

# Faciliter la transition entre recherche et pratique cliniques

Rapport de l'ASSM sur le cycle de conférences du  
Réseau suisse des sciences de l'implémentation (IMPACT)

 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

## Informations concernant l'élaboration du présent rapport

Dans le cadre de la planification pluriannuelle des Académies suisses des sciences pour la période 2021 – 2024, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a fait de la promotion des sciences de l'implémentation en médecine l'une de ses priorités. Elle a profité du cycle de conférences organisé par le Réseau suisse des sciences de l'implémentation (IMPACT) entre janvier et mars 2021 pour donner un aperçu, à l'aide d'exemples pratiques, du cadre théorique de l'implémentation en médecine dans le domaine de la santé publique.

Le compte-rendu de la conférence a été rédigé par la Dre Lucienne Rey, journaliste scientifique, et revu par trois expertes: la Prof. Iren Bischofberger (ancienne membre du Comité de direction de l'ASSM et privat-docente en sciences des soins à l'Université de Vienne), la Prof. Isabelle Peytremann Bridevaux (Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne) et la Prof. Sabina De Geest (responsable de l'Institut des sciences infirmières à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle).

Le Comité de direction de l'ASSM a adopté ce rapport lors de sa séance du 31 janvier 2022.

# **Faciliter la transition entre recherche et pratique cliniques**

**Rapport de l'ASSM sur le cycle de conférences du  
Réseau suisse des sciences de l'implémentation (IMPACT)**

## IMPRESSUM

### Éditrice

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)  
Maison des Académies, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern  
mail@samw.ch, www.assm.ch

### Auteure

Dr Lucienne Rey, Texterey, Bern

### Conception

Kargo Kommunikation GmbH, Bern

### Traduction

Versions Originales Sàrl, Neuchâtel  
La version allemande est la version d'origine.

### Correctorat

Textgut, Bern

### Photo de couverture

iStock

Les versions françaises et allemandes (pdf) sont disponibles en ligne sous [assm.ch/comptes-rendus](http://assm.ch/comptes-rendus) et [samw.ch/berichte](http://samw.ch/berichte)



Copyright: ©2022 Académie Suisse des Sciences Médicales. Ceci est une publication Open Access, distribuée sous les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Le contenu de cette publication peut donc être utilisé, distribué et reproduit sous toute forme sans restriction, à condition que l'auteur et la source soient cités de manière adéquate.

### Recommandation pour citer le texte:

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2022)  
Faciliter la transition entre recherche et pratique cliniques. Rapport de l'ASSM sur le cycle de conférences du Réseau suisse des sciences de l'implémentation (IMPACT).  
Swiss Academies Communications 17 (10).

ISSN (en ligne): 2297-1823

DOI: [doi.org/10.5281/zenodo.7006507](https://doi.org/10.5281/zenodo.7006507)



**ODD: Les objectifs internationaux de l'ONU en matière de développement durable**  
Avec cette publication, l'Académie Suisse des Sciences Médicales apporte une contribution à l'ODD 3: «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.»

> [sustainabledevelopment.un.org](https://sustainabledevelopment.un.org)

> [www.eda.admin.ch/agenda2030](http://www.eda.admin.ch/agenda2030) > français > agenda 2030 > 17 objectifs de développement durable

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Résumé</b>   | 7  |
| <b>2. Avant-propos</b>   | 10 |
| <b>3. Recherche clinique: un rendement trop faible pour des investissements élevés</b> | 12 |
| 3.1. Des fuites aux conséquences graves dans le pipeline de recherche                  | 12 |
| 3.2. «Visions du monde» différentes  | 13 |
| 3.3. Les fondements du succès de la recherche en implémentation                        | 14 |
| <b>4. Les sept facteurs clés d'une implémentation réussie</b>                          | 17 |
| 4.1. Indicateurs cibles divergents   | 18 |
| 4.2. L'«heptagone bâlois» des sciences de l'implémentation                             | 18 |
| <b>5. Un mélange qui «prend»: mixer les designs d'études</b>                           | 21 |
| 5.1. Efficience résultant de la simultanéité   | 22 |
| 5.2. Déplacements dans l'équilibre entre étude d'efficacité et étude d'implémentation  | 23 |
| 5.3. Différences de priorités entre analyse d'implémentation et analyse d'efficacité   | 24 |
| <b>6. Les trois piliers de la pensée scientifique</b>                                  | 25 |
| 6.1. Théories pour l'analyse prospective   | 26 |
| 6.2. Modèles de processus: une mise en place progressive de l'implémentation           | 27 |
| 6.3. Systèmes de classification: vue d'ensemble de la multiplicité des facteurs        | 28 |
| 6.4. Théories de l'implémentation: optimiser le climat en vue de la mise en œuvre      | 29 |
| 6.5. Grilles d'évaluations: évaluer l'impact d'une implémentation                      | 29 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>7. Nécessité d'insérer la mise en œuvre dans le contexte</b>      | <b>31</b> |
| 7.1. Au-delà de la partie émergée de l'iceberg                       | 31        |
| 7.2. Le triple objectif de l'analyse du contexte                     | 32        |
| 7.3. Nécessité d'un fondement théorique pour l'analyse du contexte   | 33        |
| <br>   |           |
| <b>8. De la stratégie ciblée à la stratégie multidirectionnelle</b>  | <b>35</b> |
| 8.1. Stratégies ciblées sur des barrières spécifiques                | 35        |
| 8.2. Stratégies multidirectionnelles en cas de processus complexes   | 36        |
| 8.3. Les différentes catégories de stratégies                        | 36        |
| 8.4. Les deux stratégies d'implémentation les plus courantes         | 37        |
| 8.5. Pièges à éviter lors du choix de la stratégie                   | 38        |
| 8.6. Alignement de la stratégie sur les obstacles                    | 39        |
| 8.7. Autres approches pour des stratégies d'implémentation efficaces | 39        |
| <br>   |           |
| <b>9. Bilan d'une période mouvementée</b>                            | <b>42</b> |
| 9.1. La recherche sous le signe de la pandémie                       | 42        |
| 9.2. Manque d'attentes réalistes et de capacité d'adaptation         | 43        |
| <br>   |           |
| <b>10. Postface</b>  | <b>44</b> |
| <br>   |           |
| <b>11. Littérature</b>   | <b>46</b> |
| <br>   |           |
| <b>12. Participant.e.s et intervenant.e.s</b>                        | <b>46</b> |

## 1. Résumé

Les résultats de la recherche en santé sont souvent pris en compte très tardivement dans la pratique – si tant est qu'ils le soient. Les sciences de l'implémentation ont pour objectif d'accélérer et d'organiser plus efficacement la transition entre la science et les routines quotidiennes dans les structures de soins. Le Réseau IMPACT (Réseau suisse des sciences de l'implémentation) s'est fixé pour objectif d'implanter et de promouvoir les sciences de l'implémentation en Suisse. Entre janvier et mars 2021, IMPACT a organisé un cycle de conférences suivi d'une série de cours de perfectionnement (master classes).

Dans sa structure, ce cycle de conférences reposait sur l'«heptagone bâlois» des sciences de l'implémentation (Basel Heptagon of Implementation Science), selon sept points clés qui représentent les caractéristiques et les composantes indispensables de la recherche en implémentation:

1. designs des projets en sciences de l'implémentation
2. indicateurs d'efficacité et d'efficience de l'implémentation
3. fondements et modèles théoriques
4. analyse du contexte
5. participation de toutes les parties concernées (patient.e.s<sup>1</sup>, proches, personnel soignant, etc.)
6. approche interdisciplinaire
7. stratégies d'implémentation

Pour chaque partie, le cadre théorique a été complété par un ou plusieurs cas pratiques.

La manifestation de lancement a été l'occasion de brosser une vue d'ensemble de la thématique et de la recherche en implémentation. Selon les statistiques, entre 30 et 40% des personnes traitées médicalement ont suivi une thérapie dont l'efficacité n'est pas démontrée, et jusqu'à 25% ont été victimes d'un traitement inapproprié. En outre, le délai moyen d'intégration des résultats de recherche dans la pratique routinière des soins médicaux s'élève à 17 ans et 14% seulement de ces résultats sont consignés dans des publications scientifiques. Ces chiffres soulignent la nécessité d'améliorer et d'accélérer la transition entre recherche et pratiques de santé.

1 L'ASSM applique le langage épïcène dans ses publications. Les formulations englobent toujours l'ensemble des membres des groupes cités.

Une attention particulière a été portée au constat selon lequel les sciences de l'implémentation sont toujours fondées sur les résultats de la recherche clinique. Autrement dit, il s'agit de mettre en œuvre des interventions sur la base de preuves scientifiques. À cet égard, les «visions du monde» au sein du laboratoire de recherche se distinguent de celles ancrées dans le quotidien des patient.e.s. La recherche expérimentale a pour objectif de dénicher une innovation pertinente sur le plan thérapeutique ou sanitaire en réduisant la complexité par un degré de contrôle maximal. Ensuite, le nouveau médicament ou procédé est appliqué dans des conditions réelles en pratique clinique. Le but ultime est de garantir un impact optimal de la nouvelle intervention dans la routine quotidienne en tenant compte d'une diversité maximale de conditions-cadres, paramètres et ressources. Les fondements du succès de la recherche en implémentation sont notamment une langue commune, une communauté du savoir large et diversifiée, telle que celle inhérente aux projets interdisciplinaires, une vision partagée par toutes les parties prenantes et une bonne communication interne et externe.

Le premier cours de perfectionnement a porté sur les différents indicateurs cibles de la recherche clinique et de la recherche en implémentation. Tandis que la recherche clinique s'oriente vers des critères sanitaires comme l'évolution des symptômes, la mortalité ou, le cas échéant, les coûts, la recherche en implémentation se concentre sur des paramètres tels que la faisabilité d'une intervention au quotidien ou la durabilité de son application. En outre, les sciences de l'implémentation tiennent compte de la qualité de service à l'aune de l'efficacité, du respect des délais et de la ponctualité. Elles prennent donc en considération la transition complète entre la mesure fondée sur la preuve et ses conséquences au quotidien.

Le deuxième cours de perfectionnement a porté sur les différents designs des projets en sciences de l'implémentation. Ceux-ci se caractérisent par des modèles hybrides, qui conjuguent étude d'impact et recherche en implémentation. Le design hybride de type 1 se rapproche étroitement des études cliniques classiques, puisque la collecte de données sur l'implémentation est fondée sur une étude d'impact conventionnelle. Dans le design hybride de type 2, une étude d'implémentation propre est effectuée parallèlement à une étude d'efficacité clinique. Il offre ainsi un bon équilibre entre étude d'impact clinique et analyse d'implémentation. Enfin, le design hybride de type 3 a pour objectif de se concentrer sur l'implémentation d'une mesure en tant que telle et d'observer les indicateurs de mise en œuvre cibles en conséquence. L'impact de l'intervention n'est pas au premier plan, car ayant généralement été déjà confirmé en amont, il ne peut être remis en question.

Dans le troisième cours de perfectionnement, divers modèles et théories des sciences de l'implémentation ont été présentés, notamment des modèles de processus décrivant les différentes étapes de la transition, depuis le travail de recherche à la mise en œuvre dans les pratiques quotidiennes. Mais la recherche en implémentation s'appuie aussi souvent sur des théories issues d'autres disciplines, telles que la théorie de l'organisation, la sociologie ou l'économie. En outre, les sciences de l'implémentation développent en continu des théories propres, dont le nombre a plus que doublé entre 2000 et 2018. Divers sites web, qui mettent à disposition des outils interactifs pour la formation continue dans le domaine de la théorie des sciences de l'implémentation, s'avèrent particulièrement utiles.

