

Un moteur d'adoption du système de santé apprenant qui intègre la recherche et les systèmes de santé

Les systèmes de santé continuent d'accuser un retard dans leur capacité à générer et à utiliser rapidement la recherche existante pour améliorer la santé des populations qu'ils desservent, de manière abordable, centrée sur les patientes et patients, financièrement viable et équitable. Il existe des failles importantes et persistantes dans la production et l'utilisation rapides de données probantes et de supports d'apprentissage pour les actrices et acteurs du système de santé.

Ces failles sont à l'origine d'erreurs, de gaspillage de ressources, d'inefficacités et de mauvaises expériences en matière de soins de santé pour les patientes et patients et le personnel soignant. En outre, l'application tardive des percées scientifiques limite les avantages qui en découlent pour la santé. Ces délais peuvent aggraver les inégalités en matière de santé dont souffrent les groupes privés d'équité, c'est-à-dire les groupes d'individus qui ont été et continuent d'être confrontés à des inégalités dues à des facteurs tels que la race, le sexe, les aptitudes et le statut socio-économique.

Ces dernières années, il est devenu essentiel plutôt que souhaitable que les systèmes de santé apprennent rapidement à partir des données probantes et appliquent les savoirs tout aussi vite pour améliorer la pratique et la prestation des soins de santé.

Bien qu'il existe des données probantes de grande qualité ou que l'on puisse rapidement les utiliser pour trouver des solutions à ces problèmes, notre compréhension des moyens et des approches permettant de mettre en œuvre des données probantes à grande échelle est insuffisante.

Boîte 1

Le cadre d'action du système de santé apprenant (SSA)

Cette note de l'IBH donne un aperçu du SSA et du cadre d'action du SSA. Elle met en évidence les catalyseurs, les modérateurs et les freins qui permettent au SSA d'avoir une incidence continue et interconnectée sur les systèmes de santé.

Le cadre se compose de **cinq éléments clés**:

- 1) Analyses de données et connaissances de la population;
- 2) Synthèses des données probantes et collecte d'informations;
- 3) Coconception avec les patientes et patient, aidantes et aidants, prestataires et communautés;
- 4) Mise en œuvre et portée;
- 5) Cycle rapide d'évaluation, de rétroaction et d'adaptation.

L'équité est un moteur essentiel du cadre d'action du SSA, qui débouche sur plusieurs résultats.

Qu'est-ce qu'un système de santé apprenant (SSA)?

Le concept de SSA a été introduit il y a 15 ans et représente une étape vers le dépassement de l'approche traditionnelle où la recherche informe passivement la prestation de soins et où les deux fonctionnent en vase clos (voir figure 1). Le SSA fait progresser cette approche et incorpore la recherche dans la prestation des soins.

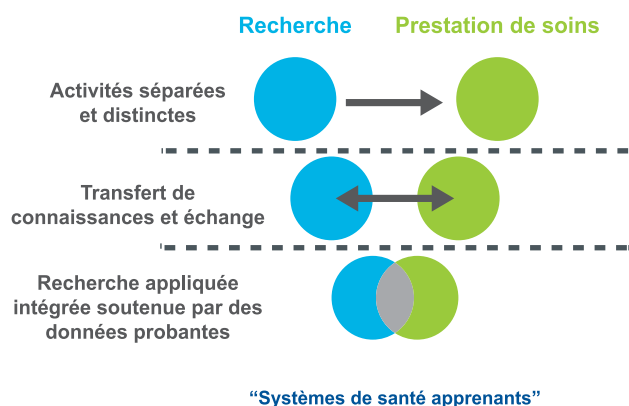


Figure 1: Évolution du paradigme de recherche

Il brouille activement les frontières entre la recherche, l'amélioration de la qualité et les soins afin d'accélérer l'utilisation et l'incidence des données probantes. La rétroaction des patientes et patients, des aidantes et aidants et des communautés, ainsi que les données provenant de sources communes telles que les dossiers médicaux électroniques (DME), alimentent l'aspiration du SSA à contribuer à la création d'un système de soins de santé dans lequel les données probantes sont rapidement produites, organisées, révisées et fournies pour soutenir l'utilisation locale. Ces données sont alors facilement disponibles pour être utilisées au chevet des patientes et patients, dans les salles familiales, dans les bureaux de gestion et dans les salles de conseil d'administration. Bien que la plupart des systèmes de santé soutiennent les aspirations du SSA, les instructions sur la manière de passer du concept à des actions concrètes font encore l'objet de recherches.

