

Que faut-il mettre en œuvre de nouveaux projets et mesures dans la pratique?

Autor(en): **Hasenberg, Gabriele / Loytved, Christine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **115 (2017)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949739>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Que faut-il pour mettre en œuvre de nouveaux projets et mesures dans la pratique?

Des soins de santé périnataux modernes exigent qu'on vérifie les mesures et les interventions quant à leur utilité et qu'on adapte les actes des professionnels à l'état actuel des connaissances. Lorsque de nouvelles connaissances sont disponibles et qu'il en résulte le besoin d'introduire de nouvelles interventions, il convient de réfléchir à la meilleure façon de mettre en œuvre ces nouveautés dans la pratique. Ces dernières années, différents concepts ont été développés concernant la façon de procéder.

.....
Gabriele Hasenberg et Christine Loytved

Chez les membres de la profession, il existe un large consensus sur le fait que les offres de soins et les interventions professionnelles dans le cadre des soins de santé périnataux devraient se fonder sur des données probantes. Cependant, le savoir sur l'efficacité et l'utilité d'un changement ne conduit pas à lui seul à ce que ce changement soit mis en application dans la pratique des soins et aboutisse à des offres de soins améliorées ou à des meilleurs résultats. Il faut en effet un savoir et un savoir-faire supplémentaires sur la façon de réussir à transférer les résultats de la recherche dans la mise en œuvre pratique.

Ce processus ne peut pas être conçu comme une voie à sens unique des départements de recherche dans la pratique obstétricale, mais demande le dialogue et la collaboration de toutes les personnes actives dans les soins de santé obstétricaux. La stratégie de mise en œuvre doit prendre en considération un large spectre de connaissances qui ne consiste pas seulement en conclusions tirées des résultats de la recherche, mais tient aussi compte de données sur les particularités locales et de l'expérience avec la palette des divers vœux et besoins des clientes.

Toutefois, il faut d'abord rassembler le savoir disponible sur la manière de réussir la mise en œuvre de nouvelles mesures dans la pratique. Par mise en œuvre, on entend ici la transposition consciente des découvertes, alors que la diffusion se fait machinalement et de manière non ciblée et que le terme dissémination signifie simplement la propagation des connaissances (Rabin et Brownson, 2012). Le présent article a pour but de présenter les travaux importants dans le cadre des processus de mise en œuvre.

Étapes d'une mise en œuvre réussie

Depuis quelques années, on dispose d'un nombre croissant de résultats de la recherche offrant des informations pour des stratégies ciblées de mise en œuvre. Il existe diverses représentations comme la roue de mise en œuvre en neuf étapes de Galpin (1996) ou les six

étapes de Rosswurm et Larrabee (1999). De nombreux auteurs se réfèrent aujourd'hui encore à ces dernières. Le chemin qui mène des premières découvertes de la recherche à une application durable des nouvelles mesures dans les soins routiniers est long et parsemé d'obstacles. Voigt-Radloff et al. (2013) ont entrepris une analyse de ces obstacles. Ils ont constaté que les interventions dans le domaine des professions de la santé sont souvent très complexes, notamment lorsque: 1) plusieurs acteurs participent à l'intervention, 2) la qualité du traitement dépend fortement des compétences des professionnels traitants et 3) l'intervention vise un changement de comportement ou une participation sociale. Craig et al. (2008) parlent d'interventions complexes lorsque les différentes composantes s'entremêlent. Ils recommandent de différencier les mesures à analyser en vue du processus de mise en œuvre, en établissant s'il s'agit d'interventions simples ou complexes, d'une intervention non spécifique ou d'une directive.

Sages-femmes: des interventions souvent complexes

Dans l'activité des sages-femmes, de très nombreuses situations demandent une collaboration interprofessionnelle ou impliquent, en plus de la cliente, aussi ses proches et son entourage. Presque toutes les offres de conseils visent un changement de comportement, si bien qu'on peut partir du principe que, dans le travail des sages-femmes, les interventions complexes sont nettement plus fréquentes que les simples.

Les stratégies de préparation, de déroulement et de maintien de la mise en œuvre d'une mesure devraient s'appuyer sur des réflexions théoriques. Nilsen (2015) distingue à ce sujet cinq différentes approches dans la science de la mise en œuvre:

1. Les *process models* (modèles de processus), qui décrivent les différentes étapes ou phases de la mise en application du savoir issu de la recherche dans le travail concret.