Le quatrième cours de perfectionnement était consacré à l'analyse du contexte. Il est en effet indispensable de connaître aussi précisément que possible l'environnement dans lequel une implémentation est appelée à s'intégrer. Le contexte comprend les facteurs d'influence qui interagissent avec l'implémentation et peuvent aussi bien la faciliter que l'entraver. L'analyse du contexte poursuit un triple objectif: s'entendre comme un modèle d'action quotidienne, déterminer les facteurs ayant une incidence sur l'implémentation, clarifier les besoins actuels et les ressources existantes. En outre, elle permet de collecter des connaissances sur le déroulement de l'implémentation, de manière à en permettre l'adaptation, le cas échéant.

Le cinquième cours de perfectionnement était dédié aux différentes stratégies d'implémentation. Le spectre s'étendait de la stratégie ciblée, visant à supprimer les barrières une par une, à des stratégies multidirectionnelles dans le cas de processus complexes. Des outils interactifs sont également disponibles en ligne pour le choix de la stratégie adéquate.

Les sciences de l'implémentation suscitent un intérêt croissant partout dans le monde. Le nombre de revues spécialisées et de conférences sur le sujet est en constante augmentation. Des organisations et des groupes d'intérêt se constituent pour promouvoir l'implémentation. La recherche en implémentation est complexe et exigeante. En conséquence, les projets associés s'étendent souvent sur une période plus longue. La crise du Covid montre qu'il convient désormais d'élaborer des méthodes qui fonctionnent même avec un volume plus réduit de connaissances consolidées.

## 2. Avant-propos

Comment transposer le plus facilement et rapidement possible des résultats scientifiques dans la routine des soins de santé pour qu'ils profitent aux patient.e.s ainsi qu'à la société dans son ensemble? Telle est la question à laquelle les sciences de l'implémentation s'emploient à répondre. Et celle-ci revêt une extrême importance sur les plans scientifique, économique et du point de vue de la population dans son ensemble.

C'est pourquoi, entre 2012 et 2016, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la Fondation Gottfried et Julia Bangert-Rhyner ont soutenu la recherche en soins de santé au moyen d'un programme d'aide commun. Au total 46 projets ont été financés et 5 manifestations organisées.

Dans sa publication «Translating academic discovery to patients' benefit: is academia ready to assume its key role?» (2019), l'ASSM met en lumière les principaux obstacles qui entravent la mise en pratique des résultats récents en matière de soins. Elle indique des mesures qui concernent, dans le domaine de la formation académique et des structures de soutien, en particulier les hautes écoles et qui visent notamment à améliorer la collaboration entre différentes disciplines, mais aussi entre les hautes écoles, les autorités et l'industrie.

L'ASSM constate avec satisfaction que différentes institutions en Suisse s'intéressent aux questions relatives aux sciences de l'implémentation. Ainsi, le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) a lancé, à l'occasion du programme d'aide de l'ASSM, le Programme national de recherche 74 «Système de santé», dans le cadre duquel il a financé plusieurs études ayant trait aux sciences de l'implémentation.

Au niveau institutionnel, le Réseau suisse des sciences de l'implémentation (IMPACT) a été créé en 2019 par l'Institut des sciences infirmières à l'Université de Bâle. Constituée d'institutions de l'enseignement supérieur en Suisse romande et alémanique et bénéficiant aujourd'hui d'un large soutien, cette structure propose une plate-forme facilitant l'échange et le réseautage entre les acteurs intéressés par les sciences de l'implémentation. Elle a également pour objectif de prévoir des possibilités de formation pour les sciences de l'implémentation et de trouver des sources de financement pour ce nouveau domaine. À cet égard, elle s'appuie aussi sur l'expertise et sur l'état d'avancement des travaux méthodologiques de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle.

Un an après le lancement d'IMPACT, l'Institute for Implementation Science in Health Care (IfIS) a été fondé à l'Université de Zurich. L'IfIS effectue des recherches sur les maladies infectieuses et leur prévention, la sécurité des patient.e.s, les sciences infirmières, la santé familiale, la démence, la sclérose en plaques et le Covid-19. Il s'intéresse aux modalités de constitution des preuves de l'efficacité de stratégies d'implémentation spécifiques, aux moyens permettant d'assurer, conjointement avec les patient.e.s et leurs proches, la convivialité des soins de santé, ainsi qu'à l'utilisation d'outils numériques, comme des applications ou des bracelets connectés, dans la recherche et les soins de santé.

En Suisse romande également, les sciences de l'implémentation sont en plein essor. Dans les universités de Lausanne et Genève, des projets de recherche en sciences de l'implémentation ont été déployés. L'échange d'expériences et la discussion autour des résultats de recherche dans la pratique sont indispensables au travail de promotion.

Le cycle de conférences organisé par IMPACT a balisé le terrain en présentant le fondement théorique de l'implémentation dans les soins de santé et en l'illustrant au moyen d'exemples pratiques. La présente publication regroupe le contenu des exposés présentés dans le cadre de cet événement.

Prof. Henri Bounameaux, Président de l'ASSM

### 3. Recherche clinique: un rendement trop faible pour des investissements élevés

**Les sciences de l'implémentation ont pour objectif de transposer les résultats de la recherche clinique dans la pratique des soins de santé. Autrement dit, l'implémentation est destinée à garantir, dans les divers métiers de la médecine et de la santé, la transition la plus fluide possible entre la recherche clinique (fondamentale) et des changements durables des routines quotidiennes, en passant par des tests dans la pratique.**

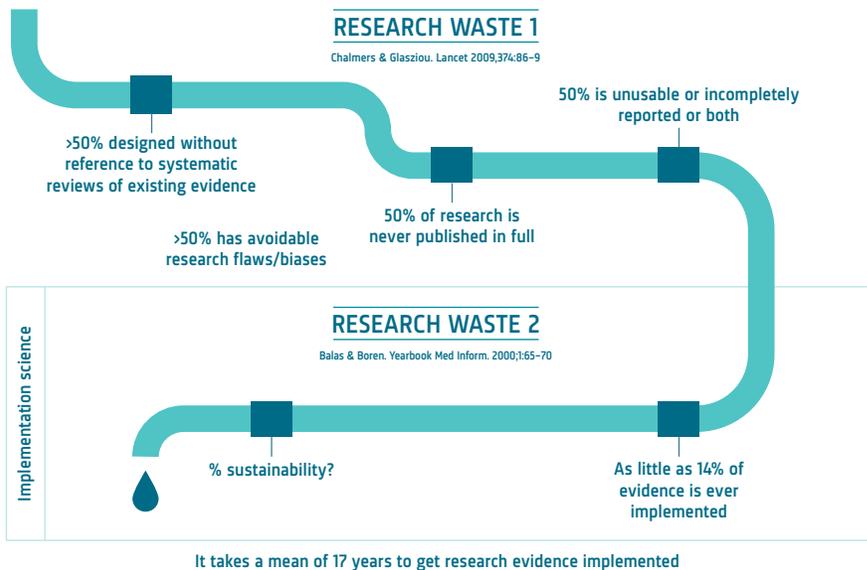
En 2017, la Suisse a octroyé aux hautes écoles suisses actives dans le domaine de la santé plus de 1232 millions de CHF pour des activités de recherche et de développement (1). Ce montant correspond à environ 20% du total des dépenses en recherche et développement dans des hautes écoles locales – un investissement constituant en principe une base solide pour des traitements efficaces et des soins de santé optimaux à la population. Mais cela ne suffit de loin pas toujours pour transférer les résultats scientifiques des structures académiques et des laboratoires de recherche aux soins de santé, pour les mettre en pratique et les exploiter au profit des patient.e.s, des proches aidant.e.s et de la société dans son ensemble.

#### 3.1. Des fuites aux conséquences graves dans le pipeline de recherche

Les chiffres mentionnés par Sabina De Geest dans son discours d'ouverture attestent de l'urgence d'accélérer le transfert de la recherche en santé dans la pratique: le délai moyen d'intégration des résultats de recherche dans la pratique routinière des soins médicaux s'élève à 17 ans et 14% seulement de ces résultats sont consignés dans des publications scientifiques (3). Il n'existe quasiment aucune information sur le caractère durable de l'impact des mesures mises en œuvre.

Ces points de rupture survenant au bout du tuyau (percé) de la recherche (voir Figure 1) résultent de fuites au départ. Ces dernières années, l'accent a certes été placé, dans la recherche clinique, sur la précision et la réalisation systématique des études. Cependant, afin d'en améliorer la pertinence pour la pratique, il faut réfléchir, le plus tôt possible, à la manière de transférer les résultats de la recherche clinique dans la pratique, pour que la population en profite sur le plan sanitaire.

Les résultats de la recherche sont indispensables à la pratique des soins: selon les statistiques, entre 30 et 40% des personnes traitées ont suivi une thérapie dont l'efficacité n'est pas démontrée, et jusqu'à 25% ont subi un traitement inapproprié (5). Ces chiffres alarmants suffisent à se demander pourquoi l'intense activité de la recherche en santé en Suisse ne se traduit pas par des soins plus efficaces et adaptés aux patient.e.s.



**Figure 1:** Le tuyau «percé» de la recherche [De Geest et al., 2020: Powering Swiss health care for the future: implementation science to bridge «the valley of death». Swiss Medical Weekly 2020;150:w20323; doi:10.4414/smw.2020.20323]

### 3.2. «Visions du monde» différentes

Le transfert de la recherche clinique dans les pratiques quotidiennes des patient.e.s et des professionnel.le.s de la santé est notamment compliqué par le fait que les protocoles expérimentaux en sciences, standardisés, diffèrent fortement de la réalité. En outre, ils sont déterminés par d'autres questions et préoccupations que celles qui prévalent au quotidien:

- En recherche expérimentale (dans le «monde scientifique»), la complexité est réduite par un degré de contrôle maximal (via des études contrôlées randomisées), afin de clarifier des questions isolées. L'objectif est de déterminer le degré d'efficacité optimal, calculé statistiquement, d'un traitement ou d'une méthode. Il s'agit donc pour l'essentiel de déterminer si une intervention *pourrait* avoir un impact.
- Dans le quotidien clinique (dans le «monde réel»), la complexité s'accroît: une intervention spécifique est appliquée et évaluée en conditions réelles dans des contextes divers. L'objectif est de déterminer si une méthode fonctionne réellement dans la pratique, et dans quelles circonstances. D'autres hypothèses sont envisagées, avec en ligne de mire le degré d'efficacité le plus probable d'un traitement. Cependant, les raisons à l'origine du succès d'une mesure ou d'un traitement demeurent floues.
- Au quotidien, le but ultime est de garantir l'impact optimal d'une intervention, en tenant compte d'une diversité maximale de conditions-cadres, paramètres et ressources. Dans ce contexte en perpétuel changement, il s'agit de collecter des expériences et des connaissances permettant d'améliorer les pratiques.

### 3.3. Les fondements du succès de la recherche en implémentation

Se fondant sur le discours d'ouverture de Sabina De Geest, Cynthia Vinson (National Cancer Institute NCI, États-Unis)<sup>2</sup> a mis en lumière les conditions préalables à la réussite des sciences de l'implémentation.

La première de ces conditions est l'existence d'un langage commun. Les projets en sciences de l'implémentation associant toujours une multiplicité de disciplines, il en résulte des difficultés de compréhension: en fonction du domaine, certains termes (comme «diffusion» ou «dissémination», mais aussi «stratégie», p. ex.) sont interprétés différemment. Au sein d'une équipe, il s'agit donc d'abord de trouver une base terminologique commune.

