conforment au changement, bien qu'il soit peu probable qu'ils acceptent les arguments en faveur du changement.

- *Aider et soutenir* – Il faut aider et soutenir tant avant qu'après l'amorce de l'initiative.
- *S'approprier* – Il ne faut pas penser que les gens s'approprieront le changement dès le début de l'initiative de changement; il est donc préférable d'essayer d'engager les gens pendant toute la démarche.
- *Éviter la « brusquerie »* – De nombreux gestionnaires croient que pour promouvoir le changement, ils doivent lancer de multiples messages forts et précis au personnel leur vantant les changements à venir et leur expliquant comment ceux-ci révolutionneront les services, etc., un phénomène parfois appelé « traitement mental brusque » (*brute sanity*). Or, si ces messages sont trop fréquents et assourdissants, le personnel risque de reculer et d'élever des barrières.

### Autres principes liés au changement

- Les changements pourront être ultérieurement adaptés.
- La mise en œuvre du changement est une démarche d'amélioration et de croissance professionnelle.
- La mise en œuvre du changement est une démarche de clarification.
- L'interaction et l'aide technique sont essentielles.
- La planification est essentielle, tant en ce qui concerne la prestation des services qu'au niveau structurel.
- L'établissement et l'utilisation d'un plan sont des problèmes de mise en œuvre en soi.
- Il est difficile d'en arriver à une mise en œuvre à 100 %.

### Principes directeurs de l'application des connaissances

De 2009 à 2012, neuf régions ont travaillé en partenariat avec Expérience globale du cancer à l'intégration du dépistage de la détresse. Ces régions ont toutes participé à l'évaluation externe nationale de l'initiative, laquelle a porté sur les conditions favorables à l'intégration du dépistage de la détresse, sur les obstacles à la mise en œuvre et sur les stratégies utilisées dans les diverses régions canadiennes. Pour réaliser cette analyse, les évaluateurs ont établi neuf principes directeurs visant l'application des connaissances en prenant appui sur la documentation traitant de gestion du changement. Les connaissances, les aptitudes et les stratégies liées à la gestion du changement sont en effet considérées cruciales à la réussite de l'intégration du dépistage de la détresse.<sup>19</sup> Les principes directeurs sont destinés à

être utilisés en bloc — *tous* les principes doivent être appliqués si l'on veut en venir à la pleine application des connaissances et assurer la gestion du changement la plus efficace. Ces principes ont été intégrés à un modèle logique de programme, lequel est décrit plus en détail dans le module 6 (*Suivi, évaluation, rapports et diffusion*).

Les trois premiers principes, lesquels sont au cœur du présent module, sont essentiels à la phase de planification et d'évaluation. L'évaluation en profondeur et la compréhension des facteurs en présence sont primordiales au moment d'élaborer une stratégie et un plan de mise en œuvre systématiques et bien étayés. Parallèlement, une initiative de mise en œuvre requiert une gestion continue du changement, et les outils et ressources présentés dans le présent module peuvent faciliter l'évaluation de la capacité de changement de l'organisme ainsi que des aptitudes et connaissances requises pour gérer ce changement.

#### Principes directeurs de l'application des connaissances

1. Évaluation et compréhension des problèmes
2. Évaluation des perceptions et motivations individuelles
3. Définition et gestion des obstacles
4. Définition des influences sociales
5. Formation et encadrement
6. Engagement des patients et résultats, mise en œuvre
7. Adaptation au contexte local
8. Renforcement de la capacité organisationnelle et de l'infrastructure
9. Suivi, évaluation, rapports et diffusion

## Leçons tirées en matière de changement

Voici les principales leçons tirées en matière de gestion du changement qu'a révélé l'évaluation nationale de la mise en œuvre du dépistage de la détresse.<sup>19,20</sup>

- Il convient d'établir et d'adopter une vision claire du changement. Donner des présentations et rallier des intervenants clés dans le but d'expliquer la notion de dépistage de la détresse et de présenter la vision ainsi que le plan qui mènera au changement de la pratique exigent beaucoup de travail.
- Vérifier auprès des intervenants (au moyen de sondages, d'entrevues, de techniques de type « Delphi ») lesquels risquent d'être le plus influencés ou affectés par la mise en œuvre. Examiner dans quelle mesure les intervenants considèrent le changement nécessaire et comment ils pourront prendre part au processus. Cartographier ensuite les résultats de ces analyses puis établir des stratégies pour favoriser une bonne transition chez les intervenants.
- Évaluer à quel point les gens et l'organisme sont prêts au

Plus un organisme — les gens, les équipes, le système dans son ensemble — est habile à apprendre et à rectifier le tir, plus l'adaptation se fera aisément, mais cela nécessite le renforcement des aptitudes et des pratiques.<sup>17</sup>

changement, cerner les obstacles et occasions propices sur le plan culturel, et déterminer qui pourra agir à titre de « courtiers du savoir » et de leaders. La désignation de « champions de la mise en œuvre » et de décideurs cadres est essentielle à l'intégration du dépistage de la détresse. Par exemple, dans certains sites, des infirmières cliniciennes ou pédagogues désignées comme des championnes ont joué un rôle crucial au moment de former des équipes de mise en œuvre, de fournir du soutien et des conseils au personnel, et d'offrir des témoignages positifs afin de favoriser l'engagement des gens. Des champions administratifs (représentants de groupes de cancer, infirmières-chefs, coordonnateurs de soins de soutien, etc.) ont également participé à la communication avec les sites et ont fourni du soutien par le biais de discussions formelles et informelles avec des collègues. Quelques organismes ont également fait remarquer l'importance de nommer des champions parmi le personnel médical afin de favoriser l'engagement des médecins réticents au changement.

- Établir et mettre en œuvre un plan de communication mettant l'accent sur diverses stratégies et tactiques de diffusion de l'information adaptées aux besoins des intervenants afin d'assurer une « personnalisation » appropriée. Les équipes de mise en œuvre locales doivent avoir la liberté et la souplesse de pouvoir déterminer comment structurer l'intégration du dépistage de la détresse dans leur organisme.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de formation qui tient compte de tous les plans de communication, de gestion du changement et de mise en œuvre. Le plan de formation doit comprendre une introduction aux changements à venir, des occasions de mise en pratique, et des séances de stimulation, le tout afin d'assurer une compréhension en profondeur. Dans la mesure du possible, la réalisation du plan de formation doit être amorcée au même moment que la mise en œuvre elle-même, ce qui favorisera l'application de l'apprentissage.

## Fondements de la planification de la mise en œuvre

### Principe 1 : évaluation et compréhension des problèmes

Une détection de problèmes hâtive et fondée sur les faits puis l'intégration subséquente de connaissances peuvent contribuer à atténuer un problème.

En guise de première étape, l'équipe de gestion doit recueillir des faits qui appuieront la nécessité d'intégrer le dépistage de la détresse. Comment la clinique (ou l'équipe) gère-t-elle présentement la détresse? Dans quelle mesure les patients sont-ils satisfaits de leur expérience de soins? Y a-t-il des lacunes ou goulots d'étranglement dans la prestation des soins? Les réponses à ce type de questions peuvent servir à créer les messages clés visant à expliquer comment l'intégration du dépistage de la détresse permettra de résoudre des problèmes pour les patients, le personnel, l'organisme et le réseau de la santé. Des données relatives à ces questions peuvent avoir déjà été amassées par le biais de sondages ou dans les dossiers des patients (ou autre), sans quoi il faudra en recueillir de nouvelles. Des données peuvent en effet être nécessaires afin d'établir une base de référence « préintégration ». Pour en savoir davantage sur la préparation de messages et de stratégies de communication et sur l'application de nouvelles connaissances, se reporter à la matrice présentée au module 4 (*Travail d'équipe et collaboration*). On peut aussi consulter le site de Melanie Barwick (« Knowledge Translation Training and Tools ») pour d'autre information sur la collecte de données. Ensuite, l'équipe de gestion devrait déterminer dans quelle mesure les gens (et l'organisme) sont prêts au changement, en débutant par une auto-évaluation. L'équipe de gestion possède-t-elle les connaissances, les aptitudes et l'expertise requises pour gérer efficacement le changement (voir l'annexe D)? Sinon, l'équipe devra considérer comment il sera possible de renforcer ses capacités dans ces domaines. Pour en savoir davantage sur la sélection des membres de l'équipe de gestion, se reporter au module 2 (*Sélection, formation et soutien du personnel*).

#### Recueillir des faits

- Sondages auprès des patients
- Évaluation des besoins et analyse des lacunes
- Données de base sur les cliniques et groupes de maladies

### Leadership, agents de changement et facilitation

La mise en œuvre et l'adaptation du dépistage de la détresse font partie d'un processus de changement qui doit être actif, géré et participatif. Or, les éléments clés de cette démarche sont le leadership, les agents de changement et la facilitation.<sup>21</sup>

**Leadership** : La haute direction doit diriger le changement – son engagement est crucial :<sup>22</sup>

- pour assurer la réalisation de la démarche de changement;
- c'est elle qui, en définitive, sera responsable d'avoir amorcé et guidé la démarche de changement.

**Agents de changement** : Les agents de changement sont au centre d'une démarche efficace de gestion du changement. Un agent de changement est une personne qui influence les décisions relatives à l'innovation afin qu'elles convergent dans le sens du changement voulu.<sup>23</sup> Les agents de changement :

- propulsent le changement vers l'avant;
- offrent du soutien tout en exerçant de la pression, le tout afin de motiver le personnel;
- maintiennent le rythme des activités.

Beaucoup d'ouvrages traitent des aptitudes et qualités que doivent posséder les agents de changement, lesquels doivent parfois apprendre à être des agents efficaces<sup>24</sup> (une liste à cet effet est présentée à l'annexe D).

**Facilitation** : Les agents de changement ont notamment un rôle de « facilitateurs ». <sup>23</sup> On entend ici par « facilitation » le processus de permettre (faciliter) la mise en œuvre de faits probants dans la pratique.<sup>25</sup> Il s'agit d'un rôle *interactif*, délibéré et de grande valeur axé sur *le soutien et la résolution de problèmes*, dans le contexte de la nécessité reconnue d'amélioration et de relations interpersonnelles de soutien.<sup>23</sup>

Le rôle du facilitateur est d'aider les gens à changer leur façon de pratiquer :<sup>25</sup>

- le facilitateur est nommé;
- son rôle est d'aider et de faciliter, et non de dire et de persuader;
- il peut être appelé à offrir son aide pour réaliser une tâche particulière ou encore, à utiliser des moyens pour permettre aux gens ou aux équipes de revoir leurs attitudes, habitudes, aptitudes, modes de pensée et façons de travailler.

Dans un article de 2010 (*Worldviews on Evidence-Based Nursing*), Doherty et coll. résumant les activités liées à la facilitation dans un tableau intitulé : taxonomie des interventions de facilitation/synopsis du rôle et des stratégies de facilitation (traduction libre).<sup>26</sup> Les principales activités et aptitudes du facilitateur sont :

- Planifier le changement :
  - sensibiliser
  - établir un plan
- Diriger et gérer le changement :
  - gérer les connaissances et les données
  - gérer l'initiative

- reconnaître l'importance du contexte
- favoriser le renforcement des équipes et la dynamique de groupe
- appuyer l'administration de l'initiative
- Suivre les progrès et la mise en œuvre en continu :
  - résoudre les problèmes
  - appuyer
  - communiquer de façon efficace
- Évaluer le changement :
  - évaluer

Voici des présomptions que le facilitateur doit faire ou ne pas faire<sup>18</sup> :

- Il ne doit pas présumer que sa perception du changement est celle qui pourrait ou devrait être mise en œuvre.
- Il doit présumer que, pour donner lieu au changement, toute innovation significative requiert que chacun des adhérents y trouve son propre sens.
- Il doit présumer que les conflits et différends sont non seulement inévitables mais aussi fondamentaux.
- Il doit présumer qu'il faut exercer de la pression sur les gens pour mettre en œuvre des changements, mais que cela est efficace seulement lorsqu'ils peuvent réagir et former leur propre opinion.
- Il doit présumer que le « vrai » changement demande du temps – au moins trois ans.
- Il ne doit pas présumer que des problèmes de mise en œuvre indiquent le rejet catégorique des valeurs véhiculées dans le changement.
- Il ne doit pas s'attendre à ce que tous les gens changent.
- Il doit présumer qu'il aura besoin d'un plan, et qu'il doit avoir des connaissances sur le processus de changement.
- Il doit présumer que, même en possédant toutes les connaissances qui soient, il est toujours possible qu'il ait des doutes quant aux gestes à poser.
- Il doit présumer que le changement est une aventure frustrante et décourageante.

Après que l'équipe de gestion ait évalué ses propres aptitudes et connaissances en matière de gestion du changement, il est temps d'évaluer si les gens et l'organisme sont prêts au changement.

#### **Principe 2 : évaluation des perceptions et motivations individuelles**

Il est important d'évaluer les perceptions et motivations individuelles des gens qui appliqueront les connaissances.

### Principe 3 : définition et gestion des obstacles

Les obstacles pouvant nuire à l'application des connaissances peuvent comprendre un manque de compréhension des connaissances, une mauvaise attitude en ce qui concerne l'utilisation des connaissances, un manque d'appétits pour la mise en œuvre du changement, ou des habitudes trop bien établies. Ceux qui souhaitent mettre en œuvre le changement doivent évaluer les circonstances et la présence d'obstacles potentiels susceptibles de limiter l'application des connaissances. De tels obstacles doivent être gérés en ciblant des interventions qui permettront de minimiser ou d'éliminer les obstacles.

On ne peut sous-estimer la nécessité d'évaluer comment les gens perçoivent l'application de nouvelles connaissances et pratiques et s'ils sont disposés à adhérer au changement. Les résultats d'une telle évaluation permettront de mesurer la réceptivité aux changements ainsi que les obstacles, tant au niveau des gens que de l'organisme dans son ensemble. La détection d'obstacles est une étape essentielle à la mise en œuvre puisque cela permet aux agents de changement de découvrir et d'anticiper les embûches qui risquent de survenir. C'est en connaissant les obstacles potentiels que l'on peut adapter les stratégies visant à les surmonter. Les experts en changement organisationnel soutiennent qu'il est essentiel que les gens soient prêts au changement si l'on veut assurer la réussite de la mise en œuvre de nouvelles pratiques.<sup>27</sup>

### Évaluations individuelles et du personnel

La liste de vérification relative à la disposition au changement (annexe E) est un excellent outil pour commencer à évaluer si les gens sont prêts au changement et à comprendre comment ils perçoivent l'intégration du dépistage de la détresse. L'évaluation peut notamment porter sur les valeurs individuelles, la perception de la crédibilité des nouvelles connaissances, l'attitude des gens envers l'adhésion aux connaissances, les convictions en ce qui concerne les capacités et la confiance en soi du personnel, les réactions affectives face au changement, et la place qu'occupe l'initiative parmi les autres priorités. Voici, ci-dessous, diverses façons de recueillir une telle information.

### Évaluer le contexte de pratique

À quoi ressemble un contexte de pratique qui est vraiment prêt au changement? Dix caractéristiques peuvent décrire un contexte favorable au changement. L'énoncé qui suit chaque caractéristique se veut une remarque que pourraient faire les gens travaillant dans un contexte réceptif au changement.<sup>28</sup>

- Objectifs communs ..... « Nous savons tous où nous nous en allons »
- Responsabilité en ce qui concerne la réussite... ..... « Nous allons y arriver »
- Collégialité..... « Nous sommes tous dans le même bateau »
- Amélioration continue ..... « Nous pouvons faire mieux »

- Apprentissage continu..... « Apprendre, c'est pour tout le monde »
- Prise de risques ..... « Nous apprenons en faisant  
..... quelque chose de nouveau chaque jour »
- Soutien ..... « Il y a toujours quelqu'un pour m'aider »
- Respect mutuel ..... « Chacun a quelque chose à offrir »
- Ouverture ..... « Nous pouvons parler de nos différences »
- Célébration et humour ..... « Nous formons une bonne équipe »

Certains facteurs du contexte de pratique peuvent faciliter l'adoption de nouvelles pratiques ou, au contraire, y nuire. Les facteurs à considérer sont présentés ci-dessous :<sup>29</sup>

- Facteurs structurels
  - Structure de la prise de décisions
    - Règles
    - Règlements
    - Politiques officielles
  - Structure physique
    - Charge de travail
    - Ressources
    - Fournitures
  - Mesures incitatives
- Facteurs sociaux
  - Politiques et personnalités
  - Présence de champions ou de militants en faveur du changement
  - Culture et système de croyances
    - On entend par « culture » la façon dont on fait les choses dans le contexte de pratique; la culture est grandement affectée par des règles non écrites communes. De telles règles sont un des plus puissants facteurs qui déterminent la culture d'un organisme. On les dit « non écrites » pour les raisons suivantes :
      - elles sont rarement abordées ouvertement dans les réunions ou les documents officiels;
      - elles sont rarement remises en question puisqu'elles ne sont pas souvent discutées;
      - elles sont habituellement communes à la plupart des gens, sinon tous, qui travaillent ensemble;
      - elles permettent aux gens de comprendre d'une même façon ce qui se passe, de voir les situations et les événements de la même façon, et d'y réagir en conséquence;
      - elles influencent souvent les gens sans que ceux-ci le réalisent;
      - elles influencent grandement la façon dont les gens se comportent au travail.

- Patients
  - L'influence ou la pression des patients peut stimuler l'adoption de lignes directrices par les praticiens, tandis que l'incapacité ou le refus des patients à se conformer aux règles recommandées peut décourager les praticiens à adhérer aux nouvelles lignes directrices.
- Autre
  - questions médico-légales

Après avoir compris les types d'obstacles que l'on peut trouver dans la pratique de la santé en général, l'équipe de gestion doit examiner les obstacles qui peuvent nuire dans son contexte particulier. Plusieurs façons peuvent permettre de cerner où il y a lieu d'apporter des changements ainsi que les obstacles qui risquent de nuire à ces changements. Le choix de la méthode doit se faire selon le contexte de pratique, notamment en fonction du nombre de personnes concernées, du temps et des ressources disponibles, de l'acceptabilité, de la précision requise, de la généralisabilité, de la fiabilité voulue et des coûts. Dans certaines situations, il est préférable d'utiliser plus d'une méthode. Se reporter à l'annexe F pour obtenir une description plus détaillée des méthodes présentées ci-dessous, y compris les avantages et désavantages de chacune. Ce qui suit est une adaptation du guide *How to Change Practice* du National Health Service (NHS), au Royaume-Uni.<sup>30</sup>

#### L'initiative de changement doit :

- être avantageuse pour le personnel et les patients
- tenir compte des frustrations courantes
- être en lien avec les priorités professionnelles
- être en lien avec les sujets d'études et de recherche
- favoriser la reconnaissance des cliniciens

National Health Service, Royaume-Uni<sup>30</sup>

## Méthodes pour cerner les obstacles

**Discussions avec des personnes clés :** Certaines personnes comprennent de façon particulière des situations données, et ont les connaissances, les aptitudes et le pouvoir nécessaires pour réfléchir à un sujet et explorer de nouvelles idées. L'équipe de gestion peut aussi parler à un groupe de personnes clés lors de rencontres régulières (une réunion du personnel, par exemple).<sup>30</sup>

**Observation de la pratique clinique à l'œuvre :** Parfois, la meilleure façon d'évaluer la pratique clinique est d'observer les comportements individuels et les interactions. Ceci est particulièrement vrai dans le cas d'événements qui se produisent plutôt souvent. Une version plus officielle de cette méthode est la vérification des dossiers.<sup>30</sup>

**Questionnaire :** La méthode du questionnaire est efficace pour explorer les connaissances, les convictions, les attitudes et les comportements d'un groupe de professionnels de la santé géographiquement dispersés. Les questions doivent

toutefois être soigneusement rédigées, puisque la qualité des réponses dépend grandement de la qualité des questions. Le questionnaire peut être proposé en versions électronique ou papier afin d'en encourager la réponse.<sup>30</sup>

**Remue-méninges** : Les remue-méninges permettent souvent de résoudre des problèmes au moyen de solutions créatives. Ils peuvent être informels (petits groupes) ou plus structurés (groupes de discussion). La séance peut commencer par un résumé du problème, puis les participants sont encouragés à proposer le plus d'idées que possible pour le résoudre. Le grand avantage du remue-méninges est que les participants peuvent se relancer les idées de manière à les raffiner de plus en plus. Le site [www.brainstorming.co.uk](http://www.brainstorming.co.uk) offre une formation gratuite en ligne sur le remue-méninges et propose des règles à suivre ainsi que la façon de diriger une séance.<sup>30</sup>

**Groupe de discussion** : L'organisation d'un groupe de discussion est un moyen efficace d'évaluer les pratiques courantes et de mettre à l'essai de nouvelles idées. Un groupe de discussion est formé de six à dix personnes réunies pour une discussion dirigée. L'animateur pose des questions ouvertes puis invite les participants à parler de leurs expériences et idées et à réagir aux opinions des autres.

**Études de cas** : L'étude de cas peut être très efficace lorsque de l'information très détaillée sur des circonstances antérieures risque de faire la lumière sur des obstacles actuels.<sup>31</sup>

**Entrevues** : Il s'agit d'une discussion en face à face au cours de laquelle un intervieweur pose des questions précises à une personne. L'entrevue peut être structurée, semi-structurée ou non structurée.<sup>31</sup>

**Sondages** : Un sondage comporte une série de questions normalisées visant à évaluer les connaissances, les attitudes ou le comportement (autodéclaré) des répondants. Les questions peuvent être ouvertes, pour permettre aux participants de réagir aux questions dans leurs propres mots, fermées (les répondants doivent choisir leurs réponses parmi une liste prédéterminée), ou une combinaison des deux.<sup>31</sup>

**Technique du groupe nominal** : La technique du groupe nominal consiste en une discussion hautement structurée entre des gens dont les idées sont mises en commun puis priorisées.<sup>31</sup>

**Technique Delphi** : La technique Delphi est une démarche itérative selon laquelle l'information est amassée auprès du même groupe de participants par le biais d'une série de sondages.<sup>31</sup>

**Techniques à fondement artistique** :<sup>32</sup> Les techniques d'examen des obstacles fondées sur les arts ont le potentiel de favoriser une sensibilisation critique, la compréhension et la sympathie. Des performances dramatiques ont souvent aidé les professionnels de la santé à réfléchir aux soins qu'ils prodiguent et à mieux comprendre les questions entourant les soins aux patients.<sup>33-35</sup>

## Démarche et plan

L'intégration du dépistage de la détresse dans les régions a révélé qu'une démarche systématique et par étapes est requise pour une mise en œuvre efficace. La cartographie présentée à l'annexe G se veut une matrice résumant la démarche standard de mise en œuvre dans les divers sites. Elle peut être adaptée aux besoins précis de chaque organisme. Voici quelques éléments dont il faut tenir compte pour en venir à une démarche par étapes :

- Il convient de choisir le lieu de pratique qui présente la meilleure disposition au changement, puis le deuxième. Ne commencer que par quelques sites stratégiquement choisis (ceux ayant déjà nommé des champions, par exemple, ou les moins achalandés), où les problèmes pourront être rapidement réglés, et l'équipe de gestion pourra tirer des leçons.
- Il convient de créer une équipe de mise en œuvre composée de représentants du personnel du contexte de pratique. L'équipe doit tenir régulièrement des réunions sur la démarche et le plan de mise en œuvre, et doit avoir des pouvoirs suffisants pour prendre les décisions qui s'imposent (selon des paramètres établis) concernant la façon dont les changements seront intégrés dans la pratique.
- Il faut prendre le temps de comprendre comment le dépistage de la détresse pourra être intégré d'une manière qui reflète sans faille les réalités de chaque contexte de pratique. Il convient de comprendre dans quelle mesure il faudra adapter la mise en œuvre aux ressources, à l'achalandage, à la disponibilité des ressources humaines, au niveau d'aptitudes du personnel et aux besoins liés au traitement des diverses maladies. Les calendriers de mise en œuvre de la première phase de l'intégration du dépistage de la détresse (outil de dépistage dans le premier site) ont souvent accusé des délais en raison d'une sous-estimation du temps nécessaire pour préparer le personnel (par exemple, sensibiliser et former) et pour assurer l'infrastructure nécessaire au soutien du dépistage de la détresse (TI, déroulement du travail et autres questions entourant les processus).
- Il convient de travailler ensemble à la création d'un calendrier et d'une cartographie de mise en œuvre du dépistage de la détresse. Le plan doit inclure les responsabilités liées à chaque tâche et décrire les étapes et activités à réaliser, les données à amasser ainsi que les activités liées à la communication, aux rapports et aux budgets.
- Il convient de diffuser les réussites de façon hâtive et fréquente au personnel et aux autres sites où le dépistage de la détresse sera implanté (se reporter au module 6 sur le suivi, l'évaluation, les rapports et la diffusion pour en savoir davantage sur la mise en œuvre du changement et le suivi et la communication du progrès).

Le présent module fait le survol des éléments clés des étapes de planification et d'évaluation de la mise en œuvre du dépistage de la détresse. En procédant aux activités décrites ici, l'équipe de gestion aura :

- établi comment le dépistage de la détresse pourra combler les besoins locaux (évaluation et compréhension des problèmes);
- évalué la capacité de l'organisme à diriger et gérer le changement dans la pratique (auto-évaluation des aptitudes de gestion du changement et rôle du facilitateur);
- évalué les obstacles associés aux adhérents et au contexte de pratique (évaluation des perceptions et motivations individuelles, et définition et gestion des obstacles);
- adapté le modèle logique de programme au contexte local;
- établi une démarche par étapes pour la mise en œuvre, sélectionné des sites en fonction de la disposition au changement, et travaillé avec des équipes à la définition des étapes à suivre.

On peut trouver de l'information additionnelle sur la planification et la réalisation de la mise en œuvre dans le module 4 (*Travail d'équipe et collaboration*), où il est question d'adapter l'initiative de changement au contexte local (stratégies d'application des connaissances) et des étapes suivantes visant à favoriser l'engagement des équipes dans la démarche de mise en œuvre. On peut aussi consulter le module 5 (*Renforcement de la capacité organisationnelle*) pour en savoir davantage sur la façon d'assurer l'intégration complète et la viabilité de l'initiative, et le module 6 (*Suivi, évaluation, rapports et diffusion*) pour lire des suggestions et les leçons tirées concernant l'évaluation et le suivi.

Un changement à la pratique qui repose grandement sur les interactions humaines requiert de la communication claire, une théorie précise qui défend le changement, et des champions qui militent, convainquent, reconnaissent, récompensent et encouragent continuellement.

E.M. Rogers<sup>60</sup>

## Module 2 : Sélection, formation et soutien du personnel

- Considérations : culture, éducation et perspectives
- Sélection des équipes
- Formation du personnel
- Surmonter la résistance
- Bénévolat

### Considérations : culture, éducation et perspectives

Au moment de penser à la formation, il importe de considérer des stratégies multiples. Aussi, il est essentiel de tenir compte de facteurs tels que la culture organisationnelle, la socialisation des divers professionnels, les expériences pédagogiques et les perceptions du changement. Les professionnels de la santé utilisent diverses approches pour changer leur pratique clinique. La plupart de ces approches sont fondées sur des convictions plutôt que sur des faits scientifiques.<sup>36</sup> Les auteurs Michie et coll. sont toutefois d'avis que les différences entre les divers groupes de professionnels imposent des stratégies différentes.<sup>37</sup>

#### Principe 4 : définition des influences sociales

Les influences sociales comme le travail en équipe, les champions et les normes peuvent affecter le comportement des gens au moment de décider s'ils veulent appliquer ou non de nouvelles connaissances. Des modèles à suivre, des leaders d'opinion et du soutien social peuvent favoriser l'intégration des connaissances, tandis que les influences sociales négatives peuvent y nuire, et doivent donc être cernées et gérées.

### Culture professionnelle

Il est important de considérer comment les gens qui travaillent dans l'organisme ont été « socialisés » dans le contexte clinique. Par exemple, les interactions sociales avec les infirmières sont bien différentes de celles avec les médecins. De façon générale, les médecins sont plus autonomes et, par conséquent, il convient de les approcher d'une certaine façon si l'on veut qu'ils adhèrent au changement.<sup>38</sup> La culture professionnelle des médecins est fermement imprégnée dans leur formation et leurs expériences pratiques. Lorsque les

L'intégration du dépistage de la détresse semble nécessiter un changement dans les processus cliniques, la modification du travail clinique, la désignation de champions pour maintenir l'élan, et du soutien et de l'encadrement soutenu destinés à ceux qui ne connaissent pas bien le dépistage de la détresse.

Piceps Consulting Inc.<sup>19</sup>

médecins sont formés, on leur enseigne de se sentir personnellement responsables des soins de chacun de leurs patients, et ils accordent ainsi une grande valeur à leur autonomie au moment de prendre des décisions médicales. Par conséquent, toute proposition de changer la façon dont sont soignés les patients est perçue comme une critique à l'endroit des soins prodigués jusqu'ici par les médecins.<sup>39</sup>

Il existe plusieurs cultures dans un organisme de soins de santé. On y trouve en effet des microcultures multiples associées aux divers départements, groupes médicaux, unités spécialisées, etc.<sup>38,40</sup> Les médecins ne perçoivent pas tous les médecins comme leurs égaux, et ils attribuent plus de crédibilité à ceux dont l'expérience se rapproche le plus de la leur.<sup>40</sup> Les médecins ont un grand sens de la collégialité. Pendant leur formation, ils échangent leurs connaissances les uns avec les autres. Plus tard, dans leur rôle de conseillers, ils offrent leur expertise et leurs opinions à leurs collègues. Or, il convient de miser sur cette tradition de collégialité au moment de solliciter le soutien des médecins envers de nouvelles lignes directrices. Bien peu de choses se produisent dans le réseau de la santé sans l'approbation ou la recommandation des médecins, et tout changement dans la façon de soigner les patients nécessite l'acceptation des médecins, soit en tant qu'individus ou que corps professionnel.<sup>40</sup>

## Formation des professionnels

Les professions ont évolué de diverses façons et selon différents cadres temporels. L'expérience éducative professionnelle, laquelle est à la base de la socialisation professionnelle, est radicalement différente pour chaque profession. Par exemple, les diverses professions puisent leur information dans des sources publiées qu'elles ne partagent pas. Aussi, les divers groupes attribuent un ordre hiérarchique différent aux faits probants; ils perçoivent différemment la crédibilité de faits ou de données.<sup>38,41</sup> La disponibilité des faits probants varie d'ailleurs d'une profession à l'autre. Par exemple, les données destinées au personnel infirmier et paramédical (les orthophonistes, les physiothérapeutes, etc.) sont moins abondantes par rapport à celles destinées aux médecins.

Certaines disciplines, comme la chirurgie et la physiothérapie, mettent l'accent sur l'importance du savoir-faire « intuitif ». Ce savoir-faire est individuel et difficile à décoder ou à inculquer, mais de nombreux cliniciens maintiennent qu'il est essentiel si l'on veut en venir à des résultats positifs pour le patient. La reconnaissance du savoir tacite et expérimental de collègues doit donc être tissée dans les discussions concernant l'adaptation de lignes directrices. Pogorzelska et coll. ont affirmé que les infirmières et autres professionnels de la santé ont une attitude plus positive face aux lignes directrices visant la pratique par rapport aux médecins.<sup>42</sup>

## Perspectives relatives au changement

Les médecins perçoivent le changement comme un risque. On peut résumer leur façon de penser comme suit : « Notre façon de faire ne peut pas être mauvaise, sans quoi on aurait arrêté de travailler comme ça. Un changement pourrait aggraver les choses.

Nous devons donc être absolument certains que le changement proposé est la bonne chose à faire avant de faire quoi que ce soit. » Les médecins remettent parfois en question la crédibilité d'articles ou de papiers plutôt que d'accepter leurs conclusions en ce qui concerne la nécessité du changement, ce qui peut donner lieu à « un excès d'analyses qui paralyse ». <sup>40</sup> Une façon de surmonter cette difficulté est de présenter le changement comme une occasion de mettre une nouvelle idée à l'essai, et que tous n'auront pas nécessairement à changer leurs façons de faire de façon permanente. On peut parler de « tester » le changement, et que l'essai sera d'une durée limitée et mis en œuvre à petite échelle.

Dans leur ouvrage, Lomas et coll. décrivent comment le changement s'intègre dans la pratique médicale. <sup>43</sup> La nature fermée de la communauté médicale pousse souvent les médecins à agir comme une confrérie plutôt que comme des individus distincts. Il est important de désigner des champions et des leaders d'opinion, lesquels feront montre d'un comportement médical « contagieux ». Les auteurs affirment que le changement ne doit pas être défini trop explicitement, et qu'il ne doit pas y avoir trop de restrictions quant à son adaptabilité. Ils soutiennent que la modification et l'adaptation au contexte local sont des éléments importants de la démarche d'adoption. Les caractéristiques du changement influencent son adoption en contexte médical, c'est-à-dire sa compatibilité avec le personnel et les normes locales, sa complexité, ses avantages relatifs pour les patients et le personnel qui l'adoptera, la possibilité de le mettre d'abord à l'essai (pendant une période limitée, et l'abandonner s'il se révèle inefficace), et son observabilité (dans quelle mesure les résultats attendus pourront être obtenus).

## Réactions au changement

Le modèle de Kubler-Ross a été élaboré pour décrire l'expérience et les étapes de deuil et de chagrin, <sup>44</sup> mais on a constaté qu'il peut aussi s'appliquer à d'autres transitions ou grands moments de la vie, y compris le changement organisationnel. <sup>45</sup> Le modèle reconnaît que les gens n'éprouvent pas toutes les émotions dont il tient compte, et que leur cheminement n'est pas nécessairement linéaire. Toutefois, la plupart des gens éprouvent au moins quelques-unes des émotions citées, et peuvent aller et venir d'une étape à l'autre. Or, ce modèle peut servir à comprendre la provenance de la résistance au changement ainsi que la complexité de la démarche.

La résistance est courante – de façon générale, les gens réagissent au changement avec plus ou moins d'enthousiasme. L'étape de planification et d'évaluation d'une initiative de mise en œuvre devrait permettre de déterminer les facteurs de résistance qui risquent d'être rencontrés, bien que la résistance soit aussi un élément nécessaire du changement.

Il est important de garder à l'esprit les facteurs que sont la culture, la pédagogie et la perspective au moment d'établir un plan de formation. Il importe en outre d'utiliser des stratégies multiples et d'adapter celles-ci selon les gens et les groupes.

## Sélection des équipes

Une des premières étapes de l'initiative d'intégration du dépistage de la détresse dans le contexte local est de former une équipe de gestion ainsi qu'un comité directeur.

### Équipe de gestion

Comme l'intégration du dépistage de la détresse requiert un engagement considérable de la part du personnel infirmier et des professionnels des soins psychosociaux, ces deux groupes devraient être représentés dans l'équipe de gestion. La majorité des initiatives de mise en œuvre qui ont été évaluées ont été guidées par un responsable de projet et un coordonnateur, quoique certaines régions avaient désigné deux responsables. Certaines des initiatives les mieux réussies avaient en effet nommé une personne du domaine des soins infirmiers et une autre du domaine des services psychosociaux en tant que membres de l'équipe de gestion. De tels partenariats sont essentiels, et il peut être très bénéfique de les établir dès le début du projet.

### Comité directeur

Le comité directeur est crucial au chapitre du soutien et de l'orientation de la mise en œuvre. Tous les membres de ce comité doivent agir à titre de champions aux yeux de tous. Idéalement, le comité doit comprendre des représentants de tous les niveaux de soins, dans tout le continuum des services : personnel administratif, professionnels des équipes interdisciplinaires et personnel de soutien. Dans la mesure du possible, il faut choisir des personnes qui inspirent et motivent les autres autour d'elles. Il peut être utile de faire appel aux administrateurs de haut niveau pour choisir les membres du comité directeur (la plupart des comités directeurs des neuf régions initiales se rencontraient tous les trois mois).

Les comités directeurs des diverses régions variaient quelque peu, mais en général, chaque comité comprenait :

- le coordonnateur et le(s) responsable(s) de l'équipe de gestion;
- le président et directeur général (ou directeur général ou directeur de l'exploitation) de l'organisme ou du programme;
- le directeur médical ou la personne responsable des soins infirmiers;
- un représentant de la diversité culturelle;
- un gestionnaire ou représentant des services psychosociaux;
- un gestionnaire ou représentant des soins infirmiers;
- un oncologue;
- un représentant des soins palliatifs;
- un représentant du personnel paramédical;
- un représentant des patients;
- des représentants de groupes connexes (navigation, survie du cancer, etc.);

- des représentants des secteurs de la recherche et du soutien à l'évaluation;
- un représentant des services de soutien TI;
- un représentant des bénévoles.