Souvent, les chercheuses et chercheurs ne savent pas quelle combinaison de méthodes et d'approches est la meilleure à utiliser pour les différentes interfaces du SSA et comment interagir de façon optimale avec les parties prenantes et les décisionnaires du système de santé. Cette note vise à approfondir la compréhension pratique du lectorat de l'interface opérationnelle de systèmes recherche-santé au sein du SSA et à offrir des moyens concrets pour mettre en marche le SSA. En mettant l'accent sur la création de « systèmes entiers » qui s'intègrent dans les secteurs de prestation de soins de santé et servent équitablement des populations définies, ce document présente un cadre SSA orienté vers l'action qui explique où et comment des données de recherche de haute qualité, tirées de diverses disciplines scientifiques, s'intègrent dans les opérations de prestation de soins de santé.

Un cadre d'action pour un système de santé apprenant

En collaboration avec l'Ontario SPOR Support Unit (OSSU), l'Institute for Better Health (IBH) de Trillium Health Partners a élaboré et affiné le cadre d'action du SSA (figure 2) en procédant à une analyse narrative de la littérature sur le SSA et avec l'aide de leaders du système de santé, de patientes et patients et de membres de la communauté de l'ensemble de l'Ontario, au Canada. Le cadre est présenté tel un « moteur » d'apprentissage qui crée une réaction en chaîne. Les produits de ce moteur sont les éléments du quadruple objectif axé sur l'équité: la santé de la population, de bonnes expériences de soins de santé pour les patientes, patients, aidantes et aidants, une vie professionnelle durable pour les ressources humaines en santé et services sociaux et l'efficacité. Pour toutes ces cibles, l'équité est le but primordial. Il se compose de cinq engrenages d'apprentissage et de trois engrenages de système de santé qui décrivent les intersections de la recherche et de la prestation de soins. Ces engrenages s'emboîtent les uns dans les autres, ce qui permet un mouvement continu.

