

FAVORISER LA PÉRENNITÉ DE LA PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES SÉVÈRES EN PREMIÈRE LIGNE: UNE ÉVALUATION DE PROCESSUS

Gabrielle Chicoine^{1,2}, Patrick Archambault^{2,4}, Émilie Côté², France Légaré^{3,4}, Jean-Sébastien Paquette³⁻⁵, Annette Totten⁶ & Sharon E. Straus¹

¹Knowledge Translation Program, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Unity Health, Toronto, ON, Canada ²Centre de recherche intégrée pour un système de santé apprenant en santé et services sociaux, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, Lévis, QC, Canada ³Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada ⁴VITAM - Centre de recherche en santé durable, Centre hospitalier universitaire de Québec, Québec, QC, Canada ⁵Centre intégré de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, Saint-Charles-Borromée, QC, Canada ⁶School of Medicine, Department of Medical Informatics and Clinical Epidemiology, Oregon Health and Science University, Portland, Oregon, États-Unis



Pour me contacter: GABRIELLE.CHICOINE@UNITYHEALTH.TO

ORCID
0000-0003-3179-5806



PROBLÉMATIQUE

LES MALADIES CHRONIQUES:

- Première cause de mortalité à travers le monde, soit 74% des décès dans le monde (41 millions de décès chaque année)¹
- Les personnes âgées (≥65 ans) souffrant de maladies chroniques sévères (diagnostic ou conditions limitant l'espérance de vie) sont plus à risque de complications ou d'exacerbations de leurs conditions et sont souvent mal préparées pour faire face à des situations de fin de vie²

LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE:

- La planification préalable des soins (PPS) est une intervention fondée sur les données probantes permettant d'assurer la prestation de soins qui honorent les volontés et les préférences des patients³
- Bénéfices de la PPS: meilleure coordination des soins futurs, moins de traitements agressifs en fin de vie, meilleure gestion des symptômes et qualité de vie des patients, diminution du stress et de l'anxiété chez les membres de la famille⁴

IMPLANTATION DE LA PPS EN PREMIÈRE LIGNE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES:

- Demeure un défi pour bon nombre d'organisations et de professionnels de la santé^{5,6}
- Il subsiste un manque de connaissances sur les stratégies optimales pour pérenniser l'implantation de la PPS en première ligne^{7,8}
- Peu de recherches se sont penchées sur les facteurs sociaux et contextuels qui influencent la pérennité selon une perspective intersectionnelle^{9,10}

BUT GÉNÉRAL

Codévelopper et évaluer une intervention de transfert des connaissances visant à favoriser la pérennité de la PPS auprès des personnes âgées atteintes de maladies chroniques sévères en première ligne.

CADRE DE RÉFÉRENCE INTÉGRATEUR

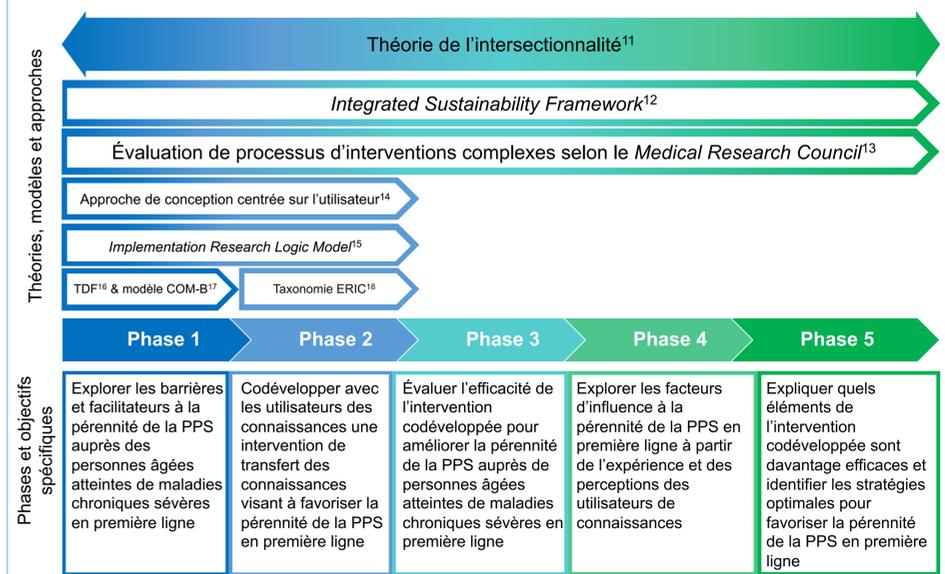


FIGURE 1. Intégration de théories, modèles et approches en fonction des phases et des objectifs spécifiques de l'étude