### Équipe de mise en œuvre

En général, l'équipe de mise en œuvre diffère du comité directeur parce qu'elle se compose davantage de représentants du personnel de première ligne qui sera directement touché par la mise en œuvre. Ses membres devraient donc comprendre :

- le coordonnateur et le(s) responsable(s) de l'équipe de gestion;
- des représentants du secteur où la mise en œuvre sera amorcée (comme une clinique ou un groupe de cancer);
- un membre du personnel de première ligne;
- un oncologue;
- une infirmière pédagogue;
- des gestionnaires des domaines touchés par la mise en œuvre;
- un représentant administratif (comme le préposé d'une unité donnée);
- un représentant des TI.

Il est probable qu'une mise en œuvre de grande envergure nécessitera plus qu'une équipe de mise en œuvre. Par exemple, s'il est prévu que la mise en œuvre sera réalisée par groupes de cancer, une équipe de mise en œuvre pourrait superviser les activités à l'unité du cancer du poumon et une autre, à l'unité du cancer du sein. De la même façon, si la mise en œuvre est d'échelle provinciale, il pourrait y avoir une équipe dans chaque centre participant au projet. La formation de plus d'une équipe permet d'assurer que les besoins de chaque groupe ou centre seront comblés, et que plusieurs intervenants de première ligne clés participeront au projet. Toutefois, en présence de plusieurs équipes de mise en œuvre, il importe d'assurer la cohérence d'une équipe à l'autre (par exemple, elles doivent toutes souscrire aux mêmes grands principes). Mais, quel que soit le nombre d'équipes, il est conseillé que les réunions aient lieu une fois par semaine ou aux deux semaines pendant la planification et les premières étapes de mise en œuvre. Une fois le projet bien lancé, les réunions peuvent avoir lieu une fois par mois.

## Formation du personnel

### Principe 5 : Formation et encadrement

Les gens doivent comprendre les nouvelles connaissances, et doivent savoir quand, où, comment et avec qui ils les appliqueront. Il est probable que de nouvelles aptitudes soient requises. La formation et l'encadrement (*coaching*) aident les gens à assimiler les connaissances en rehaussant leur compréhension et en favorisant le développement des aptitudes nécessaires à la mise en œuvre dans le milieu de pratique. Les conseils, l'encouragement, les occasions favorables et la rétroaction associés à la formation et au *coaching* permettent en outre le renforcement de l'adhésion au projet.

La formation est un élément clé de la mise en œuvre du dépistage de la détresse, et elle doit être offerte non seulement au début du projet mais aussi pendant toute la durée de la mise en œuvre (et même au-delà). Lors du projet dans les neuf régions, de la formation tant générale que ciblée a été offerte. Le diagramme qui suit décrit les différences entre ces deux types de formation.

## Formation générale et formation ciblée

	Formation générale	Formation ciblée
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital</li> <li>• Adhésion et agrément</li> <li>• Pourquoi le dépistage</li> <li>• Recommandations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôles et responsabilités spécifiques</li> <li>• Outils pour les patients</li> <li>• Discussion des préoccupations</li> <li>• Évaluation et gestion plus poussées -&gt; symptômes</li> </ul>
Qui	Tout le personnel, dont les infirmières, oncologues, gestionnaires et administrateurs	Tous les groupes : personnel administratif, infirmier, médical (oncologues), paramédical et psychosocial; formation par groupe
Quand	Au début de la planification et tout au long de la mise en œuvre	Au début du projet, avec revue au cours de la mise en œuvre
Pourquoi	Encourager la réflexion et la discussion sur le dépistage; susciter l'intérêt	Enseigner des aptitudes précises nécessaires aux tâches quotidiennes; assurer la clarté des rôles et responsabilités; améliorer l'évaluation et la gestion des symptômes
Stratégies	Séances scientifiques; présentations par groupe de cancer; réunions de personnel	Séances/ateliers en personne, EDOPI, jeux de rôles, vérification clinique, rétroaction

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour offrir une formation générale ou ciblée. Le tableau qui suit résume les stratégies pédagogiques ainsi que leur efficacité générale en ce qui concerne la mise en œuvre du changement.<sup>32,46</sup>

Efficacité continue	Efficacité variable	Peu ou pas efficace	Efficacité inconnue
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites pédagogiques de rayonnement</li> <li>• Mécanismes de soutien aux décisions et autres rappels</li> <li>• Rencontres pédagogiques interactives</li> <li>• Interventions à facettes multiples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifications et rétroaction</li> <li>• Recours à des leaders d'opinion à l'interne</li> <li>• Processus de recherche de consensus</li> <li>• Interventions orientées sur le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel pédagogique seulement</li> <li>• Rencontres didactiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitatifs financiers</li> <li>• Interventions administratives</li> <li>• Interventions axées sur l'art</li> </ul>

Le tableau qui suit décrit plus en détail ces stratégies<sup>18</sup> et donne des exemples de formation générale et ciblée pour chacune.

Stratégie	Faits probants	Formation générale	Formation ciblée
<b>Matériel pédagogique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochures, feuillets, suppléments de revues, CD-ROM, vidéos et DVD, outils en ligne, applications informatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le matériel pédagogique permet de sensibiliser au changement souhaité.</li> <li>• Le format, la mise en page (etc.) peuvent affecter l'influence que peut avoir le matériel sur le comportement.</li> <li>• L'idée est d'amener les professionnels de la santé à s'informer et à reconnaître quel changement est requis.</li> <li>• Même si le changement qui en résulte est modeste, il peut être significatif s'il est reproduit dans la pratique de tous les jours.</li> <li>• Le matériel écrit est peu coûteux.</li> <li>• Le matériel pédagogique est plus efficace à changer les comportements lorsqu'il est combiné à d'autres modes de formation.</li> </ul>	Affiches et dépliants pour les patients (exemples à l'annexe H)	Fiches de ressources destinées aux infirmières, avec options d'aiguillage (annexe I)
<b>Rencontres didactiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférences, ateliers, cours, exposés magistraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus une rencontre est interactive, plus elle favorisera le changement des comportements. Les adultes ne peuvent pas apprendre par l'écoute seulement; ils doivent aussi absorber les nouvelles connaissances, les mettre à l'essai et les intégrer à leurs propres connaissances. Aussi, on ne peut enseigner tout ce qu'il y a à savoir d'un sujet en une seule séance. Il est bien mieux de diviser le contenu en plusieurs modules, avec</li> </ul>	Séances scientifiques; présentations par groupe de cancer	Cours de formation en petits groupes, avec interaction et exercices conçus pour faire participer activement les gens

Stratégie	Faits probants	Formation générale	Formation ciblée
	<p>intervalles pour donner aux gens le temps de réfléchir aux notions, de les mettre à l'essai et de les appliquer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conférences et exposés permettent de sensibiliser au changement souhaité, mais n'entraînent pas nécessairement la mise en œuvre du changement.</li> </ul>		
<p><b>Visites pédagogiques de rayonnement</b> (formation continue)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du personnel formé visite les professionnels de la santé dans leur propre contexte de pratique pour leur offrir de l'information, du soutien et des directives en lien avec les pratiques exemplaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les visites de rayonnement sont efficaces pour entraîner certains types de changement, comme changer la façon de prescrire, d'offrir des services préventifs ou de gérer les problèmes cliniques courants dans la pratique générale.</li> <li>• Des visites répétées augmentent l'efficacité.</li> <li>• L'identité du visiteur peut avoir une incidence sur l'efficacité.</li> <li>• Les visites sont plus efficaces lorsqu'elles sont combinées à des rappels ou des interventions visant les patients.</li> <li>• Les visites sont plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux obstacles et circonstances en présence.</li> <li>• Il n'a pas été clairement établi si ce mode de formation est efficace pour entraîner un changement plus complexe, comme en ce qui concerne les tests diagnostiques et les aiguillages.</li> <li>• Ces visites peuvent être coûteuses et demander beaucoup de temps.</li> </ul>	<p>Visites d'un pédagogue dans un organisme (plutôt qu'inviter des représentants de plusieurs sites à un cours central)</p>	<p>Visites d'un pédagogue dans un organisme pour des séances interactives</p>
<p><b>Recours à des leaders d'opinion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser l'influence pour motiver et inspirer les professionnels de la santé à prodiguer les meilleurs soins qui soient à leurs patients</li> <li>• Ces leaders sont respectés parmi leurs pairs et agissent comme des modèles à suivre aux yeux des collègues de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les leaders peuvent avoir un effet positif de plusieurs façons, comme en signant une lettre accompagnant des lignes directrices, en prononçant des discours, en rédigeant des articles dans des revues ayant de l'influence ou en effectuant des visites de rayonnement.</li> <li>• L'influence des leaders d'opinion assure une diffusion efficace de l'information.</li> <li>• Il est parfois difficile de cerner de bons leaders d'opinion; les personnes les plus influentes ne sont pas nécessairement celles ayant des titres prestigieux.</li> <li>• On trouve deux types de leaders d'opinion : « l'expert », qui peut expliquer des faits probants et prendre part à des débats, et « le pair », soit une personne ayant appliqué les</li> </ul>	<p>Lettre signée par un leader d'opinion à l'intention de tous les médecins, affirmant son soutien envers le dépistage de la détresse</p>	<p>Leaders d'opinion participant à l'animation de séances de formation et agissant comme des mentors en contexte clinique</p>

Stratégie	Faits probants	Formation générale	Formation ciblée
<p>moindre expérience</p>	<p>nouvelles lignes directrices dans sa pratique et apte à offrir du soutien et à donner confiance aux autres.<sup>47</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des leaders d'opinion « hostiles » peuvent toutefois nuire aux messages positifs des champions ou diluer leur influence en créant des conflits.</li> </ul>		
<p><b>Vérifications cliniques et rétroaction</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collecte de données issues de la pratique afin de mieux comprendre certains volets de la prestation de soins</li> <li>• Rétroaction sur les résultats des soins, les coûts ou autre élément du rendement clinique, ou encore, comparaison par rapport aux pairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une vérification peut être une façon positive de générer le changement.</li> <li>• La qualité et le type de données amassées sont importants; des données riches sur le plan clinique sont plus intéressantes pour les professionnels de la santé.</li> <li>• La vérification est plus efficace lorsque le personnel adhère à la démarche et qu'il peut y jouer un rôle actif.</li> <li>• La vérification est plus efficace lorsque les répondants sont respectés par ceux qui reçoivent la rétroaction.</li> <li>• La rétroaction issue d'une vérification favorise davantage le changement lorsqu'elle est opportune.</li> <li>• La rétroaction est particulièrement pertinente lorsqu'elle est combinée à du matériel et des rencontres pédagogiques.</li> <li>• Les données et les horaires doivent être adaptés aux circonstances locales. Il convient de déterminer soigneusement la fréquence de la rétroaction, les indices de référence (ils doivent être significatifs et acceptables pour le contexte local) et les résultats.</li> </ul>	<p>Bulletin traitant des données et du progrès, diffusé à l'échelle de l'organisme</p>	<p>Rétroaction individuelle ou organisationnelle, et temps nécessaire pour en discuter et diagnostiquer les problèmes</p>
<p><b>Mécanismes de rappel et systèmes informatisés de soutien aux décisions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systèmes offrant aux professionnels de la santé de l'information ciblée au moment où ils en ont besoin</li> <li>• Mécanismes conçus pour refléter les pratiques exemplaires, et pour rappeler aux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les autocollants de rappel apposés sur des notes médicales et les systèmes informatisés de soutien aux décisions procurent aux professionnels un accès rapide à de l'information sur les pratiques exemplaires pendant une consultation.</li> <li>• Les rappels sont un moyen efficace pour changer les comportements.</li> <li>• Ils sont encore plus efficaces s'ils sont utilisés au moment de prendre des décisions.</li> <li>• Le fait d'augmenter la fréquence des rappels augmente l'efficacité.</li> <li>• Les professionnels de la santé encore en</li> </ul>	<p>Autocollants de rappel partout dans l'organisme</p>	<p>Application mobile pour téléphones intelligents présentant les lignes directrices en matière de gestion des symptômes sous forme de fiches à consultation rapide</p>

Stratégie	Faits probants	Formation générale	Formation ciblée
professionnels de poser ou d'éviter certains gestes	<p>formation risquent d'en bénéficier davantage que le personnel plus expérimenté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes informatisés de soutien aux décisions peuvent être efficaces pour changer la façon de prescrire et de prodiguer des services de prévention.</li> <li>• Ces mécanismes ne sont pas destinés à la prise de décisions complexes.</li> </ul>		

## Outils éducatifs

Les neuf régions ont élaboré diverses stratégies et ressources lors de la mise en œuvre du dépistage de la détresse. En voici quelques exemples :

- présentations axées sur la démystification du dépistage de la détresse;
- fiches comportant de l'information succincte et pertinente;
- outil de dépistage avec cartographie intégrée (l'annexe J présente le modèle de l'Alberta);
- manuels de formation sur le dépistage de la détresse adaptés à chaque groupe de professionnels;
- fiches de ressources destinées aux infirmières, avec options d'aiguillage (annexe I);
- messages cohérents grâce au travail étroit avec les pédagogues des organismes;
- jeux de rôles et modélisation de rôles en contexte clinique;
- cours EDOPI (décrits ci-dessous);
- algorithmes visant à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices.

Le dépistage de la détresse a été perçu, tant chez les adhérents hâtifs que tardifs, comme une façon de normaliser, d'approfondir et de renforcer les activités déjà réalisées pour faire face aux problèmes psychosociaux.

Piceps Consulting Inc.<sup>19</sup>

## Éducation à distance en oncologie psychosociale interprofessionnelle (EDOPI)

Un programme éducatif de dépistage de la détresse — un cours d'EDOPI en ligne — a été conçu pour former le personnel (principalement les infirmières). Le programme a été créé pour accroître les connaissances nécessaires au dépistage de la détresse, développer des aptitudes pour pouvoir réagir à la détresse, et faire comprendre le counselling de soutien. Le programme est gratuit, et tout professionnel de l'oncologie ou de la médecine qui le souhaite peut le suivre. Le programme éducatif de dépistage de la détresse — le 6<sup>e</sup> signe vital — est accessible à l'adresse <http://www.ipode.ca/screening/fr/index.html>.

## Surmonter la résistance

Le sujet de la résistance a souvent fait l'objet des discussions de l'équipe nationale de mise en œuvre du dépistage de la détresse. Le tableau qui suit décrit les principaux points de résistance ainsi que les stratégies mises en œuvre pour les surmonter, quoique, dans certains cas, la résistance a été surmontée non pas par l'application de stratégies, mais plutôt par un changement dans la façon de voir la résistance. Les aptitudes de facilitateur ont d'ailleurs été utiles à cet égard. Les préoccupations doivent être entendues et validées, et les membres du personnel doivent participer à la résolution de problèmes.

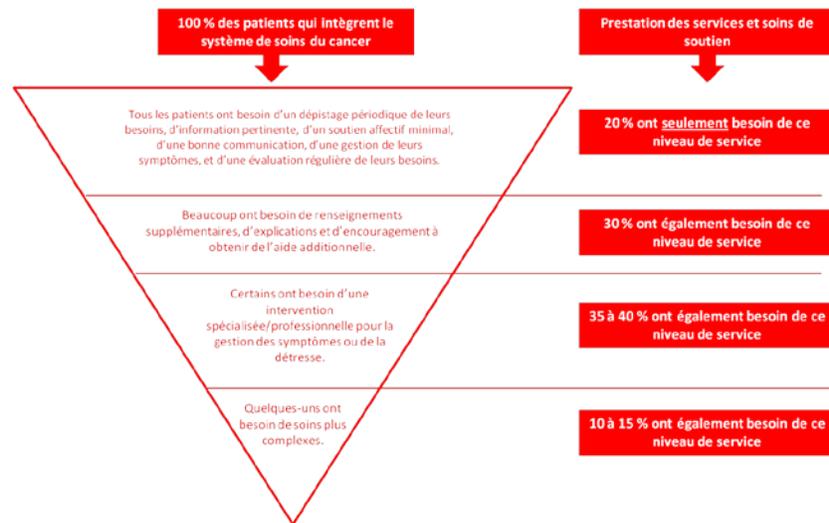
### Surmonter les points de résistance courants

Points de résistance courants	Leçons tirées	Stratégies pour surmonter la résistance
« Pas le temps de dépister ni d'en parler »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois que le personnel s'est familiarisé avec le dépistage de la détresse, on gagnera du temps en ciblant davantage les discussions.</li> <li>• C'est souvent le temps qui est un point de résistance pour le personnel. Cela peut être légitime, mais peut aussi masquer d'autres préoccupations. Il importe d'essayer de découvrir les inquiétudes qui pourraient être à la source de la résistance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler avec l'équipe de mise en œuvre à la recherche de solutions mutuellement acceptables. Les préoccupations concernant les nouvelles tâches et les champs de pratique sont légitimes. Il doit y avoir de l'écoute et un dialogue avec l'équipe de mise en œuvre. Si le manque de temps est trop préoccupant, l'important est d'au moins demander aux patients de nommer une ou deux de leurs plus grandes inquiétudes.</li> </ul>
« Le dépistage de la détresse nous submergera d'aiguillages »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est une préoccupation très courante mais qui s'avère rarement.</li> <li>• Les régions ont dit que les aiguillages ont été plus opportuns et appropriés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager le suivi des aiguillages afin d'en évaluer l'opportunité, la pertinence, etc.</li> <li>• Le suivi des aiguillages issus du dépistage de la détresse est une occasion d'évaluer quels services sont requis et disponibles (ou non) pour les patients.</li> <li>• Définir des « voies d'aiguillage » afin de rationaliser les activités.</li> </ul>
Une personne influente est contre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On ne peut pas gagner tout le monde; il y a toujours des détracteurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer d'aller de l'avant malgré l'obstacle.</li> <li>• Miser sur un fait probant qui a du poids pour continuer de défendre le dépistage de la détresse. Utiliser quelques témoignages cliniques inspirants.</li> <li>• Utiliser les champions et en désigner d'autres.</li> <li>• Participer aux rencontres avec un allié (le leader ne doit pas y aller seul).</li> </ul>

Points de résistance courants	Leçons tirées	Stratégies pour surmonter la résistance
« L'équipe n'a pas de temps pour des réunions, des discussions, de la planification, de la formation ou de l'éducation »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est une préoccupation constante et légitime.</li> <li>• L'organisme, la direction et quelques champions clés doivent offrir leur soutien dès le début de la mise en œuvre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former une équipe de mise en œuvre qui accepte de se réunir régulièrement, ce que la direction doit appuyer.</li> <li>• Dans certaines régions, la formation des infirmières a donné lieu à des accréditations.</li> <li>• Organiser des « caucus éclair », soit des mini-rencontres de 10 minutes dans un couloir pour faire le point sur les activités.</li> </ul>
« Il est impossible de former le personnel des sites satellites »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est une préoccupation constante et légitime lorsque la direction est géographiquement éloignée de l'équipe de mise en œuvre.</li> <li>• La créativité et les approches à volets multiples sont alors essentielles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une des régions a conçu une vidéo pour la formation dans les sites satellites, et a eu recours à des vidéoconférences pour les rencontres d'équipe.</li> <li>• De rares visites dans les sites ont toutefois été nécessaires pour orienter et soutenir les équipes.</li> </ul>
« Le dépistage ouvre une boîte de Pandore pleine de préoccupations des patients »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborder la question de la détresse peut être une source de malaise lorsque les gens n'ont pas les connaissances et les compétences pour le faire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette préoccupation révèle souvent nos propres craintes et notre inconfort face à la détresse affective. Le dépistage permet de « normaliser » la détresse des patients et le niveau d'aisance des professionnels à réagir à celle-ci.</li> <li>• De la formation et de l'éducation ciblées sont nécessaires pour augmenter la compréhension, les connaissances et les aptitudes requises pour traiter la détresse affective.</li> <li>• Les stratégies peuvent être axées sur la vision et les objectifs des soins centrés sur la personne, lesquels doivent tenir compte des besoins en soins psychosociaux et de soutien.</li> </ul>

Au moment de discuter des obstacles liés aux ressources et aux aiguillages, il est important de se rappeler que les patients n'ont pas tous besoin d'une aide qui dépasse les compétences de l'équipe de première ligne. Le schéma ci-dessous est une représentation graphique des besoins en services et du pourcentage de patients nécessitant chaque niveau d'aide. On y remarque que tous les patients ont besoin d'information et de soutien, mais que seulement certains ont besoin d'interventions spécialisées.

## Proportion des patients nécessitant des services



Adaptation, *Supportive Care Framework*.<sup>2</sup>

Plusieurs des régions ont dit avoir atteint le point de masse critique, c'est-à-dire le point où la résistance s'est dissipée. Cela s'est produit après la mise en œuvre du dépistage de la détresse dans plusieurs sites, et après un certain temps. Ainsi, le programme a fini par être largement accepté et est maintenant en voie d'être normalisé.

## Bénévolat

Les bénévoles jouent un rôle essentiel dans la réalisation du dépistage de la détresse. Par exemple, dans deux régions, on a installé des postes informatiques pour amasser des données relatives au dépistage de la détresse, et ce sont des bénévoles qui aidaient les patients à remplir leur questionnaire de dépistage. Dans une autre région où le dépistage était fait sur papier, des bénévoles appelaient les patients pour leur rappeler leur premier rendez-vous, puis, à l'arrivée des patients, ils leur expliquaient comment utiliser l'outil de dépistage et leur offraient de l'aide au besoin. Ainsi, les bénévoles appuient le dépistage de la détresse en assurant que plus de patients bénéficient de cette pratique et en aidant ceux-ci à utiliser les outils de dépistage.

La sélection, la formation et le soutien des bénévoles sont des activités cruciales à la mise en œuvre du dépistage de la détresse. Les bénévoles doivent en effet être formés au-delà de la formation habituellement offerte aux bénévoles dans les organismes; ils doivent être prêts à assumer leurs rôle et responsabilités en matière de dépistage de la détresse. Une

Pour en savoir davantage sur les initiatives bénévoles appuyant le dépistage de la détresse, on peut joindre la British Columbia Cancer Agency, l'Hôpital Princess Margaret et le Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É (les coordonnées sont données au début de ce document).

trousse d'apprentissage pour bénévoles (*Providing Care through a Psychosocial Lens: Volunteer Learning Kit*) propose une journée complète de formation sur les soins axés sur la personne, les besoins en services psychosociaux et de soutien, les ressources locales et les aptitudes d'écoute et de communication. La trousse procure un bon fondement, mais chaque organisme devrait élaborer une formation sur le rôle des bénévoles en matière de dépistage de la détresse qui est adaptée à son propre contexte. Certaines régions ont en effet adapté la trousse afin d'y inclure des notions sur le dépistage de la détresse. Les régions ont également jugé nécessaire de recruter des bénévoles à long terme spécialement affectés au programme de dépistage de la détresse. Par ailleurs, un coordonnateur ou gestionnaire doit assurer une supervision directe et soutenue de ces bénévoles, et leur offrir du soutien.

Le recours à des bénévoles, le rehaussement du rôle de ces derniers et l'inclusion de ceux-ci dans le travail d'équipe et la collaboration peuvent ainsi renforcer la capacité de dépistage de la détresse des organismes. Le travail bénévole contribue en outre à l'intégration du dépistage de la détresse dans la culture organisationnelle puisqu'il permet de mieux informer les patients et de maintenir la

communication, de sorte que tous perçoivent le dépistage de la détresse comme une norme dans la prestation des soins. Le recours aux bénévoles permet aussi de réaliser des économies, lesquelles peuvent être affectées au poste de coordonnateur ou de gestionnaire chargé de superviser et d'appuyer les bénévoles.

« Nous avons donné un nouveau rôle aux bénévoles; ils sont désormais présents à chaque nouvelle consultation, ils joignent les patients pour leur rappeler leurs rendez-vous, leur expliquent le dépistage de la détresse, les aident à remplir les questionnaires et acheminent le tout à l'unité infirmière. »

– un participant à l'évaluation nationale<sup>19</sup>

## Module 3 : Stratégies d'information orientées sur les patients

### Principe 6 : engagement des patients et résultats, mise en œuvre

Si une innovation vise à améliorer l'expérience des patients et des familles, la démarche de mise en œuvre doit alors inclure ces derniers. Il faut donc s'assurer que les patients et familles sont informés de l'innovation, qu'ils en comprennent la portée, leur rôle et les attentes en ce qui concerne eux et les prestataires de soins, et qu'on leur donne l'occasion de participer de façon significative à la mise en œuvre et à l'évaluation ainsi qu'à la prise des décisions subséquentes.

Les stratégies de communication orientées sur les patients mettent l'accent sur la diffusion d'information aux patients et au public. Ces stratégies peuvent favoriser le changement des comportements des professionnels de la santé, et ce, de plusieurs façons. Lorsqu'ils sont bien informés sur les récents progrès de l'initiative d'intégration du dépistage de la détresse, les patients sont plus aptes à influencer les décisions concernant leurs soins au moment d'une consultation. Aussi, les patients acceptent mieux les changements dans la façon de les soigner lorsqu'ils savent que cela s'appuie sur des faits probants. Or, il a été démontré que les vastes campagnes médiatiques fonctionnent parce qu'elles permettent d'informer tant les professionnels que les patients sur les changements dans la pratique. De plus, les patients adhèrent davantage aux soins offerts lorsqu'ils en sont bien informés, ce qui, du coup, contribue à la motivation des professionnels. Des études ont révélé que :

- fournir du matériel d'information aux patients est un moyen efficace pour changer le comportement des professionnels de la santé;
- fournir du matériel d'information aux patients favorise en effet leur adhésion aux pratiques, ce qui entraîne de meilleurs résultats et, par conséquent, une meilleure motivation chez les professionnels.

« L'outil les oblige à vraiment cerner leurs préoccupations, plutôt que de cocher de simples boîtes. »

— un participant à l'évaluation nationale  
Piceps Consulting Inc.<sup>19</sup>

Or, afin d'informer les patients sur le dépistage de la détresse, l'expérience globale du cancer ainsi que les régions ont conçu des affiches et dépliants (annexe H).

Les grandes campagnes médiatiques utilisent divers modes de communication pour joindre beaucoup de gens — télévision, radio, journaux, affiches, feuillets, brochures, etc. Les médias locaux, professionnels et généraux sont en effet en mesure de joindre à la fois de nombreux groupes cibles. Ces campagnes sont parfois coûteuses, parfois pas. Des études ont révélé que :

- l'information diffusée par les médias entraîne le changement des comportements;
- les campagnes médiatiques planifiées et non planifiées peuvent toutes les deux être efficaces.

## Module 4 : Travail d'équipe et collaboration

---

- Étapes de la mise en œuvre
- Influences sociales : culture, éducation et perspectives
- Application des connaissances
- Définition et gestion des obstacles
- Adaptation des lignes directrices au contexte de pratique
- Approches systématiques en matière de changement – théories et modèles

Tous les membres de l'équipe interprofessionnelle sont responsables d'aider les patients et les familles à gérer leurs préoccupations affectives, pratiques et physiques, voilà pourquoi les outils de dépistage de la détresse sont orientés sur le travail en équipe. Or, la mise en œuvre de ces outils est une occasion de clarifier le rôle de chacun, de rationaliser les processus et d'améliorer la collaboration et la communication au sein de l'équipe, de manière à en venir à des soins plus efficaces, efficaces et centrés sur le patient.

### Étapes de la mise en œuvre

Les adhérents au dépistage de la détresse d'un bout à l'autre du Canada ont suivi des parcours remarquablement semblables. Ils ont en effet adopté une démarche systématique et par étapes selon laquelle un seul site était choisi pour l'intégration initiale, soit celui jugé le mieux disposé à le faire – le plus

« Nous avons constaté que l'intégration du dépistage de la détresse a favorisé le travail en équipe et la collaboration parmi les membres de l'équipe de soins. »

— un participant à l'évaluation nationale<sup>19</sup>

enthousiaste et en position d'adhérer au dépistage de la détresse. Souvent, ces sites ont choisi de mettre en œuvre l'outil de dépistage à petite échelle (par exemple, en le confiant seulement à quelques professionnels ou en l'administrant aux nouveaux patients seulement), puis en ont élargi l'utilisation. Puis, avec le temps, l'outil a été entièrement intégré aux normes de soins de l'organisme. Ensuite, la même démarche a été appliquée au site suivant. Les régions ont jugé qu'il était nécessaire d'intégrer pleinement l'outil dans la pratique avant de considérer l'étape suivante de la mise en œuvre, soit l'adoption de lignes directrices visant la gestion des symptômes.

Le présent module vise à appuyer les organismes aux prises avec le défi d'incorporer le dépistage de la détresse – y compris les lignes directrices et algorithmes connexes – dans leur pratique clinique. La majeure partie du travail consiste à déterminer la façon de gérer le changement, d'évaluer la disposition du contexte de pratique à adopter un changement, de cerner les obstacles potentiels à l'adoption et de définir des stratégies pour surmonter le mieux possible ces obstacles. La gestion du changement repose sur la façon d'encourager et d'habiliter les gens à travailler avec

une nouvelle ressource soit, dans le cas présent, des lignes directrices sur la gestion de la détresse.

L'objet du présent module est donc de familiariser l'équipe de gestion aux stratégies d'application des connaissances nécessaires pour assurer une réaction efficace (évaluation et intervention) à l'outil de dépistage. Le but est de cultiver et de rehausser la confiance en soi, le leadership et les aptitudes, de manière à faire progresser la mise en œuvre et à adapter les lignes directrices au contexte clinique. L'accent sera mis sur l'utilité, l'applicabilité, la pertinence et l'utilisation.

## Influences sociales : culture, éducation et perspectives

Les professionnels de la santé utilisent diverses approches pour changer leur pratique clinique. La plupart de ces approches sont fondées sur des convictions plutôt que sur des données scientifiques.<sup>36</sup> Michie et coll. avancent que les différences entre les groupes professionnels imposent différentes stratégies pour encourager l'adhésion à de nouvelles pratiques.<sup>37</sup> Certaines considérations relatives à l'éventail des cultures, des modes d'éducation et des perspectives du changement propres aux diverses professions sont résumées dans le module 2 (*Sélection, formation et soutien du personnel*). Mais ce qu'il faut garder en tête, c'est que l'équipe de gestion doit faire tout ce qu'elle peut pour comprendre la réceptivité du personnel et des équipes à l'application des nouvelles connaissances.

## Application des connaissances

Aucun outil, qu'importe son efficacité, ni aucune ligne directrice clinique ne peut automatiquement entraîner un changement dans la pratique.<sup>32</sup>

L'application des connaissances est une démarche qui met l'accent sur « la transition du savoir hors du rapport, vers la pratique », et qui cherche à rendre le savoir pertinent et accessible aux patients et aux praticiens.<sup>48</sup> La présente section décrit brièvement un cadre d'application des connaissances ainsi que les règles fondamentales d'une action planifiée — information fondamentale pour le parcours vers le changement de la pratique.

« Une des pires douleurs de la nature humaine est la douleur liée à une nouvelle idée. Cela vous fait croire que vos notions préférées sont erronées, que vos convictions les plus profondes sont dénudées de fondement... Naturellement, par conséquent, les hommes détestent toute nouvelle idée et sont disposés à plus ou moins maltraiter la personne qui la propose. »

— Bagehot, 1873, cité dans Rogers<sup>64</sup>

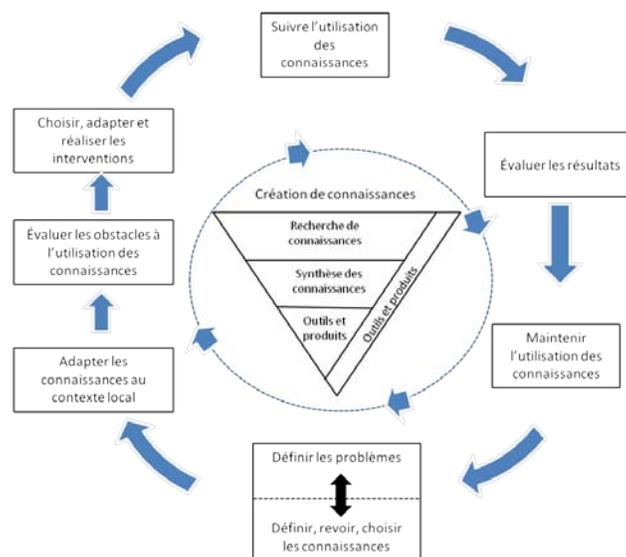
L'application des connaissances est « un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé ». <sup>49</sup> En d'autres mots, l'application des connaissances, c'est :

- faire connaître les connaissances aux utilisateurs, et faire en sorte que ceux-ci les utilisent;
- combler le fossé entre ce que nous savons et ce que nous faisons;
- transposer les connaissances en action.

Le cycle « connaissances à action » (*Knowledge-to-Action*) est un cadre d'application des connaissances<sup>50</sup> qui décrit la création et l'application (action) du savoir.

### Cycle « connaissances à action »<sup>51</sup>

(adaptation)



La création de connaissances est une démarche de distillation et d'affinage de la recherche donnant lieu à un produit utile aux utilisateurs. La recherche de connaissances, la synthèse des connaissances et les outils et produits sont tous des processus qui découlent de la création de connaissances.<sup>9</sup> Parmi les produits finaux de la création de connaissances figurent les lignes directrices visant la pratique. Les lignes directrices sont des énoncés systématiquement formulés décrivant les pratiques recommandées dans un domaine clinique particulier. Elles visent à orienter le travail des praticiens.<sup>52</sup>

Le cycle d'action est la démarche de mise en œuvre ou d'application des connaissances ou, dans le cas présent, des lignes directrices visant le dépistage de la détresse. Le cycle se fonde sur des théories en matière d'action planifiée. La démarche d'action planifiée est délibérée, logique et systématique. L'objectif d'une action planifiée est de modifier la façon de faire les choses.<sup>9</sup>

Les fondements de l'action planifiée comprennent ce qui suit :<sup>22</sup>

- les gens œuvrant dans le contexte de pratique sont les experts en ce qui concerne leur milieu et les façons de faire;
- l'action et la réflexion font émerger la compréhension et entraînent le changement;
- les connaissances personnelles de chacun, acquises par la pratique ou la théorie, sont reconnues et respectées;
- il y a interaction entre la sagesse pratique et les notions théoriques;
- le produit final est toujours incertain, et le parcours peut mener à des découvertes insoupçonnées;
- la démarche est dynamique, elle résout des problèmes réels et entraîne des changements significatifs;
- plus important encore, la démarche tient compte des connaissances *issues* de l'action locale et créées *pour* l'action locale.

#### Le héros-novateur<sup>18</sup>

Écoutez bien le mythe du héros-novateur : imaginez un preux chevalier, fruit d'une bonne formation, fièrement armé de nouvelles techniques et convictions, partant à l'assaut de la forteresse organisationnelle, instituant à chaque offensive le changement tant chez lui que chez les autres... Hélas, tel un dragon, l'organisme ne cherche qu'à avaler le héros-novateur!



— Giorgiades et Phillmore, 1975

L'intégration de lignes directrices cliniques dans la pratique ne se produit pas toute seule. La mise en œuvre et l'adaptation de lignes directrices font partie d'une démarche de changement qui doit être active, gérée et participative. Or, le leadership, les agents de changement et la facilitation<sup>21</sup> sont des éléments clés de cette démarche (se reporter au module 1 sur la planification et l'évaluation).

## Définition et gestion des obstacles

Tel que décrit dans le module 1 (*Planification et évaluation*), il convient d'évaluer si le milieu de pratique et les gens qui y travaillent sont prêts à adopter les nouvelles lignes directrices, et de cerner tout obstacle potentiel. Plusieurs outils peuvent faciliter ces activités :

- La liste de vérification de la disposition au changement (annexe E) peut être adaptée afin d'évaluer les perceptions individuelles des lignes directrices et du changement. Cette liste a été conçue pour évaluer en profondeur des éléments tels la compréhension personnelle des lignes directrices ainsi que les attitudes

individuelles et les motivations par rapport à l'adoption de ces lignes directrices (et aux facteurs structuraux), le tout au moyen d'un système de cotes.

- Le sondage d'évaluation des obstacles est un outil quantitatif qui est utile au moment d'amasser de l'information auprès d'un grand nombre d'employés.<sup>53</sup>
- Le sondage sur les lignes directrices (annexe K) propose une série de questions qualitatives visant à explorer les connaissances, les convictions et les pratiques actuelles du personnel.

## Adaptation de l'innovation au contexte de pratique

### Principe 7 : adaptation au contexte local

L'innovation doit être adaptée aux circonstances locales, aux caractéristiques de l'organisme, aux besoins des patients, etc. L'objectif est d'en venir à une innovation planifiée et ciblée qui conviendra bien à la nature et aux besoins du contexte local.