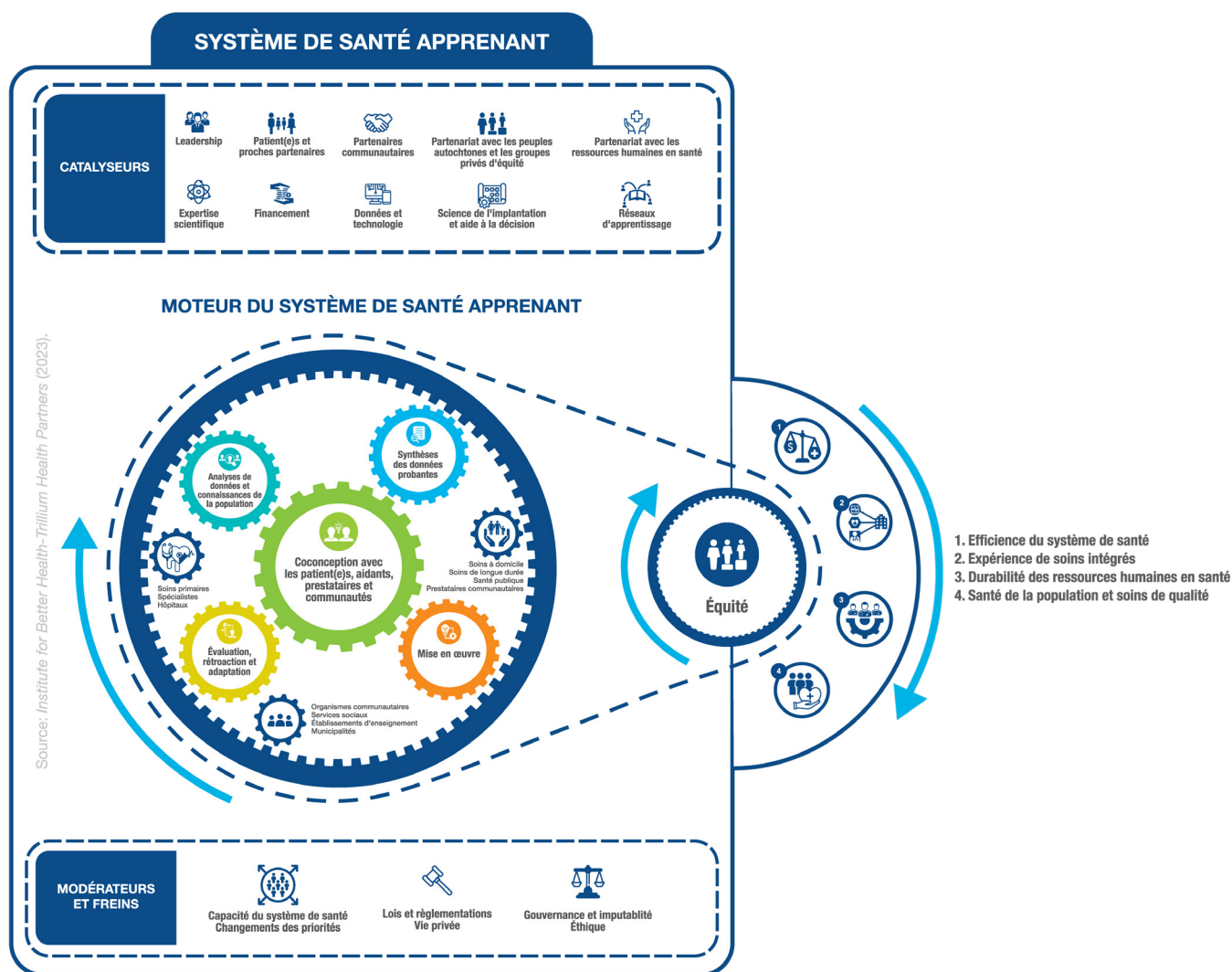


Figure 2. Le cadre d'action du système de santé apprenant (SSA)

Les cinq « engrenages d'apprentissage » du cadre (vert de mer, bleu clair, vert, orange et jaune) représentent les différents types de méthodes de recherche et de données probantes essentielles à l'apprentissage itératif à tous les niveaux du système de santé. Lorsqu'ils s'engrènent, le mouvement créé conduit à un ou plusieurs résultats du quadruple objectif axé sur l'équité. Un seul type de données probantes ne suffit pas: plusieurs types sont utilisés en complément, en séquence et en temps supplémentaire pour que le moteur fonctionne. Les cinq engrenages sont interconnectés avec trois engrenages plus petits, de couleur bleu foncé, qui représentent les secteurs de soins de santé qui travaillent ensemble. La SSA aborde l'amélioration du changement de l'ensemble du système dans tous les secteurs. Les trois engrenages du système de santé sont les suivants 1) les soins primaires, les spécialistes et les hôpitaux ; 2) les soins à domicile, les soins de longue durée, la santé publique et les prestataires communautaires ; et 3) les organismes communautaires, les services sociaux, les établissements d'enseignement et les municipalités.

Les premiers exemples du SSA montrent que le moteur nécessite une présence constante de « catalyseurs » qui comprennent des ressources et des capacités (financement, expertise scientifique, données et technologie, science de l'implantation et aide à la décision), ainsi que des mécanismes pour engager et promouvoir la participation active des principales parties prenantes (partenaires des patientes et patients et proches partenaires, partenaires communautaires, groupes autochtones et groupes privés d'équité, ressources humaines en santé, expertise scientifique, leaders du secteur de la santé). En particulier, il est essentiel de disposer de mécanismes solides pour s'engager auprès des groupes privés d'équité. Ces derniers font référence aux personnes qui ont été et continuent d'être confrontées à des disparités en matière de soins de santé en raison de leur race, de leur sexe, de leur orientation sexuelle et d'autres catégories de différences. Les réseaux d'apprentissage qui fonctionnent à travers les systèmes facilitent le croisement des savoirs.