En outre, les projets en sciences de l'implémentation doivent pouvoir s'appuyer sur une communauté scientifique large et diversifiée. Outre les représentant.e.s de disciplines scientifiques comme la psychologie, la sociologie, l'économie, les sciences infirmières, la médecine, l'épidémiologie, l'ethnologie et bien d'autres, des expert.e.s issu.e.s de la pratique des soins médicaux doivent en principe aussi y apporter leur concours, en particulier des médecins, des membres du

2 Des informations détaillées sur les intervenant.e.s sont disponibles au chapitre 12.

personnel soignant et des spécialistes de la formation. La participation des personnes indirectement concernées, des patient.e.s et de leurs proches, est également déterminante. Parmi ces personnes figurent également des intermédiaires qui soutiennent ce type de recherche, comme des décideur.euses politiques, des ONG ou des personnes occupant des postes financés par des fonds de tiers. En résumé, l'esprit d'équipe est une condition indispensable à la réussite des sciences de l'implémentation.

Autre fondement du succès: la qualité de gestion («leadership»), qui motive l'équipe et impose une vision claire et partagée par toutes les parties prenantes. De ce point de vue, le leadership national peut uniquement être bénéfique: pour Cynthia Vinson, le soutien de l'ancien vice-président Joe Biden dans la lutte américaine contre le cancer s'est avéré extrêmement utile pour certains programmes.

De nombreux.se.s spécialistes considèrent les moyens financiers comme des leviers essentiels pour promouvoir les sciences de l'implémentation. Une opinion que Cynthia Vinson ne partage pas. Pour elle, une vision claire, associée à des qualités de gestion, est déterminante pour le succès d'un projet en sciences de l'implémentation. Le personnel requis pour gérer les fonds ainsi qu'un environnement qui soutient l'équipe de projet concernée sont également nécessaires. Ainsi, le NCI (National Cancer Institute) américain est aussi soutenu par de nombreuses organisations partenaires, qui elles-mêmes soutiennent les collaboratrices et collaborateurs du NCI.

Dernier facteur de succès: la communication. Conformément aux expériences du NCI, la mesure la plus simple réside dans le conseil technique pour les personnes qui souhaitent solliciter des fonds de tiers ou des aides financières pour un projet de recherche et qui obtiennent facilement des renseignements par téléphone ou par courriel. Les conférences, les tables rondes virtuelles et les webinaires sont également efficaces pour diffuser et approfondir les connaissances ainsi que les expériences sur l'implémentation. Nombre de ces événements sont publics et peuvent être suivis par les personnes intéressées dans le monde entier. Différentes universités américaines proposent aussi des formations en sciences de l'implémentation soutenues par des mentorats.<sup>3</sup>

3 [cancercontrol.cancer.gov/is](https://cancercontrol.cancer.gov/is)  
[impsci.tracs.unc.edu/](https://impsci.tracs.unc.edu/)  
[news.consortiumforis.org/newsletter](https://news.consortiumforis.org/newsletter)

Tous les liens vers des sources Internet qui figurent dans cette publication ont été consultés le 20 avril 2022.

**Cas pratique dans le domaine des soins fondés sur le médecin traitant:  
implémentation de soins primaires forts dans le sud de l'Allemagne  
(Michel Wensing, Université d'Heidelberg)**

C'est prouvé: un système de soins primaires bien pensé améliore la santé de la population. Par conséquent, le «programme de soins fondés sur le médecin traitant» (programme HZV, Programm für hausarztzentrierte Versorgung), qui a duré 10 ans, avait pour but la mise en place de soins primaires facilement accessibles englobant tous les groupes de patient.e.s ainsi que la plupart des problèmes de santé. L'évaluation a permis de déterminer les stratégies à l'origine de la réussite du programme: pour les cabinets médicaux et les patient.e.s, des contrats volontaires réglaient les incitations financières et prévoyaient un renforcement de la gestion des soins aux malades chroniques. Par ailleurs, le rôle des assistant.e.s de cabinet a été revalorisé, des feedbacks sur la prescription de médicaments basés sur des données ont été mis en place et des cercles de qualité institutionnalisés. Cette stratégie a bénéficié du soutien des associations professionnelles du secteur médical et des principaux assureurs-maladies.

[www.hausarzt-bw.de/Hausarzt A-Z/Politik und  
Organisationen/hausarztzentrierte-versorgung~n-47](http://www.hausarzt-bw.de/Hausarzt-A-Z/Politik-und-Organisationen/hausarztzentrierte-versorgung~n-47)

### **Cas pratique EPA Cardio Project: gestion des risques associés aux patient.e.s atteint.e.s de pathologies cardiovasculaires (Michel Wensing, Université d'Heidelberg)**

Entre 2009 et 2016, la gestion des risques associés à plus de 11000 patient.e.s atteint.e.s de pathologies cardiovasculaires issu.e.s de 283 cabinets médicaux dans 10 pays (dont la Suisse) a été évaluée dans le cadre d'un projet européen. Cette évaluation a reposé sur des indicateurs de qualité validés, comme la prescription de statines, d'anticoagulants et de vaccins contre la grippe, la collecte régulière de paramètres clés, tels que le cholestérol et l'hypertension, ou de facteurs de risque (surpoids, tabagisme) ainsi que sur des mesures de prévention, comme la recommandation d'exercices d'activité physique. Les enquêtes ultérieures ont révélé que les lacunes de connaissances des patient.e.s ainsi que la collaboration insuffisante entre les médecins et le personnel soignant nuisaient à une amélioration de la gestion des risques cardiovasculaires. Enfin, une consultation demande du temps, mais n'est pas rémunérée.

Par la suite, le groupe de projet a choisi une série de stratégies d'implémentation, comme des supports d'information pour les patient.e.s et une formation à l'entretien motivationnel pour le personnel soignant. Dans l'évaluation de l'implémentation qui a suivi, seules des améliorations mineures ont émergé. Les membres du personnel soignant interrogé.e.s ont cependant déploré le manque de temps, de suivi et d'aide-mémoire. Ces observations soulignent l'importance d'intégrer les acteurs-clé dès la planification des mesures.

## **4. Les sept facteurs clés d'une implémentation réussie**

**Dans son introduction au premier cours de perfectionnement, Sabina De Geest (Institut des sciences infirmières à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle) a mis en lumière les multiples facettes des sciences et de la recherche en implémentation.**

Les sciences de l'implémentation ont pour objectif de faire profiter la pratique quotidienne des résultats de la recherche clinique, mais aussi d'accélérer et d'organiser plus efficacement le transfert du laboratoire à la pratique routinière des métiers de la santé.

## 4.1. Indicateurs cibles divergents

La recherche clinique classique a pour but d'évaluer si l'application d'une ou de plusieurs interventions thérapeutiques modifie un critère sanitaire (comme la mortalité, la satisfaction des patient.e.s ou, le cas échéant, les coûts). Mais en cas de résultats négatifs, il est souvent difficile de savoir si cela tient à la mesure en tant que telle ou si d'autres facteurs ont entravé la réussite de la mise en œuvre.

Les sciences de l'implémentation se concentrent quant à elles sur la transition entre la recherche clinique et la mise en pratique des résultats qui en découlent: elles visent ainsi à étudier les modalités concrètes de mise en œuvre des mesures et à évaluer des résultats d'implémentation spécifiques («implementation outcomes»), comme la satisfaction des patient.e.s ou du personnel soignant, la faisabilité d'une mesure au quotidien, son acceptation ou la durabilité de son application.

En outre, les sciences de l'implémentation tiennent compte de critères relatifs à la qualité la prestation («service outcomes»), comme l'efficacité, la sécurité, le respect des délais et la ponctualité. Elles prennent donc en considération la transition complète (par étapes) entre la mesure fondée sur la preuve et ses conséquences au quotidien. En définitive, elles permettent de déterminer la pertinence de la mise en pratique d'une intervention thérapeutique et ses modalités, le cas échéant, les facteurs de frein éventuels et les changements à mettre en œuvre pour améliorer la mise en œuvre si le besoin s'en fait sentir.

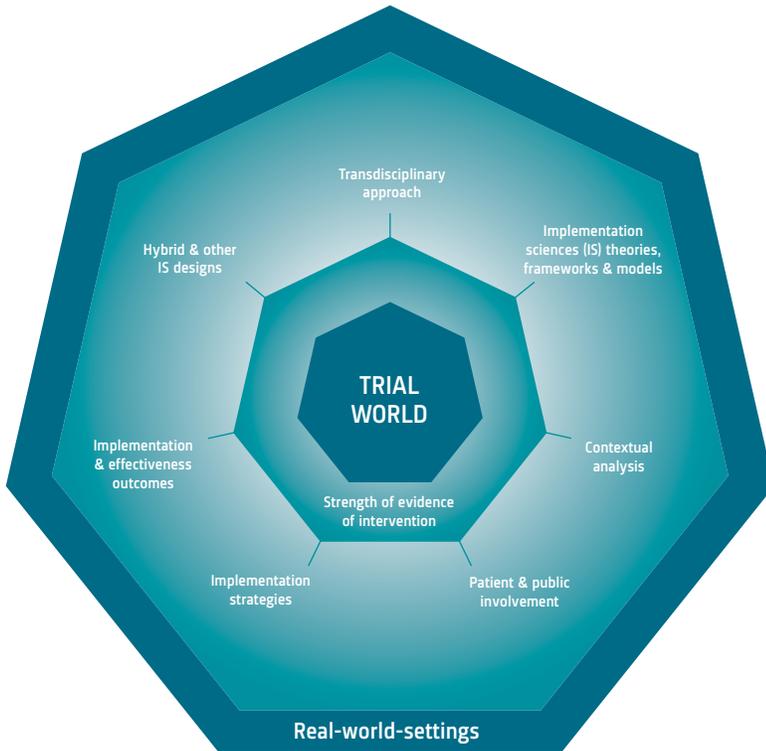
## 4.2. L'«heptagone bâlois» des sciences de l'implémentation

Les sciences de l'implémentation traitant du transfert de la recherche clinique (fondamentale) dans les routines quotidiennes, elles doivent nécessairement tenir compte des différentes visions et méthodes du monde «scientifique» comme du monde «réel». Une théorie élaborée à l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle définit les indicateurs clés qu'une étude sur les sciences de l'implémentation doit prendre en compte (voir Figure 2).

En principe, les sciences de l'implémentation sont fondées sur des méthodes scientifiques quantitatives et qualitatives bien établies. Elles analysent ainsi les sept facteurs d'influence suivants:

1. Au début d'une étude sur les sciences de l'implémentation, il s'agit de clarifier le niveau de preuve d'une mesure médicale envisagée. Les résultats de cette évaluation déterminent l'importance à accorder à une nouvelle analyse de l'efficacité d'une intervention.
2. Toute étude sur les sciences de l'implémentation doit s'appuyer sur des théories et des modèles scientifiques.
3. Les sciences de l'implémentation étudient le contexte dans lequel le changement visé doit avoir lieu. Il s'agit notamment d'identifier, à un stade précoce, les potentiels qui facilitent la mise en œuvre, mais aussi les obstacles qui entravent cette dernière.
4. Tous les acteurs et organisations concernés par l'implémentation prévue et appelés à la soutenir doivent être identifiés et intégrés à toutes les phases de l'étude.
5. Sur l'ensemble des stratégies d'implémentation envisageables, il s'agit de choisir celle qui convient le mieux au cas concret.
6. Il y a lieu de définir la conception («design») de l'implémentation.
7. Dans le cadre d'une étude d'implémentation, il s'agit de définir des indicateurs (ou résultats) permettant d'évaluer les résultats et l'efficacité de l'implémentation.