Étant donné le caractère unique de chaque milieu de pratique, l'outil de dépistage et les lignes directrices doivent être adaptés au contexte local, sans quoi ils ne pourront être acceptés ni mis en œuvre. Comme le dépistage de la détresse est relativement nouveau, la majeure partie de nos connaissances sur l'adaptation et la mise en œuvre proviennent de documents traitant de l'intégration de lignes directrices cliniques. Toutefois, les leçons tirées de la mise en pratique de lignes directrices peuvent s'appliquer de façon pertinente à la mise en œuvre du dépistage de la détresse. La présente section explore la démarche d'adaptation ainsi que certaines considérations clés.

La démarche d'adaptation commence avec ce qui suit :<sup>54</sup>

- favoriser la sensibilisation;
- stimuler l'intérêt et la participation;
- favoriser la compréhension générale de l'innovation et de la nature des changements précis qui sont recommandés;
- amener les gens à comprendre intuitivement la pratique au quotidien.

### Adaptation des lignes directrices et des algorithmes

Malgré la grande qualité et la rigueur entourant les lignes directrices, ces dernières ne sont pas toujours utilisées de façon efficace dans la pratique de tous les jours. Les lignes directrices ne décrivent pas en détail l'applicabilité de leur contenu ni les changements concrets qui doivent être apportés au milieu de pratique pour la réalisation de leurs recommandations.<sup>55</sup> Les lignes directrices cliniques mettent plutôt

l'accent sur « faire ce qu'il faut faire », mais elles devraient aussi traiter de la façon de « bien faire les choses »<sup>56</sup> dans chaque milieu de pratique.

Ferlie et coll. décrivent ainsi les lignes directrices : un centre rigide entouré d'un pourtour souple.<sup>41</sup> Le centre rigide est l'élément qui est irréductible, et qui véhicule le bienfait potentiel : « faire ce qu'il faut faire ». Ce noyau est entouré d'une gamme de dispositions complémentaires ayant trait à la réalisation du bienfait et pouvant prendre diverses formes. C'est cette couche périphérique plus souple qui offre un potentiel considérable d'adaptation, adaptation qui assurera l'adhésion du personnel œuvrant dans le milieu de pratique.

Adapter des lignes directrices cliniques à un contexte de pratique donné peut donc améliorer l'acceptation et l'adhésion. Il a été démontré que la participation active des gens qui utiliseront les lignes directrices dans la démarche d'adaptation peut entraîner des changements considérables dans la pratique.<sup>21</sup> Une innovation qui est adaptée au contexte local a plus de chance d'être mise en œuvre.<sup>57</sup>

Le recours à une approche participative favorisera la démarche — tout le personnel doit participer. Lorsqu'on utilise une approche participative :

- Les gens œuvrant dans le contexte de pratique sont les experts en ce qui concerne la culture et les façons de faire.
- Il faut tenir compte des valeurs et convictions. Par exemple, des faits probants contenus dans des lignes directrices peuvent être transposés en essais de contrôle aléatoires considérés comme étant la règle d'or pour déterminer quels soins sont appropriés. Les préoccupations telles que l'équité et les choix des patients peuvent légitimement sous-tendre les positions d'autres membres du personnel. Gérer des différends liés aux valeurs nécessite un meilleur échange de l'information, comme des discussions en face à face qui laissent de la place à l'entente mutuelle.<sup>58</sup>
- Les interactions sociales entre les membres du personnel permettent à tous d'exprimer leurs préoccupations concernant les lignes directrices. De telles discussions peuvent se solder par l'appréciation des inquiétudes et des perceptions d'autrui. Les obstacles peuvent être affrontés en groupe, optimisant du coup la recherche d'idées.
- Chaque membre du groupe a son mot à dire au chapitre de la « coconstruction » des connaissances à adapter et des approches d'adaptation.
- Les discussions favorisent la compréhension de la mise en œuvre proposée aux yeux des adhérents.
- La démarche doit être dynamique et continuelle si l'on veut pouvoir résoudre les problèmes locaux.

On ne peut s'attendre à ce qu'un homme rond puisse aussitôt passer dans un trou carré.  
Il doit avoir le temps de modifier sa forme.  
— Mark Twain

- La réflexion, l'action, la remise en question et l'évaluation sont toutes interreliées dans la construction de nouvelles connaissances (adaptées).
- Les connaissances sont créées *dans* l'action, et *pour* l'action.
- Le produit final n'est pas défini au début de la démarche, mais le parcours qui mènera à ce produit final peut ouvrir la voie à des découvertes et apprentissages inattendus.
- Des rapports affectifs entre les professionnels de la santé par rapport aux lignes directrices s'établiront, ainsi qu'un certain sens d'appropriation du changement et de la démarche de mise en œuvre. Les gens acceptent le changement seulement lorsqu'ils peuvent l'internaliser et se l'approprier. Résultat : tous en viendront à façonner un produit final qui sera beaucoup plus compatible à leur contexte de pratique.<sup>57,59</sup>

Tous doivent avoir l'occasion de considérer ce que les lignes directrices permettront d'accomplir, qu'est-ce que cela implique, comment ils pourront utiliser ces nouvelles lignes directrices, quels seront les changements concrets, et comment ils seront affectés par les lignes directrices.

Les questions qui suivent peuvent aider à préparer le terrain en vue de l'adaptation de lignes directrices :<sup>18</sup>

- Est-ce que le personnel sait ce que sont et ne sont pas les lignes directrices?
- Le personnel connaît-il les lignes directrices visant la gestion de la détresse?
- Ce changement est-il une réaction à des besoins réels? Si oui, quels sont ces besoins?
- Selon le personnel, quelle est la force motrice derrière le changement?
- Quelle est la raison de mettre en œuvre des lignes directrices visant la gestion des symptômes (la détresse)?
- À part aider les patients, quels sont les autres avantages? Qu'est-ce que cela apportera au personnel?
- La mise en œuvre des lignes directrices visant la gestion de la détresse constitue-t-elle un changement fondamental pour l'organisme, l'unité ou les employés? Cela affectera-t-il seulement quelques éléments de la pratique, ou s'agit-il d'un virage complet dans la façon de percevoir et de prodiguer les soins?
- Quelle est l'ampleur de ce changement? Affecte-t-il la majeure partie du personnel?
- À quel point le changement est-il important? Est-il crucial à l'atteinte de l'objectif d'améliorer les soins aux patients, ou s'agit-il d'un « extra »?
- Dans quelle mesure les lignes directrices visant la gestion de la détresse seront-elles mises en œuvre? Dans tout l'organisme? Dans certaines cliniques seulement?

- Présentement, comment réagit-on à la détresse? Sur quels faits probants reposent ces interventions?
- Qu'est-ce que l'organisme et le personnel veulent créer ensemble?

Il convient de consigner les réponses à ces questions, afin de pouvoir les consulter ultérieurement au cours de la démarche d'intégration des lignes directrices visant le dépistage de la détresse dans la pratique clinique.

## Surmonter les obstacles

Un piètre engagement des employés durant une initiative de changement peut entraîner des conséquences variées, dont des bienfaits moindres que prévu, le non-respect des délais établis pour la mise en œuvre, ou le défaut de maintenir le changement au-delà de l'étape de mise en œuvre. La crainte de telles conséquences devrait être un incitatif suffisant pour encourager la participation du personnel dès le début; il convient donc de les inviter à exprimer leurs idées et d'accorder de la valeur à leurs points de vue.

### Par où commencer? Par le choix de lignes directrices

L'outil de dépistage de la détresse permet de mesurer aisément la fréquence de ce symptôme chez les patients, et cette information peut aider l'équipe de mise en œuvre à prendre des décisions quant aux lignes directrices visant la gestion des symptômes à adopter. Par exemple, une équipe locale a constaté des cotes élevées en ce qui concernait la douleur et la fatigue, et a donc opté d'y réagir. Plusieurs stratégies ont été lancées. D'abord, le personnel a reçu une formation sur les lignes directrices visant le traitement de la douleur et de la fatigue au moyen de diverses approches. Aussi, les plans de soins ont été revus et rationalisés afin que les équipes puissent travailler à améliorer les interventions visant la douleur et la fatigue.

Adapter et mettre en œuvre des lignes directrices est tout sauf linéaire, parce que :

- l'avenir est encore à découvrir;
- le parcours vers l'avenir présente toujours des méandres et des détours;
- le rythme et la quantité du travail requis sont inconnus.

## Conseils utiles

Les déviations doivent être perçues comme des occasions d'apprentissage et de rectification du tir en cours de route. Les gens réagissent différemment à l'incertitude entourant la démarche de changement. Le fait de rappeler au personnel la raison centrale d'améliorer les résultats et l'expérience des patients l'aidera à concentrer ses efforts.<sup>20</sup> Les gens doivent garder à l'esprit que personne ne peut prédire l'avenir.

Aucune méthode ou stratégie ne peut à elle seule surmonter tous les obstacles qui risquent de survenir. L'application de diverses approches sera plus efficace étant donné la variété des gens et des situations.<sup>60</sup> Les méthodes décrites ci-dessous peuvent être utilisées seules, mais combinées à d'autres, elles auront encore plus d'impact sur la mise en œuvre du dépistage de la détresse. Des stratégies adaptées aux obstacles prospectivement cernés ont plus de chance d'améliorer la pratique professionnelle que la seule diffusion de lignes directrices ou l'absence d'intervention.<sup>61</sup>

Les stratégies ci-dessous et leur efficacité sont décrites dans le module 2 (*Sélection, formation et soutien du personnel*).<sup>32,46</sup>

Efficacité continue	Efficacité variable	Peu ou pas efficace	Efficacité inconnue
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites pédagogiques de rayonnement</li> <li>• Mécanismes de soutien aux décisions et autres rappels</li> <li>• Rencontres pédagogiques interactives</li> <li>• Interventions à facettes multiples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifications et rétroaction</li> <li>• Recours à des leaders d'opinion à l'interne</li> <li>• Processus de recherche de consensus</li> <li>• Interventions orientées sur le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel pédagogique seulement</li> <li>• Rencontres didactiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitatifs financiers</li> <li>• Interventions administratives</li> <li>• Interventions axées sur l'art</li> </ul>

### Mise en lien des obstacles et des stratégies

Après avoir défini les obstacles à la mise en œuvre et avoir compris les diverses stratégies possibles, on peut se reporter au tableau de l'annexe L, lequel résume quelles stratégies devraient être utilisées en présence de tel ou tel obstacle. Les membres du personnel peuvent aussi avoir des idées qui devraient être considérées.

### Approches systématiques en matière de changement – théories et modèles

Le recours à une théorie, à un modèle ou à un cadre pour planifier une initiative de changement favorise la réussite du projet, chacun permettant à sa façon de définir des jalons tout au long du cheminement vers le changement, soit l'application concrète de nouvelles lignes directrices. Une théorie décrit et explique ce qui est observé et pour quelles raisons il en est ainsi.<sup>62</sup> Les théories peuvent expliquer le comportement de professionnels et fournir l'inspiration nécessaire à la conception d'interventions qui permettront de transposer des connaissances en action ou de changer les comportements.<sup>63</sup> Un modèle (ou théorie) de changement planifié est en fait une série de notions logiquement interreliées qui expliquent de façon systématique le moyen par lequel un changement planifié se produira. Un changement planifié est le fruit d'efforts délibérés (non accidentels) visant à provoquer des changements dans des groupes, le tout dans le but de modifier la façon de faire les

choses. Les théories, modèles et cadres ci-dessous sont présentés plus en détail à l'annexe M :

- la théorie de diffusion de l'innovation de Rogers;<sup>64</sup>
- le modèle « précéder-procéder » (*Precede-Proceed*)<sup>65</sup>
- le modèle d'Ottawa d'utilisation de la recherche<sup>66</sup>
- les règles de diffusion de Berwick<sup>67</sup>
- le modèle « évaluation multiméthodes/adaptation réflexive »<sup>68</sup>
- le cadre « PARIHS » (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) .<sup>69</sup>

L'objet du présent module est de mettre en lumière les conditions qui façonnent le milieu de pratique, de présenter la notion de l'application efficace des connaissances, et de proposer des outils pour évaluer les obstacles organisationnels à la mise en œuvre. Or, des stratégies à volets multiples combinées à un habile leadership et des efforts de facilitation – bref, une approche d'action planifiée – peuvent permettre de contourner ces obstacles. Un outil tenant compte des principaux éléments de l'application des connaissances dans le contexte de la mise en œuvre de lignes directrices a été conçu; le cadre de mise en œuvre de lignes directrices cliniques et de changement dans la pratique (annexe N) a en effet été élaboré pour les régions qui ont intégré le dépistage de la détresse de 2009 à 2012. Le cadre fait la synthèse de l'information présentée dans le présent module et propose une série d'étapes pour favoriser l'engagement des équipes dans l'application de nouvelles lignes directrices.

Les pratiques exemplaires en matière d'application des connaissances ont été réunies dans un document qui se consulte en un coup d'œil : le modèle de planification de l'application des connaissances (annexe O).<sup>70</sup> Cette matrice tient compte des principaux éléments de la planification de l'application des connaissances pour tout type de projet, soit les messages clés, les publics cibles, les méthodes, le budget et les coûts, en mettant toutefois l'accent sur la communication.

Le modèle de planification de l'application des connaissances est également offert en ligne, en format dynamique, à l'adresse :

[www.melaniebarwick.com/training.php](http://www.melaniebarwick.com/training.php)

## Module 5 : Renforcement de la capacité organisationnelle

---

- Intégration du dépistage de la détresse
- Viabilité
- Renforcement de la capacité en matière de soins psychosociaux et de soutien

### Principe 8 : renforcement de la capacité organisationnelle et de l'infrastructure

Pour mettre en œuvre une innovation, un organisme doit être prêt au changement et capable de soutenir la mise en œuvre. L'innovation doit converger avec les objectifs stratégiques et la culture de l'organisme, elle doit être bien appuyée par l'infrastructure (laquelle doit comprendre des ressources humaines affectées au projet et du soutien financier), et doit être visiblement soutenue par les leaders de l'organisme.

Le présent module traite des façons de renforcer la capacité organisationnelle afin d'appuyer le dépistage de la détresse. Or, une notion clé à ce chapitre est l'intégration. En effet, les activités de mise en œuvre visent toutes à intégrer le dépistage de la détresse dans le fonctionnement quotidien de l'organisme. Pour l'équipe de gestion, il est important de comprendre que des stratégies et activités ciblées seront nécessaires si elle veut que le dépistage de la détresse soit intégré aux « réservoirs » de connaissances de l'établissement. L'intégration du dépistage de la détresse mènera à la viabilité de l'initiative, c'est-à-dire que les nouvelles pratiques deviendront « la norme ». Le présent module décrit donc ces notions plus en détail et propose quelques outils utiles pour évaluer et planifier la viabilité.

## Intégration du dépistage de la détresse

Lors de la mise en œuvre de lignes directrices visant le traitement de la douleur en soins néonataux au Canada, Stevens a défini quatre niveaux où l'on peut trouver des obstacles à la mise en œuvre et à l'application des connaissances.<sup>71</sup> Il convient en effet de catégoriser les obstacles afin d'aider l'équipe de gestion à déterminer comment les stratégies de mise en œuvre et d'intégration du dépistage de la détresse seront ciblées pour atteindre les divers niveaux dans l'organisme :

1. **niveau individuel** : comportements, attitudes et convictions, expériences et connaissances antérieures;
2. **niveau systémique** : priorités organisationnelles, politiques institutionnelles, lignes directrices et procédures;

3. **unités** : culture et contexte, direction des unités, méthodes d'évaluation, questions entourant la dotation en personnel;
4. **tous les niveaux** : temps et charges de travail, ressources, ralliement.

Virani et coll. classifient autrement le milieu de pratique, parlant plutôt d'une « mémoire organisationnelle », c'est-à-dire la conservation ou l'incarnation des connaissances dans divers réservoirs de l'organisme.<sup>72</sup> Il s'agit de la capacité d'un organisme de soutenir de nouvelles initiatives, d'institutionnaliser des changements en les intégrant aux procédures, et d'en faire un élément permanent du milieu de pratique (de la routine).

Les réservoirs de connaissances sont des mécanismes permettant aux milieux de pratique de garder du savoir en mémoire. Ces réservoirs sont en fait des gens possédant de l'expertise (personnes), des processus de dépistage normalisés (routine), des documents sur les politiques et procédures (matériel), des gens qui se questionnent (relations), des tableaux d'affichage (espace d'information), des conversations près de la distributrice d'eau (culture) et les attentes entourant les rôles formels (structure). Chacun de ces réservoirs présente des avantages et désavantages, lesquels sont décrits à l'annexe O.

Intégrer le dépistage de la détresse dans :

- les descriptions de poste des employés et bénévoles
- l'accueil, la formation et le perfectionnement du personnel et des bénévoles
- les politiques, procédures et mesures de la qualité de l'organisme
- le site Internet et les bulletins de l'organisme
- les évaluations et les mesures de rendement des employés
- les activités de recherche
- les indicateurs de rendement de l'organisme
- les initiatives d'information pour les patients
- les attentes des patients (norme de soins)

## Viabilité

La viabilité est assurée lorsque la nouvelle façon de travailler et les résultats améliorés deviennent la norme. Elle découle d'une démarche d'ajustement mutuel qui fait en sorte que le changement perd son « identité distincte » et devient partie intégrante des activités régulières de l'organisme.<sup>73</sup>

Moteurs externes du dépistage de la détresse

- Agrément Canada
- Stratégies provinciales
- Progrès dans les autres régions et provinces

## Défis liés à l'intégration et à la viabilité du changement

**Interaction entre les réservoirs de connaissances** : La viabilité peut être menacée si les connaissances sont perdues, si elles se détériorent ou si elles ne sont pas conservées adéquatement. Par exemple, si l'organisme investit toutes les ressources prévues pour la mise en œuvre des lignes directrices dans la formation et le perfectionnement du personnel, la mémoire organisationnelle reposera presque

uniquement sur les gens. Cela est risqué, particulièrement dans les milieux où le roulement de personnel est élevé. De la même façon, il est également risqué d'intégrer les connaissances dans des systèmes informatiques – comme des documents numériques – sans travailler à l'engagement des gens. Il revient aux gens de négocier quels éléments informationnels doivent être inclus dans le système, et une formation adéquate doit être offerte aux utilisateurs. Sans l'engagement des personnes qui doivent s'investir, le système risque d'être inadéquatement utilisé, et les utilisateurs ne pourront pas accéder aux connaissances. Ainsi, pour éviter ces problèmes et assurer le maintien des nouvelles pratiques cliniques, il convient de porter une attention minutieuse aux interactions entre les réservoirs de connaissances (par exemple, entre les gens et les systèmes d'information).

**Maintien des connaissances :** Le départ d'employés clés, comme des infirmières pédagogiques, des gestionnaires ou autre personnel de premier plan, peut donner lieu à une base de connaissances qui n'est plus mise à jour, qui n'est plus liée aux expériences et qui n'est plus rafraîchie par des séances de rappel, ce qui risque d'entraîner une perte des connaissances.

**Personnel :** Le roulement du personnel, c'est-à-dire le départ de personnel, le déplacement d'employés vers d'autres unités de l'organisme où ils n'auront pas à utiliser leurs nouvelles connaissances ou l'arrivée de nouveaux employés n'ayant pas reçu une formation adéquate, peut aussi entraîner la perte de connaissances.<sup>74</sup> De la même façon, des nouveaux employés qui ne possèdent pas les connaissances nécessaires à l'assimilation des nouvelles connaissances pourraient avoir de la difficulté à maintenir les nouvelles pratiques.

**Politiques et procédures :** Si les connaissances sont concentrées dans des politiques ou procédures et ne sont pas régulièrement revues par le personnel, elles risquent de ne pas être suffisamment utilisées, ce qui pourrait entraîner la perte des connaissances.

**Amélioration continue :** Ce n'est pas suffisant de maintenir les connaissances cliniques dans des réservoirs de connaissances. Les connaissances doivent être continuellement améliorées, par exemple par la disponibilité de nouvelles données scientifiques. La démarche active qu'est l'amélioration continue de la qualité devient alors une stratégie complémentaire pour assurer la viabilité du changement dans la pratique.

Un équilibre approprié dans l'emplacement et la nature de la mémoire organisationnelle, et des mécanismes pour favoriser la consultation et l'utilisation des connaissances favoriseront une viabilité à long terme. La viabilité d'un changement dans la pratique requiert une planification et des activités systématiques et réfléchies si l'on veut que le changement soit intégré dans les divers réservoirs de connaissances de l'organisme. Un plan de mise en œuvre rigoureux assurera la conservation des connaissances dans les divers réservoirs, et non seulement dans le réservoir « personnes ».

## Viabilité : outil et guide

L'Institute for Innovation and Improvement du National Health Service (NHS), au Royaume-Uni, a conçu un outil servant à prévoir la viabilité probable d'une initiative de changement<sup>75</sup> qui donne aussi des conseils pratiques sur la façon d'améliorer la probabilité de viabilité. Cet outil a été jugé utile par les régions canadiennes ayant mis en œuvre le dépistage de la détresse.

Le guide de viabilité du NHS est offert à l'adresse  
[http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/162236/sustainability\\_model.pdf](http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/162236/sustainability_model.pdf).

## Renforcement de la capacité en matière de soins psychosociaux et de soutien

La mise en œuvre du dépistage de la détresse vise essentiellement à améliorer la prestation des soins de soutien offerts à tous les patients ainsi que l'accès à de l'expertise psychosociale pour ceux qui en ont besoin. Mais les membres du groupe de mise en œuvre nationale ont constaté des obstacles et défis organisationnels qui ont nui à l'intégration du dépistage de la

### Mise en œuvre du dépistage de la détresse : principaux domaines de difficultés organisationnelles

- Temps et charges de travail
- Aiguillages
- Délais et défis liés à la TI
- Absences et roulement du personnel
- Consignation des mesures prises pour réagir aux cotes de dépistage

Piceps Consulting Inc.<sup>19</sup>

détresse. Un examen minutieux des méthodes en place pour évaluer et gérer la détresse a en effet révélé des lacunes et goulots d'étranglement. Par exemple, la connaissance limitée des ressources et services de soutien offerts dans le milieu a été considérée comme un obstacle potentiel sérieux, cela réduisant l'efficacité des suivis et aiguillages et nuisant au rehaussement de la collaboration multidisciplinaire.

Tous les organismes se sont préparés en vue de la mise en œuvre du dépistage de la détresse en effectuant un inventaire des ressources internes et externes en matière de soins psychosociaux et de soutien, de manière à ce que les infirmières et travailleurs sociaux soient en mesure de faire les aiguillages qui s'imposent, selon les besoins. Les résultats de cet exercice ont énormément varié d'un organisme à l'autre, en fonction des infrastructures et de la disponibilité des ressources. Cet inventaire a également aidé à définir des parcours de soins pour la détresse (annexe I).

Dans les régions rurales et éloignées, la rareté des services psychosociaux et de soutien pourtant si nécessaires s'est révélée au grand jour. Certains organismes ont dû faire preuve d'ingéniosité pour forger de nouveaux liens avec des partenaires externes et améliorer l'accès aux services existants. Mais dans tous les cas, la mise en œuvre du dépistage de la détresse a donné l'occasion d'améliorer les connaissances du personnel en ce qui concerne les services offerts à l'interne et ailleurs dans la collectivité.

Les équipes de gestion de cliniques communautaires ontariennes en milieu rural ont travaillé au renforcement des liens entre leurs organismes et les centres d'accès aux soins communautaires. Les sites en régions rurales ont aussi dû rehausser leurs liens avec les centres régionaux de traitement du cancer afin d'améliorer l'accès aux spécialistes et aux séances d'information à distance (télémédecine).

Dans les sites de grande envergure où des services psychosociaux et de soutien étaient offerts en parallèle aux soins ambulatoires, la mise en œuvre du dépistage de la détresse a encouragé le personnel à améliorer les processus de communication, d'évaluation et d'aiguillage.

Les régions participantes ont dit que le dépistage de la détresse permet de cerner les besoins des patients ainsi que les priorités en matière de soins psychosociaux et de soutien. Les données amassées sur ces besoins ont été très utiles pour les régions; certaines données ont aidé les équipes locales à trouver des façons originales pour rationaliser l'accès aux services existants et à faire valoir la nécessité d'améliorer les services.

## Module 6 : Suivi, évaluation, rapports et diffusion

---

- Modèle logique de programme
- Cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité
- Amélioration de la qualité
- Évaluation nationale de la mise en œuvre du dépistage de la détresse : diffusion des connaissances

### Principe 9 : suivi, évaluation, rapports et diffusion

Un projet d'innovation doit comporter des cibles précises et mesurables. La mise en œuvre et les améliorations subséquentes doivent faire l'objet d'un suivi au fil du temps, et les résultats et leçons tirées doivent être annoncés aux intervenants appropriés. Une démarche d'amélioration continue de la qualité devrait être entreprise; la qualité doit être mesurée fréquemment et les résultats doivent être rapidement présentés à une équipe. Cette rétroaction doit mener à des modifications qui devront être mises à l'essai et testées, et améliorées au besoin. Les résultats et leçons tirées de la mise en œuvre d'une innovation doivent être diffusés auprès des intervenants appropriés dans l'organisme, de manière à éclairer la prise de décisions en matière de politiques et de pratiques, ainsi qu'auprès de groupes plus larges intéressés par la recherche sur la mise en œuvre. Ces données peuvent aussi être diffusées au moyen de conférences, de publications, de présentations, d'initiatives de réseautage et de collaborations.

L'équipe d'amélioration et d'évaluation de la qualité d'Expérience globale du cancer a établi un cadre pour la mise en œuvre et l'évaluation du dépistage de la détresse dans les régions ayant participé à l'initiative nationale. Ce cadre résume les domaines clés de la collecte de données d'évaluation, y compris des mécanismes pour mesurer le progrès et corriger le tir au besoin, de manière à assurer la réalisation des buts et objectifs du programme (amélioration continue de la qualité). L'objet du présent module est de décrire le cadre, proposer des outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité, et présenter certaines expériences et leçons tirées issues du projet national. Les documents suivants ont été conçus pour le suivi et l'évaluation :

- modèle logique de programme de dépistage de la détresse (annexe C);
- cadre d'amélioration de la qualité du dépistage de la détresse;
- cartographie des étapes de mise en œuvre (annexe G).

## Cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité

Le cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité d'Expérience globale du cancer (annexe P) recommande de commencer à amasser des données de référence avant le début de la mise en œuvre au moyen d'outils de mesure normalisés. Ces outils pourront servir de nouveau après la pleine mise en œuvre du dépistage de la détresse, afin d'évaluer la réussite du projet. Dans certaines régions, des évaluations ont également été réalisées à la mi-projet. La collecte de données de référence peut aussi s'intégrer à l'étape d'évaluation. Des données devraient être amassées dans les domaines clés suivants :

- l'outil de dépistage de la détresse;
- les connaissances et aptitudes du personnel;
- la satisfaction du personnel;
- la satisfaction et l'expérience des patients;
- la culture organisationnelle (collaboration en équipe).

Le cadre décrit les quatre éléments clés de la mise en œuvre du dépistage de la détresse. Les éléments du modèle logique de programme qui correspondent aux éléments du cadre sont décrits dans le tableau qui suit.

### Éléments de programme

Éléments du cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité	Éléments du modèle logique de programme
1. Dépistage et détection hâtive de la détresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification et évaluation</li> <li>• Renforcement de la capacité organisationnelle</li> <li>• Surveillance, évaluation et rapports</li> <li>• Diffusion</li> </ul>
2. Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection, formation et soutien du personnel</li> </ul>
3. Travail d'équipe et collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail d'équipe et collaboration</li> </ul>
4. Engagement des patients et résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement des patients et résultats</li> </ul>

Le cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité définit des buts (cibles) dans quatre domaines. Ces buts que doivent tenter de réaliser les équipes de gestion et de mise en œuvre sont intentionnellement difficiles à atteindre.

## Éléments et buts

Éléments du cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité	Éléments du modèle logique de programme	Buts
1. Dépistage et détection hâtive de la détresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification et évaluation</li> <li>• Renforcement de la capacité organisationnelle</li> <li>• Surveillance, évaluation et rapports</li> <li>• Diffusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % du groupe cible font l'objet de dépistage de la détresse</li> </ul>
2. Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection, formation et soutien du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % du personnel ciblé possèdent les connaissances et les aptitudes nécessaires au dépistage de la détresse</li> <li>• 90 % du personnel ciblé possèdent les compétences et aptitudes pour passer à l'action</li> </ul>
3. Travail d'équipe et collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail d'équipe et collaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % du groupe cible accordent des cotes qui sont reconnues par les prestataires de soins</li> <li>• 90 % du groupe cible ayant donné une cote <math>\geq 4</math> font l'objet d'une évaluation plus approfondie et sont aiguillés au besoin</li> <li>• 90 % des membres engagés envers la collaboration et les soins intégrés utilisent des approches fondées sur les faits</li> </ul>
4. Engagement des patients et résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement des patients et résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % des patients et familles sont satisfaits de la démarche de soins</li> <li>• 90 % des patients éprouvent moins de détresse au fil du temps</li> </ul>

Le tableau qui suit présente les principales données et variables rapportées par les régions participantes. Il démontre que les données relatives à l'outil de dépistage et celles issues des séances d'information auprès du personnel ont été celles les plus couramment amassées. La satisfaction du personnel et des patients a souvent été mesurée avant le début de la mise en œuvre puis après le projet.

Se reporter à l'annexe Q pour un tableau plus détaillé sur les démarches d'amélioration et d'évaluation de la qualité utilisées dans les diverses régions.

**Variables clés examinées par les régions**

Catégorie	Variables	Données amassées par :		
		toutes	la plupart	quelques-unes
Dépistage et détection hâtive de la détresse	Nombre et type de sites de groupe de cancer	•		
	Nombre de patients ayant fait l'objet d'un dépistage	•		
	Pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un dépistage			•
	Nombre de dépistages effectués	•		
	Nombre de patients manqués ou ayant refusé le dépistage			•
	Niveaux de détresse (faible, modérée, grave)	•		
Formation du personnel	Nombre et type de séances de formation	•		
	Nombre et catégorie de personnel assistant à la formation	•		
	Nombre d'employés ayant les compétences et aptitudes pour réagir aux cotes de détresse			•
Travail d'équipe et collaboration	Nombre de patients ayant accordé une cote $\geq 4$	•		
	Parmi les patients ayant accordé une cote $\geq 4$ , pourcentage ayant subi une évaluation plus poussée ou ayant été aiguillés		•	
	Type d'aiguillages et aiguillages acceptés			•
	Adoption des lignes directrices visant la pratique clinique			•
	Satisfaction du personnel		•	
Engagement des patients et résultats	Pourcentage de patients dont la cote a diminué			•
	Satisfaction des patients et des familles		•	

**Leçons tirées en matière d'évaluation**
*Systèmes de collecte de données*

Au moment de préparer une initiative de mise en œuvre, il est essentiel d'établir des méthodes pour enregistrer et extraire les données issues de l'outil de dépistage de la détresse. Ces méthodes peuvent varier en fonction de la nature de l'outil, c'est-à-dire s'il est électronique ou sur papier. Les régions ont indiqué que l'utilisation d'un outil de dépistage électronique a souvent entraîné des délais inattendus dans le calendrier de mise en œuvre. En ce qui concerne le dépistage au moyen d'un formulaire sur

papier, il a fallu intégrer la responsabilité de la saisie et de l'extraction manuelles de données dans des descriptions de poste pour assurer la viabilité du programme. Il est avantageux de prévoir des experts en gestion et en évaluation des données dans l'équipe de gestion pour mieux surmonter ces défis et obstacles.

### *Données de référence*

Il est essentiel d'amasser des données de référence pertinentes. Certains établissements mesurent la satisfaction des patients et leur expérience de soins au moyen de questionnaires (le sondage Picker, par exemple), mais les données ainsi obtenues ne sont pas toujours suffisamment précises pour déterminer si un changement dans les résultats pour les patients peut être attribuable à l'intégration du dépistage de la détresse. Dans une des régions, l'équipe de gestion a décidé d'ajouter plusieurs questions sur le dépistage de la détresse au sondage Picker, tandis que dans une autre, l'équipe de gestion a établi un indicateur relatif au dépistage. L'équipe a réalisé une vérification des dossiers afin d'en tirer des données de référence, puis reprendra le même exercice après la mise en œuvre afin de vérifier le nombre et le pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un dépistage de la détresse, leurs symptômes, et les interventions réalisées pour soulager la détresse.

### *Consignation*

Le dépistage de la détresse exige la consignation des cotes de détresse par le personnel, la priorisation des préoccupations des patients par ceux-ci, une évaluation approfondie des cas où le niveau de détresse est modéré ou élevé par le personnel infirmier, et des mécanismes de suivi et d'aiguillage. L'équipe de gestion peut avoir à utiliser des stratégies ciblées pour améliorer et rehausser la consignation des données liées au dépistage de la détresse, puisque c'est cette consignation qui assure la qualité et l'uniformité des données.

### *Attentes vis-à-vis du changement*

Il est important d'avoir des attentes réalistes quant au moment où les changements dans la pratique ou dans les résultats cliniques deviendront perceptibles. Une autre des leçons tirées dans les régions a été la suivante : les changements dans la pratique ou dans les résultats cliniques prennent beaucoup de temps, et il peut être long avant qu'on en constate l'incidence. Le tableau vu précédemment portait sur les variables clés examinées au cours des 12 à 24 mois de mise en œuvre. Or, on remarque que peu de régions ont commencé à évaluer la culture organisationnelle ou la collaboration, puisque les équipes de gestion ont reconnu que l'incidence du changement n'était pas encore mesurable dans ces domaines.

## Amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité est une méthodologie éprouvée pour améliorer les soins aux patients ainsi que les pratiques du personnel. Il s'agit d'un processus continu selon lequel on cerne les domaines où des changements sont requis, puis on suit les progrès entourant la mise en œuvre de ces changements. La mise en œuvre du dépistage de la détresse est ainsi une occasion de rationaliser et d'améliorer la prestation de soins du cancer centrés sur la personne. L'amélioration continue de la qualité permet d'assurer que les changements apportés entraînent réellement de l'amélioration et qu'ils mèneront à l'atteinte des objectifs et cibles du programme.

### Les avantages de l'amélioration de la qualité<sup>73</sup>

- Définition des questions entourant la qualité
- Clarification de la prestation de services réelle et perçue
- Définition et suivi d'indicateurs pour vérifier si le changement apporte une amélioration
- Données relatives aux progrès hâtifs
- Changement sans trop de risque pour les patients ou d'interruption de service
- Partage des apprentissages et de la motivation
- Activités de qualité pour tous les intervenants

L'amélioration de la qualité est une manière de définir la façon dont travaillent les équipes. Lorsqu'il devient apparent qu'il existe un goulot d'étranglement ou une faille dans les activités cliniques, une solution doit être appliquée. Or, en ayant recours à des activités d'amélioration de la qualité, les équipes peuvent amasser des petites quantités de données pour mesurer le changement, et ainsi s'assurer que les modifications apportées produisent l'effet escompté.

Également important : l'amélioration de la qualité est un moyen pour une équipe de mise en œuvre de favoriser l'engagement et la participation des intervenants. Les gens ont l'impression de prendre part au changement lorsqu'ils ont le pouvoir de cerner les problèmes et les écueils dans la conception d'un système qui entraînent une piètre qualité. Les équipes peuvent essayer plusieurs idées pour améliorer la prestation des soins, par le biais d'essais de changement brefs, petits et multiples. Elles doivent fréquemment mesurer la qualité de façon ciblée, de manière à obtenir une rétroaction instantanée qui leur permettra de vérifier si le changement les aidera à atteindre leurs objectifs.

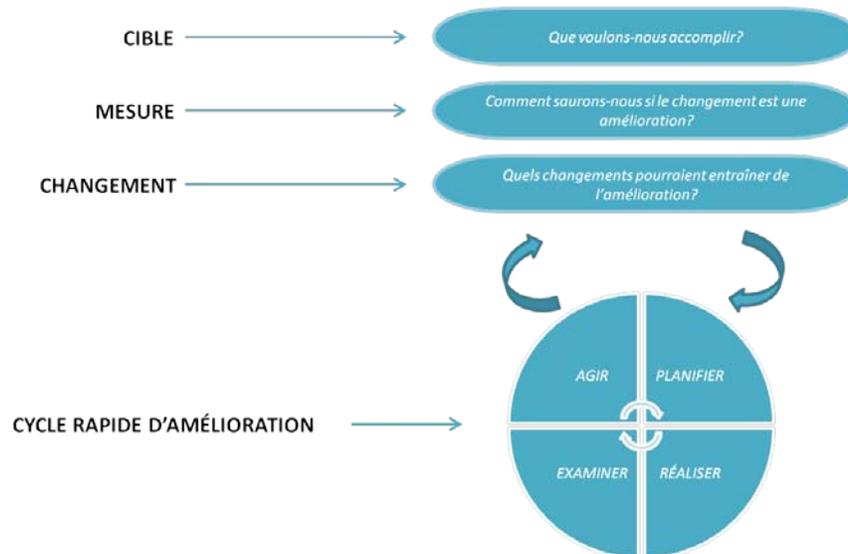
Nous proposons ici un modèle d'amélioration de la qualité, quoiqu'il en existe plusieurs autres, et aucune stratégie n'est meilleure qu'une autre sur le plan de l'efficacité, de la facilité de mise en œuvre et du coût.<sup>76</sup>

### Modèle d'amélioration

Le modèle d'amélioration se présente en deux parties : la première partie repose sur trois questions fondamentales, et la deuxième décrit un processus d'amélioration sous forme de cycle.<sup>77</sup> Ainsi, l'équipe de mise en œuvre doit d'abord se questionner sur la cible, sur la façon de mesurer l'amélioration, et sur les changements souhaités. Elle

doit ensuite suivre le cycle rapide d'amélioration. Le modèle entier vise à concevoir, tester et mettre en œuvre le changement.