Le cadre dispose également de modérateurs et de freins qui dictent la direction, la vitesse et façonnent son fonctionnement. Il s'agit des éléments suivants : la gouvernance, la définition des priorités, la capacité d'apprentissage du système de santé, les lois et réglementations, la protection de la vie privée et la surveillance éthique. Les efforts du SSA doivent également s'appuyer sur des mécanismes de gouvernance et d'imputabilité évolués, mais solides, afin d'identifier les principales priorités en matière d'apprentissage. Des mécanismes garantissant le respect des règles de vie privée, des principes éthiques et des lois et réglementations locales sont nécessaires. Ces mécanismes doivent également fonctionner de manière à concilier l'intégrité des principes de base et le rythme rapide prévu par le SSA.

L'équité en tant que moteur intégral du cadre d'action du SSA



L'équité fait partie intégrante du cadre d'action du SSA, incitant les systèmes de santé à veiller à ce que les soins reflètent la diversité des besoins de santé des populations. L'équité est atteinte lorsque les disparités systématiques de santé dans les indicateurs du quadruple objectif sont éliminées au sein de groupes présentant différents niveaux d'avantages et de désavantages sociaux. Toutes les activités du SSA doivent être inclusives et créer de la valeur pour les personnes appartenant à des groupes privés d'équité. Le SSA doit s'attaquer aux inégalités profondes et persistantes, ainsi qu'à la méfiance bien fondée des groupes défavorisés à l'égard

des institutions de soins de santé, par le biais d'une participation active et d'une adhésion de ces groupes.

Pour que le système de santé apprenant obtienne des résultats plus équitables, la question de l'équité doit être abordée dans chacun des engrenages d'apprentissage. Lorsque l'équité est prise en compte, le moteur génère quatre résultats clés : 1) l'efficacité du système de santé ; 2) l'expérience de soins intégrés ; 3) la durabilité des ressources humaines en santé ; et 4) la santé de la population et des soins de qualité. Ces résultats reflètent également le quadruple objectif et mettent en évidence certaines des composantes essentielles du système de santé qui ont un impact sur la santé et le bien-être des populations.

Les engrenages d'apprentissage du SSA



Engrenage 1 : Analyse de données et connaissances de la population

L'analyse de données et la connaissance des populations consiste à utiliser les données pour étudier et comprendre la nature des problèmes. Les problèmes liés aux soins de santé sont souvent complexes et multiformes, les parties prenantes apportant différentes perspectives à ces problèmes. Cet engrenage utilise des méthodes analytiques avancées pour comprendre la nature des problèmes rencontrés par les populations desservies par le système de santé.

Les systèmes peuvent utiliser des méthodes de recherche quantitative sophistiquées (analyse descriptive, prédictive ou causale) et inclure de nouvelles méthodes (par exemple, des algorithmes d'apprentissage

automatique, des analyses d'équité). Les méthodes qualitatives utilisées sont également sophistiquées et peuvent inclure des études ethnographiques, des groupes de discussion, des Cafés du monde, des techniques de groupes nominaux, la cartographie des atouts de la communauté et des analyses thématiques. Les chercheuses et chercheurs et les personnes qui opèrent le système de santé peuvent collaborer avec les gardiennes et gardiens des savoirs autochtones et les leaders autochtones ainsi qu'utiliser les cercles de partage autochtones et la double perspective (Two Eyed Seeing) pour savoir où se situent les lacunes en matière de soins de santé. Les données sont dérivées et intégrées à partir de nombreuses sources telles que les DME, les données communautaires, les données rapportées par les patientes et patients, les données sociales, les données de recensement et les entretiens. Combinées, les données et les méthodes peuvent aider à identifier les points forts à exploiter et à répondre à des questions que se posent les chercheuses et chercheurs et gestionnaires du système de santé telles que « où se situent les atouts et les lacunes du système et quels en sont les moteurs » et « où se situent les iniquités ».