Une équipe interdisciplinaire doit être mise en place pour répondre aux nombreuses exigences requises par une telle étude. Les sciences de l'implémentation sont donc un «sport d'équipe» dans sa plus pure expression: une transition fluide entre l'approche scientifique et la pratique quotidienne ne peut aboutir que si les projets de recherche tiennent compte dès le début des questions et des perspectives importantes pour l'implémentation future. Il est très difficile, voire dénué de sens, de vouloir effectuer a posteriori le transfert lorsqu'il s'agit d'une recherche qui vise uniquement une publicité scientifique.



**Figure 2:** L'«heptagone bâlois» des sciences de l'implémentation [De Geest et al., 2020: Powering Swiss health care for the future: implementation science to bridge «the valley of death». *Swiss Medical Weekly* 2020;150:w20323; doi:10.4414/smw.2020.20323]

Les exposés présentés à la manifestation de lancement et aux cinq master classes mettent chacun l'accent sur l'un des sept facteurs cités. Ce plan est repris dans les chapitres ci-après.

### Cas pratique G-COACH: cogestion des personnes âgées en cas de séjour à l'hôpital de soins aigus (Mieke Deschodt, Université catholique de Louvain)

La probabilité de présenter des déficits cognitifs, de contracter plusieurs maladies de longue durée et de devoir prendre différents médicaments augmente avec l'âge. Les personnes âgées ont donc tendance à être facilement envoyées à l'hôpital, ce qui, en soi, comporte un risque de complications. Dans le cadre d'un projet, une équipe interdisciplinaire de l'Université catholique de Louvain a élaboré des mesures visant à réduire le nombre de personnes âgées envoyées à l'hôpital. En prenant l'exemple de patient.e.s atteint.e.s de pathologies cardiovasculaires, elle a étudié l'impact d'une cogestion gériatrique soutenue conjointement par des spécialistes en gériatrie et des membres du personnel soignant. À cet égard, elle a établi des indicateurs de qualité et des valeurs de prévision des risques. Sur la base de vérifications approfondies, elle a élaboré un modèle d'intervention visant à attribuer trois groupes de risques aux patient.e.s, à définir les mesures adaptées au risque concerné et à établir un plan individuel de prise en charge. L'évaluation du programme a attesté de son succès: les limitations fonctionnelles ont baissé de 18%, les infections nosocomiales de 10% et les déliriums de 13%. En outre, la durée du séjour à l'hôpital a été réduite d'une journée. Dans le même temps, les coûts hospitaliers n'ont pas augmenté. Des résultats qui ont convaincu la direction de l'hôpital de poursuivre le programme jusqu'en 2025.

[www.uzleuven.be/en/news/g-coach-fewer-complications-thanks-intensive-collaboration-between-care-teams](http://www.uzleuven.be/en/news/g-coach-fewer-complications-thanks-intensive-collaboration-between-care-teams)

## 5. Un mélange qui «prend»: mixer les designs d'études

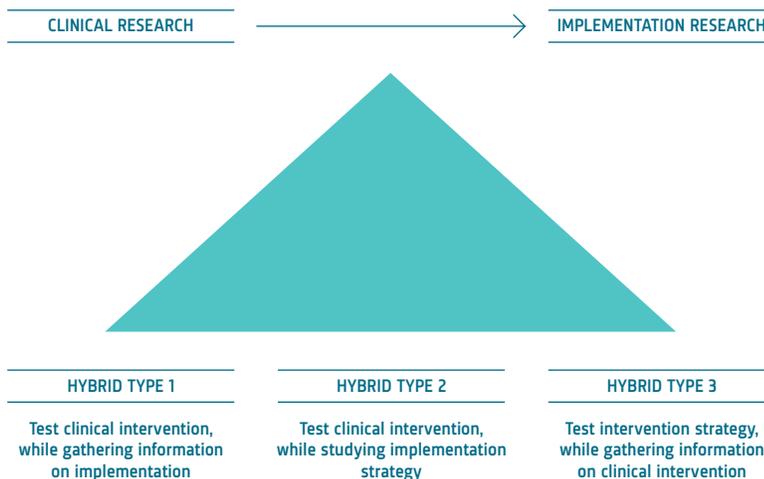
**Si les sciences de l'implémentation se fondent sur les méthodes de la recherche clinique, elles poursuivent cependant un double objectif, puisqu'elles évaluent aussi, parallèlement, l'efficacité de l'implémentation. Dans cette optique, des designs hybrides sont employés. Dans le deuxième cours de perfectionnement, Cynthia Vinson a analysé les différents types de designs d'études hybrides.**

Une vision trop linéaire des progrès de la recherche en santé, selon laquelle il faut commencer par démontrer l'effet thérapeutique d'une intervention spécifique avant de l'appliquer, dans la mesure où celle-ci apporte les résultats souhaités, engendre des retards et remet généralement en question le succès de

l'implémentation. Dans l'idéal, il convient donc de tenir compte du contexte du monde réel dès le projet de design d'une nouvelle intervention et des études cliniques suivantes.

## 5.1. Efficience résultant de la simultanéité

Les designs hybrides évaluent parallèlement l'efficacité de l'intervention et celle de l'implémentation (voir Figure 3). Avec la prise en compte, dès le départ, des perspectives du monde réel ou des routines de santé quotidiennes et des phases successives du tuyau de la recherche, qui englobent les perspectives du monde réel, la compétitivité du processus de recherche dans son ensemble augmente et la mise en œuvre se trouve accélérée. En fonction de la priorité définie et du type de design, l'accent est placé sur l'analyse de l'efficacité de l'intervention ou de celle de l'implémentation, ce qui n'empêche pas de prendre en compte également l'autre composante.



**Figure 3:** Designs hybrides évaluant l'efficacité de l'intervention et celle de l'implémentation [en référence à Curran et al., 2012, «Effectiveness-implementation Hybrid Designs: Combining Elements of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact». In: Med Care. Mars 2012; 50(3): 217-226.]

## 5.2. Déplacements dans l'équilibre entre étude d'efficacité et étude d'implémentation

Le **design hybride de type 1** teste l'intervention clinique et analyse les facteurs associés à la mise en œuvre; il s'agit, dans une certaine mesure, d'une «étude d'impact conventionnelle» qui décrit les expériences collectées dans le cadre de l'implémentation. Qu'est-ce qui a fonctionné ou échoué, quels ont été les obstacles, qu'est-ce qui a facilité la mise en œuvre, comment l'intervention a-t-elle dû être adaptée le cas échéant? Dans l'idéal, chaque étude d'efficacité clinique doit également tenir compte des questions ayant trait à l'implémentation et ainsi pouvoir être affectée au type n° 1. L'échantillon se compose généralement de patient.e.s ou d'unités cliniques. Comme dans les études cliniques, des groupes témoins sont comparés (administration de placebo, traitement usuel ou alternatif). L'évaluation porte essentiellement sur les quantités. Dans un second temps, des méthodes qualitatives et orientées processus s'appliquent. Les données collectées concernent en priorité les symptômes ou les fonctions physiologiques et, le cas échéant, les coûts. Dans un deuxième temps, des résultats d'implémentation, tels que la faisabilité d'une intervention au quotidien et son acceptation, sont également pris en compte.

Dans un souci d'équilibre, le **design hybride de type 2** met un double accent sur l'évaluation de l'efficacité de l'intervention, d'une part, et l'évaluation de la mise en œuvre, d'autre part. Il se fonde principalement sur des études antérieures (souvent hybride 1) et fait notamment appel à la randomisation en clusters ou aux designs quasi-expérimentaux. L'étude se concentre souvent sur des patient.e.s ou des proches, mais aussi sur des prestataires de services, une institution ou un système. Des méthodes mixtes ou multiples sont mises en œuvre. Dans le cadre du design hybride de type 2, l'acceptation et l'application scrupuleuse d'une intervention sont systématiquement évaluées. À cet égard, il est important d'être au fait des composantes de l'intervention et de la stratégie d'implémentation. Dans ce contexte, les rapports actuels ne sont pas toujours clairs. Il est parfois difficile de savoir si la réalisation téléphonique de l'intervention relève d'une composante de l'intervention ou d'une stratégie d'implémentation.

Enfin, le **design hybride de type 3** se concentre sur l'évaluation de l'efficacité d'une ou de plusieurs stratégies d'implémentation ou de groupes de stratégies. Si l'efficacité de l'intervention n'est pas ici le but principal, elle est généralement évaluée comme objectif secondaire. Le design hybride de type 3 se concentre sur

des prestations de services de santé ou des acteurs aux niveaux organisationnel ou systémique. Les résultats cliniques sont secondaires. Des méthodes mixtes et diverses sont mises en œuvre.

Les trois types de designs hybrides contribuent à créer la somme des preuves requises concernant l'évaluation de l'efficacité des interventions et des stratégies ou des approches de mise en œuvre. Ce double fondement probatoire renforce l'efficacité, basée sur des preuves, de l'implémentation d'interventions dans le monde réel.

Outre les designs hybrides susmentionnés, les sciences de l'implémentation sont également fondées sur d'autres types de designs qui dépasseraient le cadre de la présente description.

### **5.3. Différences de priorités entre analyse d'implémentation et analyse d'efficacité**

L'étude des résultats d'une implémentation se distingue en principe de l'étude de l'efficacité des interventions: les évaluations d'implémentation se concentrent sur la stratégie d'implémentation et donc, à titre d'exemple, sur le soutien d'une équipe de soins, de formations, de lettres de rappel, etc. Les unités d'étude déterminantes sont généralement des prestataires de services, des cliniques ou le système de santé dans son ensemble. L'impact se mesure au fait de savoir si le changement implémenté est appliqué de manière durable et adéquate.

En revanche, l'étude d'efficacité tient compte d'une intervention spécifique (traitement, médicament, programme, etc.). Les unités d'étude déterminantes sont généralement des personnes ou des patient.e.s isolé.e.s, et les résultats examinés se réfèrent à des indicateurs de santé cibles comme l'état fonctionnel, la mortalité, l'acceptation des parties prenantes/concernées, la faisabilité (au quotidien, en dehors de l'étude), les coûts, la pénétration d'un groupe cible, etc.

### **Cas pratique INSPIRE: soins aux personnes âgées dans le canton de Bâle-Campagne (Maria José Mendieta Jara, Université de Bâle)**

Avec l'augmentation de l'espérance de vie en Suisse, la part des personnes âgées ne cesse de croître. Or leur prise en charge requiert souvent une combinaison de services, qui ne sont ni centralisés, ni coordonnés. Il s'ensuit des conséquences négatives, comme le recours récurrent à des services, des recommandations thérapeutiques inadaptées ou contradictoires et des erreurs de médication. Viennent s'ajouter à cela des coûts de soins plus élevés, du fait de séjours inutiles à l'hôpital, la consultation évitable des services d'urgence et d'autres recours inutiles à des services. Le modèle de soins intégré du projet INSPIRE dans le canton de Bâle-Campagne, qui associe les prestations de fournisseurs du domaine des soins et du secteur social, a pour objectif de remédier à ces problèmes. Si l'efficacité du modèle et de son implémentation devait se confirmer, on peut s'attendre à une mise en œuvre rapide et fructueuse à grande échelle.