Légende: COM-B = Capability, Opportunity, Motivation and Behavior; ERIC = Expert Recommendations for Implementing Change; PPS = Planification préalable des soins; TDF = Theoretical Domains Framework.

La PPS réfère à une démarche de réflexion et de communication dans laquelle les professionnels de la santé, les patients et les membres de leur famille examinent ensemble les priorités du patient et ses attentes en matière de soins, afin de déterminer ce qui est important et significatif pour lui, en fonction de ses valeurs personnelles, de ses désirs, de ses croyances et de sa perception de sa qualité de vie.⁴

MÉTHODE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE:

- Étude « post-implantation » de la PPS en première ligne
- Implantation du *Serious Illness Care Program* dans 40 milieux de soins en première ligne à travers le Canada (Québec et Ontario) et les États-Unis (2019-2020)¹⁹
- Dissémination d'une boîte outils en ligne par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec en temps de pandémie (2020)²⁰

APPROCHE ET DEVIS DE RECHERCHE:

- Approche d'application (ou transfert) intégrée des connaissances²¹
- Évaluation de processus d'interventions complexes¹³

MILIEU DE L'ÉTUDE ET PARTICIPANTS:

- Huit groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) à travers la province de Québec
- Patients âgés (≥65 ans) atteints de maladies chroniques sévères et les membres de leurs familles, professionnels de la santé et gestionnaires

PROCÉDURES:

- Phase 1 (exploration des barrières/facilitateurs): étude qualitative descriptive, entrevues individuelles²²
- Phase 2 (co-développement): mise en place d'un comité consultatif avec les utilisateurs de connaissances²³
- Phase 3 (évaluation quantitative): étude quasi-expérimentale, devis avant-après avec groupe contrôle
- Phase 4 (évaluation qualitative): étude qualitative descriptive, entrevues individuelles²²
- Phase 5 (intégration): technique de comparaison des résultats quantitatifs et qualitatifs²⁴

Qu'est-ce qu'une intervention complexe de transfert des connaissances visant la pérennité?

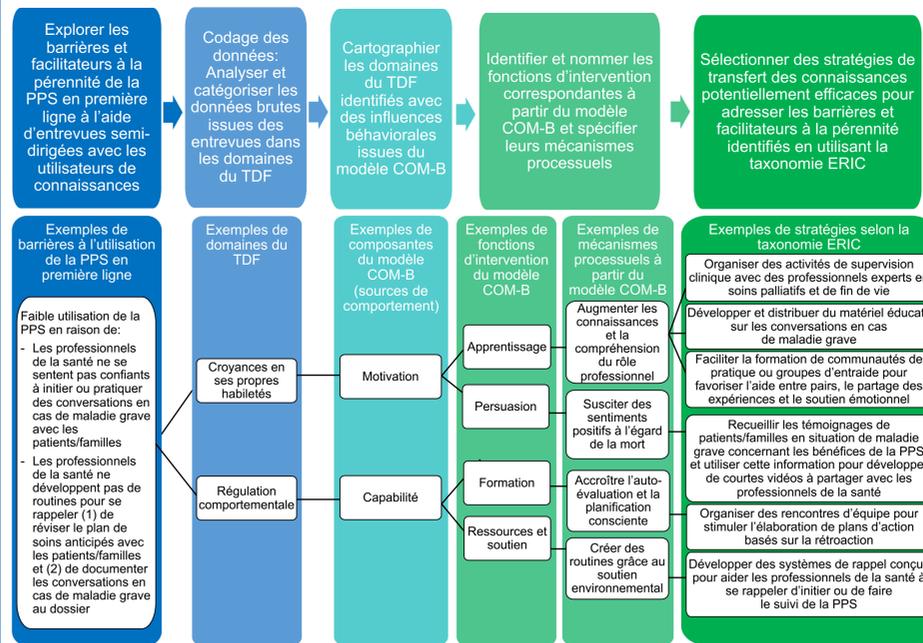


FIGURE 2. Exemple de modèle logique pour la conception d'une intervention complexe de transfert des connaissances visant la pérennité de la PPS en première ligne

Légende: COM-B = Capability, Opportunity, Motivation and Behavior; ERIC = Expert Recommendations for Implementing Change; PPS = Planification préalable des soins; TDF = Theoretical Domains Framework.