### Modèle d'amélioration<sup>77</sup>



### Trois questions fondamentales

La première partie du modèle d'amélioration comprend trois questions fondamentales qui doivent être posées et répondues.

#### 1. *Que voulons-nous accomplir?*

**Définir les cibles :** L'amélioration requiert des cibles clairement définies. Les cibles permettent aux équipes de rester sur la bonne voie pendant toute la durée du projet d'amélioration. Le cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité d'Expérience globale du cancer décrit les cibles relatives à chaque élément de l'initiative de dépistage de la détresse.

#### 2. *Comment saurons-nous si le changement est une amélioration?*

**Établir des mesures :** Les mesures permettent d'évaluer si le changement a entraîné des améliorations concrètes. Elles procurent ainsi des données qui confirment l'utilité du changement.

#### 3. *Quels changements pourraient entraîner de l'amélioration?*

**Tester les changements :** Toute amélioration requiert des changements, mais tout changement n'entraîne pas nécessairement une amélioration. L'équipe de mise en œuvre proposera des idées quant aux changements à apporter et à ceux qui sont les plus susceptibles de mener à une amélioration. Ces idées peuvent être le fruit de plusieurs activités – résolution de problèmes, pensée critique et réflexion, pensée créative, intuition, idée issue d'un document scientifique, etc. Une fois que le

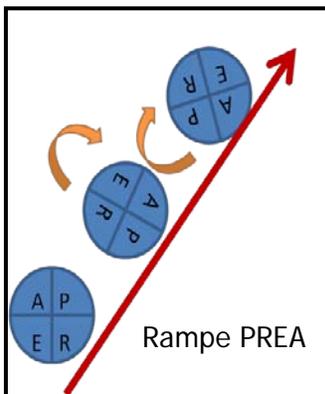
changement à apporter est cerné, l'étape suivante est de tester le changement au moyen du cycle rapide d'amélioration, ou « PREA » (planifier, réaliser, examiner, agir). L'équipe de mise en œuvre doit ainsi planifier le changement, le mettre à l'essai, observer les résultats puis réagir aux leçons tirées. Ceci est en fait la méthode dite d'apprentissage orienté sur l'action.

### Cycle rapide d'amélioration

La deuxième partie du modèle d'amélioration est la mise en œuvre du cycle rapide d'amélioration – le cycle PREA, lequel est une façon de mettre en œuvre et d'évaluer le changement tout en

permettant aux équipes et au projet de rester sur la bonne voie. Le cycle PREA peut

servir à proposer des idées de changement, à tester des changements à petite échelle et à mettre en œuvre des changements visant l'atteinte de cibles.



La mise à l'essai d'un changement à petite échelle doit être de courte durée. En effet, il est préférable qu'un cycle soit réalisé en une ou deux semaines, pas plus. La mise à l'essai d'une idée de changement peut d'ailleurs nécessiter plus d'un cycle PREA. Le changement doit être petit, et par étapes. Lorsqu'on utilise plusieurs cycles pour tester une idée, on peut parler d'une « rampe PREA ». Une équipe peut réaliser des rampes une à la suite de l'autre, ou simultanément.

Le cycle rapide d'amélioration fonctionne parce qu'il faut changer les processus pour changer la pratique.

Voici les étapes à suivre pour réaliser un cycle PREA :

1) *Réunir l'équipe de mise en œuvre.* Les membres doivent discuter des progrès réalisés jusque-là ainsi que des obstacles ou difficultés nuisant présentement au travail. Ils déterminent ensuite quel problème est le plus important, et l'objet des mesures qui s'imposent. L'équipe doit-elle :

- *trouver une idée de changement* (régler un problème par remue-méninges ou amasser de l'information et réagir à un problème au moyen de cycles rapides)? L'équipe sait qu'il y a un problème mais elle ne sait pas comment le surmonter. Elle peut avoir recours à une liste de vérification des carences ou un petit questionnaire pour tenter de cerner le problème (se reporter à l'annexe R pour découvrir des exemples d'outils de cycle rapide d'amélioration).
- *mettre en œuvre et tester un changement* (prendre des mesures pour apporter un changement et pour s'assurer qu'il a fonctionné)? L'équipe sait ce qui doit se produire ensuite; elle conçoit donc une modification à petite échelle puis la

L'équipe propose des idées puis utilise le cycle PREA pour tester des petits changements, à petite échelle, dans divers contextes.

met systématiquement en œuvre et en mesure les résultats. Si le changement semble réussi, alors l'équipe pourra le mettre en œuvre à plus grande échelle ou de façon plus complexe.

- 2) *Utiliser une feuille de travail* pour planifier le cycle rapide PREA (annexe S).
- 3) *Communiquer les résultats* aux intervenants fréquemment et dans les meilleurs délais.

### Étapes d'un cycle PREA<sup>78</sup>

#### Étape 1 : Planifier



Énoncer l'objet du cycle PREA :

- L'équipe doit-elle trouver une nouvelle idée? Tester un changement? Mettre en œuvre un changement?
- Quelle est l'idée de changement?
- Quel(s) indicateur(s) de succès l'équipe mesurera-t-elle?
- Comment les données relatives aux indicateurs seront-elles amassées?
- Qui ou quoi est l'objet du test?
- Combien de sujets seront inclus, et pendant combien de temps?
- À quoi l'équipe s'attend-elle, et pourquoi?

#### Étape 2 : Réaliser



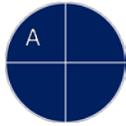
- Mettre le changement à l'essai.
- Consigner les résultats, y compris les problèmes et les conséquences inattendues.
- Amasser et commencer à analyser les données.

#### Étape 3 : Examiner



- Terminer l'analyse des données et examiner les résultats.
- Comparer les données aux résultats attendus.
- Résumer l'essai et réfléchir aux leçons tirées.

#### Étape 4 : Agir



- Mettre au point l'idée de changement en fonction des leçons tirées lors de l'essai.
- Préparer un plan en vue du prochain test.

### Conseils pour mettre un changement à l'essai

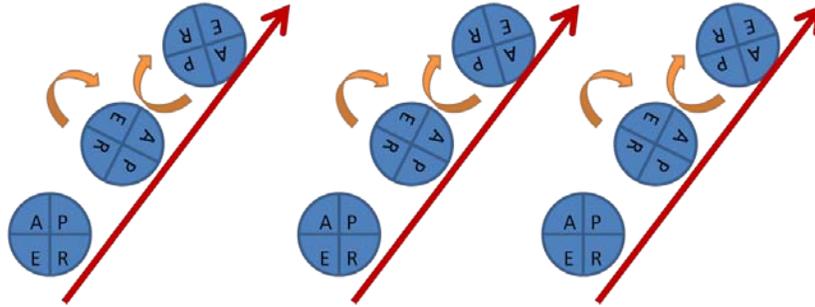
- *Garder une longueur d'avance.* Au moment d'amorcer la planification d'un test, il faut déjà penser à quoi pourrait ressembler le ou les tests suivants étant donné les résultats attendus à l'étape d'examen du cycle PREA.
- *Réduire l'ampleur des tests – ils doivent être petits et réalisables.* Plutôt que de tester le changement chez 100 patients, choisir un échantillon de seulement dix personnes. La même idée s'applique à l'emplacement et à la durée du test. Raccourcir le calendrier : opter pour un calendrier de une ou deux semaines plutôt que de plusieurs mois.

- *Choisir des volontaires consentants.* Travailler avec des gens qui ont envie de participer au projet.
- *Éviter la nécessité de consensus ou d'adhésion et la « politcaillerie ».* Tout cela viendra plus tard. Aussi, lorsque possible, à cette étape, choisir des changements qui ne nécessitent pas de longues démarches d'approbation.
- *Inutile de réinventer la roue.* Il vaut mieux dupliquer les changements réussis ailleurs.
- *Choisir des changements faciles à mettre à l'essai.* Chercher les idées qui semblent les plus réalisables et qui pourraient avoir le plus grand impact.
- *Éviter les retards liés à la technologie.* Ce n'est pas le temps d'attendre l'arrivée d'un nouvel ordinateur – du papier et des crayons feront bien l'affaire.
- *Examiner les résultats obtenus après chaque changement.* Souvent, on n'accorde pas suffisamment de temps à l'étape de réflexion sur le travail effectué. L'étape d'examen du cycle est cruciale mais pourtant souvent négligée. Après avoir mis en œuvre un changement, l'équipe doit se poser les questions suivantes :
  - À quoi nous attendions-nous?
  - Que s'est-il réellement produit?
  - Y a-t-il eu des conséquences inattendues?
  - Quel a été l'élément le plus positif de ce changement? Le plus négatif?
  - Quelle devrait être la prochaine étape?
  - Trop souvent, les gens évitent de réfléchir aux échecs. Pourtant, on peut tirer d'importantes leçons d'un essai de changement raté.
- *Être prêt à interrompre un essai.* Si le test indique que le changement n'entraîne pas d'amélioration, il faut l'interrompre. Il est à noter que l'échec d'un test de changement fait partie intégrante de la démarche d'amélioration. Si une équipe ne rencontre pas beaucoup d'échecs, c'est peut-être qu'elle ne repousse pas suffisamment les limites de l'innovation.
- Collaborer avec les autres unités et groupes professionnels. Une telle collaboration est essentielle.

### *Mise en lien des tests de changement*

La mise à l'essai de changements est un processus itératif : la fin de chaque test amène le début du test suivant. L'équipe tire des leçons de chaque test (*qu'est-ce qui a marché? pas marché? qu'est-ce qu'il faut garder, modifier, abandonner?*) et utilise les nouvelles connaissances pour planifier le test suivant. À mesure que les tests se succèdent, leur complexité, leur ampleur et leur application augmentent. L'équipe doit continuer cette mise en lien des tests, mettant au point le changement jusqu'à ce qu'il convienne de le mettre en œuvre à vaste échelle afin d'atteindre la cible. Il ne faut pas oublier qu'il est possible de mettre en œuvre des rampes PREA une après l'autre ou simultanément, comme l'illustre la figure qui suit.

## Rampes PREA simultanées



### Cycle rapide d'amélioration : exemples issus des régions

Le tableau qui suit décrit certains des domaines d'amélioration cernés par les régions participantes. Deux exemples de cycles rapides d'amélioration sont ensuite présentés.

#### Domaines d'amélioration

Élément	Cibles	Domaines d'amélioration
Dépistage et détection hâtive de la détresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>80% du groupe cible font l'objet de dépistage de la détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Augmenter le taux de dépistage à 80 %, conformément aux lignes directrices provinciales</li> <li>✓ Réduire le nombre de dépistages manqués de 15 à 5 %</li> <li>✓ Augmenter le taux de patients subissant des dépistages périodiques (comme à chaque rendez-vous)</li> <li>✓ Augmenter le taux de dépistages par poste (sur papier)</li> </ul>
Travail d'équipe et collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>90 % du groupe cible accordent des cotes qui sont reconnues par les prestataires de soins</li> <li>90 % du groupe cible ayant accordé une cote <math>\geq 4</math> font l'objet d'une évaluation plus approfondie et sont aiguillés au besoin</li> <li>90 % des membres engagés envers la collaboration et les soins intégrés utilisent des approches fondées sur les faits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Augmenter le nombre d'aiguillages pour les patients ayant donné une cote <math>\geq 7</math> au symptôme de la dépression ou de l'anxiété</li> <li>✓ Augmenter l'adhésion aux parcours de soins de 75 à 90 %</li> <li>✓ Réduire le taux de patients ayant donné une cote <math>\geq 7</math> au symptôme de la douleur</li> <li>✓ Réduire le taux de patients ayant donné la cote <math>\geq 7</math> au symptôme de la fatigue</li> </ul>

## Exemple 1 : Dépistage et détection hâtive de la détresse

*Cible* : 90 % des patients subissent un dépistage à la troisième semaine de leur radiothérapie.

*Objectifs de cette série de cycles* : augmenter le nombre de patients subissant un dépistage par les radiothérapeutes (le taux est présentement de 50 %, le personnel craignant ne pas avoir le temps ni l'espace nécessaires pour le dépistage de la détresse).

*Critères de mesure* : augmenter le pourcentage de patients subissant un dépistage de 50 à 90 %; augmenter le nombre de formulaires de dépistage remis au personnel.

- Cycle 1 : pendant deux semaines, 10 techniciens ont remis aux patients un formulaire de dépistage à remplir à la maison, puis ont rencontré les patients le lendemain pour une discussion dans la salle de traitement.
- Cycle 2 : la nouvelle façon de faire a été reconnue comme étant une pratique exemplaire, et a été adoptée par tous les radiothérapeutes (le dépistage est effectué au milieu de la période de traitement, et fait désormais partie des soins réguliers).

## Exemple 2 : Travail d'équipe et collaboration

*Cible* : réduire le nombre de patients accordant une cote de plus de 6 au symptôme de la douleur.

*Objectifs de cette série de cycles* : améliorer le traitement de la douleur.

*Critère de mesure* : pourcentage de patients donnant à la douleur une cote de plus de 6 dans les 72 heures suivant une intervention de l'équipe.

- Cycle 1 : tester le recours aux lignes directrices auprès d'un prestataire et d'un patient.
- Cycle 2 : réviser et tester auprès de deux prestataires et six patients.
- Cycle 3 : réviser et tester auprès de trois prestataires et neuf patients.
- Cycle 4 : suivre la mise en œuvre et le recours continuels aux lignes directrices par les prestataires.

### Outils et ressources en ligne sur l'amélioration de la qualité

- [L'Institute for Healthcare Improvement](#) : On peut examiner ces ressources et outils sans frais après avoir ouvert une séance et entré un mot de passe
- [Le guide d'amélioration de la qualité de Qualité des services de santé Ontario](#)

## Évaluation nationale de la mise en œuvre du dépistage de la détresse<sup>19</sup> : diffusion des connaissances

Les constats issus des cycles rapides d'amélioration peuvent servir à faire la promotion des gains et réussites associés au nouveau programme auprès de tous les intervenants, et peuvent contribuer à la diffusion des messages clés relatifs au projet. Il convient d'utiliser le plus de canaux de communication que possible pour faire connaître les réussites et progrès (bulletins, sites Web, etc.). Le format et le contenu des produits de communication doivent être adaptés aux publics ciblés (brefs courriels aux dirigeants, mises à jour dans les bulletins destinés aux bénévoles, etc.) Enfin, il importe d'informer les responsables du projet, les champions et les facilitateurs sur les activités d'amélioration et d'évaluation de la qualité, de manière à assurer que l'information est véhiculée dans tous les canaux de communication.

Ci-dessous les constats issus de l'évaluation nationale de mise en œuvre du dépistage de la détresse en ce qui concerne la diffusion efficace des connaissances.

Les régions participantes ont reconnu l'importance de diffuser les résultats et les leçons tirées à l'interne ainsi qu'auprès des intervenants intéressés par la recherche sur la mise en œuvre. Les pratiques de diffusion des connaissances utilisées par les régions convergeaient avec les activités traditionnelles, et les publics cibles étaient les mêmes qu'à l'habitude, et le tout s'est révélé efficace :

- Des *réunions ciblées en face à face* ont été utilisées pour diffuser les résultats de l'initiative et mettre en lumière les occasions propices au dépistage de la détresse. Les responsables du programme ont fait des présentations aux divers groupes de cancer, ont assisté aux réunions du personnel et ont organisé des rencontres avec des groupes précis (par discipline, par exemple) afin de présenter les résultats et discuter de stratégies d'intérêt mutuel afin de promouvoir le dépistage.
- Des *rencontres et téléconférences interrégionales* ont été commanditées par l'Expérience globale du cancer; plusieurs régions ont affiché des documents sur leur site Internet ou celui de Vue sur le cancer.
- Les *indicateurs du programme de dépistage de la détresse* (rendement du programme, résultats, etc.) ont été communiqués à la collectivité et aux partenaires en aiguillage afin de faire comprendre le programme, ses activités et ses résultats et de favoriser l'engagement envers l'initiative.
- Des *témoignages* ont été recueillis auprès de patients ayant fait l'objet d'un dépistage. Ces témoignages ont été inclus dans des rapports et dans d'autres produits de communication (intranet, Internet, bulletins et courriels aux responsables, questionnaires et superviseurs).
- Les infirmières de première ligne ont parlé de leur expérience par le biais de *rencontres et de présentations* auprès des infirmières peu familières avec le dépistage. Ces communications ont permis de dissiper une partie des inquiétudes entourant le temps et les charges de travail.

- Tous les sites ont établi une *liste de ressources* – souvent un cartable ou un répertoire de services. Cet outil a été essentiel à la diffusion d'information concernant les services de soutien offerts à l'échelle locale, et a permis de rassurer ceux qui craignaient que les ressources étaient insuffisantes pour les aiguillages et le suivi.
- Des articles ont été soumis à des *revues spécialisées* afin de joindre la communauté scientifique.

D'autres modes de communication plus novateurs et ciblés ont également été proposés :

- Intégrer les données relatives au dépistage de la détresse dans les documents et rapports permanents du programme de traitement du cancer. Les rapports devraient notamment indiquer où en est le dépistage de la détresse (y compris dans les sites satellites), c'est-à-dire le nombre de dépistages réalisés, le taux et le nombre de patients éprouvant de la détresse, et le taux et le nombre de patients aiguillés vers des services. Les rapports pourraient aussi traiter des faits saillants et progrès de l'initiative : formation offerte à de nouveaux groupes, participation à des activités professionnelles ou pédagogiques en lien avec le dépistage de la détresse, témoignages de patients et autre information.
- *Désigner des « courtiers du savoir »*. De telles personnes seraient perçues comme possédant de grandes connaissances sur le dépistage de la détresse, et elles auraient de la crédibilité auprès de leurs collègues; elles pourraient aussi contribuer à la diffusion de messages clés et aux présentations, cerner des occasions de collaboration, et définir des stratégies pour réduire les risques et surmonter les problèmes afin d'assurer la viabilité à long terme de l'initiative. Ces courtiers du savoir devraient pouvoir prendre la parole lors de rencontres (les réunions par discipline, par exemple) afin de diffuser de l'information sur les activités et résultats entourant le dépistage de la détresse.
- *Cerner des patients pouvant expliquer leur cas lors de rondes et autres rencontres de praticiens*. Des patients pourraient faire part de leur expérience en matière de dépistage de la détresse et parler de l'incidence de celui-ci sur leur participation aux soins, sur leur qualité de vie, sur leurs relations avec leurs prestataires de soins et sur leur utilisation des ressources de la santé. Ces patients pourraient aussi agir comme courtiers du savoir auprès des partenaires communautaires et des groupes de patients, et faire valoir l'importance du dépistage de la détresse.
- *Préparer des rapports propres à chaque médecin*. Ces rapports pourraient indiquer le nombre de dépistages réalisés et le taux de patients en détresse détectés et aiguillés vers des services de soutien. Ces rapports individualisés permettraient de définir le contexte et les critères de mesure de chaque médecin en ce qui concerne le dépistage de la détresse, dans l'organisme et dans la pratique.
- Explorer l'idée d'utiliser les médias sociaux pour diffuser des résultats et « normaliser » le dépistage de la détresse aux yeux des patients et des prestataires.

## Annexe A : Lectures recommandées

---

- Bultz, B.D., Carlson, L.E. *Emotional distress: the sixth vital sign – future directions in cancer care. Psycho-oncology.* 2006; 15:93-6.
- Bultz, B.D., Groff, S.L., Fitch, M., Blais, M.-C., Howes, J., Levy, K., Mayer, C. *Implementing screening for distress, the 6<sup>th</sup> vital sign: a Canadian strategy for changing practice. Psycho-oncology.* 2011; 20(5):463-9.
- Bultz, B.D., Groff, S.L. *Screening for distress, the 6<sup>th</sup> vital sign in oncology: from theory to practice. Oncology Exchange.* 2009; 8(1):8.
- Bultz, B.D., Holland, J.C. *Emotional Distress in patients with cancer: the sixth vital sign. Community Oncology.* 2006; 3(5):311-4.
- Bultz, B.D., Johansen, C. *Screening for distress, the 6<sup>th</sup> vital sign: where are we, and where are we going? Psycho-oncology.* 2011; 20(5):569-71.
- Bultz, B.D., Thomas, B.C., Stewart, D.A., Carlson, L.E. *Distress – the sixth vital sign in cancer care: implications for treating older adults undergoing chemotherapy. Geriatrics and Aging.* 2007; 10(10):647-53.
- Carlson, L.E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., et coll. *High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. British Journal of Cancer.* 2004; 90:2297-304.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D. *Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcomes [série en ligne].* 2003 [cité, 10 avril 2009];1:8. Web : <http://www.hqlo.com/content/1/1/8>.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D. *Cancer distress screening: needs, models and methods. Journal of Psychosomatic Research.* 2003; 55(5):403-9.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D. *Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. Psycho-oncology.* 2004; 13:837-49.
- Carlson, L.E., Bultz, B.D. *Efficacy vs. cost of psychosocial interventions: an evidence-based call for action. Oncology Exchange.* 2002; 1(2):34-39, 49-51.
- Carlson, L.E., Groff, S., Maciejewski, O., Bultz, B.D. *Online distress screening for newly diagnosed lung and breast cancer outpatients: randomized controlled trial comparing minimal screening, full screening and full screening plus triage. Journal of Clinical Oncology.* 2010; 28(33):4884-91.
- Carlson, L.E., Waller, A., Groff, S.L., Giese-Davis, J., Bultz, B.D. *What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. Psycho-oncology. [série en ligne].* 2011. Accessible à : Wiley Online Library DOI: 10.1002/pon.2068.
- Fillion, L., Cook, S., Blais, M.-C., Veillette, A.-M., Aubin, M., de Serres, M., et coll. *Implantation du dépistage de la détresse par des intervenants pivots en oncologie. Oncologie.* 2011; DOI 10.1007/s10269-011-2026-8.
- Fitch, M.I., Howell, D., McLeod, D., Green, E. *Screening for distress: responding is a critical function for oncology nurses. Canadian Oncology Nursing Journal.* 2012;22(1):12-30.

- Fitch, M.I. *Screening for distress: a role for oncology nursing. Current Opinion in Oncology.* 2011; 23:331-7.
- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.B., et coll. *Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. The New England Journal of Medicine.* 2009; 360(3):491-9.
- Holland, J.C., Bultz, B.D. *The NCCN guideline for distress management: case for making distress the 6<sup>th</sup> vital sign. Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* 2007; 5(1).
- Rebalance Focus Action Group. *A position paper: screening key indicators in cancer patients: pain as a fifth vital sign and emotional distress as a sixth vital sign. Canadian Strategy for Cancer Control Bulletin.* 2005; 7(suppl.):4.
- Vodermaier, A., Linden, W. *Emotional distress screening in Canadian cancer care: a survey of utilization, tool choices and practice patterns. Oncology Exchange.* 2008; 7(4):37-40.
- Watson, M., Bultz, B.D. *Distress, the 6<sup>th</sup> vital sign in cancer care. Caring for patients' emotional needs: what does this mean and what helps? Psycho-oncology.* 2010; 4:159-63.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc K, Curbow, B., et coll. *The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-oncology.* 2001; 10:19-28.

## Annexe B : Ensemble minimal de données relatives au dépistage de la détresse

### Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Rempli par :

- Patient
- Famille
- Professionnel de la santé
- Avec l'aide de la famille ou d'un professionnel de la santé

**Veuillez encercler le chiffre décrivant le mieux ce que vous ressentez :**

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de mal-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

### Liste canadienne de vérification des problèmes :

Parmi les éléments ci-dessous, veuillez cocher tous ceux qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous au cours de la semaine écoulée, incluant aujourd'hui :

#### Aspect émotionnel :

- Peurs/inquiétudes
- Tristesse
- Colère/frustration
- Changement d'apparence
- Intimité/sexualité

#### Aspect pratique :

- Travail/études
- Finances
- Se rendre aux rendez-vous
- Logement

#### Information :

- Comprendre la maladie et les traitements
- Communiquer avec l'équipe soignante
- Prendre une décision face aux traitements
- Connaître les ressources disponibles

#### Aspect spirituel :

- Me questionner sur le sens ou le but de ma vie
- Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances

#### Aspect social/familial :

- Me sentir comme un fardeau
- Préoccupations envers la famille/les amis
- Me sentir seul(e)

#### Physique :

- Concentration/mémoire
- Sommeil
- Poids



**Edmonton Symptom Assessment System:  
(revised version) (ESAS-R)**

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No _____ Other Problem <i>(for example constipation)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible _____

Patient's Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Completed by (check one):

- Patient
- Family caregiver
- Health care professional caregiver
- Caregiver-assisted

**BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE**

**ESAS-r**  
Revised: November 2010

## Annexe C : Modèle logique de programme de dépistage de la détresse<sup>79</sup>

Élément	Planification et évaluation	Sélection, formation et soutien du personnel	Travail d'équipe et collaboration
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI/TI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Installations</li> <li>Matériel/documents</li> </ul>
Activités	<p>Évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>problèmes, situation locale</li> <li>perceptions et motivation du personnel</li> <li>soutien social existant</li> <li>capacité de l'organisme à mettre en œuvre le programme</li> <li>Tenir compte des obstacles à la mise en œuvre</li> <li>Adapter le programme au contexte local</li> <li>Créer un plan de mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir/recruter le personnel</li> <li>Offrir de la formation sur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>la prestation de soins centrés sur la personne</li> <li>le dépistage de la détresse, l'évaluation complète et les aiguillages</li> <li>les lignes directrices, normes et algorithmes</li> <li>l'intégration du dépistage de la détresse dans le déroulement du travail</li> <li>l'AQ et les cycles PREA</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acquérir les capacités pour travailler en équipes interprofessionnelles (élargir le champ de travail et la communication)</li> <li>Utiliser les lignes directrices, normes et algorithmes pour appuyer la planification</li> <li>Évaluer les principales préoccupations des patients et faire les aiguillages appropriés au besoin</li> </ul>
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consignation des facteurs qui expliquent la nécessité du programme</li> <li>Lignes directrices visant les pratiques exemplaires</li> <li>Plan de mise en œuvre</li> <li>Stratégie de gestion des obstacles</li> <li>Éléments adaptés : outils, méthodes, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modules de formation sur les soins centrés sur la personne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle interprofessionnel de soins pour le dépistage de la détresse</li> </ul>
Résultats des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau de préparation et de disposition accru en vue de la mise en œuvre</li> <li>Élimination des obstacles nuisant à la mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissances, aptitudes et capacités accrues en ce qui concerne le dépistage, l'évaluation et les aiguillages faisant désormais partie des soins du cancer</li> <li>Sensibilisation accrue et intégration des principes clés des soins centrés sur la personne</li> <li>Connaissances accrues des compétences fondamentales requises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adhésion accrue aux lignes directrices fondées sur les faits</li> <li>Collaboration et coordination des services améliorées</li> <li>Prestation de soins sécuritaires et accessibles</li> <li>Satisfaction du personnel à l'égard du travail d'équipe et de la collaboration</li> </ul>
Résultats à court terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre du programme tel que conçu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehaussement des compétences chez le personnel et de la capacité à offrir des soins centrés sur la personne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordination améliorée, continuité et intégration du dépistage et des aiguillages dans les soins du cancer</li> <li>Travail progressif vers une prestation de soins centrée sur la personne</li> </ul>
Résultats à moyen terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfaction accrue des patients et familles à l'égard de l'expérience de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients et familles de plus en plus au courant des services et ressources de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients et familles connaissent mieux l'autogestion et les autosoins</li> </ul>
Résultats à long terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viabilité du programme de dépistage de la détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du stress chez les patients et familles et augmentation de la qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction des coûts des soins du cancer</li> </ul>

Élément	Renforcement de la capacité organisationnelle	Engagement des patients	Surveillance, évaluation et rapports	Diffusion
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI/TI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Installations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matériel/documents</li> </ul>
Activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désigner des champions et miser sur eux et autres influences sociales positives</li> <li>Établir des politiques et limites</li> <li>Prévoir des ressources humaines et financières</li> <li>Établir des mécanismes de communication intra-organisationnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir et adopter des mesures pour assurer le dépistage de la détresse, et pour que les patients :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>participent aux discussions en tant que membres de l'équipe</li> <li>participent de façon significative à la prise de décisions et à la détermination des priorités</li> <li>reçoivent de l'information complète et précise en temps opportun</li> <li>sachent que leurs préoccupations seront discutées et gérées</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer les progrès</li> <li>Suivre l'évolution et faire rapport sur les progrès (% des patients ayant évalué leur détresse, etc.)</li> <li>Gérer les obstacles</li> <li>Diffuser les résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Créer des mécanismes pour diffuser les résultats et leçons tirées aux intervenants internes</li> <li>Concevoir des produits pour diffuser les leçons tirées aux intervenants externes</li> <li>Participer à des conférences, collaborations, etc.</li> </ul>
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Champions</li> <li>Politiques écrites</li> <li>Documents relatifs à l'affectation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séances d'information et consultations pour les patients</li> <li>Patients ayant subi un dépistage de la détresse</li> <li>Résolution des préoccupations des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Système de collecte de données et de consignation</li> <li>Rapports d'étape</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Produits d'information</li> <li>Collaborations</li> <li>Conférences</li> <li>Publications, présentations</li> </ul>
Résultats des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infrastructure améliorée pour appuyer le dépistage de la détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients et familles qui participent de plus en plus à tous les volets du dépistage de la détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuite de la mise en œuvre de l'AQ et des cycles PREA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenants internes et externes de plus en plus au courant de l'existence du programme</li> </ul>
Résultats à court terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infrastructure rehaussée qui appuie l'intégration du dépistage de la détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleures connaissances, sensibilisation et compréhension du dépistage de la détresse et des aiguillages, et meilleur engagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleure compréhension de l'efficacité du programme et des modifications nécessaires au niveau individuel, des équipes et de l'organisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleure compréhension du programme par les intervenants internes et externes, y compris les difficultés et les occasions qui y sont liées</li> </ul>
Résultats à moyen terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfaction accrue des patients et familles à l'égard de l'expérience de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients et familles de plus en plus au courant des services et ressources de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients et familles connaissent mieux l'autogestion et les soins</li> </ul>	
Résultats à long terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viabilité du programme de dépistage de la détresse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du stress chez les patients et familles et augmentation de la qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction des coûts des soins du cancer</li> </ul>	

## Annexe D : Autoévaluation des aptitudes de gestion du changement<sup>18</sup>

*Ce document peut être reproduit librement sans permission.*

Cet outil peut aider les gens à vérifier s'ils possèdent l'éventail d'aptitudes nécessaires pour devenir d'efficaces agents de changement. Il permet de cerner les domaines de force ainsi que ceux où une amélioration est souhaitée. Le questionnaire peut aussi aider les hauts dirigeants à désigner d'habiles agents de changement parmi le personnel. Comment utiliser le questionnaire :

- comme une liste de vérification, pour aider les gens à déterminer quelles aptitudes ils devraient améliorer;
- en guise de fondement pour les discussions de dirigeants au moment de désigner des agents de changement;
- en tant qu'outil de discussion : inviter les gens à remplir le questionnaire (20 minutes), puis animer une discussion axée sur les lacunes cernées par la majorité des répondants.

### Aptitudes interpersonnelles requises pour gérer efficacement le changement

	Absolument	Oui	Pas vraiment
1. Je suis une personne persuasive lorsque je m'adresse aux gens (je défends bien mes idées).			
2. Je participe activement aux réunions et je fais bonne impression.			
3. J'écoute attentivement les autres.			
4. Je réagis positivement aux opinions de mes collègues.			
5. Je suis capable d'ouverture et de faire part de mes pensées et sentiments à mes collègues.			
6. Je m'exprime clairement lorsque je discute avec mes collègues.			
7. Je peux soutenir un argument au cours d'une réunion.			
8. Je suis sensible aux besoins personnels de mes collègues.			
9. Je peux aider mes collègues à trouver des solutions à des problèmes.			
10. Mon enthousiasme inspire la confiance d'autrui.			
11. Je suis en mesure de maîtriser mes émotions dans mes rapports avec mes collègues.			
12. Je suis capable d'accepter les conseils.			
13. Je suis capable d'admettre mes faiblesses.			
14. Je peux accepter les décisions de groupe de bonne grâce.			
15. Je n'ai pas une attitude condescendante.			
16. Je n'ai pas peur de confronter mes collègues lorsque nécessaire.			

	Absolument	Oui	Pas vraiment
17. J'ai de l'assurance.			
18. J'encourage mes collègues à avoir de l'initiative.			
19. J'essaie de ne pas être autoritaire, de ne pas « trop diriger ».			
20. Je suis capable de faire des compromis avec le sourire.			
21. Je comprends l'effet du langage corporel sur les interactions sociales.			
22. Je suis capable de rehausser l'estime de soi de mes collègues en les félicitant.			
23. Je suis capable d'être critique face à mon propre rendement.			
24. Je suis capable d'amasser des données et de l'information pour évaluer mon propre rendement.			
25. Je suis habile à déléguer des responsabilités à des collègues.			
26. Je donne à mes collègues la chance d'essayer des choses, même si cela peut entraîner des erreurs.			
27. Je recherche des exemples de pratiques exemplaires et de réussites et j'en fais part aux autres.			
28. Je m'intéresse véritablement aux idées et points de vue de mes collègues.			
29. Je continue d'apprendre de mes collègues.			
30. Je suis capable de prendre du recul et de ne pas « organiser » les autres à outrance.			
31. Je suis capable de communiquer de l'optimisme aux autres face à des difficultés.			
32. Je suis capable de découvrir ce que ressentent mes collègues.			
33. J'offre de la rétroaction constructive et bien ciblée.			