[inspire-bl.unibas.ch/](http://inspire-bl.unibas.ch/)

## **6. Les trois piliers de la pensée scientifique**

**Les nombreuses facettes des sciences de l'implémentation se reflètent dans la diversité des théories sur lesquelles elles s'appuient: dans le troisième cours de perfectionnement, l'intervenante Leah Zullig (Department of Population Health Sciences, Duke University, États-Unis) a exposé les théories, modèles et systèmes de classification actuels des sciences de l'implémentation.**

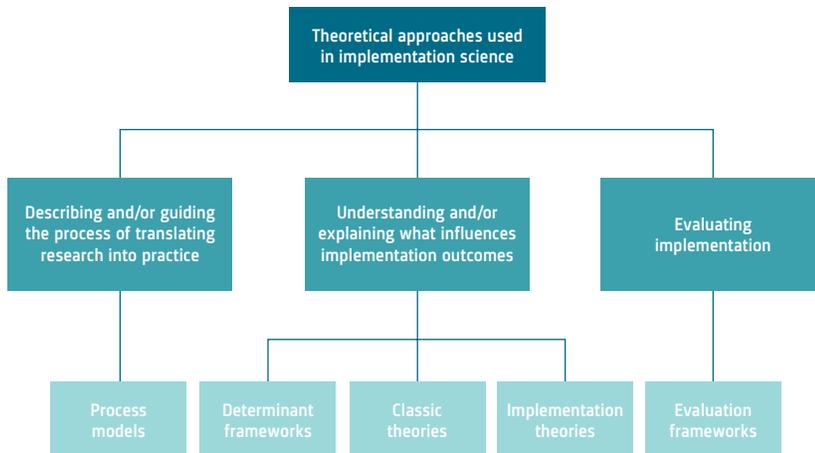
Une théorie se compose d'un ensemble de principes analytiques, qui permettent de classer et de comprendre des observations. Elle comprend des variables et des domaines (d'application) précisément définis. Enfin, ses résultats sont descriptifs, explicatifs et généralistes.

Contrairement à une théorie, un modèle a pour objectif de simplifier un état de fait. Il comprend moins de variables que la théorie et n'autorise les prévisions ou les généralisations que de manière limitée. En fin de compte, il est plus descriptif qu'explicatif. De même, il n'a pas vocation à révéler les relations qui existent entre les différents facteurs.

Enfin, les systèmes de classification («frameworks») servent de structure transversale, de vue d'ensemble ou de description d'un phénomène. Ils contiennent parfois une structure ou un plan composé de différents concepts ou variables et des relations que ceux-ci ou celles-ci entretiennent, ayant potentiellement une influence sur le résultat d'une implémentation. Ils sont en premier lieu descriptifs et peu explicatifs. Ils en disent donc peu sur les raisons sous-jacentes aux liens qui existent entre les différents facteurs d'influence. Ils ont plutôt pour objectif de classer ces derniers dans les catégories adéquates.

## 6.1. Théories pour l'analyse prospective

Les sciences de l'implémentation se fondent sur des théories, des modèles et des systèmes de classification (voir Figure 4) issus d'une multitude de disciplines, comme la théorie de l'organisation, la sociologie ou l'économie. En outre, des théories, systèmes de classification et modèles propres aux sciences de l'implémentation émergent continuellement. Entre 2000 et 2018, leur nombre a plus que doublé.



**Figure 4:** Les trois objectifs des approches théoriques en sciences de l'implémentation et les cinq catégories de théories, de modèles et de systèmes de classification [Nilsen Per, 2015: Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science* 2015; 10:53]

Les théories sont indissociables des sciences de l'implémentation. Elles servent à déterminer ce sur quoi une intervention doit se concentrer, autrement dit à quel niveau (individuel, d'organisation de l'entreprise ou systémique) elle doit être appliquée. En outre, elles aident à justifier le choix des résultats ou des indicateurs cibles étudiés, à garantir la reproductibilité d'une étude et à expliquer les mécanismes et les liens de causalité. Elles contribuent ainsi à identifier les facteurs d'influence susceptibles d'avoir un impact sur le résultat de l'implémentation (succès ou échec). De plus, elles facilitent le développement de stratégies d'implémentation adaptées. Enfin, elles remplissent souvent des fonctions scientifiques et servent également à convaincre des bailleurs de fonds de soutenir un projet.

Pour amortir le choc de la transition entre la recherche clinique et la mise en œuvre au quotidien, il convient de mettre en place des formes de collaboration qui permettent de prévoir l'implémentation des résultats au début de la recherche clinique et d'impliquer les spécialistes correspondants à un stade précoce.

Cinq types de théories, modèles et cadres réglementaires sont particulièrement adaptés aux sciences de l'implémentation.

- Modèles de processus
- Systèmes de classification des indicateurs («determinant frameworks»)
- Théories classiques
- Théories de l'implémentation
- Grilles d'évaluation

Quatre d'entre eux sont décrits en détail aux chapitres suivants.

## 6.2. Modèles de processus: une mise en place progressive de l'implémentation

Les modèles de processus décrivent les différentes étapes de la transition, depuis le travail de recherche à la mise en œuvre dans les routines quotidiennes. En opposition avec la conception linéaire des modèles plus anciens, les modèles récents prévoient des boucles itératives et proposent des orientations pratiques pour la planification et l'implémentation d'interventions. Le système de classification K2A (Knowledge-to-Action) et le modèle EPIS<sup>4</sup> (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment) constituent des modèles du genre. EPIS se concentre

4 [episframework.com/what-is-epis](http://episframework.com/what-is-epis)

ainsi sur quatre phases du processus d'implémentation et sur les contacts entre les acteurs durant ces phases. Du point de vue des spécialistes, la prise en compte par EPIS de plusieurs aspects ayant trait au contexte (extérieur, systémique et intérieur, organisationnel) s'avère particulièrement judicieuse. Il est également tenu compte de l'intervention en tant que telle, mais aussi du rôle lié à sa paternité.

### 6.3. Systèmes de classification: vue d'ensemble de la multiplicité des facteurs

Les systèmes de classification servent généralement à analyser certains éléments de l'implémentation et à en prédire les résultats. Ils décrivent les obstacles et les facteurs de succès des projets d'implémentation et livrent des explications sur les raisons du succès ou de l'échec d'une mesure. Il s'agit par exemple des systèmes PARISH<sup>5</sup> (Promoting Action on Research, Implementation and Health Service Framework), TDF<sup>6</sup> (Theoretical Domain Framework) et CFIR<sup>7</sup> (Consolidated Framework for Implementation Science).

Le CFIR a été élaboré en 2009 aux États-Unis, sur la base d'expériences fondées sur des mises en œuvre efficaces dans 13 disciplines différentes. Il s'agit principalement d'une métathéorie reposant sur des théories de ces différents domaines spécialisés. Le CFIR clarifie un large éventail de terminologies, y compris différentes définitions employées dans la recherche en implémentation, et les inclut toutes. Tous les facteurs (acteurs, organisations, lieux) ayant une influence sur les processus d'implémentation sont systématiquement pris en compte. Le modèle se concentre sur les facteurs d'influence susceptibles de favoriser, mais aussi d'entraver le succès d'une implémentation.

La valeur du CFIR réside notamment dans la prise en compte des différences de points de vue et de terminologies existant au sein de la recherche en implémentation. Le CFIR accorde une grande importance à l'environnement interne et externe (le contexte). En outre, il prend en compte l'intervention en tant que telle et le processus d'implémentation. Il met en avant les composantes à évaluer de manière particulièrement scrupuleuse («where fidelity is critical» – L. Zullig). Le CFIR ne prétend pas contrôler chaque réaction à une intervention, mais vise à garder son objectif à l'esprit. Si nécessaire, le contexte de l'implémentation, voire de l'intervention, est adapté.

5 [www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/85](http://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/85)

6 [medium.com/knowledgenudge/the-theoretical-domains-framework-tdf-b0dd678407cd](http://medium.com/knowledgenudge/the-theoretical-domains-framework-tdf-b0dd678407cd)

7 [cfirguide.org/](http://cfirguide.org/)

## 6.4. Théories de l'implémentation: optimiser le climat en vue de la mise en œuvre

Les théories de l'implémentation ciblent la disposition organisationnelle au changement et un climat favorable à l'implémentation. Ces deux éléments sont décisifs pour prédire le succès ou l'échec d'une implémentation. À titre de théorie globale, l'heptagone bâlois des sciences de l'implémentation (cf. 2.2), qui tient compte de sept éléments déterminants pour le succès d'une implémentation, a fait ses preuves. Il est axé sur les résultats de la recherche clinique, qui lui confère un socle scientifique solide. Les circonstances quotidiennes du «monde réel», dans lequel une intervention doit faire ses preuves, sont presque tout aussi importantes. En conséquence, une grande attention est portée au contexte dans lequel l'implémentation a lieu. L'intégration de tous les acteurs concernés ou impliqués à toutes les phases de l'implémentation est également essentielle.

## 6.5. Grilles d'évaluations: évaluer l'impact d'une implémentation

Les systèmes de classification des évaluations sont indispensables pour évaluer le succès d'une implémentation. Des systèmes de classification complets, tels que le CFIR, peuvent être utilisés à cette fin. Cependant, l'un des systèmes les plus connus est le système RE-AIM, élaboré à la fin des années 1990. Il livre des instruments destinés à vérifier que la population cible a été atteinte («Reach»), que l'impact de l'intervention est garanti («Effectiveness»), que l'organisation déterminante est suffisamment motivée pour porter et soutenir l'intervention («Adoption») et enfin, que celle-ci est mise en œuvre de manière appropriée («Implementation») – y compris sur une longue période («Maintenance»).

Un grand nombre d'universités et d'instituts de recherche américains mettent à disposition de toutes les personnes intéressées par une formation continue sur les fondements théoriques des sciences de l'implémentation des offres et des cours de base interactifs. Il s'agit par exemple des organismes suivants:

- Université de Washington<sup>8</sup>
- Instituts nationaux Health Fogarty International<sup>9</sup>
- Instituts nationaux de santé américains NIH<sup>10</sup>

8 [impsciuw.org/implementation-science/research/frameworks/](https://impsciuw.org/implementation-science/research/frameworks/)

9 [www.fic.nih.gov/About/center-global-health-studies/neuroscience-implementation-toolkit/Pages/methodologies-frameworks.aspx](https://www.fic.nih.gov/About/center-global-health-studies/neuroscience-implementation-toolkit/Pages/methodologies-frameworks.aspx)

10 [cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-07/NCI-ISaaG-Workbook.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-07/NCI-ISaaG-Workbook.pdf)

**Cas pratique SomPsyNet: soins collaboratifs aux fins de prévention des conséquences des contraintes psychosociales en médecine somatique (Nicola Julia Aebi, Swiss Tropical and Public Health Institute, Bâle)**

Il est démontré que jusqu'à 11% des patient.e.s hospitalisé.e.s souffrent de maladies psychiques, un chiffre qui pourrait être largement sous-estimé. Les personnes concernées doivent craindre des conséquences sanitaires et sociales, sous la forme de comorbidités, d'une efficacité moindre des traitements, d'une baisse de la qualité de vie ou d'un risque de décès plus élevé. La durée de séjour à l'hôpital a tendance à s'allonger et les patient.e.s sont plus souvent transféré.e.s en clinique. Cette situation problématique a conduit au projet SomPsyNet, soutenu par Promotion Santé Suisse. Ce projet vise non seulement à tenir compte des symptômes physiques, mais aussi à identifier les contraintes psychiques à un stade précoce et à les traiter le cas échéant. Les différents acteurs responsables des traitements somatiques et psychologiques, mais aussi certain.e.s proches et, le cas échéant, des partenaires issu.e.s de l'entourage professionnel, sont intégré.e.s au suivi.

Les responsables de projet tablent sur une amélioration de la collaboration au sein des cliniques et avec l'entourage des patient.e.s, et donc sur une amélioration de la prise en charge de ces derniers et dernières, de sorte qu'ils ou elles puissent profiter d'une meilleure qualité de vie et d'une efficacité accrue des traitements.