Engrenage 2 : Synthèse des données probantes et collecte d'informations

Les synthèses et la curation de données probantes soutiennent l'analyse des populations en identifiant la nature et en comprenant le succès ou l'échec des réponses à des problèmes similaires testés ailleurs, que ce soit au niveau micro, méso ou macro. Les produits de synthèse des preuves sont très variés et comprennent des synthèses quantitatives (p. ex. méta-analyse), qualitatives (p. ex. synthèse critique et interprétative) et mixtes (p. ex. synthèse réaliste), ainsi qu'une cartographie des preuves sans synthèse (p. ex. examen de la portée). Ces produits diffèrent également par leur nature temporelle, allant des synthèses rapides de données contextualisées aux synthèses de données vivantes qui sont mises à jour en fonction de

l'évolution des questions ou des données.

Les recommandations fondées sur une synthèse des données probantes, par le biais de lignes directrices et d'évaluations technologiques, peuvent être utilisées dans les cycles d'apprentissage. Les groupes locaux doivent alors décider d'adopter ou d'adapter ces évaluations, souvent élaborées au niveau local ou international.

Fréquemment, les données existantes n'incluent pas les groupes privés d'équité. L'examen des enseignements tirés des données actuelles en partenariat avec les patientes et patients, les aidantes et aidants, les familles et les prestataires de soins de santé permet de mieux contextualiser les données et de les rendre plus applicables. Lorsque des partenariats n'ont pas encore été établis, les acteurs du SSA peuvent s'associer à des organismes communautaires et à des champions communautaires qui sont membres des groupes privés d'équité ou qui entretiennent des liens étroits avec eux, afin de commencer à mettre en évidence les lacunes dans les connaissances et à situer les données probantes, tout en continuant à établir des relations.



Engrenage 3 : Coconception des patientes et patients, des aidantes et aidants, des prestataires et de la communauté

La coconception avec les patientes et patients, les aidantes et aidants, les prestataires et la communauté est l'élément central du SSA. Les nouvelles approches en matière de soins doivent s'appuyer sur des données locales et des synthèses de données probantes de haute qualité qui sont adaptées au contexte local et qui s'attaquent de manière proactive aux obstacles prévisibles à l'adoption et au maintien des soins. Cela nécessite un engagement direct et une coconception avec les personnes touchées par les problèmes de santé - patientes et patients,

aidantes et aidants, prestataires de soins, membres de la communauté - ainsi qu'avec d'autres personnes (par exemple, le personnel professionnel de la santé, les gestionnaires) qui peuvent influencer ou sont impliquées dans l'évolution du service coconçu, du modèle de soins, de l'arrangement financier ou d'autres innovations vers une mise en œuvre réussie.

La coconception exige un engagement réfléchi, délibéré et continu, où l'on prend le temps d'établir des relations de confiance. Pour ce faire, il est essentiel de remédier aux déséquilibres de pouvoir afin que les patientes et patients et les communautés, en particulier ceux qui appartiennent à des groupes privés d'équité, se sentent en sécurité pour s'exprimer et pour que leur point de vue soit pris en compte dans les activités de coconception. Cet objectif peut être atteint par un engagement précoce et une discussion sur l'alignement des objectifs et des attentes, l'évaluation des besoins d'apprentissage des parties prenantes, l'élimination des obstacles à l'engagement et l'examen de l'état de préparation des organisations à l'engagement.

Les chercheuses et chercheurs utilisent des méthodes de recherche solides pour l'engagement patient-famille-communauté et pour la coconception participant, qui s'accordent et s'entrecroisent avec la recherche-action participative et découlent des sciences de l'engagement usager et de la conception centrée sur l'utilisatrice et l'utilisateur. Les activités de coconception sont soigneusement structurées et se déroulent souvent sous la forme de discussions de groupe (par exemple, groupes focus, groupes de travail), de délibérations structurées (par exemple, panels Delphi, cartographie de l'état futur, délibérations des parties prenantes, Cafés du monde) et d'autres formes telles que les sprints de conception (par exemple, conception rapide, résolution de problèmes de conception en quatre à cinq jours).