RETOMBÉES

SANTÉ DES PATIENTS/COMMUNAUTÉS:

- Soins centrés sur les besoins des patients

PRATIQUE:

- Développement d'habiletés cliniques pour initier et faire le suivi de la PPS
- Collaboration interprofessionnelle

RECHERCHE:

- Processus de codéveloppement d'interventions complexes
- Meilleure compréhension des facteurs influençant la pérennité
- Avancement des connaissances sur les stratégies optimales pour favoriser la pérennité

FORMATION:

- Élaboration et mise en place de matériels éducatifs durables
- Formation en interdisciplinarité

BALAYEZ LE CODE QR POUR CONSULTER LE PROTOCOLE DE RECHERCHE DÉTAILLÉ



RÉFÉRENCES: 1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Maladies non transmissibles*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> 2. Knutzen et al. (2021). Actual and Missed Opportunities for End-of-Life Care Discussions With Oncology Patients: A Qualitative Study. *JAMA Network Open*, 4(6), e2113193. 3. Bernacki & Block. (2014). Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine*, 174(12), 1994-2003. 4. Institute of Medicine; Committee on Approaching Death: Addressing Key End of Life Issues. (2015). *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life*. National Academies Press. 5. Lund et al. (2015). Barriers to advance care planning at the end of life: an explanatory systematic review of implementation studies. *PLoS One*, 10(2), e0116629. 6. Howard et al. (2018). Barriers to and enablers of advance care planning with patients in primary care: Survey of health care providers. *Canadian Family Physician*, 64(4), e190-e198. 7. Hailemariam et al. (2019). Evidence-based intervention sustainability strategies: a systematic review. *Implementation Science*, 14(57), 1-12. 8. Fink et al. (2019). Evaluation of Quality Improvement Initiatives to Improve and Sustain Advance Care Planning Completion and Documentation. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 71-79. 9. Wiltsey-Stirman et al. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(17), 1-19. 10. Etherington et al. (2020). Applying an intersectionality lens to the theoretical domains framework: a tool for thinking about how intersecting social identities and structures of power influence behaviour. *BMC Medical Research Methodology*, 20(169), 1-13. 11. Hancock. (2016). *Intersectionality: An Intellectual History*. Oxford University Press. 12. Shelton et al. (2018). The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. *Annual Review of Public Health*, 39, 55-76. 13. Craig et al. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587-592. 14. IDEO.org. (2015). *The Field Guide to Human-Centered Design* (1^{ère} éd.). Design Kit. 15. Smith et al. (2020). The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, 15(84), 1-12. 16. Cane et al. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(37), 1-17. 17. Michie et al. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(42), 1-11. 18. Powell et al. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(21), 1-14. 19. Totten et al. (2019). Protocol for a Cluster Randomized Trial Comparing Team-Based to Clinician-Focused Implementation of Advance Care Planning in Primary Care. *Journal of Palliative Medicine*, 22(S1), 82-89. 20. MSSS. (2021). *Niveaux de soins - Niveaux d'interventions médicales (NIM): Parlons-en dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 (Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté)*. Publication no: 20-210-395W. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-395W.pdf> 21. IRSC. (2015). Guide de planification de l'application des connaissances aux IRSC : approches intégrées et de fin de subvention. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_lm_ktplan-fr.pdf 22. Thorne. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2^e éd.). Routledge. 23. Curran et al. (2008). A process for developing an implementation intervention: QUERI Series. *Implementation Science*, 3(17), 1-11. 24. Pluye et al. (2018). A World of Possibilities in Mixed Methods: Review of the Combinations of Strategies Used to Integrate Qualitative and Quantitative Phases, Results and Data. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 10(1), 41-56.