À la lumière des réponses aux questions ci-dessus, le répondant pourra cerner ses domaines de force et de faiblesse. Tous les agents de changement ont des forces et des faiblesses, mais les faiblesses peuvent entraîner des problèmes au moment de gérer le changement. Un bon agent de changement doit chercher à s'améliorer dans les domaines d'aptitudes suivants :

Domaine d'aptitudes	Stratégie	Question n <sup>o</sup>
Aider les gens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer</li> <li>• Récompenser</li> <li>• Offrir de la rétroaction</li> <li>• Éviter de blâmer et plutôt aider sans prendre en charge (montrer de la confiance)</li> </ul>	4, 9, 15, 26, 31, 33
Communiquer comme jamais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parler de la vision, des buts et d'action</li> <li>• Rallier</li> <li>• Vérifier ce qui se passe</li> </ul>	1, 2, 6, 7, 10, 17, 21
Ne pas « organiser » à outrance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas mettre autant d'accent sur les détails</li> <li>• Favoriser une mise en œuvre souple</li> <li>• Intégrer les idées des collègues à la démarche de changement</li> </ul>	12, 14, 18, 19, 25, 26, 30
Gérer les conflits et différends	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter de s'investir émotionnellement ou personnellement (conserver un comportement « adulte ») <ul style="list-style-type: none"> <li>- gérer l'opposition contribue à une mise en œuvre active</li> </ul> </li> </ul>	11, 14, 16, 17, 20
Cultiver la confiance, l'assurance et l'estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir de la rétroaction honnête</li> <li>• Écouter les idées des autres</li> <li>• Mettre l'accent sur le progrès et les exemples d'accomplissement plutôt que sur les statistiques, le rendement, les indicateurs, etc.</li> <li>• Offrir de la rétroaction sur les réussites</li> </ul>	4, 10, 14, 22, 27, 33
S'intéresser véritablement aux autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter la collégialité forcée – ça ne fonctionne pas</li> </ul>	3, 8, 15, 29, 32
Montrer de l'émotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas minimiser l'expression de sentiments</li> <li>• Reconnaître qu'il est correct de ne pas toujours être rationnel</li> </ul>	5, 8, 13, 32
Être conscient de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rester conscient de ses propres défis et rendement</li> </ul>	12, 13, 23, 24

## Annexe E : Disposition au changement — liste de vérification<sup>18</sup>

*Ce document peut être reproduit librement sans permission.*

L'outil qui suit peut être utilisé pour diriger une autoréflexion individuelle, mais il est plus efficace lorsqu'on l'utilise en groupe. Pour l'utiliser avec un groupe d'employés :

- Demandez à chaque participant de remplir le questionnaire individuellement (10 minutes).
- Si, en votre qualité de gestionnaire, vous croyez que le groupe (équipe, section, service, etc.) a encore beaucoup de chemin à faire pour en venir au changement souhaité, animez une discussion après avoir rassemblé les questionnaires anonymes (insérés dans des enveloppes) ou avoir invité les gens à inscrire leurs réponses sur un questionnaire commun (comme sur un tableau à feuilles), de manière à ce que personne n'ait à défendre ses réponses.
  - Mettez l'accent sur la progression des choses, et non sur l'attribution de blâme.
- Si vous êtes d'avis que les participants sont à l'aise de discuter ouvertement de leurs perceptions, passer les 15 questions une à une afin de discuter des divers points de vue :
  - *Si, pour telle ou telle question, toutes les réponses sont dans la même colonne, que pourrait-on faire pour passer à la colonne de gauche suivante?*
  - *Si vous n'êtes pas tous du même avis, pourquoi en est-il ainsi?*
  - *Avez-vous des idées qui permettraient de passer aux réponses de la colonne de gauche?*

Veillez encercler l'énoncé approprié parmi ceux des quatre colonnes de droite :

1. Dans le passé, les nouveaux programmes (ou politiques) proposés par les dirigeants ont été :	perçus comme répondant aux besoins des employés	mal compris	accueillis avec une certaine résistance	fermement refusés
2. La meilleure façon de décrire les employés est :	innovateurs	indépendants	non engagés jusqu'ici	conservateurs ou réticents au changement
3. La mise en œuvre du dépistage de la détresse et des changements connexes est perçue comme :	une réussite	un succès modéré	à peine une incidence périphérique	un échec

4. Les attentes associées au changement sont :	les mêmes dans tout l'organisme	les mêmes parmi les hauts dirigeants, mais pas dans les autres secteurs de l'organisme	divergentes	floues
5. Que peuvent dire du plan de mise en œuvre du dépistage de la détresse les gens directement affectés par les changements?	ils peuvent en faire la description complète	une description de la façon dont leur groupe ou unité sera affecté	ils en ont une idée générale	ils ne le connaissent pas
6. Les résultats prévus associés au changement ont été :	précisés en détail	résumés en termes généraux	mal définis	nullement définis
7. Après l'intégration du dépistage de la détresse, les procédures de travail sont perçues comme nécessitant :	d'importants changements	des modifications significatives	des améliorations mineures	aucun changement
8. Les problèmes liés au dépistage de la détresse ont d'abord été soulevés par :	le personnel effectuant les activités	les gestionnaires	des organismes externes (le Partenariat, des organismes provinciaux, etc.)	le changement ne résout pas les problèmes importants et pertinents entourant les services
9. La prochaine étape du changement est perçue par le personnel comme étant :	cruciale à l'avenir de l'organisme	généralement bénéfique pour l'organisme	bénéfique seulement pour une partie de l'organisme	peu importante
10. Le soutien des hauts dirigeants face au dépistage de la détresse est :	enthousiaste	limité	minimal	flou
11. L'équipe de gestion :	a affecté des ressources considérables au changement	a symboliquement affecté des ressources additionnelles au changement	s'attend à ce que le changement soit mis en œuvre au moyen des ressources existantes	n'a pas planifié les ressources requises

12. La démarche d'examen et d'évaluation du rendement des dirigeants est :	une partie importante du perfectionnement des dirigeants	une démarche de résolution de problèmes efficace	une activité de routine	un obstacle à l'amélioration
13. Le changement affecte des questions qui sont pertinentes pour le milieu de pratique :	directement	partiellement	seulement indirectement	pas du tout
14. Le dépistage de la détresse et les changements connexes :	rendent le travail plus enrichissant	rendent le travail plus facile et satisfaisant	ont une faible incidence sur le travail des gens	rendent le travail plus difficile
15. Techniquement, le dépistage de la détresse et les changements connexes sont :	similaires aux autres changements en cours	similaires à d'autres entrepris dans le passé	novateurs	techniquement flous

## Liste de vérification de la disposition au changement : Quelques problèmes et solutions

### Changements antérieurs (questions 1 à 3)

Problèmes potentiels :

- Des changements antérieurs ont donné lieu à de la résistance.
- Des changements antérieurs ont été mal compris.
- Des employés sont perçus comme étant trop prudents.
- Des changements récemment mis en œuvre n'ont connu que peu de succès.

Solutions possibles :

- Garder les gens informés en rendant l'information disponible, en expliquant clairement les plans et en rendant les dirigeants accessibles pour toute question ou clarification.
- Assurer que le changement est réaliste et faire valoir son côté pratique. Expliquer le changement de manière à ce que les employés le perçoivent comme pertinent et acceptable. Démontrer comment le changement correspond aux besoins et aux plans. Consacrer le temps et l'effort nécessaires à la préparation de présentations.
- Préparer soigneusement le changement au moyen d'un diagnostic complet de l'organisme, en rencontrant les gens et les groupes, en cultivant la confiance et en démontrant de la compréhension et du soutien.
- Agir à petite échelle pour commencer, de manière à bâtir un bilan positif. Mettre en œuvre le changement par étapes clairement définies.
- Planifier la réussite en commençant par des mesures susceptibles de donner rapidement des résultats positifs. Publiciser les réussites hâtives. Offrir de la rétroaction positive à ceux ayant participé au succès.

### Attentes entourant le changement (questions 4 à 6)

Problèmes potentiels :

- Les gens perçoivent différemment le changement.
- Les gens ne savent pas à quoi s'attendre.
- Les objectifs n'ont pas été clairement définis.

Solutions possibles :

- Expliquer clairement les avantages liés au changement en mettant l'accent sur les bénéfices pour ceux qui prodiguent les services visés par le changement.
- Choisir attentivement les messages et les messagers, et communiquer souvent.

- Rétitérer que les lignes directrices sont fondées sur des faits probants, et que la majeure partie de leur valeur repose sur le fait qu'elles visent l'amélioration de l'expérience de cancer des patients et des familles (le dépistage de la détresse sera effectué chez tous les patients, et toutes les interventions mèneront aux meilleurs résultats possibles).
- Confirmer que le dépistage de la détresse est mis en œuvre en tant que nouvelle norme partout au pays, qu'il ne s'agit pas d'un projet de normalisation de type « livre de recettes ».
- Minimiser les surprises en rectifiant les présomptions relatives au changement. Se concentrer sur les résultats. Cerner les problèmes potentiels.
- Communiquer les plans en utilisant un langage qui est familier aux différents groupes d'employés. Communiquer périodiquement, en utilisant des médias variés. Solliciter la rétroaction. Ne pas taire les points de vue négatifs; les écouter attentivement et y réagir ouvertement.

### **Appropriation du problème ou de l'idée de changement (questions 7 à 9)**

Problèmes potentiels :

- Les procédures, systèmes, sections et services touchés sont perçus comme des problèmes.
- Le changement a été planifié ou présenté par la haute direction ou par des gestionnaires de section.
- Le changement est perçu comme étant seulement une question de procédures.

Solutions possibles :

- Préciser les plans en termes que les gens comprendront bien. Assurer que les problèmes des employés sont explicitement abordés et considérés dans la démarche de changement. Prévoir des résultats visibles.
- Clarifier les points de vue des employés en explorant les préoccupations entourant le changement et en examinant les répercussions sur les activités de tous les jours.
- Présenter et faire valoir clairement l'initiative, en précisant quels sont ceux qui souhaitent le changement et pour quelles raisons. Expliquer les avantages à long terme. Définir les avantages communs. Présenter clairement les problèmes potentiels. Être à l'écoute des problèmes.

## Soutien de la haute direction (questions 10 à 12)

Problèmes potentiels :

- Préoccupations ou doutes en ce qui concerne le soutien des dirigeants envers le changement.
- Crainte que la haute direction ne fournira pas les ressources nécessaires.
- La démarche actuelle d'évaluation du rendement de la direction est perçue comme étant un obstacle au changement.

Solutions possibles :

- Renforcer la capacité et l'expertise en ce qui concerne les problèmes rencontrés. Comprendre les préoccupations de la haute direction. Établir des mécanismes de soutien en matière d'information et autre. Élaborer une présentation solide et léchée, dans le langage des hauts dirigeants.
- Établir des objectifs, des plans et des calendriers clairement définis. Prévoir des démarches de révision en guise de soutien auxquelles pourront participer la haute direction et les dirigeants intermédiaires. En réunions, mettre l'accent sur les résultats et problèmes précis.

## Acceptabilité du changement (questions 13 à 15)

Problèmes potentiels :

- Le changement prévu entre en conflit avec d'autres plans ou se marie mal aux autres projets.
- Il ne semble pas y avoir d'orientation (ou peu d'orientation).
- Les gens ont l'impression que le changement proposé exercera une plus grande demande sur le personnel.
- Le changement est perçu comme nécessitant de nouveaux produits et services et de l'expertise sur le plan technologique.

Solutions possibles :

- Faire comprendre la pertinence du changement en révisant les plans et en précisant la convenance du changement. Incorporer le changement dans les projets en cours. Si possible, adapter le changement au style de l'organisme.
- Clarifier les plans de changement en communiquant simplement et ouvertement.
- Commencer par mettre en œuvre le changement auprès de gens souples et adaptables, et de gens qui connaissent le projet (en tout ou en partie), dans une unité où on trouve un grand soutien envers le changement. Comprendre pourquoi les gens appuient le changement (carrière, récompenses, politique organisationnelle).
- Ne pas exagérer les mérites du changement en insistant avec intransigeance sur les conflits entourant les pratiques actuelles. Encourager la discussion entourant ces conflits.

## Annexe F : Cerner les obstacles

---

### Discussions avec des personnes clés<sup>30</sup>

Certaines personnes comprennent de façon particulière des situations données, et ont les connaissances, les aptitudes et le pouvoir nécessaires pour réfléchir à un sujet dans son ensemble et explorer de nouvelles idées. On peut donc parler à ces personnes clés lors de leurs rencontres régulières, une réunion du personnel, par exemple.

Avantages :

- Permet d'explorer les idées de façon itérative
- Permet d'obtenir de l'information détaillée
- Rapide et peu coûteux

Désavantages :

- Dépend fortement des personnes clés
- Possibilités de partis pris ou de préjugés
- Peut être difficile de cerner des personnes clés appropriées
- De la corroboration additionnelle pourrait être requise

### Observation de la pratique clinique à l'œuvre<sup>30</sup>

Parfois, la meilleure façon d'évaluer la pratique clinique est d'observer les comportements individuels et les interactions. Ceci est particulièrement vrai dans le cas d'événements qui se produisent plutôt souvent.

Avantages :

- Permet une analyse détaillée des comportements actuels, dans un contexte précis
- Élimine les partis pris
- Peut se révéler une façon efficace de suivre le progrès si répété régulièrement

Désavantages :

- Parfois difficile d'obtenir le consentement des gens à observer
- Possibilité que certains modifient leur comportement lorsqu'ils sont observés
- Nécessité de faire appel à un observateur compétent pour minimiser l'influence sur les personnes observées
- Nécessité de considérer soigneusement les modes de collecte de données

Une version plus rigoureuse de cette méthode est la vérification formelle.

## Questionnaire<sup>30</sup>

La méthode du questionnaire est efficace pour explorer les connaissances, les convictions, les attitudes et les comportements d'un groupe de professionnels de la santé qui sont géographiquement dispersés. Les questions doivent toutefois être soigneusement rédigées, puisque la qualité des réponses dépend grandement de la qualité des questions. Le questionnaire peut être proposé en version électronique ou papier afin d'encourager la participation des répondants.

Avantages :

- Permet d'amasser rapidement des données en assez grandes quantités auprès de gens nombreux
- Permet l'analyse statistique de données normalisées
- Communication des résultats donne l'occasion de mettre en lumière la nécessité de changement
- Méthode relativement peu coûteuse

Désavantages :

- Rédaction de questions efficaces demande un temps considérable
- Impossibilité de poser des questions de suivi
- Possibilité d'un faible taux de participation, et de résultats biaisés par les plus performants
- Possibilité d'inexactitude en raison de la formule « autodéclaration »

## Remue-méninges<sup>30</sup>

Les remue-méninges permettent souvent de résoudre des problèmes au moyen de solutions créatives. Ils peuvent être informels (petits groupes) ou plus structurés (groupes de discussion). La séance peut commencer par un résumé du problème, puis les participants sont encouragés à proposer le plus d'idées possibles pour le résoudre. Un des grands avantages du remue-méninges est que les participants peuvent se relancer les idées de manière à les raffiner de plus en plus.

Avantages :

- Rapide et facile à réaliser
- Génère beaucoup d'idées
- Favorise l'engagement des gens dans la démarche de changement

Désavantages :

- Requiert un habile animateur
- Possibilité que les participants plus loquaces dominent la discussion
- Difficulté de rassembler un groupe de professionnels de la santé en raison de leurs obligations cliniques

Une formation gratuite est offerte en ligne sur le remue-méninges, les règles à suivre et la façon de diriger une séance.<sup>30</sup>

## Groupe de discussion<sup>30</sup>

L'organisation d'un groupe de discussion est un moyen efficace d'évaluer les pratiques courantes et de mettre à l'essai de nouvelles idées. Un groupe de discussion est formé de six à dix personnes réunies pour une discussion dirigée ou des entrevues.

L'animateur pose des questions ouvertes puis invite les participants à parler de leurs expériences et idées et à réagir aux opinions des autres.

Avantages :

- Permet à un groupe représentatif de gens d'échanger des idées
- Permet l'obtention d'information variée et approfondie
- Encourage de nouvelles idées et perspectives
- Favorise l'engagement des gens dans la démarche de changement
- Relativement rapide et facile à réaliser

Désavantages :

- Nécessité de faire appel à un habile animateur afin d'assurer que chacun pourra exprimer son opinion
- Difficulté de trouver un moment qui permet à tous de participer
- Possibilité d'avoir à offrir des incitatifs pour encourager la participation
- Analyse pouvant être coûteuse en temps
- Nécessité d'une planification et d'une analyse attentive

## Étude de cas<sup>31</sup>

L'étude de cas peut être très efficace lorsque de l'information très détaillée sur des circonstances antérieures risque de faire la lumière sur des obstacles nuisant au changement.

Avantages :

- Peut permettre l'obtention d'information très détaillée sur une question ou un événement
- Lorsque combinée à d'autres techniques, peut permettre de mieux comprendre et d'éclairer

Désavantages :

- Nécessité de plusieurs formes de collecte et d'analyse des données
- Possibilité d'avoir à faire appel à une variété d'experts
- Peut être coûteuse en temps et en argent
- Constats pouvant être sujets à de l'interprétation subjective
- Possibilité que les constats d'un groupe ne soient pas généralisés dans d'autres groupes

## Entrevue<sup>31</sup>

Il s'agit d'une discussion à deux, en face à face, au cours de laquelle un intervieweur pose des questions précises à une personne. L'entrevue peut être structurée, semi-structurée ou non structurée.

Avantages :

- Permet d'obtenir de l'information approfondie et détaillée
- Permet aux participants d'exprimer leurs propres points de vue
- Permet d'explorer des questions complexes ou imprévues

Désavantages :

- Peut être coûteuse en temps et en argent
- Possibilité que l'intervieweur influence les réponses par sa façon de poser les questions
- Possibilité que les réponses des participants soient teintées par l'inhibition
- Résumer et comparer les réponses à des questions ouvertes peut être difficile

## Sondage<sup>31</sup>

Un sondage comporte une série de questions normalisées visant à évaluer les connaissances, les attitudes ou le comportement (autodéclaré) des répondants. Les questions peuvent être ouvertes, pour permettre aux participants de réagir aux questions dans leurs propres mots, fermées (les répondants doivent choisir leurs réponses parmi une liste prédéterminée), ou une combinaison des deux.

Avantages :

- Peut être acheminé à des professionnels de la santé et des patients partout au pays
- Possibilité d'amasser des données auprès d'un grand nombre de personnes en relativement peu de temps
- Possibilité pour les répondants de répondre au sondage au moment qui leur convient
- Possibilité pour les répondants de rester anonymes
- Relativement peu coûteux

Désavantages :

- Temps considérable requis pour l'élaboration du questionnaire et la réalisation d'essais
- Impossibilité de poser des questions de suivi
- Risque que les répondants ne rapportent pas honnêtement leurs comportements ou les facteurs influençant la pratique
- Risque d'un faible taux de participation

## Technique du groupe nominal<sup>31</sup>

La technique du groupe nominal consiste en une discussion hautement structurée entre des gens dont les idées sont mises en commun puis priorisées.

Avantages :

- Possibilité de générer de nombreuses idées en peu de temps
- Tous les participants ont une voix
- Rapide et facile à réaliser
- Peut servir à susciter le consensus dans le groupe en ce qui concerne la priorisation d'idées

Désavantages :

- Requiert un animateur très habile
- Nécessité d'offrir des incitatifs aux participants potentiels
- Un seul sujet (ou une seule question) peut être exploré

## Technique Delphi<sup>31</sup>

La technique Delphi est une démarche itérative selon laquelle l'information est amassée auprès du même groupe de participants par le biais d'une série de sondages.

Avantages :

- Participants demeurent anonymes
- Possibilité d'acheminer les sondages aux répondants

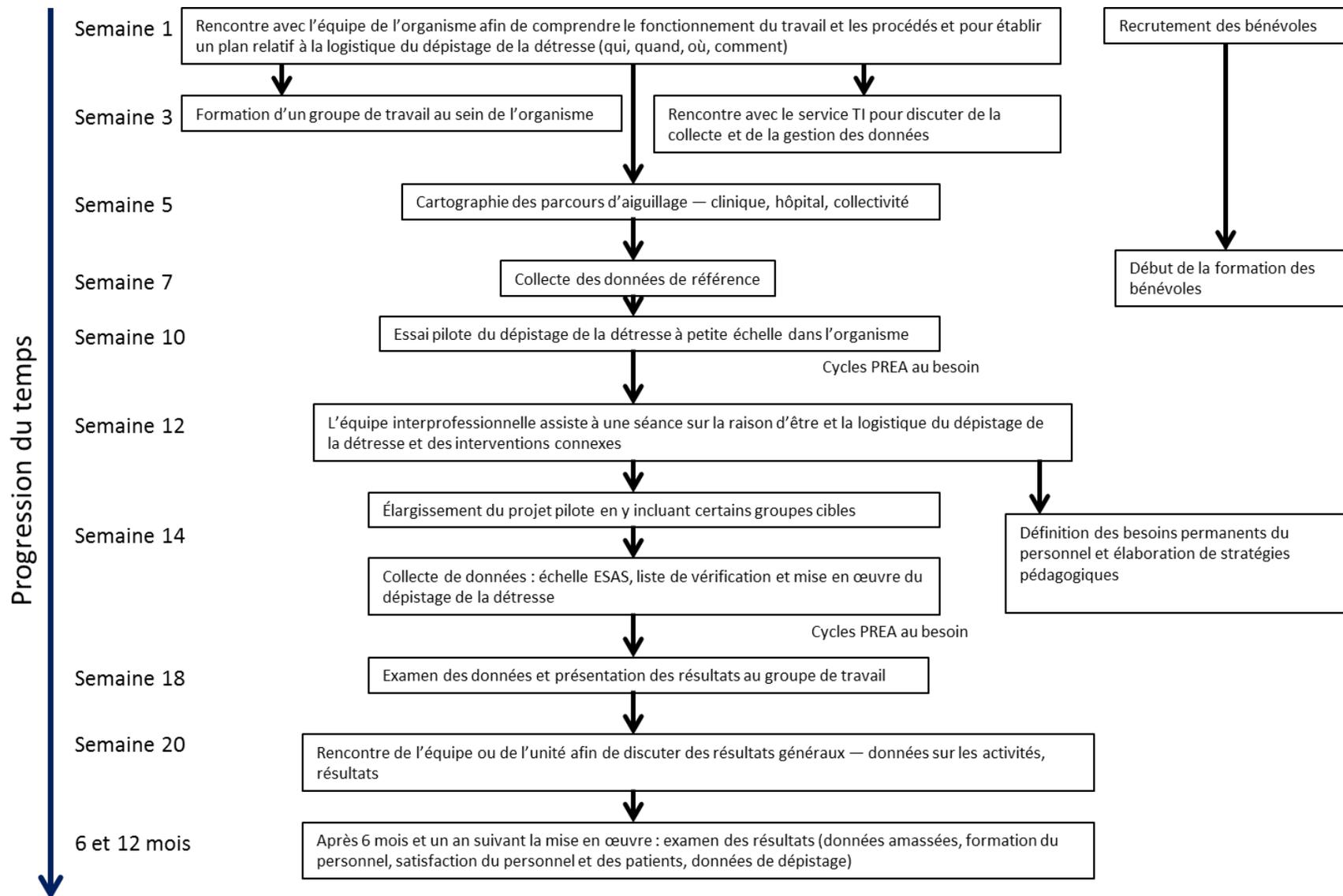
Désavantages :

- Nécessite beaucoup de temps pour l'élaboration des questions, l'analyse et la révision
- Possibilité que les participants n'aient pas envie de répondre à des sondages multiples
- Risque d'un faible taux de participation

## Techniques à fondement artistique<sup>32</sup>

Les techniques fondées sur les arts ont le potentiel de favoriser une sensibilisation critique, la compréhension et la sympathie. Des performances dramatiques ont souvent aidé les professionnels de la santé à réfléchir aux soins qu'ils prodiguent et à mieux comprendre les questions entourant les soins aux patients.<sup>33, 34, 35</sup> Une autre technique est celle de l'improvisation : les participants présentent une petite scène, puis cette même scène est reprise, mais cette fois, en remplaçant l'interprète du rôle principal par un autre participant qui pourra opter pour une approche différente qui pourrait donner de meilleurs résultats. Cette méthode encourage une pensée critique en ce qui concerne la réalité de la pratique, les causes fondamentales des problèmes sociaux et leurs solutions, et le changement.

## Annexe G : Cartographie des étapes de mise en œuvre



Adaptation du « PMH Clinci Roll Out », Hôpital Princess Margaret, équipe de mise en œuvre

## Annexe H : Affiche et dépliant pour les patients

### Affiche

# Le dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital

**Vous n'avez pas à faire face au cancer seul. Nous sommes là pour vous aider.**

- Durant l'expérience du cancer, il est fréquent d'éprouver de la détresse.
- Le dépistage de la détresse aide votre équipe soignante à identifier et à s'occuper de vos préoccupations.
- Lors de votre prochaine visite, demandez de participer au Programme de dépistage de la détresse.



## Dépliant

### Commentaires de patients :

“Je suis heureux de faire partie d’un programme innovateur qui améliore les soins donnés aux patients.”



“Je suis impressionnée par ce que vous m’offrez.”

“Je me sentais seule au départ, mais j’ai vraiment l’impression que le personnel de l’hôpital se soucie de mon mieux-être.”

“Je ne savais pas qu’autant de ressources existaient. Ça me rassure que quelqu’un m’aide à apaiser mes inquiétudes.”



Le Partenariat canadien contre le cancer  
<http://www.partnershipagaincancer.ca/fr/>

Cancer Journey Portfolio  
Canadian Partnership Against Cancer  
<http://www.partnershipagaincancer.ca/>

Telephone: 1-877-360-1665

E-mail: [info@partnershipagaincancer.ca](mailto:info@partnershipagaincancer.ca)  
[info@partenariatcontrelecancer.ca](mailto:info@partenariatcontrelecancer.ca)

La production de ce rapport fut rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l’intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer

Pour offrir des soins centrés sur la personne

## Le dépistage de la détresse en oncologie, le 6<sup>e</sup> signe vital



## Le dépistage de la détresse en oncologie, le 6<sup>e</sup> signe vital

### Qu'est-ce que la détresse?

La détresse est un sentiment général d'inconfort ou de mécontentement. Elle est fréquente chez les personnes atteintes de cancer et peut être causée par des préoccupations sur les plans émotionnel, social, informationnel, spirituel, pratique ou physique.

### Qu'est-ce que le dépistage de la détresse?



Le dépistage de la détresse aide l'équipe soignante à détecter plus rapidement la présence de détresse chez la personne atteinte et à identifier les problèmes qui en sont la cause. Cela permet à l'équipe de soins d'aider plus efficacement la personne à composer avec ces problèmes.

### Pourquoi appelle-t-on la détresse « le 6<sup>e</sup> signe vital »?

Il peut vous sembler étrange de considérer la détresse comme un signe vital au même titre que le pouls et la tension artérielle. Mais les perceptions dans ce domaine évoluent. On sait maintenant que votre bien-être et votre qualité de vie sont des facteurs essentiels à considérer pendant vos traitements : ils sont tout aussi importants que les signes physiques. Vous avez le droit de demander des ressources et d'en recevoir pour vous aider à faire face aux problèmes associés au cancer. Ces problèmes sont non seulement d'ordre physique, mais aussi d'ordre émotionnel, social et pratique.

### Si mon centre de cancérologie a un programme de dépistage de la détresse, à quoi dois-je m'attendre lors de l'une de mes visites?

Vous remplirez d'abord un bref questionnaire visant à identifier vos besoins et vos préoccupations. Vous discuterez ensuite avec votre équipe soignante de vos réponses à ce questionnaire. Ceci permettra à l'équipe de vous orienter vers les ressources appropriées en fonction de vos besoins.

### Quel sera l'impact du dépistage de la détresse sur les soins que je reçois?

Le questionnaire de dépistage permet à l'équipe de soins de cerner rapidement vos préoccupations et de s'y référer au besoin pour en faire une évaluation plus approfondie. L'équipe soignante, les membres de votre famille et vous travaillerez ensemble dans le but de trouver des façons de mieux gérer ces préoccupations.



### Qui a accès aux informations relatives à mon dépistage?

Les informations recueillies lors du dépistage feront partie de votre dossier médical. Elles seront communiquées au besoin à d'autres professionnels susceptibles de vous offrir des soins. Elles sont protégées comme toutes les informations médicales qui vous concernent. Les résultats à votre questionnaire peuvent aussi être utilisés afin d'évaluer la qualité du programme de dépistage. Dans ce cas, des mesures seront prises pour préserver votre anonymat.



### Quels sont les avantages du dépistage de la détresse?

- Le dépistage de la détresse permet d'identifier rapidement vos besoins et vos préoccupations dans le but d'y apporter une réponse appropriée.
- En prenant part au dépistage, vous participez activement à vos soins.
- Le dépistage de la détresse favorise votre collaboration avec votre équipe soignante.
- Le dépistage de la détresse vous permet de mieux connaître les ressources et les programmes disponibles pour vous aider à mieux composer avec le cancer.

# Annexe I : Exemple d'une fiche de ressources pour les aiguillages d'Action Cancer Manitoba

COMPASS		CCMB COMPASS RESOURCES			CancerCareManitoba
For All Patients		A-S-K	Green Zone Score of 0-3	Yellow Zone Score of 4-6	Red Zone Score of 7-10
		1. Scores Acknowledged 2. Scores & Conversation charted on Questionnaire "COMPASS (ESAS & CPC Distress Screen)"	Patient appears to be managing concern well  • Assess information needs • Build on strengths	Further Assessment  • Information / Education • Support Group, Class or Program • Possible Referral	• Further Assessment • Provider Referral Recommended
• The Navigator Newsletter has a complete listing of support groups, programs and resources available to patient and their families • Patient & Family Support Services (787-2109) can assist in determining patient need for referrals, programs, support and resources (Programs listed are free, unless otherwise noted) • Patient & Family Resource Centre "PFRC" (787-4357) has patient books, handouts and resources for every item and a Nurse Coordinator for consultation. Resources can be mailed to patients o <a href="http://www.cancercare.mb.ca">www.cancercare.mb.ca</a> —Patient and Family—full searchable online library listing / Cancer Treatment Info Sheets available online • All handouts are available on the CCMB shared drive (J:): Screening for Distress folder—Patient Handouts folder					
<b>ADDITIONAL RESOURCES AVAILABLE (as required)</b> to support your patient care in addition to your current practice / basic interventions and accepted clinical practice guidelines & protocols.					
ESAS Item	CPC Item	Possible REFERRAL / CONSULT / PROGRAM / SUPPORT as required		Examples of PATIENT RESOURCES / HANDOUTS	
1. PAIN		☑ CCMB Pain & Symptom Clinic: 787-2476 Pain in Adults with Cancer: Guide to Practice Algorithm		☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) Virtual Hospice Website ( <a href="http://www.virtualhospice.ca">www.virtualhospice.ca</a> ) ☑ CCS Booklet "Pain Relief"	
2. TIRED / FATIGUE *EXERCISE		Fatigue in Adults with Cancer: Guide to Practice Algorithm OT in community / Community Therapy Services ☑ CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109 • Fatigue Education Session      • Cancer Transitions (post-tx) • CCMB Pilates & Cancer          • CCMB Yoga & Cancer Fee Programs: Stay Strong, Cancer Management Exercise Program		☑ Cancer Treatment Info Sheet: "Fatigue" Sleep Disturbances / fatigue handout (J: Drive Patient & Family Education) ☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) ☑ CCS Booklet "Eat well, be active"	
CONCENTRATION / MEMORY (Physical)		☑ CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109 ☑ Brain Fog Program (Telehealth): 787-2109		Brain Fog information sheet (J: Drive Patient & Family Education) ☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC)	
6. DROWSY		☑ CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109 *can be symptom of depression		☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) Sleep Disturbances / fatigue handout (J: Drive Patient & Family Education)	
SLEEP (Physical)		☑ Patient & Family Resource Centre: 787-4357		Sleep Protocol Handout	
9. DYSPNEA		Evidence Based Toolkit for Breathless Management Dyspnea in Adults with Cancer: Guide to Practice Algorithm		☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) ☑ CCS Booklet "Living with Advanced Cancer" <a href="http://www.youtube.com/user/ManagingSOB">http://www.youtube.com/user/ManagingSOB</a>	
3. NAUSEA		☑ CCMB Pharmacist: 787-1902 ☑ CCMB Dietitian: 787-2109		☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) ☑ Cancer Treatment Info Sheet: "Nausea and Vomiting" ☑ CCS Booklet "Chemotherapy & other drug therapies" / "Radiation therapy"	
7. APPETITE		☑ CCMB Nutrition Services / Dietitian: 787-2109 Home Nutrition Program		☑ Cancer Treatment Info Sheet: "Nutrition" ☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) ☑ CCS Booklets "Eating well when you have cancer," / "Eat well, be active." / "When your child has cancer, a guide to good nutrition"	
WEIGHT (Physical)					
PHYSICAL: • Constipation/Diarrhea • Swallowing • Falling / Loss of balance		☑ CCMB Pain & Symptom Clinic: 787-2476 ☑ CCMB Pharmacist: 787-1902 ☑ CCMB Dietitian or Speech Language Pathologist(Swallowing): 787-2109		☑ Cancer Treatment Info Sheets: "Constipation" / "Diarrhea" / "Sore Throat and Mouth" ☑ PFRC: Soft Foods resources / texts Falling Brochure	
INFORMATIONAL: • Understanding my illness and/or treatment • Infection Control • Talking with the health care team • Making treatment decisions • Knowing about available resources		☑ Patient & Family Resource Center: Resource Coordinator for consult: 787-4357 ☑ Breast Cancer Centre of Hope (Nurse Educator): 788-8080 ☑ Patient Representative: 787-2065 ☑ Canadian Cancer Society: 1-888-857-6658 ☑ Health Links: 1-888-315-9257		☑ CCMB Patient & Family Resource Centre (PFRC) ☑ Cancer Treatment Info Sheets: "Cancer Treatment Tips" / "Radiation" / "Chemotherapy" ☑ CCS Booklets "Chemotherapy and other drug therapies" / "Radiation Therapy" / "Clinical Trials" / "Understanding your diagnosis" series <a href="http://www.labtestsonline.org">www.labtestsonline.org</a>	
MEDICATIONS (Informational)		☑ CCMB Pharmacist: 787-1902		☑ Cancer Treatment Info Sheets: "Sore Throat and Mouth"	
QUITTING SMOKING (Informational) SMOKED IN THE LAST SIX WEEKS		☑ CCMB Smoking Cessation Clinic: 787-1202 ☑ Smokers Conversation Guide – Resource / Shared Drive ☑ CCS Smoker's Help Line: 1-877-513-5333 ☑ CCS Smoker's Help Line Referral Form		☑ CCMB Handout: Helping You to Stop Smoking ☑ CCS Booklets "One step at a time" series: "For smokers who want to quit," "For smokers who don't want to quit," "If you want to help a smoker quit"	



## CCMB COMPASS RESOURCES



For All Patients	A-S-K	Green Zone Score of 0-3	Yellow Zone Score of 4-6	Red Zone Score of 7-10
→	<ol style="list-style-type: none"> <li>Scores Acknowledged</li> <li>Scores &amp; Conversation charted on Questionnaire "COMPASS (ESAS &amp; CPC Distress Screen)"</li> </ol>	Patient appears to be managing concern well <ul style="list-style-type: none"> <li>Assess information needs</li> <li>Build on strengths</li> </ul>	Further Assessment <ul style="list-style-type: none"> <li>Information / Education</li> <li>Support Group, Class or Program</li> <li>Possible Referral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Further Assessment</li> <li>Provider Referral Recommended</li> </ul>
• The Navigator Newsletter has a complete listing of support groups, programs and resources available to patient and their families • Patient & Family Support Services (787-2109) can assist in determining patient need for referrals, programs, support and resources (Programs listed are free, unless otherwise noted) • Patient & Family Resource Centre "PFRC" (787-4357) has patient books, handouts and resources for every item and a Nurse Coordinator for consultation. Resources can be mailed to patients ○ <a href="http://www.cancer.mb.ca">www.cancer.mb.ca</a> —Patient and Family—full searchable online library listing / Cancer Treatment Info Sheets available online All handouts are available on the CCMB shared drive (J:) Screening for Distress folder—Patient Handouts folder				
<b>ADDITIONAL RESOURCES AVAILABLE (as required)</b> to support your patient care in addition to your current practice / basic interventions and accepted clinical practice guidelines & protocols.				
ESAS Item	CPC Item	Possible REFERRAL / CONSULT / PROGRAM / SUPPORT as required		Examples of PATIENT RESOURCES / HANDOUTS
4. DEPRESSION		<input type="checkbox"/> CCMB Psychosocial Oncology / Social Worker: 787-2109 <input type="checkbox"/> Depression in Adults with Cancer: Guide to Practice Algorithm <input type="checkbox"/> Anxiety in Adults with Cancer: Guide to Practice Algorithm		"The Emotional Facts of Life with Cancer" Booklet
5. ANXIETY				<input type="checkbox"/> The Navigator newsletter
8. WELLBEING				<input type="checkbox"/> Cancer Treatment Info Sheets: "The Emotional Impact of Cancer"
<b>SOCIAL / FAMILY:</b> Feeling a burden to others Worry about family/friends Feeling alone Relationship difficulties		<input type="checkbox"/> CCMB Patient & Family Support Services: 787-2109 <ul style="list-style-type: none"> <li>Support Groups (Telehealth)</li> <li>Online Support Groups</li> <li>Art Therapy</li> <li>Helping Kids When Someone They Love Has Cancer</li> <li>Mindfulness Based Stress Reduction</li> <li>Cancer Transitions (following treatment)</li> <li>CCMB Pilates &amp; Cancer, Yoga &amp; Cancer</li> <li>Fee Programs: Stay Strong, Cancer Management Exercise</li> </ul>		<input type="checkbox"/> PFRC- ALL TOPICS further resources / copies Coping Texts Children: "When a Parent is Sick" by Joan Hamilton  Virtual Hospice Website ( <a href="http://www.virtualhospice.ca">www.virtualhospice.ca</a> )
<b>EMOTIONAL:</b> Fears/Worries Sadness Frustration/Anger Coping Change in sense of self Loss of interest in everyday things		<input type="checkbox"/> CCMB Patient & Family Resource Centre: 787-4357 <input type="checkbox"/> Canadian Cancer Society Peer Support: 787-7483/1-888-939-3333 <input type="checkbox"/> Breast Cancer Centre of Hope: 788-8080 / 1-888-660-4866		<input type="checkbox"/> CCS Booklets "Living with cancer, a guide for people with cancer and their caregivers" "Living with Advanced Cancer"
<b>INTIMACY AND SEXUALITY (Emotional)</b>		<input type="checkbox"/> Sexuality Counselor (Telehealth): 787-4495 <input type="checkbox"/> CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109		"Man Cancer Sex" by Anne Katz "Woman Cancer Sex" by Anne Katz <input type="checkbox"/> CCS Booklet "Sexuality and Cancer"
<b>CHANGES IN APPEARANCE (Emotional)</b>		<input type="checkbox"/> CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109 <input type="checkbox"/> Guardian Angel Caring Room: 787-4180 Look Good Feel Better: 848-2163		Look Good Feel Better handout Guardian Angel Caring Room Pamphlet
<b>SPIRITUAL:</b> Meaning/Purpose of life Faith		<input type="checkbox"/> CCMB Spiritual Care Specialist: 787-2109 <input type="checkbox"/> CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109		"The Emotional Facts of Life with Cancer" Booklet Spiritual Health Specialist Handout
<b>PRACTICAL:</b> Work/School Finances Child/ Family/ Elder care		<input type="checkbox"/> CCMB Psychosocial Oncology: 787-2109		<input type="checkbox"/> PFRC- ALL TOPICS "A Legal Information Guide for Seniors" Booklet
<b>GETTING TO &amp; FROM APPOINTMENT (Practical)</b>		<input type="checkbox"/> CCS Transportation Office: 787-4121 / 888-857-6658		<input type="checkbox"/> CCS Transportation Brochure
<b>ACCOMMODATION (Practical)</b>		<input type="checkbox"/> PFRC for Winnipeg: 787-4357		<input type="checkbox"/> PFRC Winnipeg Accommodation Handout

Updated: Dec.19, 2011. For Review: Dec. 2012-PFSS and PFRC

## Annexe J : Fiche de dépistage — exemple de l'Alberta



Completed by:  
 Patient  
 Family  
 Health Professional  
 Assisted by family or health professional

Patient Label

Do you or anyone with you today, have any of the following: rash, cough, cold, fever, diarrhea or flu?  
 If yes, please report to the reception desk now.

1. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS):				STAFF TO COMPLETE SHADED SECTION												
Date: _____				Action Taken												
Please circle the number that best describes:				Directly managed	Managed by other care team member	Referral required	Referred to:	Notes								
No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Pain	
Worst possible pain																
Not Tired	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Fatigue Class	
Worst possible tiredness																
Not nauseated	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Fatigue Coordinator	
Worst possible nausea																
Not depressed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Exercise	
Worst possible depression																
Not anxious	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Counselling Referral	
Worst possible anxiety																
Not drowsy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Spiritual Pastoral Care	
Worst possible drowsiness																
Best appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Resource Class	
Worst possible appetite																
Best feeling of wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Resource Counselling	
Worst possible feeling of wellbeing																
No shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Rehabilitation	
Worst possible shortness of breath																
Other problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				<input type="checkbox"/> Living Well With Cancer Class	
															<input type="checkbox"/> Optimal Nutrition Class	
															<input type="checkbox"/> Nutrition	
															<input type="checkbox"/> Speech and Language	
															<input type="checkbox"/> Patient Advocate	
															<input type="checkbox"/> Home Care	
															<input type="checkbox"/> Other:	

2. Canadian Problem Checklist:				
Please check all of the following items that have been a concern or problem for you in the <u>past week</u> including today:				
<b>Emotional:</b>	<b>Practical:</b>	<b>Informational:</b>	<b>Spiritual:</b>	<b>Physical:</b>
<input type="checkbox"/> Fears/Worries	<input type="checkbox"/> Work/School	<input type="checkbox"/> Understanding my illness and/or treatment	<input type="checkbox"/> Meaning/Purpose of life	<input type="checkbox"/> Concentration/Memory
<input type="checkbox"/> Sadness	<input type="checkbox"/> Finances	<input type="checkbox"/> Talking with the health care team	<input type="checkbox"/> Faith	<input type="checkbox"/> Sleep
<input type="checkbox"/> Frustration/Anger	<input type="checkbox"/> Getting to and from appointments	<input type="checkbox"/> Making treatment decisions	<b>Social/Family:</b>	<input type="checkbox"/> Weight
<input type="checkbox"/> Changes in appearance	<input type="checkbox"/> Accommodation	<input type="checkbox"/> Knowing about available resources	<input type="checkbox"/> Feeling a burden to others	
<input type="checkbox"/> Intimacy/Sexuality	<input type="checkbox"/> Quitting Smoking	<input type="checkbox"/> Taking medications as prescribed	<input type="checkbox"/> Worry about family/friends	
<input type="checkbox"/> Change in who I am			<input type="checkbox"/> Feeling alone	
Date: _____	RN Signature: _____			

Integrated Symptom Relief Service—Screening for Distress - Version 3.2 \*Questionnaire adapted from the Cancer Journey Action Group, Canadian Partnership Against Cancer's minimum data set

## Annexe K : Sondage sur les lignes directrices<sup>37</sup>

---

Le questionnaire qui suit vise à évaluer les connaissances, les aptitudes et les convictions en ce qui concerne les conséquences, le rôle et l'identité des professionnels, la motivation, les buts, la mémoire, l'attention, les processus décisionnels, les ressources et le contexte environnementaux, les influences sociales, et la planification.

### Questions d'entrevue

1. Avez-vous entendu parler des nouvelles lignes directrices cliniques visant le dépistage, l'évaluation et le traitement de la détresse psychosociale (dépression, anxiété) chez les adultes souffrant du cancer établies par le Partenaire?
 

**Si oui**, connaissez-vous les recommandations visant le dépistage, l'évaluation et le traitement de la détresse psychosociale?

**Si oui**, comprenez-vous les recommandations visant le dépistage, l'évaluation et le traitement de la détresse psychosociale?

**Sinon**, les recommandations concernent... [CONNAISSANCES]
2. **Préambule** : Selon vous, dans quelle mesure les recommandations sont-elles mises en œuvre? Pouvez-vous m'en donner un exemple récent? Savez-vous comment dépister, évaluer et traiter la détresse psychosociale chez les adultes? Pensez-vous que les autres membres de votre équipe savent comment dépister, évaluer et traiter la détresse psychosociale chez les adultes? [CONNAISSANCES]
3. En général, comment percevez-vous les lignes directrices? Cette opinion s'applique-t-elle aux lignes directrices visant la détresse? Pensez-vous qu'il soit approprié que ces lignes directrices fassent désormais partie de votre travail? La mise en œuvre des recommandations nuirait-elle à votre autonomie professionnelle? [RÔLE ET IDENTITÉ SOCIAUX/PROFESSIONNELS]
4. La mise en œuvre est-elle facile ou difficile? Quels problèmes avez-vous rencontrés? Qu'est-ce qui vous aiderait à surmonter ces problèmes? [CONVICTIONS RELATIVES À LA CAPACITÉ]
5. Quelles sont les répercussions d'offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale (avantages et désavantages relatifs en ce qui concerne le temps, les gens, etc.)? Diriez-vous que les avantages l'emportent sur les coûts? Qu'arriverait-il si ces services n'étaient pas offerts? [CONVICTIONS ENTOURANT LES CONSÉQUENCES]
6. Êtes-vous motivés à offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale? Croyez-vous que vous devriez offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale? Le fait d'offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale entre-t-il en conflit avec vos autres obligations de professionnel de la santé? [MOTIVATION ET OBJECTIFS]

7. À quelle fréquence offrez-vous des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale? Le cas échéant, pour quelles raisons n'offrez-vous pas de services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale (attention? oubli? contraintes temporelles)? [MÉMOIRE, ATTENTION ET DÉCISIONS]
8. Dans quelle mesure les ressources influencent-elles la décision d'offrir ou de ne pas offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale (disponibilité de personnel qualifié, contraintes temporelles, etc.)? [CONTEXTE ET RESSOURCES]
9. Selon vous, quelle est l'opinion des autres membres de votre équipe? Ces points de vue influencent-ils la décision d'offrir ou de ne pas offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale? [INFLUENCES SOCIALES]
10. Pensez-vous que des facteurs affectifs influencent la décision d'offrir ou de ne pas offrir des services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale? Des facteurs affectifs vous influencent-ils personnellement? [ÉMOTIONS]
11. Existe-t-il des procédures ou des modes de travail qui encouragent la prestation de services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale? Lorsque vous constatez qu'un de vos patients a besoin de services de dépistage, d'évaluation et de traitement de la détresse psychosociale, quelle est l'étape suivante? [PLANIFICATION DES ACTIVITÉS]

## Annexe L : Mise en lien des obstacles et des stratégies

Élaboré par D. Howell et E. Pathak, et reproduit avec leur permission.

Obstacle	Stratégie											
	Matériel pédagogique	Rencontres didactiques	Rayonnement pédagogique	Leaders d'opinion	Vérfications et rétroaction	Mécanismes de rappel	Formation orientée sur les patients	Médias de masse	Consensus locaux	Incitatifs financiers	Interventions administratives	Interventions artistiques
<b>Connaissances</b> <i>Manque de connaissances</i>	x	x	x	x			x	x				x
<i>Manque de familiarité</i>	x	x	x	x			x	x				
<i>Oubli</i>					x	x				x	x	
<b>Attitude/motivation</b> <i>Attitude générale</i>		x		x								
<i>Désaccord avec les lignes directrices cliniques en raison de :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>valeur scientifique des données</li> </ul>		x	x	x					x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>rigidité des lignes directrices</li> </ul>	x	x	x	x					x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>menace à l'autonomie professionnelle</li> </ul>	x	x	x	x					x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception d'un parti pris chez l'auteur</li> </ul>	x	x	x	x					x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de clarté et impraticabilité des lignes directrices</li> </ul>	x	x	x	x					x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>incompatibilité ou conflit avec les normes professionnelles</li> </ul>	x	x	x	x					x			

Obstacle	Stratégie											
	Matériel pédagogique	Rencontres didactiques	Rayonnement pédagogique	Leaders d'opinion	Vérifications et rétroaction	Mécanismes de rappel	Formation orientée sur les patients	Médias de masse	Consensus locaux	Incitatifs financiers	Interventions administratives	Interventions artistiques
<p><i>Manque d'applicabilité en raison de :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>caractéristiques des patients</li> </ul>	x	x	x	x			x		x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>circonstances cliniques</li> </ul>	x	x	x	x					x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception que la mise en œuvre ne présente pas un bon rapport coût-efficacité</li> </ul>	X	X	x	x								
<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de confiance chez ceux responsables de planifier ou de présenter la mise en œuvre des lignes directrices</li> </ul>	X	x	x	x								
<p><i>Attentes défavorables en raison de :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>perception que la mise en œuvre n'améliorera pas les résultats pour les patients ni la prestation des soins</li> </ul>	x	x	x	x			x	x	x			
<ul style="list-style-type: none"> <li>sentiments négatifs qui pourraient découler des nouveaux comportements dictés par les lignes directrices, ou défaut d'avoir tenu compte des sentiments entourant la mise en œuvre</li> </ul>	x	x	x	x					x			x

Obstacle	Stratégie											
	Matériel pédagogique	Rencontres didactiques	Rayonnement pédagogique	Leaders d'opinion	Vérifications et rétroaction	Mécanismes de rappel	Formation orientée sur les patients	Médias de masse	Consensus locaux	Incitatifs financiers	Interventions administratives	Interventions artistiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>manque d'auto-efficacité ou d'aptitudes</li> </ul>	x	x	x	x	x		x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de motivation à utiliser les nouvelles connaissances ou à changer les habitudes</li> </ul>		x	x	x			x	x		x	x	
<p><b>Comportement</b> <i>Manque de compréhension en ce qui concerne les activités de routine :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ouverture d'esprit ou attitude défensive</li> </ul>		x	x	x	x		x					x
<ul style="list-style-type: none"> <li>refus de reconnaître les écarts de rendement</li> </ul>		x	x	x	x		x	x			x	x
<p><i>Culture des professionnels de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>proposition de changer la façon dont sont soignés les patients étant perçue comme une critique à l'endroit des soins prodigués jusqu'ici</li> </ul>		x	x				x	x				x
<p><b>Obstacles externes</b> <i>Facteurs associés aux patients :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>impossibilité de réconcilier les préférences des patients et l'utilisation des connaissances</li> </ul>	x	x	x	x			x					x

Obstacle	Stratégie											
	Matériel pédagogique	Rencontres didactiques	Rayonnement pédagogique	Leaders d'opinion	Vérifications et rétroaction	Mécanismes de rappel	Formation orientée sur les patients	Médias de masse	Consensus locaux	Incitatifs financiers	Interventions administratives	Interventions artistiques
<p><i>Facteurs associés à l'utilisation des connaissances en tant qu'innovation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>perception qu'il est impossible de mettre l'innovation à l'essai pendant une durée limitée</li> </ul>	x	x	x									
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception que l'innovation n'est pas cohérente avec la façon de faire des professionnels</li> </ul>	x	x	x	x				x				
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception que l'innovation est difficile à comprendre et à appliquer</li> </ul>	x	x	x	x			x					
<ul style="list-style-type: none"> <li>manque de résultats visibles découlant de l'innovation</li> </ul>	x	x	x	x	x		x	x				
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception que l'innovation ne peut pas être créée puis partagée parmi les gens de manière à en venir à une entente mutuelle</li> </ul>	x	x	x	x				x				
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception que l'innovation risque d'augmenter l'incertitude (ex. : manque de prévisibilité, de structure, d'information)</li> </ul>	x	x	x	x	x		x	x				

Obstacle	Stratégie											
	Matériel pédagogique	Rencontres didactiques	Rayonnement pédagogique	Leaders d'opinion	Vérifications et rétroaction	Mécanismes de rappel	Formation orientée sur les patients	Médias de masse	Consensus locaux	Incitatifs financiers	Interventions administratives	Interventions artistiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception que l'innovation manque de souplesse, qu'elle n'est pas modifiable par les gens qui l'adoptent et la mettent en œuvre</li> </ul>	x	x	x	x	x				x			
<i>Facteurs contextuels :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>temps insuffisant pour mettre en pratique les connaissances</li> </ul>	x	x	x				x				x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>insuffisance de matériel ou de personnel pour mettre en pratique les connaissances</li> </ul>	x	x					x				x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>soutien insuffisant de l'organisme</li> </ul>	x	x	x				x	x			x	x
<ul style="list-style-type: none"> <li>accès inadéquat aux services de santé complémentaires pour mettre en pratique les connaissances</li> </ul>	x	x	x				x	x			x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>remboursements insuffisants pour mettre en pratique les connaissances</li> </ul>		x									x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>perception d'une augmentation des risques de fautes professionnelles si les nouvelles connaissances sont mises en pratique</li> </ul>	x	x	x								x	

## Annexe M : Approches systématiques en matière de changement — théories et modèles

---

### Théorie de diffusion de l'innovation de Rogers<sup>64</sup>

Le modèle de diffusion de l'innovation de Rogers est en fait la théorie classique du changement. Selon Rogers, quatre principaux éléments influencent la diffusion d'une nouvelle idée : l'innovation, les voies de communication, le temps et le système social. Aussi, les gens doivent passer par les cinq étapes suivantes pour adopter une innovation :

1. *connaissance* : être au courant de l'innovation
2. *persuasion* : adopter une attitude positive à l'égard de l'innovation
3. *décision* : prendre la décision cognitive d'adopter l'innovation (intention d'adopter)
4. *mise en œuvre* : utiliser l'innovation
5. *confirmation* : continuer d'utiliser l'innovation, adapter l'innovation ou abandonner l'innovation

Rogers<sup>64</sup> maintient qu'une innovation est plus rapidement adoptée lorsque :

- elle est compatible avec les valeurs, convictions et façons de faire existantes;
- elle est perçue comme étant (relativement) plus avantageuse que les pratiques déjà en place;
- elle est facile à réaliser ou à utiliser (faible complexité);
- les gens peuvent en observer l'utilisation (observabilité);
- elle peut être aisément testée avant d'être formellement adoptée (capacité de mise à l'essai).

### Le modèle « précéder-procéder »<sup>65</sup>

Le modèle « précéder-procéder » peut servir à cerner les obstacles à la mise en œuvre et à établir des plans d'action. Le modèle précise les étapes qui *précèdent* une intervention, et propose des façons de *procéder* à la mise en œuvre ainsi qu'à l'évaluation subséquente.

À la phase « précéder », les problèmes et les facteurs qui y contribuent sont définis. Ces facteurs sont classés par catégories (*prédisposants*, *habilitants*, *renforçants*) puis cotés selon leur importance et leur capacité de changer. Les facteurs prédisposants comprennent les attitudes, les convictions, les valeurs, les connaissances, les perceptions et les aptitudes existantes, des éléments qui peuvent tous stimuler la volonté de changer et de modifier les comportements. Les facteurs habilitants, de leur

côté, sont souvent des facteurs environnementaux ou systémiques qui permettent certains comportements dans un contexte donné. Ils peuvent comprendre des aptitudes appropriées, du personnel adéquat, des systèmes pour appuyer les nouvelles pratiques, du temps clinique ou un accès aux organismes de soins de santé. Quant aux facteurs renforçants, ils sont en lien avec les conséquences de comportements, et peuvent avoir un effet sur la probabilité qu'un comportement soit répété. Ils comprennent l'influence des pairs ainsi que les récompenses et incitatifs (comme de la rétroaction positive) qui encouragent le changement.

Les principales étapes de la phase « procéder » sont la mise en œuvre et l'évaluation. L'étape d'évaluation vise à examiner dans quelle mesure les nouvelles pratiques ont été mises en œuvre. Elle permet aussi d'examiner l'effet de l'intervention sur les comportements et sur les facteurs prédisposants, habilitants et renforçants.<sup>54</sup> Ce modèle a été utilisé pour encadrer un questionnaire et une analyse visant à explorer les obstacles et les éléments propices au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes d'origine chinoise au Canada,<sup>80</sup> et pour guider la formation d'étudiants en sciences de la santé dans le domaine du dépistage et de la détection du cancer buccal.<sup>81</sup>

## Le modèle d'Ottawa d'utilisation de la recherche<sup>66</sup>

Le modèle d'Ottawa d'utilisation de la recherche se veut une approche de mise en œuvre de l'innovation en six étapes :

1. Préparer le terrain :
  - déterminer qui dans l'organisme a l'autorité nécessaire pour entraîner le changement souhaité;
  - déterminer les ressources disponibles qui pourront être utilisées pour mettre en œuvre l'innovation;
  - désigner des agents de changement qui seront responsables de la mise en œuvre de l'innovation.
2. Préciser l'innovation :
  - décrire clairement l'innovation et ce qu'implique sa mise en œuvre.
3. Évaluer l'innovation, les adhérents potentiels et les obstacles et éléments favorables dans le milieu :
  - effectuer une évaluation situationnelle, déterminer les pratiques actuelles, définir les obstacles et les éléments favorables à l'innovation, cerner les adhérents potentiels, et définir le contexte de pratique qui pourrait influencer l'adoption de l'innovation;
  - définir des façons de surmonter les obstacles à la mise en œuvre;
  - comprendre les perceptions et les attitudes des adhérents potentiels;
  - définir l'écart entre la pratique actuelle et les changements recommandés.

4. Choisir et suivre les stratégies d'application des connaissances :
  - à la lumière de l'évaluation situationnelle, choisir des stratégies et interventions appropriées pour rehausser la sensibilisation et la compréhension et renforcer les aptitudes ou offrir de la formation pour permettre aux adhérents de mettre en œuvre l'innovation;
  - compléter les stratégies d'application des connaissances au moyen d'interventions de suivi, ce qui pourrait être particulièrement utile dans le cas d'une innovation nécessitant une longue courbe d'apprentissage;
  - évaluer l'efficacité des stratégies d'application des connaissances.
5. Suivre l'adoption de l'innovation :
  - évaluer l'adoption de l'innovation – déterminer dans quelle mesure l'innovation a été intégrée dans l'organisme et de quelle façon la pratique a changé;
  - évaluer si les stratégies d'application des connaissances ont suffi pour entraîner l'adoption efficace de l'innovation; dans le cas contraire, décider si ces stratégies doivent être modifiées ou s'il convient d'avoir recours à d'autres stratégies.
6. Évaluer les résultats de l'innovation :
  - évaluer l'incidence de l'innovation sur les clients, les patients, les praticiens et les systèmes afin d'en déterminer l'efficacité.

## Les règles de diffusion de Berwick<sup>67</sup>

Les règles de diffusion de Berwick prennent appui sur les travaux de Rogers. On entend ici par « diffusion » les efforts actifs et planifiés visant à persuader un groupe cible d'adopter une innovation.<sup>82</sup>

Berwick soutient que la vitesse de diffusion d'un changement est déterminée par :

- les perceptions entourant l'innovation;
- les caractéristiques des gens qui adoptent (ou n'adoptent pas) l'innovation;
- les facteurs contextuels, surtout ceux ayant trait à la communication, aux incitatifs, au leadership et à la gestion.

La perception de l'innovation est un indicateur clé pour prévoir la diffusion d'une innovation. Les facteurs à considérer comprennent :

- l'avantage perçu du changement – plus les gens comprennent les conséquences prévues de l'innovation, plus ils auront tendance à adopter celle-ci;
- la compatibilité avec les valeurs, les convictions, l'historique et les besoins actuels des gens;
- la simplicité – les innovations simples se diffusent plus rapidement que celles plus complexes; dans une démarche de diffusion efficace, l'innovation originale se mute en plusieurs innovations différentes mais interreliées;

- la capacité de mise à l'essai — si les adhérents potentiels croient ou non qu'ils pourront trouver une façon de tester le changement à petite échelle avant de le mettre en œuvre dans tout l'organisme;
- l'observabilité — la facilité pour les adhérents potentiels d'observer d'autres personnes essayer le changement.

Un autre groupe de facteurs peut expliquer la vitesse de diffusion d'une innovation : la personnalité des gens devant adopter le changement. Berwick décrit cinq types de personnalité :

1. les *innovateurs* (2,5 % d'un groupe) sont aventureux, tolérants au risque et fascinés par la nouveauté;
2. les *adhérents hâtifs* (13,5 %) sont des leaders d'opinion — ils ont de solides liens sociaux à l'échelle locale, mais tendent moins à chercher par rapport aux innovateurs; ils se parlent entre eux ainsi qu'avec les innovateurs, ils font de la « pollinisation croisée » et choisissent les idées qu'ils veulent mettre à l'essai, et ils ont les ressources nécessaires et une tolérance au risque pour essayer de nouvelles choses;
3. les membres de la *majorité précoce* (34 %) ont une perspective plutôt locale — ils apprennent surtout des gens qu'ils connaissent bien, ils font davantage confiance à ce qui leur est familier qu'à la science ou la théorie au moment de décider de mettre à l'essai un changement, et sont plus réticents face au risque, par rapport aux adhérents hâtifs;
4. les membres de la *majorité tardive* (34 %) adoptent une innovation seulement lorsque celle-ci semble être devenue le nouveau statu quo, et pas avant — ils attendent de voir eux-mêmes des preuves, et ne considèrent pas les sources de connaissances « étrangères » comme étant dignes de confiance ni particulièrement intéressantes;
5. les *traditionalistes* ou *résistants* (16 %) utilisent le passé comme point de référence — ils font souvent des choix qui sont sages ou avantageux pour la collectivité ou l'organisme, et ne jurent que par ce qui a été dûment éprouvé.

Berwick soutient que dès que les innovateurs et les adhérents hâtifs acceptent le changement, les membres de la majorité précoce qui interagissent avec ces derniers leur emboîteront le pas. Ce sera ensuite au tour des membres de la majorité tardive, qui constateront que la majorité a adopté le changement et qui seront alors à l'aise de faire de même.

Une autre catégorie de facteurs agissant sur la rapidité de diffusion d'une innovation dans un organisme ou un système social est celle des facteurs liés au contexte et au style de gestion, lesquels encouragent et appuient le processus de diffusion ou y nuisent. Berwick propose des stratégies clés à cet égard, notamment :

- Un virage dans le leadership (passer de la conformité au soutien).
- Une communication en face à face.

- Les nouveaux concepts viennent habituellement de l'externe, mais les nouvelles façons de faire (ce qui permettra de concrétiser les nouveaux concepts) doivent provenir de l'interne, sans quoi le changement ne fonctionnera pas. Un changement ne doit pas seulement être adopté localement, il doit aussi être *adapté* au contexte local. Une idée initiale tend à se multiplier en plusieurs idées divergentes et parallèles pendant une démarche d'innovation,<sup>83</sup> et plusieurs dirigeants semblent percevoir cette réinvention comme une forme de gaspillage, de narcissisme ou de résistance, souvent à tort. La réinvention est plutôt une forme d'apprentissage, et le fruit de courage et de créativité. Les leaders devraient saluer les personnes qui prennent des idées provenant d'ailleurs et qui les adaptent pour se les approprier.
- Adopter et adapter demandent du temps et de l'énergie.

## Le modèle « évaluation multiméthodes/adaptation réflexive »

La démarche d'évaluation multiméthodes (EM) et d'adaptation réflexive (AR) propose un parcours qui prend appui sur des occasions explicites d'apprentissage, de réflexion et d'adaptation. Selon le modèle d'EM, le contexte de pratique se compose d'une série de systèmes intégrés, et il faut tenir compte de tous ces systèmes à la fois. Cette approche est guidée par une série de stratégies plutôt que par des étapes précises. Voici les cinq principes de la démarche EM :

1. Une vision commune, une mission commune et des valeurs communes sont essentielles pour orienter une démarche de changement continu.
2. Pour planifier le changement et s'y adapter, il faut prévoir du temps et de l'espace pour apprendre et réfléchir.
3. La tension et l'inconfort sont des phénomènes normaux et essentiels pendant la mise en œuvre d'un changement dans la pratique.
4. Les équipes d'amélioration devraient comprendre des intervenants variés ayant des perspectives différentes de la pratique et du milieu, y compris des représentants de tous les niveaux de l'organisme et des patients.
5. Un changement dans la pratique requiert un leadership qui soutient, qui participe activement à la démarche de changement, qui assure la pleine participation de tous les membres, et qui prévoit du temps pour la réflexion.

Quant à l'adaptation réflexive (AR), elle vise à créer un milieu de pratique qui sait piloter le changement, qui réfléchit aux erreurs et les utilise, qui encourage l'écoute des diverses perspectives et qui sait adapter le changement à son contexte. Ces stratégies visent à optimiser la capacité du milieu de pratique d'apprendre, d'adapter et de « coévoluer » avec les systèmes internes, les organismes externes, les règles et règlements et la collectivité locale.

Voici les principes directeurs de la démarche AR :

- Une vision commune, une mission commune et des valeurs communes permettent d’orienter une démarche de changement continu. La vision et la mission aident les équipes d’amélioration à définir le but qu’elles veulent atteindre et la façon d’y arriver.
- Les équipes d’amélioration doivent se rencontrer régulièrement, à des moments et des endroits bien définis, afin de réexaminer les activités et en tirer des leçons. Des réunions efficaces permettent aux équipes de déterminer comment fonctionne le milieu de pratique et quels types de changements doivent être mis en œuvre.
- La tension et les conflits sont une partie normale de la mise en œuvre d’un changement dans la pratique. Les équipes d’amélioration doivent établir les règles du jeu pour encourager l’écoute de toutes les opinions et pour gérer les conflits que cela pourrait faire naître.
- Le fait de diversifier les membres d’une équipe d’amélioration permet d’élargir les compétences et les opinions qui contribueront au changement. L’équipe doit comprendre des représentants des diverses unités de l’organisme, et même des patients.
- Les dirigeants doivent activement appuyer le changement et y participer, ils doivent soutenir les objectifs de l’équipe d’amélioration, et mettre à disposition le temps et les ressources nécessaires à la réussite de la démarche.
- Les objectifs fondamentaux de l’équipe d’amélioration comprennent les suivants :
  - des relations interpersonnelles qui prennent appui sur la confiance, l’honnêteté et le respect, et qui accordent de la valeur à tous les points de vue;
  - un milieu de pratique qui est ouvert à l’auto-réflexion et aux nouvelles idées;
  - un milieu de pratique qui reconnaît que tous les volets du travail dépendent les uns des autres, et que cela est essentiel au bon fonctionnement;
  - un milieu de pratique qui apprécie la valeur de la diversité des rôles et des antécédents de chacun – les perspectives différentes renforcent les liens internes et externes du milieu de pratique;
  - un milieu de pratique qui emploie des moyens de communication tant formels qu’informels, selon ce qui convient dans telles ou telles circonstances;
  - un milieu de pratique qui sait établir un équilibre entre les liens solides et les liens plus faibles, tant à l’interne qu’à l’externe, de manière à permettre l’innovation et l’adoption de nouvelles idées et le maintien des liens entre le personnel.

## Le cadre « PARIHS » (Promoting Action on Research Implementation in Health Services)<sup>69</sup>

Le modèle PARIHS est un autre cadre d'application des connaissances qui peut servir à la mise en œuvre de faits probants dans la pratique. Selon ce modèle, la mise en œuvre efficace de constats scientifiques est fonction de l'interaction entre trois éléments clés : les connaissances, le contexte et la facilitation, c'est-à-dire la qualité des faits probants, la nature du contexte dans lequel ces faits seront intégrés, et l'efficacité avec laquelle les faits seront incorporés dans la pratique.

Les principes clés qui sous-tendent ce cadre sont les suivants :

- la mise en œuvre de faits scientifiques dans la pratique est une entreprise organisationnelle et non individuelle;
- les constats scientifiques doivent être de la plus haute qualité (un examen systématique doit prouver qu'elles proviennent d'études méthodologiquement rigoureuses);
- les stratégies de mise en œuvre doivent être soigneusement planifiées, et doivent comprendre une variété d'interventions (ex. : éducation, vérification et gestion du changement);
- des critères pour évaluer l'incidence de la mise en œuvre doivent être définis et approuvés avant le début de la mise en œuvre.

Un peu comme les autres cadres, le modèle PARIHS met l'accent sur la nécessité pour les personnes qui intégreront les connaissances de s'entendre sur les avantages des nouvelles pratiques, sur l'importance d'un contexte organisationnel qui incarne le leadership transformationnel, et sur la nécessité d'assurer l'apprentissage et une facilitation appropriée par une personne compétente désignée à cet effet. L'utilisation de ce cadre requiert toutefois l'intégration de perspectives théoriques, et les interrelations entre les divers éléments du cadre et la façon dont elles influencent les résultats de la mise en œuvre des connaissances doivent être vérifiées.

La réussite d'une mise en œuvre est donc fonction des connaissances, du contexte organisationnel et d'une facilitation efficace. Ces trois éléments se subdivisent en sous-facteurs que l'on peut coter sur une échelle (de *faible* à *élevé*); plus la cote est positive, meilleures sont les chances d'une mise en œuvre efficace.

1. **Connaissances** : quatre critères permettent d'évaluer la nature et la solidité de faits probants et leur potentiel d'intégration :
  - a. **Recherche** : les connaissances doivent être transposées et adaptées au contexte local; les données scientifiques sont moins sûres et objectives que ce qu'on pourrait souvent croire.
  - b. **Expertise et expérience des praticiens** : les connaissances tacites des praticiens (ou leur savoir-faire pratique) doivent être reconnues de façon explicite, de manière à ce que l'expertise puisse être connue, critiquée et renforcée.

- c. **Collectivité ou population ciblée** : les groupes et collectivités doivent être inclus dans la prise de décisions.
  - d. **Contexte et milieu local** : il convient de tenir compte de données relatives au contexte local, comme les résultats d'une évaluation, des témoignages issus de la collectivité et de l'information sur la culture organisationnelle.
2. **Contexte** : le contexte – le milieu de pratique dans lequel le changement sera mis en œuvre – se subdivise en trois éléments fondamentaux, soit la compréhension de la culture courante, les rôles de leadership et les modes d'évaluation de l'organisme. D'autres facteurs sont liés au contexte, dont :
  - a. la pertinence de l'innovation aux yeux de l'organisme;
  - b. la convenance de l'innovation par rapport aux structures et procédures organisationnelles;
  - c. la mise à disposition, l'affectation et la gestion de ressources adéquates pour la mise en œuvre;
  - d. le recours à des stratégies de mise en œuvre axées sur la multidisciplinarité.
3. **Facilitation** : Ici, « facilitation » signifie le type de soutien requis pour aider les gens à changer leurs attitudes, habitudes, aptitudes et façons de penser et de travailler. Les facilitateurs aident donc les gens à comprendre ce qu'ils doivent changer et comment ils doivent changer pour en venir aux résultats souhaités. Le rôle du facilitateur est défini par des caractéristiques personnelles (ouverture, crédibilité, authenticité) et des caractéristiques liées aux fonctions (clarté du mandat, autorité), et par le style de facilitation (rayon d'action, souplesse, présence constante et appropriée). Les principes clés de la facilitation selon le cadre PARIHS comprennent ce qui suit :
  - a. La facilitation est le travail d'une personne – le facilitateur – qui remplit son rôle au moyen d'aptitudes appropriées, de ses qualités personnelles et de ses connaissances.
  - b. L'objet de la facilitation peut varier : il peut s'agir d'offrir de l'aide et du soutien pour réaliser un objectif, ou de prendre les mesures nécessaires pour permettre aux gens et aux équipes d'analyser et d'examiner leurs propres attitudes, comportements et façons de travailler et de les changer.
  - c. Dans le continuum de son travail, le facilitateur doit faire la distinction entre « faire pour les autres », un rôle plutôt discret, pratique, technique et orienté sur les tâches, et « habilitier les gens », un rôle axé sur le renforcement, le mentorat et le soutien qui aide les gens dans leurs apprentissages et leur démarche de changement.
  - d. Les aptitudes en matière de facilitation se développent par un apprentissage expérientiel et l'acquisition de compétences clés propres à ce rôle.
  - e. La facilitation est une intervention discrète (stratégie d'application des connaissances).

## Annexe N : Cadre de mise en œuvre de lignes directrices cliniques et de changement dans la pratique

Adaptation française du cadre préparé par Doris Howell pour l'équipe de mise en œuvre du dépistage de la détresse, octobre 2011; présenté avec la permission de l'auteure.

