

Colloque SQEP

12 octobre 2012

Montréal

**Évaluation de l'implantation d'un protocole
de garde en établissement.**

Line LeBlanc, Ph.D.

Université du Québec en Outaouais

Département de psychoéducation et de psychologie

line.leblanc@uqo.ca

Collaboratrices: Johanne Doucet et Chantal Lavigne, HPJ.

Plan

1. Contexte légal de la garde en établissement
2. Un nouveau protocole à évaluer
3. Théorie de la diffusion de l'innovation
4. Questions de recherche et méthodologie
5. Résultats de l'adoption et de l'implantation
6. Implications pour la recherche en évaluation de programme

1. Le contexte légal

Lorsqu'une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou autrui:

- ⇒ la loi P 38 exige que le personnel recherche le consentement à l'évaluation psychiatrique et transmette l'information au patient.

La réponse à cette exigence légale est souvent difficile en raison de la:

- ⇒ situation d'urgence psychiatrique
- ⇒ complexité clinique et éthique

2. Une nouvelle pratique à évaluer

Pour remédier à ce problème:

- ➔ une **formation** a été offerte à 335 intervenants et 85 médecins provenant de 6 hôpitaux dans la région de l'Outaouais;
- ➔ un **nouveau protocole** de garde en établissement et des **outils** ont été développés afin d'appliquer plus adéquatement la loi P38;
- ➔ l'implantation de ce protocole a été **évalué**

3. La théorie de la diffusion de l'innovation

L'innovation se définit comme une idée, une pratique ou un objet perçu comme nouveau par des individus.

Elle se transmet par différents canaux de communication à travers des stratégies de diffusion (Rogers, 1995).

3. La théorie de la diffusion de l'innovation

La processus de diffusion comprend deux phases (Klein & Knight, 2005):

Adoption

- la prise de décision à l'égard d'une nouvelle pratique (conscientisation, persuasion et décision)
- ➡ formation

Implantation

- l'utilisation de la nouvelle pratique sur le terrain (institutionnalisation)
- ➡ protocole et outils

3. La théorie de la diffusion de l'innovation

La décision d'adopter une nouvelle pratique d'intervention est largement déterminée par les 5 caractéristiques de l'innovation (Rogers, 1995)

Avantage relatif	le degré selon lequel la nouvelle pratique est perçue comme supérieure à la pratique qu'elle remplace
Compatibilité	le degré selon lequel la nouvelle pratique est perçue comme cohérente avec les valeurs, les expériences et les besoins des individus susceptibles de l'adopter
Complexité	le degré selon lequel la nouvelle pratique est perçue comme étant difficile à comprendre ou à utiliser
Mise à l'essai (réversibilité)	la possibilité que l'innovation puisse être expérimentée sur une base limitée
Observabilité	le degré selon lequel les résultats de l'innovation sont visibles

4. QUESTIONS ET MÉTHODOLOGIE

1. QUEL EST LE PORTRAIT DES PERSONNES MISES EN GARDE EN ÉTABLISSEMENT?

2. EST-CE QUE LE PERSONNEL MÉDICAL ADOPTE LE NOUVEAU PROTOCOLE?

⇒ **entrevue** de groupe avec les gestionnaires de chaque hôpital pour discuter des résultats

⇒ **enquête** à l'aide d'un questionnaire complété par 85 infirmières et médecins qui appliquent le nouveau protocole

3. EST-CE QUE PROTOCOLE EST APPLIQUÉ TEL QUE PRÉVU?

⇒ **étude rétrospective** de 179 dossiers de personnes mises en garde en établissement dans 6 hôpitaux sur une période de 8 mois

5. Résultats: portait des personnes mises en garde en établissement

Variables	Pourcentage
Moyenne d'âge	40 ans
Sexe	
homme	54%
femme	46%
Schizophrénie et psychoses	52%
Consommation de substances	48%
Célibataires ou séparés	79%
Travailleurs	19%
Garde précédente:	51%

5. Résultats: évaluation de l'adoption de la nouvelle pratique

Le protocole est:	oui		plus ou moins		non		na		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
supérieur à celui qu'il remplace (n=81)	50	61,7	15	18,5	3	3,7	13	15,3	
cohérent avec vos valeurs, expériences et besoins (n=81)	52	64,2	19	23,5	1	1,2	9	11,1	
facile à comprendre ou à utiliser (n=80)	32	40,0	36	45,0	2	2,5	10	12,5	
adapté à votre pratique (n=80)	44	55,0	24	30,0	2	2,5	10	12,5	
peut avoir des effets bénéfiques pour la clientèle (n=79)	52	65,8	16	20,3	1	1,3	10	12,7	

5. Résultats: évaluation de l'implantation

Dans quelle proportion le:	Garde préventive: sans autorisation du tribunal (72h)		Garde provisoire: évaluation psychiatrique (96h)		Garde en établissement: requête de 21 jours (48h)			
formulaire de garde est présent dans le dossier:	112/179	63%	16/16	100%	179/179	100%		
formulaire de suivi à l'utilisateur est présent :							91/179	51%
la remise au patient de l'information est documentée	43/112	38%	4/16	25%	43/179	26%		
consentement est documenté:							49/179	27%

Constat en lien avec la littérature

la décision d'adopter une nouvelle pratique ne mène pas nécessairement à son implantation efficace (Steckler, Goodman, McLeroy, & Koch, 1992).

5. Résultats: explication des écarts entre l'adoption et l'implantation (gestionnaires et personnel médical)

EXPLICATIONS	SUGGESTIONS
Causes organisationnelles <ul style="list-style-type: none">• Accessibilité difficile;• Intégration difficile dans la routine;• Manque de précision quant à l'identification de ceux qui devraient compléter le formulaire de suivi	<ul style="list-style-type: none">• Trouver un emplacement qui favorise son utilisation;• Formulaire informatisé;• Identifier un responsable de la démarche dans chaque urgence.
Causes liées à l'implantation <ul style="list-style-type: none">• Méconnaissance du protocole en raison de l'arrêt de la formation;• Manque de suivi suite à la formation.	<ul style="list-style-type: none">• Période de rappel après la formation;• Formation aux nouveaux;• Formation de personnes stratégiques;• Faire une feuille explicative de la démarche.

Limite à considérer

L'analyse des données provenant des dossiers ne permet pas de discriminer entre:

- ❖ ceux qui recherchent le consentement et transmettent l'information au patient mais ne consignent pas les données au dossier;

versus

- ❖ ceux qui ne font ni un ni l'autre.

6. Implications pour la recherche en évaluation de programme

- Importance de distinguer les phases de l'adoption et de l'implantation afin de mieux interpréter les données;
- La théorie de la diffusion de l'innovation est utile pour planifier et mesurer la phase de l'adoption;
- Importance de préparer l'implantation d'une nouvelle pratique dans le milieu en plus des stratégies de diffusion.

Références

Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation implementation: Overcoming the challenge. *Current Directions in Psychological Science; Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 243-246.

Rogers, E.M. 1995. (4th ed.). *Diffusion of innovations*. New York : Free Press.

Steckler, A., Goodman, R., McLeroy, K., Davis, S., & Koch, G. (1992). Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *American Journal Of Health Promotion: AJHP*, 6(3), 214-224.

Période de questions