[www.sompsynet.bs.ch/](http://www.sompsynet.bs.ch/)

## 7. Nécessité d'insérer la mise en œuvre dans le contexte

L'analyse de l'environnement et du contexte est une condition indispensable au succès d'un projet en sciences de l'implémentation. Dans le quatrième cours de perfectionnement, Thekla Brunkert (Institut des sciences infirmières, Université de Bâle) a expliqué comment l'analyse du contexte permettait notamment de se familiariser avec les routines et les modèles d'action quotidiens dans la pratique ainsi qu'avec le climat d'une organisation, et de déterminer les facteurs qui facilitent l'implémentation ou, au contraire, l'entravent. L'analyse du contexte permet également d'interpréter correctement les résultats d'une implémentation.

Le contexte désigne les caractéristiques et les circonstances dans lesquelles une implémentation est intégrée. Il comprend les facteurs d'influence les plus divers qui interagissent avec l'intervention et son implémentation et qui influencent, modifient, facilitent ou entravent ces dernières. Suivant la théorie, le modèle et le système de référence, le contexte englobe différents facteurs d'influence.

### 7.1. Au-delà de la partie émergée de l'iceberg

Dans les sciences de l'implémentation, les définitions coexistantes et concurrentes, autrement dit l'absence de définitions cohérentes et contraignantes, sont la norme. En conséquence, le «contexte» est également circonscrit et désigné différemment par une multitude d'expressions, comme «caractéristiques du système», «environnement», «barrières externes», «facteurs organisationnels», etc. Dans son exposé, Thekla Brunkert illustre ce contexte par un exemple: imaginons que vous commenciez un nouvel emploi dans une organisation inconnue située dans un autre pays ou canton. Le lieu de travail vous est étranger, tout comme vos collègues et supérieur.e.s. Au bout d'une semaine, vous réalisez que bien d'autres choses sont nouvelles, comme la communication, les codes linguistiques et leur teneur implicite, les processus de travail, etc. Tout cela forme le contexte. Ce dernier comprend de nombreuses dimensions, il est complexe et dynamique.

La connaissance du contexte est indispensable, car il permet aussi de déterminer les facteurs d'influence qui protègent l'environnement contrôlé d'un essai clinique, mais qui sont décisifs lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre et d'ancrer une intervention dans le quotidien des soins. Certains éléments du contexte sont faciles à identifier. Il peut s'agir d'une vision, d'une stratégie ou de l'organi-

gramme qui, dans certains cas, ont été explicitement consignés, voire publiés. Une organisation se fonde sur ces composantes du contexte pour annoncer sa manière de procéder; ces composantes explicites constituent en quelque sorte la «partie émergée de l'iceberg». Mais à la surface de l'eau affleurent d'autres éléments non visibles d'emblée: lois tacites, convictions partagées, traditions ou souvenirs communs. Pour déterminer ces facteurs d'influence implicites, qui définissent la manière dont les choses sont effectivement réalisées au sein d'une organisation, un aperçu détaillé du contexte concerné est indispensable.

## 7.2. Le triple objectif de l'analyse du contexte

L'analyse du contexte a pour objectif de comprendre les schémas présidant à l'action quotidienne: comment se déroulent quels processus habituellement? Qui communique quand avec qui? En outre, il y a lieu de déterminer les facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver l'implémentation. Il convient également d'avoir une vue d'ensemble des ressources et des besoins existants requis pour l'implémentation. Ainsi, l'analyse du contexte poursuit un triple objectif. Elle vise à collecter des connaissances sur le déroulement d'une intervention de manière à pouvoir adapter celle-ci le cas échéant et, si nécessaire, la compléter par d'autres mesures. Elle contribue également au choix de la stratégie d'implémentation. S'il s'avère, par exemple, que la mise en œuvre est entravée par certains paramètres, il faut commencer par les modifier. Enfin, la connaissance du contexte est indispensable pour classer correctement les résultats d'une implémentation et les comprendre, et ainsi transmettre et expliquer aux parties prenantes l'intégralité de l'implémentation.

Dans le cadre de cette démarche, le modèle bâlois (Basel Approach for coNtextual ANALysis BANANA) se fonde sur la théorie. Autrement dit, il s'appuie sur des données empiriques existantes, comme des obstacles éventuels ou des routines bien établies. L'implication de toutes les parties prenantes dès le départ est également décisive. La collecte de données doit en principe s'appuyer sur différentes méthodes. Sur cette base, il y a lieu de considérer l'importance de tous les facteurs ayant trait au contexte dans le cadre de l'organisation de l'implémentation et du choix de la stratégie et des résultats associés. Enfin, il s'agit aussi de publier et de diffuser les résultats de l'analyse du contexte pour que d'autres personnes intéressées puissent interpréter les résultats d'une étude à la lumière de son contexte.

### 7.3. Nécessité d'un fondement théorique pour l'analyse du contexte

Pour les besoins de l'analyse du contexte, on a parfois recours aux mêmes concepts que pour une implémentation en tant que telle. À cet égard, l'accent est placé sur les théories, modèles et systèmes de référence qui tiennent compte des facteurs ayant une influence sur les résultats de l'implémentation, comme le TDF (Theoretical Domains Framework) ou le CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research). Il est également possible de combiner entre eux les modèles et théories s'ils partagent des éléments communs: tous ayant pour but d'introduire et d'intégrer une nouveauté dans une entreprise ou une collectivité publique, le soutien organisationnel reste primordial. Des questions se posent également concernant les compétences et la qualité de direction ainsi que les caractéristiques, l'atmosphère et de manière générale, la «culture» de l'institution concernée. Il y a lieu d'identifier les relations sociales et de distinguer la perception individuelle des efforts d'implémentation. Enfin, il faut également mettre en lumière le contexte politique dans son ensemble. Actuellement, on en sait encore relativement peu sur l'incidence des différents facteurs d'influence du contexte sur une implémentation. Par conséquent, le besoin de recherche est considérable.

Pour recueillir des informations et des données sur le contexte, il faut tirer parti de toute la palette de méthodes disponibles, le choix des instruments dépendant finalement de la nature de l'intervention: il se peut qu'une seule organisation soit concernée ou qu'il faille analyser le contexte de plusieurs institutions. À cet égard, les données qualitatives revêtent une importance cruciale: il s'agit d'observer les personnes et d'échanger avec elles. Si elles sont disponibles, les données quantitatives doivent souvent être adaptées aux circonstances concrètes ou traduites en conséquence. En outre, une collecte de données récurrente peut s'avérer pertinente puisque dans certains cas, le contexte évolue au cours de l'analyse.

En résumé, l'analyse du contexte jette les bases d'une implémentation réussie en posant des jalons pour la mise en œuvre d'une intervention, en contribuant au choix de la stratégie d'implémentation optimale et en permettant une compréhension tant de l'implémentation en tant que telle que de ses résultats. À cet égard, la théorie est une composante essentielle de l'analyse du contexte. Le modèle bâlois BANANA correspond à une approche progressive d'une analyse du contexte.

### **Cas pratique SMILe: un modèle de soins intégré pour les patient.e.s recevant une greffe de cellules souches (Juliane Mielke, Université de Bâle)**

En Europe, un adulte développe une leucémie toutes les deux minutes. Pour 10% des malades, la transplantation allogénique de cellules souches représente le dernier espoir de guérison. Mais trop souvent, les personnes ayant survécu à une leucémie deviennent des malades chroniques qui nécessitent des soins complets. Nombre d'entre elles sont affaiblies et trop fatiguées pour respecter les comportements recommandés, comme la pratique d'une activité physique régulière, des mesures de prévention contre les infections, etc. Selon la littérature, un modèle d'accompagnement complet comprenant des aspects non seulement médicaux, mais aussi psychosociaux peut fortement améliorer les indicateurs cibles.

Cependant, un tel modèle est destiné à encourager des réactions rapides afin de prendre en charge les aggravations de l'état de santé ou les rechutes, qui surviennent souvent de manière soudaine chez les patient.e.s ayant reçu une greffe de cellules souches. Les technologies eHealth permettent d'accélérer le temps de réaction dans le cadre du traitement. SMILe, un projet commun des Universités de Bâle et de Fribourg-en-Brigau, a pour objectif de développer, mettre en œuvre et tester une implémentation de ces instruments numériques dans le cadre du suivi à long terme des patient.e.s ayant reçu une greffe de cellules souches.

L'analyse du contexte, qui livre des indications sur différents obstacles à la réussite d'une implémentation, est un élément important du projet. Il s'est ainsi avéré que le suivi après la sortie de l'hôpital étant lacunaire, les outils eHealth pouvaient alors inciter les patient.e.s à adopter un comportement plus sain. En outre, les personnes concernées ont souvent du mal à évaluer les symptômes cliniques émergents. La technologie numérique, associée à une communication rapide et ciblée, peut aider à combler ces déficits. Concernant le système informatique à l'hôpital, la présence d'un.e interlocuteur.trice pour les questions techniques et le traitement des données reçues s'est avérée nécessaire.

L'analyse du contexte a jeté les bases du choix de la stratégie d'implémentation. À cet égard, il est apparu que des moyens financiers supplémentaires étaient nécessaires pour accompagner les nombreux cas. En outre, le suivi à long terme actuel est exclusivement orienté vers les médecins. Par conséquent, des rôles professionnels doivent être examinés et modifiés en faisant appel à des membres du personnel soignant confirmés («Advanced Practice Nurse», APN) afin d'assurer la coordination des soins.

## 8. De la stratégie ciblée à la stratégie multidirectionnelle

**Selon Byron Powell (National Cancer Institute NCI, États-Unis), les stratégies d'implémentation s'entendent comme des méthodes ou des techniques destinées à améliorer l'application ou l'extension d'une intervention ou d'une mesure.**

La nature de la stratégie de mise en œuvre à choisir dans un cas concret dépend d'une multitude de critères, comme les résultats de l'analyse du contexte, des conclusions scientifiques, des considérations théoriques et l'implication des parties prenantes.

### 8.1. Stratégies ciblées sur des barrières spécifiques

Les obstacles à la réussite d'une implémentation peuvent être surmontés au moyen de stratégies «discrètes», autrement dit composées de mesures isolées, spécifiquement orientées vers ces barrières. Ainsi, le manque d'informations et de connaissances sera compensé par des cours interactifs. Des révisions et des feed-back institutionnalisés peuvent s'avérer utiles si la réalité et la perception ne concordent pas entre elles. Dans certains cas, des incitations ou des sanctions contribueront à stimuler la motivation quand elle fait défaut. De même, des modèles positifs peuvent amener des attitudes et convictions limitantes à évoluer.

Les stratégies d'implémentation ont donc pour objectif de favoriser l'application, la mise en œuvre ou l'extension d'un traitement, d'un programme ou de comportements spécifiques. Cela peut se traduire par les mesures suivantes:

- analyses des besoins
- supports et outils développés en interne et adaptés au programme concerné
- assistance technique centralisée
- conseil continu aux spécialistes médicaux et/ou aux patient.e.s
- sessions de formation
- recours à des conseils consultatifs et des groupes de travail
- mise en œuvre par étapes

## 8.2. Stratégies multidirectionnelles en cas de processus complexes

Généralement, les stratégies requises sont menées à plusieurs niveaux ou auprès de différents groupes d'acteurs: souvent, il s'agit, au niveau individuel, de former le personnel de santé, au niveau organisationnel, de former des communautés d'apprentissage en clinique, et au niveau politique, d'exclure de fausses incitations. Dans ce genre de cas, il y a lieu de recourir à des stratégies mixtes ou multidirectionnelles, qui se composent de plusieurs stratégies ciblées, parfois liées entre elles.