A. Préparer la mise en œuvre	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>1. Sensibiliser les gens aux nouvelles lignes directrices</p> <p><b>INCITER LA PASSION ENVERS LE CHANGEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les gens connaissent-ils les nouvelles lignes directrices?</li> <li>✓ Les nouvelles connaissances suscitent-elles la confiance?</li> <li>✓ Les dirigeants appuient-ils le changement?</li> <li>✓ Les lignes directrices doivent-elles être modifiées et adaptées?</li> <li>✓ Les gens reçoivent-ils du soutien de la direction?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se familiariser avec les connaissances comprises dans l'algorithme des lignes directrices.</li> <li>b. Préparer un texte sur l'urgence du problème et la nécessité de le régler afin d'améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients et familles (utiliser les données de prévalence issues des évaluations ESAS-r et les constats de récentes publications).</li> <li>c. Susciter le dialogue avec la population ciblée – groupes de cancer et cliniciens – afin de mieux faire connaître les lignes directrices.</li> <li>d. Fournir aux cliniciens des occasions de parler des pratiques actuelles, des changements requis, des obstacles et des facteurs favorables au changement dans la pratique.</li> <li>e. Favoriser la discussion sur le fait que les lignes directrices pourraient devoir être adaptées au contexte local.</li> <li>f. Solliciter l'engagement d'intervenants clés dans l'organisme et de hauts dirigeants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Reconnaître le travail ardu accompli pour l'intégration du dépistage au moyen de l'échelle ESAS-r (alertes « drapeaux rouges »).</li> <li>h. Mettre l'accent sur le fait que le travail à effectuer pour améliorer les résultats et l'expérience des patients sera difficile, mais que les étapes initiales ont déjà été amorcées (travail en équipe, nouveaux processus pour favoriser l'adhésion au dépistage de la détresse).</li> <li>i. Offrir aux divers publics cibles des occasions pédagogiques variées axées sur les symptômes ou problèmes et sur le rôle des lignes directrices dans l'amélioration de la qualité des soins.</li> <li>j. Faire appel à un expert ou à une personne d'autorité pour discuter du symptôme ou problème ou des faits probants qui sous-tendent les lignes directrices.</li> <li>k. Former une équipe de gens passionnés par le projet pour faire avancer les choses au sein même de la pratique.</li> <li>l. Ne pas laisser une discipline ou personne réticente freiner le projet – solliciter l'engagement hâtif d'adhérents.</li> </ul>	<p>Une formation passive à grande échelle accompagnée de documents sur papier ne suffit pas pour changer la pratique, mais cela peut favoriser la sensibilisation initiale prévue au plan marketing.<sup>30</sup></p> <p>L'utilisation des lignes directrices n'aura pas une grande incidence, à moins que cela soit pleinement intégré au contexte clinique par le biais d'un plan de changement systématique et bien géré.<sup>84</sup></p> <p><i>Il est essentiel de définir les obstacles, et les stratégies doivent être adaptées de façon à permettre de surmonter ces obstacles.</i></p>

A. Préparer la mise en œuvre	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>2. Établir un sentiment d'urgence quant au problème de qualité des soins.</p> <p><b>SOLLICITER L'ENGAGEMENT DU CŒUR ET DE L'ESPRIT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le personnel croit-il que les lignes directrices entraîneront de meilleurs résultats pour les patients?</li> <li>✓ Les employés sont-ils enthousiastes à propos du rôle qu'ils peuvent jouer dans l'amélioration de l'expérience des patients et de la qualité des soins?</li> <li>✓ Ont-ils les ressources nécessaires, et ont-ils l'impression qu'on leur accorde de la valeur?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se préparer à faire face à de la résistance (<i>encore des nouvelles lignes directrices?!).</i></li> <li>b. Préparer une fiche d'information expliquant l'urgence du problème en prenant appui sur les statistiques de prévalence et les données relatives à l'expérience des patients, et décrivant comment les nouvelles interventions entraîneront de meilleurs résultats.</li> <li>c. Utiliser les données déjà amassées grâce à l'échelle ESAS-r pour démontrer l'ampleur du problème au fil du temps.</li> <li>d. Diffuser des témoignages sur l'impact d'autres programmes utilisant les connaissances sous-tendant les lignes directrices. Utiliser l'exemple de patients et de proches et les données d'autres cas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ne pas oublier que le changement peut susciter de la peur et de fortes réactions émotives chez les gens.</li> <li>b. Communiquer sans relâche la vision au moyen de stratégies de marketing et de méthodes variées.</li> <li>c. Démontrer comment d'autres organismes ont réussi à mettre en œuvre des changements et à connaître la réussite (quels processus, comment, ce qui fonctionnerait ici, etc.).</li> <li>d. Utiliser des exemples locaux auxquels les praticiens de l'organisme peuvent s'identifier.</li> </ul>	<p><i>Les témoignages de patients et de proches sont de puissants motivateurs de changement, parce que les praticiens veulent offrir les meilleurs soins qui soient.</i></p>

A. Préparer la mise en œuvre	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>3. Comprendre la situation avant de débiter afin d'être en mesure d'élaborer un plan d'action bien ciblé.</p> <p><b>COMMENCER LÀ OÙ EN EST LA PRATIQUE, ET S'ENGAGER ENVERS LE DIAGNOSTIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le personnel utilise-t-il actuellement des outils d'évaluation valides?</li> <li>✓ Enseigne-t-il aux patients des aptitudes d'autogestion pour gérer leurs problèmes?</li> <li>✓ Existe-t-il des ressources pédagogiques pour les patients visant ces problèmes?</li> <li>✓ Les problèmes sont-ils compris, et sait-on comment agir pour changer les choses?</li> <li>✓ Des adhérents peuvent-ils déjà donner l'exemple?</li> <li>✓ Des intervenants pertinents qui devront changer leur façon de faire sont-ils déjà engagés?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Comprendre la pratique actuelle en réalisant une analyse des lacunes; on peut élaborer une liste de vérification axée sur les soins prescrits dans les lignes directrices, ou utiliser un outil existant.</li> <li>b. Évaluer les connaissances, attitudes et aptitudes des adhérents potentiels en ce qui concerne le problème au moyen de sondages, de groupes de discussion ou de l'observation des praticiens à l'œuvre.</li> <li>c. Obtenir des exemples précis des activités présentement en cours.</li> <li>d. Utiliser des méthodes multiples pour cerner les obstacles à l'adoption des recommandations contenues dans les lignes directrices qui devront être surmontés avant de pouvoir changer la façon de travailler.</li> <li>e. Définir les ressources actuellement disponibles (ex. : une infirmière praticienne compétente).</li> <li>f. Vérifier si des programmes pédagogiques ou vidéos de formation existent déjà à l'interne ou à l'externe – éviter la réinvention.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ne rien présumer concernant la pratique (des attitudes ou obstacles peuvent empêcher de poser les bons gestes).</li> <li>b. Considérer l'idée d'effectuer une évaluation de base et de comparer les résultats aux lignes directrices afin de cerner les domaines où des changements sont requis. Assurer que tous peuvent voir les résultats ou, mieux encore, participer à la vérification afin de susciter l'adhésion.</li> <li>c. Inviter les cliniciens à générer des solutions aux obstacles et à décider s'il convient d'adapter les lignes directrices aux façons de faire actuelles.</li> <li>d. Générer un plan précis pour gérer les obstacles cernés dans la stratégie de mise en œuvre.</li> <li>e. Créer une feuille de route détaillée pour piloter le changement et naviguer à travers la complexité.</li> </ul>	<p>Variation considérable, et utilisation des meilleurs faits probants dans la pratique.<sup>85</sup></p> <p>Les stratégies de mise en œuvre sont plus efficaces lorsqu'elles ciblent les obstacles existants.<sup>29</sup></p> <p>On trouve des obstacles à divers niveaux (organisme, groupes de cancer, gens).<sup>86</sup></p> <p>La définition des lacunes est le point de départ de la mise en œuvre de connaissances. Une analyse requiert des méthodes rigoureuses et l'engagement d'intervenants pertinents.<sup>87</sup></p>

B. Stratégies de mise en œuvre	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>1. Personnaliser et adapter les lignes directrices à l'organisme.</p> <p><b>SIMPLIFIER LES ACTIVITÉS PRÉVUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les ressources nécessaires à la mise en œuvre existent-elles?</li> <li>✓ Tous les intervenants pertinents sont-ils engagés dans l'adaptation des lignes directrices?</li> <li>✓ Quels processus doivent être modifiés pour obtenir les résultats voulus?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Déterminer qui devra passer à l'action en fonction des faits probants sous-tendant les lignes directrices (organisation de l'équipe de soins).</li> <li>b. Déterminer si des recommandations doivent être adaptées au contexte local, c.-à-d. comment il faudra prendre certaines mesures (faire correspondre l'ampleur des ressources cliniques aux problèmes).</li> <li>c. Établir un plan d'action précis pour les domaines nécessitant de l'amélioration (ex. : communication dans l'équipe, manque de connaissances et de compétences, approches orientées sur les patients).</li> <li>d. Intégrer la mise en œuvre à d'autres initiatives de changement lorsque possible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Transposer les recommandations issues des lignes directrices en un outil de documentation.</li> <li>b. Simplifier en créant un algorithme de la prestation de soins voulue (qui, quoi, quand, où).</li> <li>c. Mettre en lien les recommandations avec des processus déjà en place (ex. menus déroulants d'outils d'évaluation ciblés permettant de détecter des « drapeaux rouges »).</li> <li>d. Prévoir que la mise en œuvre de changements dans de nouveaux procédés nécessite du temps et une planification systématique en lien avec les résultats souhaités.</li> </ul>	<p>Plusieurs facteurs influencent l'adhésion, dont la perception des avantages liés au changement dans la pratique (coût, risque, qualité, culture), la compatibilité du changement avec les façons de faire actuelles, et la mesure dans laquelle il sera possible pour l'organisme d'adapter des recommandations de portée générale.<sup>67</sup></p> <p><i>Il faut s'assurer de ne pas modifier les faits probants au moment d'adapter les recommandations au contexte local.</i></p>
<p>2. Solliciter l'engagement de leaders d'opinion et de champions à tous les niveaux de l'organisme afin de diffuser l'enthousiasme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A-t-on fait appel à un leader d'opinion respecté?</li> <li>✓ Le champion est-il un excellent facilitateur?</li> <li>✓ Les bons praticiens ont-ils été ciblés pour la mise en œuvre du changement?</li> <li>✓ Les équipes de soins directs ont-elles été habilitées?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Assurer que le changement est stratégiquement appuyé et efficacement géré par les responsables du projet.</li> <li>b. Désigner un leader d'opinion apte à faire valoir l'importance et les avantages du changement pour les patients, et à encourager les professionnels de la santé à vouloir mettre en œuvre le changement.</li> <li>c. Comprendre que les leaders d'opinion et les champions sont souvent des personnes différentes.</li> <li>d. Désigner un champion au sein de groupes précis (ex. : les infirmières praticiennes) afin de favoriser le changement. Considérer l'idée d'offrir à certains champions de la formation en leadership.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Habilitier les équipes de soins directs afin qu'elles puissent passer à l'action et maximiser l'étendue de leurs capacités et de leurs rôles respectifs.</li> <li>b. Assurer que les leaders d'opinion et les champions motivent les cliniciens et les inspirent à prodiguer les meilleurs soins qui soient, p. ex. en agissant comme modèles à suivre.</li> <li>c. Choisir les champions au sein des équipes locales et, si cela convient au changement visé, au sein des groupes disciplinaires dans lesquels des changements sont requis (ex. : des infirmières praticiennes travaillant avec d'autres infirmières pour modifier la façon d'aborder la dyspnée).</li> <li>d. Définir l'équipe de mise en œuvre.</li> </ul>	<p>Le recours à des leaders d'opinion peut donner des résultats positifs ou mitigés.<sup>68</sup> Les résultats mitigés peuvent être attribuables au choix de la personne, à la réceptivité du milieu à cette approche, et aux méthodes utilisées par le leader pour engager les praticiens.</p> <p><i>Les champions locaux doivent être d'habiles facilitateurs et posséder de solides aptitudes interpersonnelles. Il convient de faire des choix judicieux.</i></p>

B. Stratégies de mise en œuvre	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>3. Utiliser une approche à volets multiples pour favoriser le changement dans la pratique.</p> <p><b>COMBINER L'INGÉNIOSITÉ ET DES APPROCHES EFFICACES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les gens savent-ils comment mettre en œuvre le changement, et quand?</li> <li>✓ Ont-ils le temps de développer de nouvelles aptitudes?</li> <li>✓ Dispose-t-on des infrastructures et outils appropriés nécessaires au changement?</li> <li>✓ L'approche choisie tient-elle compte de l'innovation?</li> <li>✓ Des partenaires communautaires ont-ils été sollicités?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Préparer et former tous les cliniciens en misant sur la sensibilisation initiale et en offrant une formation ciblée à ceux touchés par les nouvelles interventions. Utiliser des approches pédagogiques interactives et multimédias.</li> <li>b. Inclure des interventions orientées sur les patients puisqu'elles visent la gestion quotidienne des problèmes.</li> <li>c. Utiliser des rappels personnalisés pour continuellement favoriser et renforcer le changement.</li> <li>d. Offrir aux équipes de l'information rétrospective (vérification et rétroaction) sur la pratique, en utilisant des données dignes de confiance et un format choisi en fonction de facteurs pragmatiques et des circonstances locales.<sup>90</sup></li> <li>e. Favoriser les visites pédagogiques de rayonnement (aussi appelées <i>formation continue</i>) et les rencontres à petite échelle, qui sont plus efficaces que d'autres méthodes didactiques.</li> <li>f. Cerner de bons exemples de pratiques locales à diffuser dans l'organisme, et considérer d'autres méthodes qui permettraient aux professionnels de la santé d'apprendre les uns des autres (<i>coaching</i> entre pairs, formation continue individuelle, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Désigner clairement qui sera responsable de telles et telles recommandations contenues dans les lignes directrices.</li> <li>b. Déterminer par remue-ménages des solutions pour surmonter les obstacles cernés ainsi que des approches à volets multiples (visant les différents obstacles au changement).</li> <li>c. Choisir les stratégies de mise en œuvre en fonction des obstacles et du contexte de pratique, p. ex., les vérifications et la rétroaction pourraient demander trop de travail, à moins que des données et de l'adaptation soient requises (ex. : cotes de l'ESAS-r à la baisse au fil du temps).</li> <li>d. Utiliser des théories du changement pour guider la démarche (théories de la cognition sociale axées sur les perceptions).</li> <li>e. Appliquer les principes de théories de la mise en œuvre pour assurer une approche systématique.</li> </ul> <p><i>Le cycle rapide de changement utilise un processus de vérification et de rétroaction (cycles PREA) qui peut être utilisé pour effectuer des petits tests qui permettront d'atteindre l'objectif final de changement.</i></p>	<p>Treize examens systématiques ont démontré que la diffusion passive d'information est inefficace.<sup>59,88,89-100</sup></p> <p>Les stratégies de mise en œuvre à volets multiples sont plus efficaces.<sup>90,98</sup></p> <p>Les rappels et outils d'aide aux décisions sont habituellement efficaces.<sup>101</sup></p> <p>La distribution de documents aux patients est efficace pour changer le comportement des professionnels de la santé.<sup>102</sup></p> <p><i>La cartographie conceptuelle (remue-ménages) informatisée peut aider à schématiser les obstacles au changement.</i></p>

B. Stratégies de mise en œuvre	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>4. Favoriser l'appropriation du changement par l'équipe clinique à chaque occasion.</p>	<p>a. Commencer à petite échelle et publiciser les réussites (ex. : deux infirmières qui mettent à l'essai les nouvelles techniques d'intervention recommandées).</p> <p>b. Effectuer des révisions mensuelles pour déterminer les progrès réalisés, pour favoriser l'apprentissage et pour permettre un renforcement positif.</p>	<p>a. Utiliser des stratégies qui tiennent compte des besoins précis des groupes disciplinaires ciblés sans que cela soit le point de mire unique, puisque toute l'équipe doit participer au changement.</p> <p>b. Travailler avec ceux qui sont prêts et disposés à participer au changement plutôt qu'avec les plus réticents.</p> <p>c. Des approches ciblées peuvent être nécessaires pour rejoindre certains groupes disciplinaires.</p>	<p>Collaboration visant l'amélioration de la pratique et communautés de pratique comprenant diverses disciplines peuvent aider à faire progresser le changement.<sup>103</sup></p>
C. Maintenir la réussite et célébrer	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>1. Définir ce qui sera considéré une réussite et surveiller le progrès au fil du temps.</p> <p><b>ALLER AU-DELÀ DE L'AMORCE DU CHANGEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'avenir souhaité a-t-il été défini?</li> <li>✓ Un membre de l'équipe possède-t-il des compétences en matière d'évaluation et de mesure du rendement?</li> <li>✓ Des changements ont-ils été intégrés dans les politiques et les normes de soins?</li> <li>✓ Des jalons ont-ils été établis pour mesurer le rendement?</li> </ul>	<p>a. Définir les résultats attendus.</p> <p>b. Inclure dans l'équipe de mise en œuvre une personne possédant des compétences en matière d'évaluation et de mesure du rendement.</p> <p>c. Déterminer comment l'amélioration ou les résultats pour les patients seront mesurés.</p> <p>d. Utiliser des indicateurs établis, le cas échéant, et faire comprendre à l'équipe quels indicateurs seront essentiels aux suivis de routine et à plus long terme.</p>	<p>a. Utiliser des cycles rapides pour vérifier rapidement si les nouvelles façons de faire recommandées étant mises en œuvre nécessitent des corrections en mi-parcours.</p> <p>b. Favoriser l'adhésion du personnel, laquelle est essentielle si l'on veut que les employés s'approprient les réussites, sans quoi le projet pourrait se solder par un échec.</p> <p>c. Prévoir des récompenses ou un système de responsabilisation pour assurer la viabilité du changement.</p>	<p>Des études ont démontré qu'un retour à la case départ est possible après quelques mois si le changement n'est pas maintenu.<sup>104</sup></p>
<p>2. Suivre le changement au moyen de stratégies de collecte de données précises.</p>	<p>a. Utiliser des outils d'évaluation axés sur les résultats pour évaluer les processus, afin de faciliter la collecte de données et l'amélioration continue de la qualité.</p> <p>b. Solliciter la participation de spécialistes locaux en informatique afin d'intégrer dans les dossiers médicaux des outils axés sur les résultats.</p>	<p>1. Établir des jalons à mesurer pour vérifier si la mise en œuvre est sur la bonne voie, à court et à long terme.</p>	

C. Maintenir la réussite et célébrer	Mesures à prendre	Conseils	Principes de base
<p>3. Assurer la viabilité du changement en l'intégrant à la pratique de tous les jours.</p> <p><b>FAIRE EN SORTE QU'IL SOIT DIFFICILE DE MAL FAIRE LES CHOSES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Assurer que le changement est incorporé dans les protocoles, les procédures et les examens locaux.</li> <li>b. Considérer l'idée d'adopter un système de rappel informatisé.</li> <li>c. Considérer la possibilité de faire connaître les résultats à d'autres organismes afin de susciter l'intérêt.</li> <li>d. Encourager la soumission de textes pour publication dans des revues spécialisées ou pour présentation dans des conférences.</li> <li>e. Encourager les gens à s'approprier les données et la diffusion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Assurer la viabilité du changement, ce qui requiert une sensibilisation à la nécessité du changement, l'acceptation de la responsabilité de changer la pratique, des activités favorisant le changement (avec appui) et l'adoption de nouvelles pratiques.</li> <li>b. Prévoir du temps – quelques semaines – avant l'adoption des nouvelles pratiques en tant que nouvelles habitudes.</li> <li>c. Comprendre que les équipes doivent passer à travers certaines étapes avant d'en arriver à une viabilité à long terme : sensibilisation, compréhension, acceptation et engagement.</li> </ul>	

# Annexe O : Modèle de planification de l'application des connaissances

Reproduit avec la permission de l'auteur. Web : <http://www.melaniebarwick.com/training.php>.



## Knowledge Translation Planning Template-R™

© Barwick, Melanie (2011) Hospital for Sick Children Toronto  
 Fillable form available online at [www.melaniebarwick.com/training.php](http://www.melaniebarwick.com/training.php)

**INSTRUCTIONS:** This template was designed to assist with the development of KT plans for research but can be used to plan for non-research projects. It is universally applicable to areas beyond health. Begin with Box #1 at right and work through to box #14 to address the essential components of the KT planning process. It is recommended that you use this worksheet as a reflective and planning tool from which to write your KT plan.

Project Title: \_\_\_\_\_

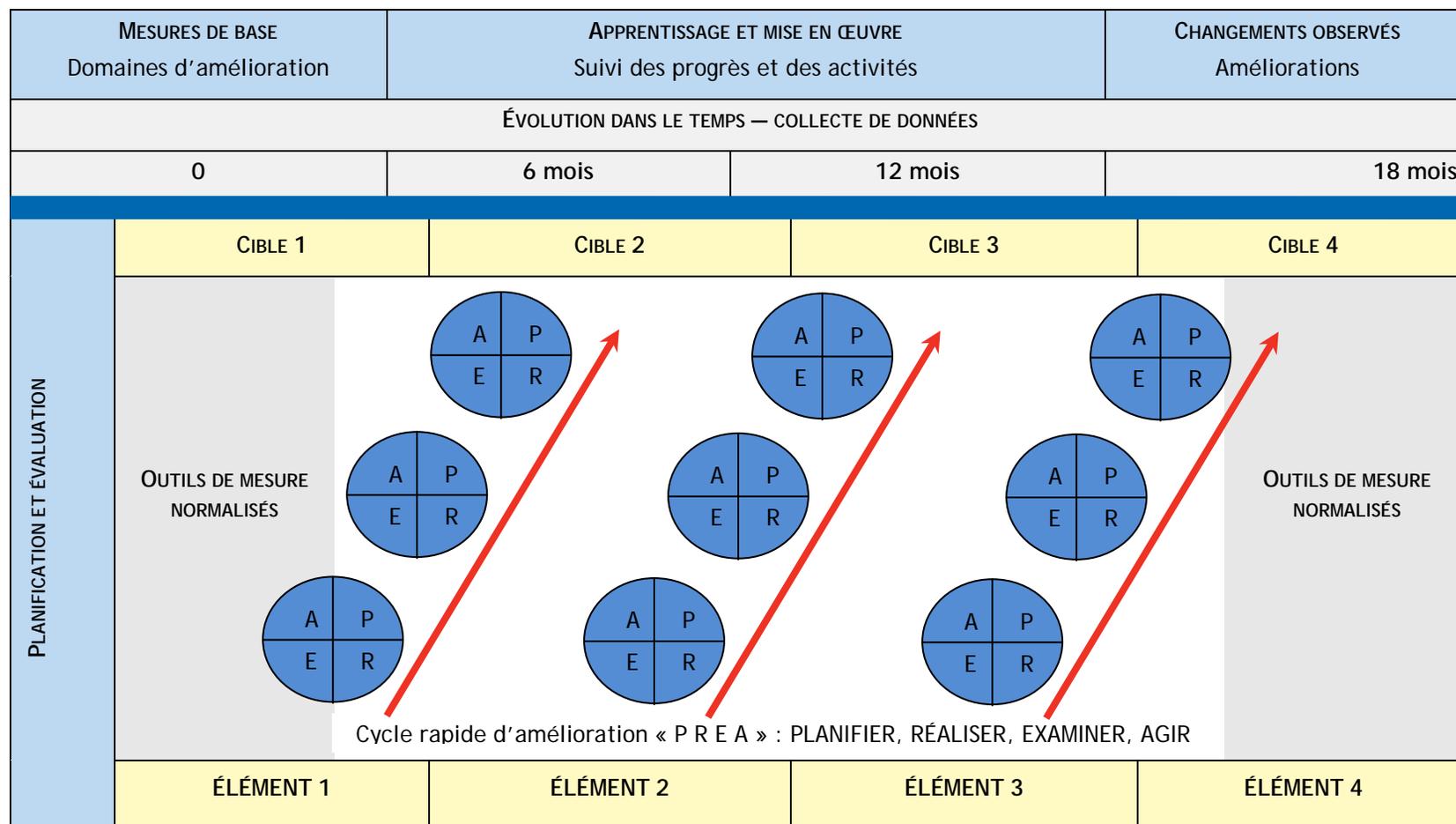
(4) Main Messages	(5) KT Audience(s)	(6) KT Goals	(7) KT Method(s)	(8) KT Process	(9) KT Impact & Evaluation	(10) Partner(s) Role	(11) Resources	(12) Budget Items	(13) Estimated Cost
<p>Briefly, your research seeks to:</p> <p>What messages do you anticipate sharing (up to 3 audiences can be included on this form)?</p> <p>Audience ①</p> <p>Audience ②</p> <p>Audience ③</p> <p>OR</p> <p>No idea yet; messages will emerge during research through collaboration with partners.</p> <p>NOTE: Consider what you can feasibly do within this project, given time and resources.</p>	<p>What audiences will you target?</p> <p><input type="checkbox"/> researchers</p> <p><input type="checkbox"/> health practitioners or service providers</p> <p><input type="checkbox"/> public</p> <p><input type="checkbox"/> media</p> <p><input type="checkbox"/> patients/ consumers</p> <p><input type="checkbox"/> decision-makers</p> <p><input type="checkbox"/> in organization</p> <p><input type="checkbox"/> in community</p> <p><input type="checkbox"/> policy makers</p> <p><input type="checkbox"/> private sector/ industry</p> <p><input type="checkbox"/> research funders</p> <p><input type="checkbox"/> venture capital</p> <p><input type="checkbox"/> volunteer health sector / NGO</p> <p><input type="checkbox"/> Other: (specify below)</p>	<p>What are your KT Goals for each audience?</p> <p>Audiences (②)</p> <p>① ② ③</p> <p>Generate--</p> <p><input type="checkbox"/> awareness</p> <p><input type="checkbox"/> interest</p> <p><input type="checkbox"/> practice change</p> <p><input type="checkbox"/> behaviour change</p> <p><input type="checkbox"/> policy action</p> <p>Impact--</p> <p><input type="checkbox"/> knowledge</p> <p><input type="checkbox"/> tools</p> <p>Inform--</p> <p><input type="checkbox"/> research</p> <p><input type="checkbox"/> product</p> <p><input type="checkbox"/> patent</p> <p>Other: (specify)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p>NOTE: KT is applicable to all research; even single studies are shared via journal articles. However, intent to change practice, behaviour or policy must be supported by a body of research evidence. Always consider legal and ethical principles in your KT efforts.</p>	<p>What KT methods will you use? For example:</p> <p>Audiences (②)</p> <p>① ② ③</p> <p>Mostly Effective*</p> <p><input type="checkbox"/> interactive small group</p> <p><input type="checkbox"/> educational outreach</p> <p><input type="checkbox"/> reminders</p> <p><input type="checkbox"/> IT decision support</p> <p><input type="checkbox"/> multi-prof collaboration</p> <p><input type="checkbox"/> mass media campaign</p> <p><input type="checkbox"/> financial incentive</p> <p><input type="checkbox"/> combined interventions**</p> <p>Mixed Effects*</p> <p><input type="checkbox"/> conferences (didactic)</p> <p><input type="checkbox"/> opinion leaders</p> <p><input type="checkbox"/> champions</p> <p><input type="checkbox"/> educational materials</p> <p><input type="checkbox"/> patient mediated interv.</p> <p><input type="checkbox"/> performance feedback</p> <p><input type="checkbox"/> substitution of tasks</p> <p><input type="checkbox"/> peer reviewed publication</p> <p>Limited Effects*</p> <p><input type="checkbox"/> CQI</p> <p>Unknown Effects*</p> <p><input type="checkbox"/> press release</p> <p><input type="checkbox"/> patent license</p> <p><input type="checkbox"/> arts-based KT</p> <p><input type="checkbox"/> social media networks</p> <p><input type="checkbox"/> communities of practice</p> <p><input type="checkbox"/> Café Scientifique</p>	<p>When will KT occur?</p> <p><input type="checkbox"/> Integrated KT<sup>1</sup> - researchers and research users will collaborate to shape the research process, e.g., setting the research questions, deciding the methodology, involvement in data collection and tools development, interpretation of findings and dissemination of research results.</p> <p><input type="checkbox"/> End of grant KT<sup>1</sup> - KT undertaken at the completion of the research process.</p> <p><input type="checkbox"/> Both</p> <p>Comment on the specifics of your KT procedures:</p>	<p>(a) Where do you want to have an impact?</p> <p><input type="checkbox"/> health / well being outcomes</p> <p><input type="checkbox"/> [clinical] practice</p> <p><input type="checkbox"/> [health] policy/service</p> <p><input type="checkbox"/> research</p> <p>(b) How will you evaluate if you achieved your KT goals? The following are examples -</p> <p><input type="checkbox"/> Reach indicators (# distributed, # requested, # downloads/hits, media exposure)</p> <p><input type="checkbox"/> Usefulness indicators (read/browsed, satisfied with, usefulness of, gained knowledge, changed views)</p> <p><input type="checkbox"/> Use indicators (# intend to use, # adapting the information, # using to inform policy/advocacy/ enhance programs, training, education, or research, # using to improve practice or performance)</p> <p><input type="checkbox"/> Partnership / collaboration indicators (# products / services developed or disseminated with partners, # or type capacity building efforts, social network growth, influences, collaborativeness)</p> <p><input type="checkbox"/> Practice change indicators (commitment to change, observed change, reported change)</p> <p><input type="checkbox"/> Program or service indicators (documentation, feedback, process measures)</p> <p><input type="checkbox"/> Policy indicators (documentation, feedback, process measures)</p>	<p>How will your partner(s) assist with developing, implementing or evaluating the KT plan?</p> <p>NOTE: Capture their specific roles in letters of support to funders.</p>	<p>What resources are required?</p> <p><input type="checkbox"/> Human</p> <p><input type="checkbox"/> Financial</p> <p><input type="checkbox"/> IT</p> <p><input type="checkbox"/> Web</p> <p><input type="checkbox"/> Leadership</p> <p><input type="checkbox"/> Management</p> <p><input type="checkbox"/> Worker</p> <p><input type="checkbox"/> Board</p> <p><input type="checkbox"/> Volunteer</p> <p><input type="checkbox"/> Other: (list)</p>	<p>What budget items are related to the KT plan?</p> <p><input type="checkbox"/> Accommodation</p> <p><input type="checkbox"/> Art Installation</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluation specialist</p> <p><input type="checkbox"/> Graphics/Imagery</p> <p><input type="checkbox"/> Knowledge Broker</p> <p><input type="checkbox"/> KT Specialist</p> <p><input type="checkbox"/> Mailing</p> <p><input type="checkbox"/> Media Release</p> <p><input type="checkbox"/> Media product (video)</p> <p><input type="checkbox"/> Networking functions</p> <p><input type="checkbox"/> Open access journal</p> <p><input type="checkbox"/> Plain text writer</p> <p><input type="checkbox"/> Production/printing</p> <p><input type="checkbox"/> Programming</p> <p><input type="checkbox"/> Public relations</p> <p><input type="checkbox"/> Reimbursements for partners (e.g., time, parking, travel)</p> <p><input type="checkbox"/> Tech Transfer/ Commercialization</p> <p><input type="checkbox"/> Teleconferencing</p> <p><input type="checkbox"/> Travel: conferences</p> <p><input type="checkbox"/> Travel: meetings/ educational purposes</p> <p><input type="checkbox"/> Web 2.0 (blogs, podcasts, wikis)</p> <p><input type="checkbox"/> Webinar services</p> <p><input type="checkbox"/> Website development</p> <p><input type="checkbox"/> Venue</p> <p><input type="checkbox"/> Other: (list)</p>	<p>(a) Do you intend to seek additional support for KT?</p> <p>From whom?</p> <p>(b) List estimated costs for items listed in box #12</p> <p>NOTE: be sure to include all KT costs in your budget for funders.</p>
<p>(14) Describe how you will implement your KT strategy. Implementation refers to the process involved with applying your KT strategies, and ensures that the knowledge you are transferring is done with fidelity and maintains quality.</p>									

Goering, P, Ross, S., Jacobson, N, Butterill, D. 2006. A Tool and Accompanying Guide for Assessing Health Research Knowledge Translation (KT) Plans, in Towards More Effective Peer Review of Knowledge Translation (KT) Plans in Research Grant Proposals. <http://www.camh.net/hsrcu>

Version Date: September 20, 2011

## Annexe P : Cadre d'amélioration et d'évaluation de la qualité de l'expérience du cancer

Élaboré par l'équipe d'évaluation d'Expérience globale du cancer



MESURES DE BASE Domaines d'amélioration	APPRENTISSAGE ET MISE EN ŒUVRE Suivi des progrès et des activités		CHANGEMENTS OBSERVÉS Améliorations	
ÉVOLUTION DANS LE TEMPS — COLLECTE DE DONNÉES				
0	6 mois	12 mois	18 mois	
<p><b>CIBLE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>90 % du groupe cible reçoivent des services de dépistage de la détresse</li> </ul>	<p><b>CIBLE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>90 % du personnel ciblé ont les connaissances pour effectuer le dépistage de la détresse</li> <li>90 % du personnel ciblé ont les compétences et aptitudes pour changer leurs pratiques</li> </ul>	<p><b>CIBLE 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les résultats de 90 % du groupe cible sont reconnus par un professionnel de la santé</li> <li>90 % du groupe cible ayant accordé une cote de 4 ou plus font l'objet d'une évaluation plus poussée ou reçoivent un aiguillage approprié</li> <li>90 % des membres des équipes se sont engagés envers la collaboration et l'intégration et la planification des soins, et utilisent des approches fondées sur les faits</li> </ul>	<p><b>CIBLE 4 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>90 % des patients/proches sont satisfaits de la démarche de soins</li> <li>avec le temps, 90 % des patients éprouveront moins de détresse (diminution de la détresse après un an dans les divers groupes de cancer ou les organismes)</li> </ul>	
<p><b>PLANIFICATION ET ÉVALUATION</b></p>				<p>Outils de mesure :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>connaissances et compétences du personnel</li> <li>satisfaction du personnel</li> <li>satisfaction et expérience des patients</li> <li>Culture organisationnelle</li> <li>connaissances et compétences du personnel</li> <li>satisfaction du personnel</li> <li>satisfaction et expérience des patients</li> <li>Culture organisationnelle</li> </ol>
	<p><b>ÉLÉMENT 1 :</b></p> <p>Dépistage et détection hâtive de la détresse</p>	<p><b>ÉLÉMENT 2 :</b></p> <p>Formation du personnel</p>	<p><b>ÉLÉMENT 3 :</b></p> <p>Travail d'équipe et collaboration</p>	<p><b>ÉLÉMENT 4 :</b></p> <p>Engagement des patients</p>

**Modèle de mise en œuvre du dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital**

*\*Les activités ne se limitent pas à celles décrites ici.*

**But : dépister la détresse chez tous les patients atteints de cancer et cerner proactivement leurs principales préoccupations.**

<b>Dépistage et détection hâtive de la détresse</b>	<b>Formation du personnel</b>	<b>Travail d'équipe et collaboration</b>	<b>Engagement des patients</b>
<p><b>Objectif :</b> organiser et planifier la mise en œuvre du dépistage de la détresse.</p> <p><b>Activités* :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- élaborer un plan détaillé de mise en œuvre (disposition, préparation sur le terrain, évaluation des intervenants, marketing, etc.)</li> <li>- incorporer au plan les fondements des soins centrés sur la personne</li> <li>- mettre en œuvre des procédés de collecte de données pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité (mesure systématique et rétroaction cyclique)</li> </ul> <p><b>Extrants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plan de mise en œuvre détaillé</li> <li>- système de collecte de données et de consignation</li> <li>- nombre de patients ayant subi un dépistage de la détresse</li> </ul> <p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en œuvre et évaluation d'un programme de dépistage de la détresse reposant sur un modèle d'amélioration continue de la qualité</li> </ul> <p><b>Résultat ultime :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- infrastructure qui soutient le dépistage de la détresse centré sur la personne</li> </ul>	<p><b>Objectifs :</b> rehausser les aptitudes, les connaissances et les compétences fondamentales en matière de dépistage de la détresse.</p> <p><b>Activités :</b> offrir de la formation portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les soins centrés sur la personne</li> <li>- le dépistage de la détresse, l'évaluation complète et les aiguillages</li> <li>- les lignes directrices, les normes et les algorithmes</li> <li>- l'intégration du dépistage de la détresse dans la façon de travailler</li> <li>- l'amélioration de la qualité et les cycles PREA</li> </ul> <p><b>Extrants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- matériel pédagogique</li> <li>- nombre et type de séances de formation</li> <li>- nombre et catégorie de personnel assistant à la formation</li> <li>- nombre d'employés ayant les compétences et aptitudes</li> </ul> <p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- connaissances accrues des aptitudes requises pour le dépistage de la détresse (dépistage, évaluation, aiguillages)</li> <li>- sensibilisation accrue et intégration des principes clés des soins centrés sur la personne</li> <li>- connaissances accrues des compétences fondamentales requises pour le dépistage de la détresse</li> </ul>	<p><b>Objectif :</b> assurer la collaboration interprofessionnelle au moment de planifier les soins.</p> <p><b>Activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acquérir les capacités pour travailler en équipes interprofessionnelles (élargissement du champ de travail et de la communication)</li> <li>- utiliser les lignes directrices, les normes et les algorithmes pour appuyer la planification des soins</li> <li>- évaluer les principales préoccupations des patients et faire les aiguillages appropriés au besoin</li> </ul> <p><b>Extrants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépistage de la détresse effectué par des équipes interprofessionnelles</li> <li>- nombre de patients dont la cote est &gt; 4</li> <li>- taux de patients dont la cote est &gt; 4 qui ont été évalués plus en profondeur ou aiguillés</li> <li>- adhésion aux lignes directrices probantes</li> <li>- satisfaction du personnel envers le travail d'équipe</li> </ul> <p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adhésion accrue aux lignes directrices fondées sur les faits visant la pratique</li> <li>- collaboration améliorée au sein des équipes</li> <li>- prestation de soins accessibles et sécuritaires</li> </ul> <p><b>Résultats ultimes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- coordination améliorée, continuité et intégration des soins</li> <li>- changements dans la pratique</li> </ul>	<p><b>Objectif :</b> améliorer l'expérience des patients et de leurs proches.</p> <p><b>Activités :</b> adopter des processus pour assurer que les patients recevant des services de dépistage de la détresse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- font partie de l'équipe de soins (et des discussions)</li> <li>- participent de façon significative à la prise de décisions et à la détermination des priorités concernant les soins cliniques</li> <li>- reçoivent de l'information complète et précise en temps opportun</li> <li>- sont rassurés que leurs préoccupations seront discutées et gérées le plus rapidement possible</li> </ul> <p><b>Extrants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pourcentage des patients souffrant moins de détresse</li> <li>- satisfaction des patients et des familles</li> </ul> <p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- satisfaction accrue à l'égard des soins</li> <li>- expérience améliorée pour les patients</li> <li>- meilleure connaissance de la maladie et du parcours des soins du cancer</li> <li>- sensibilisation accrue quant aux services et ressources</li> </ul>

## Annexe Q : Démarches d'amélioration et d'évaluation de la qualité par région

### Région 1

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients ayant fait l'objet d'un dépistage</li> <li>• Niveaux de détresse (faible, modérée, grave)</li> <li>• Problèmes éprouvés</li> <li>• Aiguillages effectués et acceptés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage préliminaire : satisfaction des patients (n=52)</li> <li>• Sondage auprès des patients : sensibilisation au dépistage, raison d'être (principes de base) et satisfaction (n=53)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du taux de patients ayant reçu des services de dépistage de la détresse par les infirmières de cliniques de radiothérapie (désignation d'un champion, modification de la formation pour l'adapter à l'équipe locale)</li> <li>• Augmentation du taux de patients ayant reçu des services de dépistage de la détresse par des techniciens en radiothérapie (selon où et quand survenaient le dépistage et les discussions)</li> <li>• Augmentation du taux de patients ayant reçu des services de dépistage de la détresse par des infirmières en chimiothérapie (petit nombre de dépistages, groupes de cancer et fréquence, augmentation de la perception de la faisabilité)</li> </ul>