Auteurs



Gabriele Hasenberg, sage-femme et infirmière, MSc Midwifery, directrice adjointe BSc sage-femme, département Santé, Haute école de sciences appliquées de Zurich. gabriele.hasenberg@zhaw.ch

Christine Loytved, Dre sciences de la santé, sage-femme et historienne de la médecine, professeure à l'Institut pour sages-femmes, département Santé, Haute école de sciences appliquées de Zurich. Elle enseigne la recherche et l'histoire relatives aux sages-femmes, en Allemagne, en Autriche et en Suisse. christine.loytved@zhaw.ch

2. Les *determinant frameworks* (cadres déterminants), qui décrivent les obstacles et les facteurs de succès des projets de mise en œuvre. Ils aident à comprendre les résultats de mise en œuvre et à expliquer les succès ou les échecs d'une mesure.
3. Les *classical theories* (théories classiques), qui proviennent de sciences apparentées, comme la psychologie ou la sociologie, et apportent des connaissances importantes.
4. Les *implementation theories* (théories de mise en œuvre), qui comprennent des théories nouvellement développées ou des théories existantes adaptées pour les sciences de mise en œuvre.
5. Les *evaluation frameworks* (cadres d'évaluation), qui déterminent les aspects d'une mise en œuvre et donnent des informations sur la réussite.

Adaptation aux conditions environnantes

Dans leur travail complet et souvent cité sur le savoir en matière de mise en œuvre, Damschroder et al. (2009) font remarquer qu'on a reconnu que, lors de l'évaluation des processus de mise en œuvre, il ne faut pas seulement regarder les résultats visés, mais aussi étudier le processus de mise en œuvre et le vérifier et l'adapter régulièrement. Damschroder et al. ont développé un ensemble de règles et donc un cadre déterminant (*determinant framework*) qui se fonde sur des théories et des constructions théoriques existantes contenant les aspects d'une mise en œuvre réussie et durable de nouvelles mesures, comme le travail de Greenhalgh et al. (2004) ou le cadre *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* de Kitson et al. (1998).

Toutefois, des définitions différentes ont été utilisées dans les concepts sous-jacents. Aucun ne rend compte de tous les aspects essentiels. C'est pourquoi Damschroder et al. ont rassemblé ces aspects dans le *Consolidated Framework Of Implementation Research* (CFIR). Celui-ci établit une liste systématique des facteurs (personnes,

lieux et autres conditions-cadres) pouvant influencer les processus de mise en œuvre et les présente sous une forme claire et structurée. Les aspects qui contribuent au succès de la mise en œuvre d'innovations, mais aussi les obstacles évoqués sont ici d'une importance particulière. Une prise de conscience majeure est que les interventions doivent être adaptées aux conditions contextuelles. Ce faisant, il n'est pas possible de contrôler chaque réaction à une intervention; l'important est plutôt de ne pas perdre de vue le but de la mesure. Le cadre (*setting*) s'adapte même souvent de manière inaperçue à l'intervention.

Cinq domaines à considérer de manière plus précise

Le CFIR se compose des cinq domaines qui sont expliqués ci-après:

1. Les particularités de l'intervention en question: dans ce premier domaine, on cherche à savoir quelle est la complexité de l'intervention, si elle peut être testée et comment estimer sa capacité d'adaptation. La planification et les coûts de l'intervention relèvent aussi de ce premier domaine ainsi que les personnes participant à son développement. De plus, on établit quelle est la conviction des responsables concernant le changement et s'ils attendent un avantage de l'intervention.
2. Les circonstances externes importantes (*outer setting*): le deuxième point comprend les besoins des clientes et des clients, le réseau de soutien, la pression des institutions concurrentes ainsi que des financements possibles du côté politique.
3. Les circonstances directement liées à la mise en œuvre (*inner setting*): dans le troisième point, on prend en considération les structures sociales dans lesquelles la mise en œuvre doit avoir lieu, le réseau de communication qui peut être utilisé ainsi que la culture et l'ambiance de travail régnant dans le milieu de la mise en œuvre.
4. Les caractéristiques et les particularités des personnes impliquées: le quatrième point concerne les connaissances et la conviction des personnes qui effectuent l'intervention, ainsi que leur identification avec l'institution concernée.
5. Le processus de mise en œuvre lui-même: le cinquième point comprend la planification et l'exécution de l'intervention ainsi que la réflexion et l'évaluation.

Il s'agit de faire une distinction entre les composantes importantes d'une intervention, qui doivent dans tous les cas être appliquées, et celles qui peuvent s'adapter aux circonstances externes et internes et sont donc variables et négociables. En outre, il faut définir quels résultats doivent être observés, examinés et considérés comme une réussite. Les questions importantes concernant une représentation claire et un éventuel recoupement des intérêts de tous les participants ont trop peu été prises en compte jusqu'ici (Damschroder et al., 2009).