Mais une stratégie d'implémentation peut également être adaptée au fil de l'implémentation et donc devenir une stratégie en plusieurs phases, d'autant plus que les obstacles peuvent changer au cours d'une implémentation et que les stratégies pour les surmonter doivent également être adaptées. Ainsi, il peut être utile, dans la première étape, de commencer par identifier précisément le problème, d'aborder les parties prenantes et de définir des indicateurs cibles et de mesure. Dans la deuxième étape, il s'agit d'implémenter la mesure à proprement parler, de former les équipes de mise en œuvre requises à cet effet et de suivre le processus dans son ensemble ainsi que ses progrès (monitoring). La troisième étape vise l'ancrage durable de l'intervention, dont la responsabilité est transférée aux groupes d'intérêt. Cette dernière phase inclut également de l'autoréflexion et une évaluation en continu.

## 8.3. Les différentes catégories de stratégies

Le développement d'une terminologie commune (cf. 1.3) est également une tâche prioritaire dans le cadre du choix et de l'analyse des stratégies. Dans une étude complète de la littérature (méta-analyse) datant de 2012, les stratégies ont été réparties dans six groupes définis en fonction des priorités:

1. Les stratégies de planification ont pour objectif de mettre en place la collecte d'informations et de données, de choisir la stratégie de mise en œuvre adéquate, d'assurer la gouvernance et de construire entre les acteurs les relations indispensables au succès de l'implémentation.
2. Les stratégies de planification englobent des mesures destinées à informer des groupes cibles et d'intérêt, à différents niveaux et avec des intensités différentes, du changement visé et des étapes d'implémentation.

3. Les stratégies financières recherchent l'acquisition de moyens pour l'intervention à mettre en œuvre (et son ancrage durable) ainsi que pour la formation et le perfectionnement requis.
4. Les stratégies de restructuration facilitent l'implémentation par le biais de changements au sein de l'équipe, de compréhension des rôles, de l'équipement d'une organisation ou d'une clinique, du système informatique et de gestion des données, etc.
5. Les stratégies d'assurance qualité ont pour objectif de créer les conditions-cadres requises pour la surveillance et l'amélioration continues de la qualité et de garantir que l'innovation est scrupuleusement mise en œuvre.
6. Les stratégies politiques visent à ce qu'une intervention clinique reçoive le soutien des services d'admission et des organisations de réglementation.

Les stratégies d'implémentation doivent en principe être choisies ou développées sur la base des critères suivants:

- une solide connaissance du contexte (y compris des causes de la mauvaise qualité des soins et de la mise en œuvre);
- une évaluation des facteurs d'influence décisifs pour l'implémentation;
- les fondements théoriques des processus et des mécanismes d'action;
- l'état d'avancement de l'implémentation (EPIS);
- l'efficacité de la stratégie d'implémentation;
- les incitations et les propositions des groupes d'intérêt.

Or trop souvent, les stratégies d'implémentation sont:

- décrites de manière lacunaire;
- désignées et caractérisées de manière hétérogène (recours à des termes techniques abscons, comme ERIC, EPOC);
- insuffisamment détaillées;
- non reliées aux résultats d'implémentation («outcomes»);
- non intégrées dans la théorie et associées à des mécanismes d'action obscurs.

#### 8.4. Les deux stratégies d'implémentation les plus courantes

La stratégie **ERIC** (Expert Recommendations for Implementing Change) comprend 73 stratégies de mise en œuvre classées, sur la base d'une étude Delphi, dans 9 catégories selon leur importance et leur faisabilité. Elle comprend par exemple la réalisation d'analyses des besoins, la constitution de partenariats au

niveau communautaire et l'obtention d'engagements formels, le développement de supports et d'instruments de programmes, l'assistance technique centralisée, l'organisation de formations flexibles, la garantie d'un conseil en continu, le recours à des organes consultatifs et à des groupes de travail ainsi que l'extension des différentes étapes de l'implémentation.

La stratégie **EPOC** (Effective Practice and Organisation of Care) décrit des stratégies d'implémentation aux niveaux micro, meso et macro, donc pour les professionnel.le.s du secteur de la santé, des organisations de santé ou de la politique (sanitaire)<sup>11</sup>. Ces stratégies visent par exemple l'amélioration continue de la qualité, le monitoring de la performance en matière de soins de santé, l'élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique ou l'organisation de procédures locales de conciliation et de vote.

## 8.5. Pièges à éviter lors du choix de la stratégie

Lors du choix et de la conception d'une stratégie d'implémentation adéquate, il y a lieu d'éviter certains pièges. Le premier consiste à croire que la formation et le perfectionnement suffisent à induire un changement des comportements. Or l'expérience montre que si la formation est nécessaire, elle est loin d'être suffisante.

Le second piège réside dans la conviction que d'importants moyens et un engagement élevé sont aussi d'une grande utilité et qu'il convient de recourir à un maximum de stratégies. Toutefois, la littérature nous enseigne que les stratégies multifacettes ne sont pas plus efficaces que des stratégies à structure simple ou à composante unique. C'est ce qui peut se produire dans le cas d'une stratégie multidirectionnelle, dont le design n'est pas assez abouti ou qui n'est pas assez orientée vers des groupes cibles décisifs.

Un autre piège réside dans le recours à l'approche de la «taille unique». L'expérience montre en effet qu'une procédure sur mesure s'avère plus fructueuse qu'une approche standardisée.

Enfin, l'approche «ISLAGIATT» («It seemed like a good idea at the time») fait référence aux cas dans lesquels des informations initiales lacunaires ou un fondement théorique trop fragile ont conduit à un mauvais choix de stratégie.

## 8.6. Alignement de la stratégie sur les obstacles

L'impact et le succès des stratégies d'implémentation varient selon que les obstacles à la mise en œuvre d'une intervention ont été identifiés et priorisés de manière pertinente. Byron Powell identifie ici un besoin considérable de recherche, qui doit dans l'idéal s'appuyer sur un grand nombre de méthodes, notamment des approches ethnographiques. En outre, il y a lieu d'élaborer des stratégies d'adaptation axées sur des barrières dynamiques. En effet, il ne suffit pas d'identifier les obstacles au début d'une implémentation, ceux-ci pouvant changer très rapidement au fil des processus.

Enfin, il faut, dans l'idéal, développer des méthodes systématiques et rigoureuses pour resserrer les liens entre les stratégies et les barrières identifiées. L'outil d'adaptation interactif CFIR-ERIC<sup>12</sup> a été développé en interne pour choisir une stratégie d'implémentation adaptée aux obstacles identifiés: ERIC propose ainsi une quarantaine de stratégies possibles, sur la base desquelles une sélection est effectuée pour surmonter des barrières définies au moyen du CFIR. L'outil s'avère particulièrement utile au début d'une implémentation, lorsqu'il s'agit d'évaluer des stratégies potentielles.

L'outil «Theory and Techniques»<sup>13</sup>, lui aussi interactif, a pour objectif d'explorer les relations entre plus de 70 techniques de changement du comportement et une vingtaine de mécanismes d'action. Il confirme par exemple l'existence d'un lien étroit entre la technique de changement du comportement «informer des conséquences sanitaires» et le mécanisme d'action «l'intention» (décrit comme la décision consciente d'agir d'une certaine façon). Il livre également des indications sur la nature des études réalisées dans des circonstances définies.

## 8.7. Autres approches pour des stratégies d'implémentation efficaces

Les implémentations s'insèrent généralement dans un contexte dynamique et impulsent elles-mêmes des changements. Par conséquent, des méthodes de recensement et de test des mécanismes liés aux changements s'imposent. En outre, il y a lieu de décrypter le fonctionnement de la stratégie d'implémentation pour que celle-ci puisse être adaptée aux variations des conditions au

<sup>12</sup> [cfirguide.org/choosing-strategies/](http://cfirguide.org/choosing-strategies/)

<sup>13</sup> [theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/tool](http://theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/tool)

fil du temps. Dans ce contexte, il peut s'avérer utile de recourir au projet d'un modèle logique de la stratégie d'implémentation, qui démontre les relations entre les facteurs d'influence déterminants, les stratégies appliquées, leurs mécanismes et les résultats associés.

Le besoin de recherche reste considérable: il est nécessaire d'évaluer et de tester davantage de stratégies de types différents (en particulier au niveau des utilisateurs.trices, des organisations et des systèmes). Il est également nécessaire de réaliser davantage d'études comparatives de stratégies en une étape, multidirectionnelles et adaptées. Enfin, des designs et méthodes plus diversifiés doivent dans l'idéal être appliqués et évalués; il n'est guère possible d'appliquer la référence de l'étude randomisée dans les conditions de la pratique quotidienne.

En outre, des évaluations économiques de diverses stratégies sont nécessaires. Les résultats et chiffres obtenus à cette occasion sont d'une importance cruciale, notamment sur les plans organisationnel et systémique, mais les études à ce sujet sont plutôt rares. Cependant, des plates-formes pour l'échange d'idées et l'apprentissage en commun ou la collaboration de spécialistes de l'économie et de la recherche en implémentation ont été élaborées, comme le HERC (Health Economics Resource Center)<sup>14</sup>.

Enfin, des efforts méthodologiques supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la description et le suivi des stratégies. Les lacunes dans ce domaine restreignent la reproductibilité dans la recherche, mais aussi dans la pratique. En outre, elles empêchent de déterminer comment et pourquoi certaines stratégies fonctionnent. Le rapport doit, dans l'idéal, fournir des renseignements précis sur la désignation exacte de la stratégie (avec un renvoi aux études correspondantes et l'utilisation des termes techniques consacrés). Il est également censé mentionner et définir les différentes composantes de la stratégie. En outre, il doit indiquer les acteurs impliqués ainsi que les activités menées tout au long du processus d'implémentation, consigner la nature des objectifs à atteindre au moyen de quelles activités et préciser la dimension temporelle, autrement dit le calendrier de la stratégie, en mentionnant la «dose», c'est-à-dire la pression mise en œuvre pour imposer ce dernier. Les résultats de l'implémentation doivent être identifiés et mesurés. Enfin, une justification empirique, théorique ou tout au moins pragmatique concernant le choix de la ou des stratégies est requise.

### **Cas pratique INTERCARE: des modèles de soins gérés par le personnel infirmier dans les établissements médico-sociaux (Franziska Zúñiga, Université de Bâle)**

Trop souvent, les personnes âgées qui vivent en établissement médico-social (EMS) sont envoyées aux urgences en cas de problèmes de santé. Au moins 40% de celles qui se rendent aux urgences sont renvoyées à l'EMS sans hospitalisation. En 2013, on aurait pu potentiellement éviter 42% de toutes les hospitalisations en provenance des EMS en Suisse et donc économiser quelque 89 millions de CHF de dépenses de santé. INTERCARE, un projet de l'Institut des sciences infirmières à l'Université de Bâle, a pour objectif de garantir des soins gériatriques complets aux personnes en EMS afin de réduire le nombre d'hospitalisations évitables. La littérature atteste du succès des équipes de soins interdisciplinaires, qui sont en mesure d'identifier des symptômes à un stade précoce, de bien communiquer entre elles et de coordonner les soins. Les enquêtes ont mis au jour le besoin de professionnel.le.s qui disposent des compétences nécessaires et qui sont accepté.e.s et respecté.e.s par les médecins. Des hiérarchies trop rigides ont tendance à être limitantes. En outre, le modèle de soins requiert le soutien de l'institution tout entière.

À l'appui de l'analyse du contexte, le nouveau poste de soignant.e avec formation complémentaire en gériatrie INTERCARE a été introduit en tant qu'indicateur clé. Il est notamment destiné à renforcer la collaboration professionnelle interdisciplinaire et à garantir une prise en charge gériatrique complète et prospective, fondée sur des données.