### Région 2

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Travail d'équipe et collaboration	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients ayant fait l'objet d'un dépistage</li> <li>• Nombre de patients éprouvant un niveau faible, modéré ou élevé de détresse</li> <li>• Nombre de patients aiguillés vers des spécialistes – respect des voies d'aiguillage? Sinon, pourquoi?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondages : professionnels de la santé</li> <li>• Groupes de discussion : professionnels de la santé</li> <li>• Sondages auprès des spécialistes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Point de référence : expérience des patients en oncologie</li> <li>• Sondages : modèle de NRC Picker (janvier 2010)</li> <li>• Sondages : satisfaction des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la communication au sein des équipes et de la consignation dans les dossiers médicaux (vérification des documents sur les patients + ordinogramme + voies de communication idéales, résultats des dépistages consignés dans les dossiers des patients, copies transmises aux spécialistes vers lesquels les patients étaient aiguillés)</li> <li>• Augmentation du nombre de patients ayant reçu des services de dépistage de la détresse par des intervenants pivots de cliniques achalandées (appels téléphoniques le lendemain aux patients manqués)</li> <li>• Augmentation du nombre de patients ayant reçu des services de dépistage de la détresse dans une région (questionnaire placé en premier dans les dossiers des patients)</li> <li>• Augmentation du nombre de patients ayant reçu des services de dépistage de la détresse dans un des sites (recours au soutien de leaders, lesquels ont assisté à des réunions, communiqué directement avec le personnel et reçu de la formation plus poussée)</li> </ul>

### Région 3

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de sites effectuant le dépistage de la détresse</li> <li>• Nombre de patients ayant subi un dépistage de la détresse lors de leur rendez-vous de chimiothérapie (une fois par cycle)</li> <li>• Nombre de patients dont la cote était <math>\geq 4</math> et dont la détresse a diminué pendant leur cycle de chimiothérapie</li> <li>• Nombre de patients dont la cote est passée de <math>\geq 7</math> à <math>\geq 4</math> d'un cycle de chimiothérapie à l'autre</li> <li>• Nombre de patients dont la cote était <math>\geq 4</math> et qui ont été aiguillés vers un autre professionnel</li> <li>• Nombre de patients ayant accepté d'être aiguillés</li> <li>• Nombre de patients ayant reçu des services spécialisés (par discipline)</li> <li>• Nombre de patients ayant reçu des services dans leur collectivité</li> <li>• Nombre de patients ayant reçu des services par télémédecine</li> <li>• Nombre de patients ayant accordé une cote plus faible lors de rendez-vous subséquents</li> <li>• Données démographiques/médicales :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- sexe</li> <li>- âge</li> <li>- diagnostic de cancer</li> <li>- phase du cancer</li> </ul> </li> <li>• Information démographique sur la clientèle francophone et des Premières nations</li> <li>• Données relatives aux soins infirmiers (mesures prises)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents de dépistage rendus plus clairs et complets par les infirmières et les patients (vérification de l'outil de dépistage dans les dossiers des patients, meilleures directives et formation pour les infirmières)</li> <li>• Augmentation du nombre de questionnaires de dépistage remplis dans un des sites (visites sur place pour réengager l'équipe locale, désignation d'un champion pour favoriser des réactions adéquates aux cotes élevées de détresse)</li> </ul>

## Région 4

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Formation du personnel	Travail d'équipe et collaboration	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients ayant fait l'objet d'un dépistage</li> <li>• Nombre de patients ayant reçu un formulaire d'auto-évaluation des symptômes, de patients l'ayant rempli, et de patients ayant refusé de le remplir</li> <li>• Nombre de patients ayant indiqué souffrir de détresse modérée à élevée (4 à 6) ou élevée (<math>\geq 7</math>).</li> <li>• Nombre de rendez-vous avec une infirmière générés</li> <li>• Détermination de la gravité des symptômes par groupe de cancer</li> <li>• Comparaison de la gravité des symptômes de nouveaux patients, par rapport aux patients en suivi</li> <li>• Comparaison des symptômes chez les patients en radiothérapie et ceux recevant une thérapie générale</li> <li>• Évaluation des aiguillages générés</li> <li>• Détermination du taux de « grappes » de symptômes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démonstration de l'utilisation des lignes directrices (vérification des dossiers médicaux)</li> <li>• Compréhension des processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction, connaissances et compétences du personnel : mise en œuvre du dépistage de la détresse (sondage, groupes de discussion et observation)</li> <li>• Satisfaction, connaissances et compétences du personnel : mise en œuvre des lignes directrices (sondage, groupes de discussion et observation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage auprès des patients : expérience et satisfaction quant aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion accrue aux algorithmes (observation, mentorat, récompenses, plus de temps clinique pour améliorer l'adhésion)</li> <li>• Gestion améliorée des « grappes » de symptômes chez les patients ayant accordé une cote <math>\geq 7</math> (mentorat)</li> <li>• Réduction du nombre de patients ayant accordé une cote <math>\geq 4</math> mais n'ayant pas été évalués par une infirmière (simplifié la transmission des cotes ESAS-r aux infirmières, rappels verbaux aux patients)</li> <li>• Amélioration de la formation aux bénévoles et sensibilisation à l'outil de dépistage (matériel pédagogique amélioré, désignation de bénévoles pour les activités de dépistage, d'évaluation et de gestion des symptômes)</li> <li>• Amélioration du déroulement des activités cliniques (clarification du rôle et des tâches des infirmières et oncologues en matière de dépistage et d'évaluation)</li> </ul>

## Région 5

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Formation du personnel	Travail d'équipe et collaboration	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients ayant fait l'objet d'un dépistage</li> <li>• Nombre de patients manqués</li> <li>• Nombre et type d'aiguillages</li> <li>• Nombre de patients ayant refusé le dépistage de la détresse</li> <li>• Étude d'un programme intelligent (dépistage en deux étapes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation du personnel</li> <li>• Satisfaction du personnel quant à la formation fournie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage auprès du personnel : satisfaction à l'égard de l'outil d'évaluation et de réaction à la détresse (appelé « DART »)</li> <li>• Revue des résultats issus du DART dans les rapports et les dossiers médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des patients quant au DART et la qualité</li> <li>• Satisfaction des patients quant aux soins reçus et leur qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi accru des aiguillages (consignation des interventions infirmières, ajout d'une boîte à cocher sur le formulaire de travail social, recours au DART comme référence)</li> <li>• Augmentation de 5 % par mois des dépistages automatisés dans une clinique (mise en œuvre d'un programme intelligent en mai 2011)</li> <li>• Augmentation du taux de dépistage à 90 % dans les cliniques dotées d'un système de « cartes jaunes » (communication des résultats issus d'essais, soutien bénévole accru)</li> <li>• Formation accrue chez le personnel occasionnel (de 0 à 10 %) sous forme de séances libres portant sur le DART</li> <li>• Diminution de 7 à &lt; 5 % des faux positifs relatifs au suicide obtenus avec le DART grâce au programme intelligent</li> <li>• Amélioration de l'intégration des lignes directrices visant la gestion des symptômes (vérification des dossiers, études de cas) – mesure de la satisfaction</li> </ul>

### Région 6

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Formation du personnel	Travail d'équipe et collaboration	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage visant la collecte de données de référence sur la pratique actuelle</li> <li>• Nombre et taux de patients ayant fait l'objet d'un dépistage</li> <li>• Nombre de dépistages chez les patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage avant et après la formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification mensuelle dans les dossiers médicaux (n=10) des interventions réalisées et non réalisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondage auprès des patients : expérience et satisfaction quant à l'outil de dépistage et aux interactions avec le personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cycles PREA fondés sur la vérification de dossiers</li> <li>• Cycles également fondés sur la résolution de problèmes survenue lors des rencontres de l'équipe de mise en œuvre clinique</li> </ul>

### Région 7

Dépistage et détection hâtive de la détresse	Formation du personnel	Travail d'équipe et collaboration	Engagement des patients et résultats	Cycles rapides
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification des dossiers avant la mise en œuvre (10 à 20 par sites)</li> <li>• Comparaison entre le nombre de patients vus à la clinique et de questionnaires de dépistage remplis</li> <li>• Nombre de patients éprouvant de la détresse à qui on a offert une évaluation plus poussée, une intervention ou un aiguillage</li> <li>• Nombre de patients ayant accepté d'être aiguillés</li> <li>• Nombre d'interventions appuyées par le personnel infirmier (champ de pratique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondages avant et après le cours EDOPI : connaissances + sensibilisation à la détresse, évaluation + intervention</li> <li>• Sondage sur la formation du personnel après 6 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires préliminaire et postérieur auprès du personnel sur la collaboration dans l'équipe, le traitement des symptômes et les soins centrés sur le patient</li> <li>• Sondages mi-parcours et final auprès du personnel : utilisation de l'outil de dépistage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondages avant et après la mise en œuvre auprès des patients : satisfaction, expérience et qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cycles PREA planifiés de façon continue afin d'atteindre l'objectif de dépister la détresse chez 90 % du groupe cible (vérification des dossiers, sondages mi-parcours)</li> </ul>

## Annexe R : Exemples d'outils de cycle rapide d'amélioration

### Outil de vérification des dossiers médicaux (exemple)

Élaboré par D. Howell et E. Pathak, et reproduit avec leur permission.

#### Vérification de la fatigue liée au cancer

Milieu de pratique : \_\_\_\_\_

	N	%
Dossiers vérifiés		
Nouveaux patients		
Nouveaux patients ayant subi un dépistage		
Nouveaux patients ayant accordé une cote positive au symptôme de la fatigue		
Nouveaux patients ayant accordé une cote positive à la fatigue et ayant fait l'objet d'interventions consignées au dossier		
Patients recevant un traitement		
Patients ayant fait l'objet d'un dépistage de la fatigue pendant leur traitement		
Patients ayant accordé une cote positive à la fatigue pendant leur traitement		
Patients ayant accordé une cote positive à la fatigue pendant leur traitement et ayant fait l'objet d'interventions consignées au dossier		
Patients en phase post-traitement		
Patients ayant fait l'objet d'un dépistage de la fatigue post-traitement		
Patients ayant subi un dépistage post-traitement et ayant accordé une cote positive à la fatigue		
Patients en phase post-traitement ayant accordé une cote positive à la fatigue et ayant fait l'objet d'interventions consignées au dossier		

## Liste de vérification des lacunes<sup>78</sup>

Projet d'amélioration de la qualité : \_\_\_\_\_

Lacune / cause de la lacune : \_\_\_\_\_

Directives concernant le moment de consigner une lacune : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Type de patients ou de services ayant fait l'objet d'une vérification des lacunes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contexte : \_\_\_\_\_

Délais prévus pour la collecte de données : \_\_\_\_\_

Personnes responsables de la saisie des données : \_\_\_\_\_

Lacune ou cause d'une lacune	Comptage
(énumérer les lacunes connues ou présumées)	
Autre : (la catégorie « autre » est importante)	

(Optionnel)

Nombre de lacunes	Nombre de personnes desservies / d'articles traités

## Sondage court<sup>78</sup>

Le sondage court permet de recueillir simplement et rapidement juste assez de rétroaction pour vérifier si les efforts d'amélioration progressent dans la bonne voie. On peut aussi l'utiliser pour cerner des domaines d'intérêt (ex. : les patients trouvent-ils que le nouveau formulaire est facile à comprendre?). Ce sondage est en outre efficace pour répondre à la deuxième question du modèle d'amélioration (*Comment saurons-nous si le changement est une amélioration?*) ou pour réaliser un cycle PREA (planifier, réaliser, examiner, agir).

L'utilisation d'un sondage court procure tout un éventail d'avantages :

- il est moins coûteux qu'un sondage à vaste échelle;
- il fournit de la rétroaction immédiate, permettant la prompte réalisation de cycles PREA et un apprentissage rapide;
- il est facile à utiliser;
- il permet de segmenter les populations (p. ex., n'interroger que les patients diabétiques) ou les activités (p. ex., sonder seulement les gens qui utilisent les services d'un nouveau laboratoire ambulatoire);
- il entraîne un meilleur taux de participation lorsqu'il est mené en temps réel (lorsqu'on demande au patient ou à un proche de répondre au sondage sur place, lors du rendez-vous, plutôt que de poster un formulaire ou de questionner les gens par téléphone).

### Sondage court : directives

1. Définir l'objet du sondage.
2. Rédiger une à cinq questions qui permettront d'obtenir l'information voulue.
3. Mettre à l'essai les questions auprès de cinq à dix patients ou proches afin de vérifier si elles sont aisément comprises et, une fois répondues, si elles permettent de recueillir l'information souhaitée.
4. Reformuler les questions au besoin, à la lumière du test de l'étape précédente.
5. Concevoir un mode de distribution; par exemple, une infirmière peut remettre les questionnaires aux patients en leur demandant de le remplir puis de le déposer dans une boîte scellée à cet effet.
6. Recueillir les sondages de façon quotidienne ou hebdomadaire.
7. Afficher les résultats sous forme de diagramme lorsque possible, et analyser les tendances, les données « extrêmes » (hors des limites), etc.
8. Se préparer à réagir rapidement aux plaintes ou à d'autres types de rétroaction nécessitant un suivi immédiat.

## Exemple

### *Organisme XYZ : sondage court*

Chez Organisme XYZ, nous nous sommes engagés à servir les patients et familles de la meilleure façon qui soit. Veuillez prendre quelques minutes pour répondre aux questions ci-dessous.

Prière de nous indiquer votre satisfaction à l'égard des éléments suivants :

Explication claire et compréhensible de vos résultats de tests :	Excellente 1    2    3	Médiocre 4    5
Rapidité avec laquelle vos résultats de test vous sont communiqués :	Excellente 1    2    3	Médiocre 4    5
Écoute de vos questions et préoccupations concernant vos résultats :	Excellente 1    2    3	Médiocre 4    5

Merci beaucoup de nous aider à améliorer nos services. Veuillez écrire tout commentaire complémentaire au verso de cette fiche.

## Annexe S : Cycles rapides d'amélioration — feuilles de travail pour petits groupes

---

### 1. Définir les domaines d'amélioration par remue-méninges

En équipe, énumérer plusieurs domaines d'amélioration souhaitée (ex. : nécessité d'améliorer le taux de dépistages, le traitement d'un symptôme particulier, la réaction aux cotes de dépistage, le suivi ou la consignation).

### 2. Définir des cibles par remue-méninges

- a. Choisir deux domaines d'amélioration convenus par l'équipe. *Comment sait-on que ce domaine d'amélioration constitue un problème ou un défi? A-t-on des données à l'appui?*

Fait n° 1 appuyant la nécessité d'amélioration : \_\_\_\_\_

Fait n° 2 appuyant la nécessité d'amélioration : \_\_\_\_\_

**Remarque :** Si l'équipe n'en sait pas assez sur le problème ou le défi (*pourquoi les choses sont-elles ainsi? qu'est-ce qui ne marche pas?*), que doit-elle faire pour mieux comprendre la situation (cartographier le processus, vérifier les dossiers médicaux, utiliser une liste de vérification)? Lorsque l'équipe aura pleinement compris la nature du problème ou du défi, elle sera prête à définir des cibles et planifier un cycle PREA.

- b. Rédiger un énoncé décrivant la cible à atteindre spécifiquement pour chaque domaine d'amélioration.

**Exemples :** *Réduire de 50 % le nombre de patients donnant une cote de plus de 6 au symptôme de la douleur.*

*Augmenter de 20 % le nombre de patients subissant un dépistage à chaque rendez-vous clinique.*

Cible 1 : \_\_\_\_\_

Cible 2 : \_\_\_\_\_

### 3. Déterminer et choisir des idées par remue-méninges

- a. Choisir une des cibles énumérées au point 2b. Discuter selon la formule du remue-méninges d'idées de changements possibles (ex. : changer un processus ou une pratique) qui permettraient d'atteindre la cible.
- b. Comment mesurera-t-on la réussite du changement?

**Exemples :**

**Idée n° 1 :** *Réduire de 50 % le nombre de patients donnant une cote de plus de 6 au symptôme de la douleur.*

**Mesure :** *Pourcentage de patients donnant à la douleur une cote de plus de 6 dans les 72 heures suivant une intervention de l'équipe.*

**Idée n° 2 :** *Augmenter de 20 % le nombre de patients subissant un dépistage à chaque rendez-vous clinique.*

**Mesure :** *Pourcentage des patients subissant un dépistage à chaque rendez-vous clinique sur une période de 14 jours.*

Idée n° 1 :	Mesures possibles :
Idée n° 2 :	Mesures possibles :
Idée n° 3 :	Mesures possibles :

- c. Choisir la meilleure idée et la meilleure mesure, puis remplir la feuille de planification d'un cycle rapide (page suivante). S'il reste du temps, réutiliser la feuille de travail pour planifier un cycle pour la deuxième idée.

## 4. Planifier un cycle PREA

*Feuille de planification du cycle n° 1*

*(utiliser la même feuille pour planifier d'autres cycles)*

Cible : \_\_\_\_\_

Objectif de ce cycle : \_\_\_\_\_

Mesure : \_\_\_\_\_

Description de la 1 <sup>re</sup> idée à essayer	Personne responsable	Quand réaliser?	Où réaliser?
Cycle n° 1 :			

### Plan

Tâches nécessaires à la mise à l'essai de l'idée	Personne responsable	Quand réaliser?	Où réaliser?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Résultats prévus suivant la mise à l'essai	Mesure(s) pour déterminer l'atteinte des résultats prévus
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**Réaliser :** Décrire ce qui s'est réellement passé pendant la mise à l'essai de l'idée.

**Examiner :** Décrire les résultats mesurés et la façon dont ils seront comparés aux résultats prévus.

**Agir :** Si l'essai est réussi, mettre en œuvre le changement à plus vaste échelle et continuer de mesurer la réussite jusqu'à la mise en œuvre complète.

Si l'essai n'est pas un succès, considérer s'il convient de modifier l'idée de changement et, le cas échéant, la mettre à l'essai à petite échelle. Il se peut aussi que l'idée de changement n'était pas bonne. Si tel est le cas, retourner à l'étape du remue-méninges afin de trouver une nouvelle idée de changement.

## Références

---

- <sup>1</sup> Creswell, J.W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks (Californie) : Sage Publications; 1998.
- <sup>2</sup> Fitch, M.I. *Providing supportive care*. Tiré de : *Supportive Care Framework: A Foundation for Person-Centred Care*. Pembroke (Ontario) : Pappin Communications; 2008. p. 23-24.
- <sup>3</sup> National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Clinical Practice Guidelines in Oncology*. [Document en ligne.] *NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress*. [Mis à jour en 2008; consulté le 20 mai 2009]. Web : <http://www.NCCN.org>.
- <sup>4</sup> Carlson, L.E., Angen, M., Cullum, J. et coll. *High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients*. *British Journal of Cancer*. 2004; 90(12):2297-304.
- <sup>5</sup> Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. *The prevalence of psychological distress by cancer site*. *Psycho-Oncology*. 2001; 10:19-28.
- <sup>6</sup> Agrément Canada. Services de traitement du cancer et oncologie. [Document en ligne.] [Mis à jour en 2008; consulté le 20 mai 2009]. Web : <http://www.accreditation.ca/accreditation-programs/qmentum/standards/cancercare>.
- <sup>7</sup> Swerissen, H., Duckett, S.J., Daly, J., Bergen, K., Marshall, S., Borthwick, C., Crisp, B. *Health promotion and evaluation - a programmatic approach*. *Health Promotion Journal of Australia*. 2001; 11(1):1-28.
- <sup>8</sup> Walters, H. *Guidance note for the programmatic approach of the ICCO alliance*. [Document en ligne.] [Mis à jour en 2011; consulté le 9 février 2012]. Web : <http://www.slideshare.net/compartuser/guidance-note-for-the-programmatic-approach-version-31122011>.
- <sup>9</sup> Graham, I., Logan, J., Harrison, M.B. et coll. *Lost in knowledge translation: Time for a map?* *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006; 26(1):13-24.
- <sup>10</sup> Fitch, M.I., Howell, D., McLeod, D., Green, E. *Screening for distress: responding is a critical function for oncology nurses*. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2012; hiver :12-20.
- <sup>11</sup> Bultz, B.D., Groff, S.L., Fitch, M., Claude-Blais, M., Howes, J., Levy, K. *Implementing screening for distress, the 6<sup>th</sup> vital sign: a Canadian strategy for changing practice*. *Psycho-Oncology*. 2011; 20(5):463-9.
- <sup>12</sup> Howell, D., Currie, S., Mayo, S. et coll. *A pan-Canadian clinical practice guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer (Expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, mai 2009.
- <sup>13</sup> Linden, W., Yi, D., Barroetavena, M.C., MacKenzie, R., Doll, R. *Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer*. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3:54.
- <sup>14</sup> Kirkova, J., Davis, M.P., Walsh, D. et coll. *Cancer symptom assessment instruments: a systematic review*. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24(9):1459-73.
- <sup>15</sup> Chang, V.T., Hwang, S.S., Feuerman, M. *Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale*. *Cancer*. 2000; 88(9):2164-71.
- <sup>16</sup> Nekolaichuk, C., Watanabe, S., Beaumont, C. *The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006)*. *Palliative Medicine*. 2008; 22:111-22.

- <sup>17</sup> Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blasé, K.A., Friedman, R.M., Wallace, F. *Implementation research: a synthesis of the literature*. The National Implementation Research Network. Publication de la FMHI n° 231. 2005.
- <sup>18</sup> London Borough of Lambeth. (2007). *Change management toolkit: programme, project and change management, Version 2*. Londres (Royaume-Uni) : London Borough of Lambeth.
- <sup>19</sup> PICEPS Consultants Inc. *Evaluation of the screening for distress implementation: summary report*. Préparé par le groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer.
- <sup>20</sup> Anderson, D., Ackerman Anderson, L. *Beyond change management: advanced strategies for today's transformational leaders*. San Francisco (Californie) : Jossey-Bass/Pfeiffer; 2001.
- <sup>21</sup> Harrison, M.B., van den Hoek, J., pour le Canadian Guideline Adaptation Study Group. *CAN-IMPLEMENT©: A Guideline Adaptation and Implementation Planning Resource*. Queen's University School of Nursing et le Partenariat canadien contre le cancer, Kingston (Ontario), Canada, avril 2010.
- <sup>22</sup> Ellis, J.H.M., Kiely, J.A. *Action inquiry strategies: taking stock and moving forward*. *Journal of Applied Business and Management Studies*. 2000; 9(1):83-94.
- <sup>23</sup> Stetler, C.B., Legro, M.W., Rycroft-Malone, J. et coll. *Role of "external facilitation" in implementation of research findings: a qualitative evaluation of facilitation experiences in the veterans health administration*. *Implementation Science*. 2006; 1:23.
- <sup>24</sup> Buonocore, D. *Leadership in action: creating a change in practice*. *AACN Clinical Issues*. 2004; 15(2):170-81.
- <sup>25</sup> Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J. et coll. *Getting evidence into practice: the role and function of facilitation*. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 37(6):577-88.
- <sup>26</sup> Doherty, E.J., Harrison, M.B., Graham, I.D. *Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: a focused review of concept and meaning*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2010; 7(2):76-89. Web : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2010.00186.x/full>.
- <sup>27</sup> Hagedorn, H., Hogan, M., Smith, J.L.C. et coll. *Lessons learned about implementing research evidence into clinical practice: experiences from VA QUERI*. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(supp. 2):S21-4.
- <sup>28</sup> Stoll, L., Fink, D., éditeurs. *Changing our schools: linking school effectiveness and school improvement*. Buckingham and Bristol (Pennsylvanie): Open University Press; 1996.
- <sup>29</sup> Logan, J., Graham, I. *Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use*. *Science Communication*. 1998; 20(2):227-46.
- <sup>30</sup> NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *How to change practice*. [Document en ligne.]. Londres (Royaume-Uni) : National Health Service; 2007. Web : <http://www.nice.org.uk>.
- <sup>31</sup> National Institute of Clinical Studies (NICS). *Identifying barriers to evidence uptake*. [Document en ligne.]. Canberra (Australie) : National Institute of Clinical Studies; 2006. Web : [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/file/nics/material\\_resources/Identifying%20Barriers%20to%20Evidence%20Uptake.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Identifying%20Barriers%20to%20Evidence%20Uptake.pdf).
- <sup>32</sup> Kontos, P.C., Poland, B.D. *Mapping new theoretical and methodological terrain for knowledge translation: contributions from critical realism and the arts*. *Implementation Science*. 2009; 4:1.

- <sup>33</sup> Shapiro, J., Hunt, L. *All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education*. *Medical Education*. 2003; 37(10):922-7.
- <sup>34</sup> Gray, R.E., Fitch, M.I., Labrecque, M., Greenberg, M. *Reactions of health professionals to a research-based theatre production*. *Journal of Cancer Education*. 2003; 18(4):223-9.
- <sup>35</sup> Rosenbaum, M.E., Ferguson, K.J., Herwaldt, L.A. *In their own words: presenting the patient's perspective using research-based theatre*. *Medical Education*. 2005; 39(6):622-31.
- <sup>36</sup> Grol, R. *Personal paper: beliefs and evidence in current changing practice*. *British Medical Journal*. 1997; 315(418).
- <sup>37</sup> Michie, S., Pilling, S., Garety, P. et coll. *Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory*. RID A-1745-2010 RID B-2795-2009. *Implementation Science*. 2007; 2:8.
- <sup>38</sup> Kerrigan, C., éditeur. *Walk the talk*. Tiré de : *Lessons learned in changing healthcare... and how we learned them*. Toronto (Ontario) : Longwoods Publishing; 2010. p. 25-40.
- <sup>39</sup> Gosfield, A.G., Reinertsen, J.L. *Finding common cause in quality: confronting the physician engagement challenge*. *Physician Executive Journal*. 2008; 34(2):26-8.
- <sup>40</sup> Reinertsen, J.L., Gosfield, A.G., Rupp, W., Whittington, J.W. *Engaging physicians in a shared quality agenda*. Livres blancs « IHI Innovation Series ». Cambridge (Massachusetts) : Institute for Healthcare Improvement; 2007.
- <sup>41</sup> Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., Hawkins, C. *The non-spread of innovations: the mediating role of professionals*. *The Academy of Management Journal*. 2005; 48(1):117-34.
- <sup>42</sup> Pogorzelska, M., Larson, E.L. *Assessment of attitudes of intensive care unit staff toward clinical practice guidelines*. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2008; 27(1):30-8.
- <sup>43</sup> Lomas, J., Brook, R., Power, E., Chalmers, T., Peto, R. *Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what?* Tiré de : K. S. Warren, F. Mosteller, éditeurs. *Doing more good than harm: The evaluation of health care interventions*. New York : Annals of the New York Academy of Sciences; 1993; 703:226-37.
- <sup>44</sup> Kubler-Ross, E., Kessler, D., éditeurs. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York (New York) : Simon & Schuster Ltd.; 2005.
- <sup>45</sup> Scire, P. *Applying grief stages to organizational change*. 2007.
- <sup>46</sup> Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., Thomson, M.A. *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. Le Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *British Medical Journal*. 1998; 317(7156):465-8.
- <sup>47</sup> Dopson, S., Fitzgerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., Locock, L. *No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based*. *Health Care Management Review*. 2010; 35(1):2-12
- <sup>48</sup> Lenfan, C. *Shattuck lecture: clinical research to clinical practice – lost in translation?* *The New England Journal of Medicine*. 2003; 349(9):868-74.
- <sup>49</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. À propos de l'application des connaissances aux IRSC. [Document en ligne]. [Mise à jour : 2009]. Web : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>.
- <sup>50</sup> Straus, S.E., Tetroe, J., Graham, I. *Defining knowledge translation*. *Canadian Medical Association Journal*. 2009; 181(3-4):165-8.

- <sup>51</sup> Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. *Defining knowledge translation. Canadian Medical Association Journal*. 2009; 181(3-4). doi: 10.1503/cmaj.081229.
- <sup>52</sup> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Toolkit: implementation of clinical practice guidelines*. Document en ligne : <http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-clinical-practice-guidelines>.
- <sup>53</sup> Larson, E. *A tool to assess barriers to adherence to hand hygiene guideline. American Journal of Infection Control*. 2004; 32(1):48-51.
- <sup>54</sup> Grol, R., Wensing, M. *What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Medical Journal of Australia*. 2004; 180(6 Suppl):S57-60.
- <sup>55</sup> Burgers, J.S., Cluzeau, F.A., Hanna, S.E., Hunt, C., Grol, R. *Characteristics of high-quality guidelines: evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2003; 19(1):148-57.
- <sup>56</sup> Glasziou, P., Ogrinc, G., Goodman, S. *Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? BMJ Quality & Safety*. 2011; 20(suppl. 1):13-7.
- <sup>57</sup> Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Quarterly*. 2004; 82(4):581-629.
- <sup>58</sup> Langley, A., Denis, J. *Beyond evidence: the micropolitics of improvement. BMJ Quality & Safety*. 2011; 20(suppl. 1):43-6.
- <sup>59</sup> McWilliam, C.L., Kothari, A., Ward-Griffin, C., Forbes, D., Leipert, B. *SW Community Care Access Centre Home – Evolving the theory and praxis of knowledge translation through social interaction: a social phenomenological study. Implementation Science*. 2009; 4:26.
- <sup>60</sup> Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A., Haynes, R.B. *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal*. 1995; 53(10):1423-31.
- <sup>61</sup> Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., et coll. *Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; (3):005470.
- <sup>62</sup> McDonald, K.M., Graham, I.D., Grimshaw, J. *Toward a theoretic basis for quality improvement interventions*. Tiré de : *Closing the Quality Gap: a Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Volume 1 - Series Overview and Methodology. Technical Review 9* (n° 290-02-0017, Stanford University, UCSF Evidence-based Practices Center). Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality: n° 04-0051-1, AHRQ. Août 2004.
- <sup>63</sup> Bhattacharyya, O., Reeves, S., Garfinkel, S., Zwarenstein, M. *Designing theoretically-informed implementation interventions: fine in theory, but evidence of effectiveness in practice is needed. Implementation Science*. 2006; 1(5):1-3. Web : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1436014/pdf/1748-5908-1-5.pdf>.
- <sup>64</sup> Rogers, E. *Diffusion of Innovations. Fourth Edition*. New York (New York): Free Press; 1995.
- <sup>65</sup> Green, L.W., Kreuter, M.W. *Health promotion planning: an educational and environmental approach. Second Edition*. Mountain View (Californie): Mayfield Publishing Co.; 1991.
- <sup>66</sup> Graham, I.D., Logan, J. *Innovations in knowledge transfer and continuity of care. Canadian journal of nursing research*. 2004; 36(2):89-103.

- <sup>67</sup> Berwick, D.M. *Disseminating innovations in health care. Journal of the American Medical Association.* 2003; 289(15):1969-75.
- <sup>68</sup> Stroebel, C.K., McDaniel, R.R., et coll. *How complexity science can inform a reflective process for improvement in primary care practices. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2005; 31(8):438-46.
- <sup>69</sup> Kitson, A.L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. *Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. Implement Science.* 2008; 3:1.
- <sup>70</sup> Barwick, M. *Knowledge translation planning template.* Web : <http://www.melaniebarwick.com/training.php>.
- <sup>71</sup> Stevens, B., Lee, S., Law, M., Yamada, J. *A qualitative examination of changing practice in Canadian neonatal intensive care units. Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2007; 13(2):287-94.
- <sup>72</sup> Viran, T., Lemieux-Charles, L., Davis, A., Berta, W. *Sustaining change: once evidence-based practices are transferred, what then? Healthcare quarterly.* 2009; 12(1):89-96, 2.
- <sup>73</sup> Schediac-Rizkallah, M.C., Bone, L.R. *Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research.* 1998; 13(1):87-108.
- <sup>74</sup> Argote, L. *Organizational learning: creating, retaining, and transferring knowledge.* Boston (Massachusetts): Academic Publishers; 1999.
- <sup>75</sup> NHS Institute for Innovation and Improvement. *Sustainability model and guide;* 2010. Web : [http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/162236/sustainability\\_model.pdf](http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/162236/sustainability_model.pdf).
- <sup>76</sup> Powell, A.E., Rushmer, R.K., Davie, H.T.O. *A systematic narrative review of quality improvement models in health care.* Édimbourg (Écosse) : NHS Quality Improvement; 2009.
- <sup>77</sup> Langley, G.L., Nolan, K.M., Norman, C.L., Provost, L.P. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. Second edition.* San Francisco (Californie): Jossey-Bass Publishers; 2009.
- <sup>78</sup> Qualité des services de santé Ontario. *Quality Improvement Guide,* 2012. Web : [http://www.hqontario.ca/pdfs/qi\\_guide.pdf](http://www.hqontario.ca/pdfs/qi_guide.pdf).
- <sup>79</sup> PricewaterhouseCoopers LLP. *Implementation evaluation frameworks.* 2010. Préparé pour le groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer.
- <sup>80</sup> Hislop, T.G., Deschamp, M., Teh, C., et coll. *Facilitators and barriers to cervical cancer screening among Chinese-Canadian women. Canadian Journal of Public Health.* 2003; 94(1):68-73.
- <sup>81</sup> Cannick, G.F., Horowitz, A.M., Garr, D.R., et coll. *Oral cancer prevention and early detection: using the PRECEDE-PROCEED framework to guide the training of health professional students. Journal of Cancer Education.* 2007; 22(4):250-3.
- <sup>82</sup> Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Quarterly.* 2004; 82(4):581-629.

- <sup>83</sup> Schroeder, R., Van de Ven, A., Scudder, G., Polley, D. *Managing innovation and change processes: findings from the Minnesota innovation research program*. *Agribusiness*. 1986; 2(4):501-23.
- <sup>84</sup> Kingston, M.E., Krumberger, J.M., Perruzzi, W.T. *Enhancing outcomes: guidelines, standards, and protocols*. *AACN Clinical Issues*. 2000; 11:363-74.
- <sup>85</sup> Institute of Medicine (IOM). *Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*. Adler, N.E., Page, A.E.K., éditeurs. Washington : The National Academies Press; 2008.
- <sup>86</sup> Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., Graham, I.D. *Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions*. *Patient Education and Counseling*. 2008; 73(3):526-35.
- <sup>87</sup> Kitson, A., Straus, S.E. *The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps*. *Canadian Medical Association Journal*. 2009; 182(2):E73-7.
- <sup>88</sup> Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., et coll. *Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. *British Medical Journal*. 1998; 317(7156):465-8.
- <sup>89</sup> Freemantle, N. *Implementation Strategies*. *Family Practice*. 2006; 13(1):S7-10.
- <sup>90</sup> Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., et coll. *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. *Health Technology Assessment*. 2004; 8(6):iii-iv, 1-72.
- <sup>91</sup> Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R.E., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et coll. *Changing physician behaviour: an overview of systematic reviews of interventions*. *Medical Care*. 2001; 39(Supplement 2):II2-45.
- <sup>92</sup> Grol, R., Jones, R. *Twenty years of implementation research*. *Family Practice*. 2000; 17:S32-5.
- <sup>93</sup> O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N. *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1997; 4.
- <sup>94</sup> O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Haynes, R.B., Harvey, E., Davis, D.A., Freemantle, N. *Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1999;1.
- <sup>95</sup> Wensing, M., Elwyn, G., Grol, R. *Patient mediated strategies in improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., éditeurs. Edinburgh (Royaume-Uni) : Elsevier; 2005.
- <sup>96</sup> Smith, W. *Evidence for the effectiveness of techniques to change physicians' behaviour*. *Chest*. 2000; 118(2):8-17.
- <sup>97</sup> O'Brien, M.A., Freemantle, N., Oxman, A.D., Wolf, F., Davis, D.A., Herrin, J. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001; 4.
- <sup>98</sup> Grol, R., Grimshaw, J. *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. *Lancet*. 2003; 362:1225-30.
- <sup>99</sup> Alvanzo, A.H., Cohen, G.M., Nettelman, M. *Changing physician behavior: half-empty or half-full? Clinical Governance: An International Journal*. 2003; 8(1):69-78.

- <sup>100</sup> Bauchner, H., Simpson, L., Chessare, J. *Changing Physician Behaviour. Archives of Disease in Childhood.* 2001; 84:459-562.
- <sup>101</sup> Wensing, M., Bosch, M., Grol, R. *Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. Canadian Medical Association Journal.* 2010; 182(2):E85-8.
- <sup>102</sup> Grilli, R., Ramsay, C., Minozzi, S. *Mass media interventions: effects on health services utilization (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002; 1.
- <sup>103</sup> Nease, D.E., Nutting, P.A., Graham, D.G., Dickinson, W.P., Gallagher, K.M., Jeffcott-Pera, M. *Sustainability of depression care improvements: success of a practice change improvement collaborative. Journal of the American Board of Family Medicine.* 2010; 23(5):598-605.
- <sup>104</sup> Francke, A.L., Smit, M.C., de Veer, A.J., Mistiaen, P. *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2008; 8:38.