Conclusions et aspects

Dans leur publication, à laquelle plusieurs chercheuses sages-femmes ont participé, Voigt-Radloff et al. (2013) s'orientent sur le CFIR décrit; ils consacrent d'autres publications actuelles à ce thème et parviennent aux conclusions suivantes: pour une mise en œuvre réussie, il faut reconnaître les problèmes de santé demandant des soins, déterminer les interventions très prometteuses et effectuer des études de faisabilité, d'efficacité et de mise en œuvre.

Il est recommandé d'examiner tout d'abord l'intervention elle-même, notamment en fonction des quatre aspects suivants: données probantes et effets attendus, conditions d'introduction, applicabilité et moyens à investir. Ensuite, il faut clarifier des questions sur les utilisatrices et utilisateurs, notamment concernant les particularités professionnelles et personnelles. Le troisième point consiste à s'occuper du contexte. Il y a là trois aspects à traiter: les client-e-s, les conditions-cadres et l'institution elle-même.

Voigt-Radloff et al. partent de l'idée que, dans le cadre de la mise en œuvre, on change bien plus des modes de comportement que des conditions matérielles. C'est pourquoi, ils suggèrent des approches visant à changer le comportement, afin de développer des stratégies de changement efficaces.

Il faut davantage de recherche

Les différences concernant les conditions physiques requises, l'âge, les particularités culturelles et les aspects pédagogiques n'ont pas encore été étudiées par la recherche sur la mise en œuvre. Celik et al. (2008) ont constaté que l'aspect de la diversité, lui aussi, est encore trop rarement pris en compte, ou alors qu'il se réduit à la question du genre.

Hoben et al. ont publié en 2014 un travail de synthèse sur la recherche en matière de dissémination et de mise en œuvre dans le domaine des soins, travail qui a porté exclusivement sur des études de la région germanophone. Les mises en œuvre dont il était question dans ces études concernaient exclusivement des interventions fondées sur des données probantes. Les auteurs sont parvenus à la conclusion que la qualité scientifique des études examinées était insatisfaisante et qu'un meilleur appui sur des réflexions théoriques était nécessaire. En outre, Hoben et al. concluent que la recherche internationale devrait être consultée et prise systématiquement en considération. Sur la base de ces résultats, il serait alors possible de bâtir.

Scoping review concernant l'activité de sage-femme

En résumé, les approches présentées permettent de constater qu'on dispose déjà d'un vaste savoir sur les stratégies de mise en œuvre possibles et de concepts bien étayés sur l'application des innovations. En même temps, on voit clairement que la mise en œuvre de mesures souhaitées est un processus complexe qui exige une vérification et une évaluation dudit processus et de ses résultats. La question se pose de savoir dans quelle mesure ce savoir est pris en compte dans les projets

concrets et à quel point les études qui portent sur les processus de mise en œuvre tiennent vraiment compte des aspects importants.

Dans une analyse de portée (*scoping review*) effectuée par treize enseignantes sages-femmes de l'Institut pour sages-femmes de la Haute école de sciences appliquées de Zurich (ZHAW) sous la direction de Christine Loytved, on a procédé dans la littérature internationale à une recherche sur le thème de la mise en œuvre dans le domaine des soins et de l'activité des sages-femmes. Celle-ci doit être mise au point et rendue accessible pour la région germanophone (Loytved et al., en cours d'impression). Les résultats, conclusions et recommandations de l'analyse seront présentés ultérieurement dans un prochain article.

Références

- Celik, H. et al. (2008) Implementation of diversity in health-care practices: Barriers and opportunities. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 65-71.
- Craig, P. et al. (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. «*The BMJ*», 337: a1655, doi:10.1136/bmj.a1655. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
- Damschroder, L. J. et al. (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*: IS, 4. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19664226
- Galpin, T. J. (1996) *The Human Side of Change: A Practical Guide to Organization Redesign*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Greenhalgh, T. et al. (2004) Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. «*Milbank Quarterly*», 82:581-629.
- Hoben, M. et al. (2014) Scoping review of nursing-related dissemination and implementation research in German-speaking countries: Mapping the field. «*International Journal of Health Professions*», 1(1), 34-49.
- Kitson, A. L. et al. (1998) Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. «*Quality in Health Care*», 7:149-58.
- Nilsen, P. (2015) Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*: IS, 10, 53-015-0242-0. doi:10.1186/s13012-015-0242-0
- Rabin, B. A. et Brownson, R. C. (2012) Developing the terminology for dissemination and implementation research. In: Brownson, R. C. et al. (Hrsg.). *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*. Oxford: University Press.
- Rosswurm, M. A. et Larrabee, J. (1999) A model for change to evidence-based practice. «*Image – The Journal of Nursing Scholarship*», 31(4):317-22.
- Voigt-Radloff, S. et al. (2013) *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. www.freidok.uni-freiburg.de/data/10702