Engrenage 4 : Mise en œuvre et portée

La mise en œuvre et la portée appliquent des méthodes scientifiques, issues de la science de l'implantation, pour aider les chercheuses et chercheurs et les gestionnaires des systèmes de santé à éviter les erreurs courantes. Des stratégies de mise en œuvre mal exprimées ou peu élaborées (par exemple, trop complexes, n'abordant pas les obstacles) conduisent souvent à une adoption sous-optimale, à l'incapacité d'adopter de nouveaux comportements et à des résultats insatisfaisants. Pour éviter ces erreurs courantes, il est essentiel d'utiliser les méthodes de la science de l'implantation afin de favoriser la conception systématique et routinière des interventions et d'utiliser des méthodes qui garantissent que les solutions sont

fondées sur des données probantes et alignées sur les causes profondes. En outre, la spécificité de l'action visée, du contexte, de la cible et du moment, ainsi que les résultats escomptés de la mise en œuvre et la justification associée, sont tous nécessaires pour garantir que les résultats puissent être mis en œuvre par les actrices et acteurs essentiels.

Les scientifiques de la mise en œuvre disposent d'un grand nombre de méthodes et de modèles scientifiques qu'ils peuvent utiliser pour mener des interventions complexes. Il s'agit notamment des orientations du Medical Research Council (MRC) du Royaume-Uni sur la création et l'évaluation d'interventions complexes et des cadres de mise en œuvre fondés sur des données probantes qui concrétisent le MRC, tels que le cadre RE-AIM, le cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre et le modèle COM-B de changement de comportement. Les méthodes de la science de la mise en œuvre intègrent des méthodes issues de la science du comportement, de la communication et du leadership pour guider la mise en œuvre, l'adoption et le maintien. Il est essentiel d'intégrer les perspectives et les partenariats en matière d'équité en santé dans ce travail afin de s'assurer que l'attention est portée sur les disparités de mise en œuvre, de sorte que l'implantation des innovations non seulement atteigne, mais génère un impact significatif pour les populations privées d'équité.



Engrenage 5 : Cycle rapide d'évaluation, de rétroaction et d'adaptation

Ici, les évaluateurs du SSA s'appuient fortement sur des méthodes d'évaluation réalistes, en utilisant une combinaison d'approches qualitatives, quantitatives et hybrides, échelonnées sur les phases de développement, de formation et d'évaluation de mise en œuvre. L'objectif principal est de mesurer à quel point une invention à composantes multiples s'avère efficace, pour quelle population de patientes et patients et dans quelles conditions.

Les modèles logiques peuvent aider à orienter les mesures d'évaluation sur les intrants importants, les composantes de la conception de l'intervention et les processus et résultats qui en découlent à court, moyen et long terme. Les responsables de l'évaluation doivent également saisir les facteurs contextuels essentiels tels que les demandes concurrentes et les événements exogènes. Pour permettre un changement de cycle rapide, il est essentiel que les données préliminaires soient communiquées tôt aux équipes chargées de la mise en œuvre afin que des changements puissent être apportés rapidement à l'intervention ou à la stratégie de mise en œuvre.

Références

1. Etheredge, L. M. (2007). A rapid-learning health system. Health Affairs, 26, W107-W118.
2. Institute of Medicine. (2007). The Learning Healthcare System: Workshop Summary (IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine). The National Academies Press. Publié en ligne en 2013. <https://doi.org/10.13184/eidon.39.2013.89-91>

Citer comme suit: Reid RJ, Wodchis, PW, Kuluski, K, Lee-Foon, NK, Lavis, NJ, Rosella, LC, Desveaux, L. A learning health system adoption engine that integrates research and health systems. Institute for Better Health brief 1.1: Mississauga, Canada: Institute for Better Health, Trillium Health Partners; 2024.



INSTITUTE FOR
BETTER HEALTH



Nous contacter

Veuillez nous contacter à l'adresse IBH@thp.ca si vous avez des questions ou en savoir plus sur le site instituteforbetterhealth.com.

Le financement de ce mémoire a été assuré par l'Ontario SPOR SUPPORT Unit, qui est soutenue par les Instituts de recherche en santé du Canada, la province de l'Ontario et les fondations et instituts hospitaliers partenaires de l'Ontario. Le financement a également été assuré par la Chaire de recherche Hazel McCallion sur l'apprentissage des systèmes de santé au sein de Trillium Health Partners.