Lors de l'évaluation de la stratégie d'implémentation qui a suivi, il s'est avéré que les cadres dirigeant.e.s en EMS et les spécialistes INTERCARE évaluaient différemment quatre éléments de la stratégie. Ainsi, de manière surprenante, les premiers.ères attachaient plus d'importance à la formation de la ou du spécialiste INTERCARE que les second.e.s.

Ce cas pratique prouve que l'analyse du contexte est primordiale dans le choix de la stratégie d'implémentation. Elle montre en effet à quelles personnes il faut s'adresser à quel niveau. En outre, elle peut soutenir la mise en œuvre en tant que telle, mais aussi préparer l'extension du projet (scale up).

[nursing.unibas.ch/de/forschung/forschungsprojekte/laufende-projekte/intercare/](https://nursing.unibas.ch/de/forschung/forschungsprojekte/laufende-projekte/intercare/)

## 9. Bilan d'une période mouvementée

**La boucle est bouclée: le compte-rendu est clôturé en renvoyant à une intervention de Michel Wensing (Université de Heidelberg, Allemagne) prononcée le jour du lancement du cycle de conférences. Dans cette intervention, le Prof. Wensing a notamment présenté des observations basées sur des analyses d'implémentation réalisées pendant la pandémie de Covid-19, qui mettent en lumière les sciences de l'implémentation en période de crise.**

Les publications qui font état d'une modification rapide des processus découlant de résultats d'études cliniques sont extrêmement rares, même s'il existe quelques exemples à ce sujet. Durant la pandémie de Covid-19, on a assisté à la mise en place, en un temps record, de nouvelles procédures, telles que l'intensification du recours aux moyens de communication numérique. La comparaison du quotidien en «conditions normales» et en période de crise permet de comprendre les difficultés liées à la mise en œuvre de résultats scientifiques.

### 9.1. La recherche sous le signe de la pandémie

En règle générale, les décideurs.euses sont soumis.e.s à certaines directives et restrictions. Ces personnes doivent s'acquitter d'une multitude de tâches, qu'elles souhaitent remplir au mieux. Elles sont exposées à un flot d'informations et souvent, ne peuvent pas décider ou agir de manière autonome. En revanche, en cas de crise, la situation dynamique exige une action rapide, même en l'absence de la totalité des informations requises. Le stress et l'inquiétude sont considérables. La marge de manœuvre financière est donc souvent plus importante. Au lieu d'avancer progressivement, comme c'est le cas en temps normal, il convient de réagir vite et, le cas échéant, d'adapter les mesures dès que de nouvelles connaissances et expériences sont disponibles.

Les expériences tirées de la pratique montrent que, si les sciences de l'implémentation peuvent diverger dans leur approche, elles ont un point commun: il s'agit d'une vision des interventions complexes au quotidien. En fonction du point de vue, les priorités varient: pour induire un changement de comportement dans la pratique, l'épidémiologiste s'appuiera en premier lieu sur des données convaincantes. En revanche, la ou le psychologue comportemental.e misera plutôt sur un changement des attitudes individuelles, tandis que l'informaticien.ne plaidera pour le recours à des systèmes d'aide à la décision. Enfin, l'économiste recommandera de récompenser les bonnes performances par des bonus.

Les résultats des sciences de l'implémentation confirment que de nouvelles procédures peuvent effectivement s'intégrer dans les routines et supplanter les anciens modèles d'action. Cependant, l'impact d'une stratégie spécifique dépendant des circonstances, il est difficile à prévoir: il n'existe pas de stratégie qui fonctionne à tous les coups et dans tous les cas. Les mécanismes de l'implémentation manquent aussi souvent de transparence et n'ont généralement qu'un impact limité. En outre, les coûts de l'implémentation restent encore trop peu étudiés.

## 9.2. Manque d'attentes réalistes et de capacité d'adaptation

Les sciences de l'implémentation suscitent un intérêt croissant partout dans le monde. Le nombre de revues spécialisées sur le sujet est en constante augmentation. De plus en plus de conférences sur ce thème ont lieu et des organisations et des groupes d'intérêt se constituent pour promouvoir leur prise en compte.

Cependant, les défis à relever sont nombreux. Ainsi, l'implémentation doit être adaptée aux besoins et aux conditions sur le terrain. En outre, il y a lieu de mieux impliquer les groupes d'intérêt, de définir les résultats thérapeutiques et d'intervention déterminants, de poursuivre le développement de la théorie et de mener des études de qualité. La crise du Covid a également montré la nécessité d'élaborer des méthodes rapides, qui fonctionnent même avec un volume plus réduit de connaissances consolidées. La question du rôle du système de santé ainsi que l'analyse des inégalités en matière de santé ont également gagné en importance.

En définitive, il n'existe pas de boîte à outils prête à l'emploi en matière d'implémentation. Les décideurs.euses devront tempérer leurs attentes vis-à-vis des possibilités de l'implémentation; les scientifiques de l'implémentation doivent, dans l'idéal, continuer à promouvoir leur préférence à l'égard des théories, afin que celles-ci servent d'orientation à des projets tout au long de leur cycle de vie.

## 10. Postface

Les sciences de l'implémentation proposent des théories, des méthodes et une base de connaissances en constante évolution pour intégrer et garantir, dans le cadre des soins, des interventions<sup>15</sup> fondées sur des preuves à un niveau supérieur. En outre, elles livrent des méthodes destinées à adapter les connaissances issues de la recherche, générées au niveau international, aux conditions locales. Du fait d'une procédure fondée sur la théorie, elles génèrent des connaissances généralisables.

Les interventions thérapeutique, médicales, de santé publique ou de soins réalisées aujourd'hui en Suisse ne sont pas toutes utiles. De simples habitudes peuvent empêcher que des pratiques soient remises en question et que leur utilisation soit, le cas échéant, réduite. C'est cet inconvénient que l'initiative «smarter medicine»<sup>16</sup> (entre autres) entend corriger. Les sciences de l'implémentation offrent ici d'excellentes méthodes pour mettre en œuvre les changements requis.

L'efficacité et l'implémentation étant étudiées en parallèle, les designs d'études hybrides accélèrent le transfert de la recherche vers les soins. Le fait de traiter des obstacles potentiels à l'implémentation dès le protocole d'étude augmente sensiblement la faisabilité de cette dernière. Le design centré sur l'utilisateur.trice intègre des cadres dirigeant.e.s et des patient.e.s dans le développement de procédures fondées sur des preuves. Cela permet de mieux garantir la pertinence et l'acceptation futures des résultats. En outre, les conclusions issues de l'application sont réintégrées dans la recherche. Toutes les personnes concernées au sein de la clinique ou de la recherche ou en tant que patient.e.s profitent de cette approche cyclique de l'application des connaissances. L'efficacité de la recherche clinique universitaire et l'efficacité des connaissances issues de la recherche augmentent.

Les sciences de l'implémentation possèdent le potentiel requis pour combler le fossé entre connaissances et pratique dans le domaine des soins. Elles apportent ainsi une contribution essentielle aux soins fondés sur les preuves, intégrés et orientés vers les patient.e.s. Elles permettent ainsi de transformer les investissements élevés dans la recherche et l'innovation en bénéfice direct pour les malades et leurs proches.

<sup>15</sup> Le terme «interventions» est synonyme de pratiques, innovations, traitements, procédés, programmes.

<sup>16</sup> [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)

Le système de santé suisse est mûr pour les sciences de l'implémentation qui, comme cette publication en témoigne, suscitent un intérêt croissant en Suisse ces dernières années. Dans le même temps, la recherche suisse dans ce domaine est encore peu développée. Elle nécessite, en plus des réseaux, groupes de recherche et instituts existants, un investissement clair pour renforcer les capacités.

Une promotion dédiée est requise: les appels d'offres dans la recherche clinique doivent exiger des réflexions concrètes sur l'implémentation, les chercheurs.euses cliniques doivent être sensibilisé.e.s et qualifié.e.s, la relève dans le domaine de la recherche a besoin d'une formation ciblée. Ce n'est qu'à ces conditions qu'il sera possible d'exploiter le potentiel des sciences de l'implémentation dans un futur proche. Il est impératif de proposer un savoir-faire dans la formation continue des prestataires de services pour en renforcer l'application dans les institutions de santé et pour que la «continuous education» (formation continue) devienne une «continuous implementation» (implémentation continue).

Les sciences de l'implémentation ont pour objectif de qualifier les personnes et les systèmes et non de mettre en place des directives et des instructions. Elles sont systématiques, scientifiques et participatives. Une puissante combinaison qui peut avoir un impact, sous réserve que la recherche soit considérée comme une condition sine qua non des soins de santé et qu'un cadre favorable soit mis en place en Suisse.

Dr Peter Brauchli, Prof. Lauren Clack, Prof. Rahel Naef, Institut für Implementation Science in Health Care, Université de Zurich

## 11. Littérature

- 1 Office fédéral de la statistique (OFS), 2019: «**Recherche et développement (R-D) dans les hautes écoles (FE\_HS)**». Neuchâtel: OFS.
- 2 Balas E. Andrews, Boren Suzanne Austin, 2000: «**Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement**». Yearb Med Inform. 2000;09(1):65–70. doi: dx.doi.org/10.1055/s-0038-1637943 [PubMed].
- 3 Chalmers Iain, Glasziou Paul, 2009: «**Avoidable waste in the production and reporting of research evidence**». Lancet 2009; 374: 86–89 June 15, 2009. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9
- 4 Ogier Roch, Knecht Wolfgang, Schwab Martin E., 2019: «**Translating academic discovery to patients' benefit: is academia ready to assume its key role?**» Swiss Academies Communications 14 (1). zenodo.org/record/1494980#.YgPL2NixmUk
- 5 McGlynn Elisabeth A. et al., 2003: «**The quality of health care delivered to adults in the United States.**» N. Engl J Med. 2003;348(26):2635–45. doi: 10.1056/NEJMsa022615

## 12. Participant.e.s et intervenant.e.s

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Nicola Julia Aebi        | MSc, Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Bâle (cas pratique SomPsyNet)  |
| Thekla Brunkert          | PhD, PT, Université de Bâle, Institut des sciences infirmières (présentation de l'analyse du contexte)  |
| Sabina De Geest          | PhD, RN, Université de Bâle, Institut des sciences infirmières (introduction à IMPACT / sciences de l'implémentation)   |
| Mieke Deschodt           | PhD, RN, KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care (cas pratique G-Coach)   |
| Maria José Mendieta Jara | MD, MPH, Université de Bâle, Institut des sciences infirmières (cas pratique INSPIRE)   |
| Juliane Mielke           | MScN, Université de Bâle, Institut des sciences infirmières (cas pratique SMILE)  |
| Byron Powell             | PhD, Washington University, St. Louis (États-Unis), Brown School of Social Work (stratégies)  |
| Cynthia Vinson           | PhD, MPA, National Cancer Institute NCI, États-Unis, Implementation Science Team (introduction à l'implémentation / aux designs hybrides)   |
| Michel Wensing           | PhD, MSc, Université d'Heidelberg, sciences de l'implémentation (introduction aux sciences de l'implémentation, cas pratiques sur la gestion des risques associés aux patient.e.s atteint.e.s de pathologies cardiovasculaires et soins primaires forts dans le sud de l'Allemagne) |
| Leah Zullig              | PhD, MPH, Duke University (États-Unis), Department of Population Health Sciences (théories et systèmes de référence)  |
| Franziska Zúñiga         | PhD, RN, Université de Bâle, Institut des sciences infirmières (cas pratique INTERCARE)   |

