Science of Nursing and Health Practices

Science infirmière et pratiques en santé

Article des connaissances à l'action | Knowledge-to-action articles

Planification de l'implantation du journal de bord comme stratégie d'humanisation aux soins intensifs adultes

Planning the Implementation of the ICU Diary as a Strategy for Humanizing Adult Intensive Care

Rosalie Demers-Bouchard https://orcid.org/0009-0005-7068-1002 Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada

Maria Cecilia Gallani https://orcid.org/0000-0002-3418-9134 Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche de l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec, Québec, Canada

Catherine Balg Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:
Rosalie Demers-Bouchard
rosalie.demers-bouchard.1@ulaval.ca

2025 R Demers-Bouchard, MC Gallani, C Balg.
Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISSN 2561-7516

Mots-clés

science de l'implantation; unités de soins intensifs; journaux de bord aux soins intensifs; soins centrés sur le patient; cadre d'implantation; pratique basée sur les preuves

Résumé

Introduction : L'hospitalisation en unité de soins intensifs (USI) peut entraîner des séquelles physiques, psychologiques, cognitives et sociales significatives pour les personnes recevant des soins de santé (PRSS). Bien que le journal de bord soit reconnu pour son impact positif sur les résultats en matière de santé, son utilisation adaptée aux USI québécoises, au Canada, reste rare, soulignant le besoin d'un cadre méthodologique pour guider la planification de son implantation. **Objectif** : Décrire les étapes d'un projet de planification de l'implantation du journal de bord dans une USI adulte d'un hôpital quaternaire de la ville de Québec, dans une perspective d'approche centrée sur la personne comme stratégie d'humanisation des soins. **Démarche** : La planification de l'implantation du journal de bord s'est appuyée sur 13 des 14 étapes du *Quality Implementation Framework* (QIF). L'intervention concerne des PRSS de ≥ 18 ans ayant séjourné ≥ 48 heures à l'USI et ayant présenté un délirium ou une intubation prolongée de plus de 24 heures. **Évaluation** : La planification de l'implantation a couvert les domaines suivants du QIF : évaluation et préparation initiales; engagement et soutien des parties prenantes; recrutement et formation; planification de la mise en œuvre; suivi et évaluation. **Discussion et conclusion** : Ce projet a montré l'importance de l'engagement du personnel soignant, de l'analyse du contexte et de la flexibilité des parties prenantes. Il constitue un exemple d'application permettant d'intégrer une intervention fondée sur des données probantes tout en générant des apprentissages contextuels pendant sa mise en œuvre, contribuant ainsi à réduire l'écart entre les connaissances théoriques et leur application.

Keywords

implementation science; intensive care units; ICU diaries; patient-centered care; implementation framework; evidence-based practice

Abstract

Introduction: Hospitalization in an intensive care unit (ICU) can lead to significant physical, psychological, cognitive, and social consequences for patients. While ICU diary is known for its therapeutic potential, its implementation tailored to Quebec's ICUs in Canada remains rare, highlighting the need for a methodological framework to guide its planning implementation. **Objective**: Describe the steps of planning the implementation of an ICU diary in an adult ICU at a quaternary hospital in Quebec City, focusing on a person-centered approach perspective as a strategy for humanizing care. **Procedure**: The planning of the implementation of the diary followed 13 of 14 steps of the Quality Implementation Framework (QIF). The intervention concerns patients aged ≥ 18 years who had stayed ≥ 48 hrs in the ICU and had experienced delirium or prolonged intubation for > 24 hrs. **Evaluation**: The planning of the implementation covered the following areas: initial assessment and preparation, stakeholder engagement and support, recruitment and training, implementation planning, monitoring and evaluation. **Discussion and Conclusion**: This project highlighted the importance of healthcare staff engagement, context analysis, and the flexibility of stakeholders. It serves as an example of an application that integrates an evidence-based intervention while generating contextual learning during its implementation, thereby helping to bridge the gap between theoretical knowledge and its practical application.

INTRODUCTION

L'essor remarquable de la technologie a façonné les unités de soins intensifs (USI), offrant des avancées prodigieuses, mais sans être suivies de l'adaptation nécessaire pour favoriser le bien-être global des personnes recevant des soins de santé (PRSS). Même si les taux de survie augmentent et que ces personnes survivantes semblent cliniquement rétablies, cela ne signifie pas que leur santé mentale et leurs capacités physiques, cognitives et sociales ne sont pas profondément affectées par leur séjour aux USI (Gareau et al., 2022; Schwitzer et al., 2023). La prédominance technologique, combinée à d'autres facteurs, comme les procédures invasives, les bruits, les lumières et la limitation de la présence familiale, crée un environnement oppressant et déstabilisant pour les PRSS (Abdelbaky et Eldelpshany, 2024; Gareau et al.; Inoue et al., 2019). Cette conjonction peut susciter des sentiments de peur, de vulnérabilité, d'impuissance, voire de déconnexion avec la réalité, rendant ces expériences potentiellement traumatisantes (Deltour et al., 2023; Hanquet et al., 2020; Nydahl et al., 2020), ce qui constitue le syndrome post-soins intensifs (SPSI).

Le SPSI touche plus de 50% des PRSS (Connolly et al., 2016), en particulier celles ayant été sous ventilation mécanique ou ayant connu un épisode de délirium (Battle et al., 2017; de Pellegars et al., 2024; Geense et al., 2021; Yuan et al., 2021). Nombreuses sont les études qui dépeignent les différentes facettes de ce syndrome, notamment ses répercussions sur la santé mentale, physique, cognitive, ainsi que ses impacts sociaux (Carel et al., 2023; Proffitt et Menzies, 2019; Rousseau et al., 2021; Schwitzer et al., 2023). Ces séquelles peuvent persister pendant des mois, voire des années après la sortie de l'USI (Needham et al., 2012; Vrettou et al., 2022), entraînant une augmentation des coûts de soins de santé, du taux de réhospitalisations et de chômage, une utilisation accrue des soins de santé primaires, ainsi qu'une diminution de la qualité de vie des PRSS survivantes (Kamdar et al., 2017; Naaktgeboren et al., 2022; Norman et al., 2016; van Beusekom et al., 2019; Wintermann et al., 2019; Yuan et al.).

Le nombre croissant de personnes hospitalisées aux USI contribue à une augmentation de la prévalence du SPSI, surtout en l'absence de mesures appropriées pour y faire face (Institut canadien d'information sur la santé, 2016). La littérature insiste sur la nécessité d'adopter une approche centrée sur la personne pour répondre aux besoins globaux des PRSS aux USI (Cabrini et al., 2015; Klancnik Gruden et al., 2021), souvent décrite comme une démarche d'humanisation des soins (Gareau et al., 2022; Wilson et al., 2019). Dans ce contexte, l'humanisation des soins fait référence à un ensemble d'actions et d'attitudes visant à renforcer l'empathie et l'individualisation de la prise en charge (Kvande et al., 2022; Meneses-La-Riva et al., 2021). Elle prend en compte les besoins émotionnels, psychologiques et sociaux des PRSS et de leurs proches significatifs, afin qu'elles se sentent reconnues comme des personnes à part entière, au-delà de leur maladie (Basile et al., 2021; Velasco Bueno et La Calle, 2020; Suhonen et al., 2018). Parmi les stratégies existantes pour favoriser cette approche, le journal de bord se présente comme une solution prometteuse pour répondre à ces défis.

Originaire des pays scandinaves, le journal de bord permet aux intervenants et intervenantes de la santé et aux proches significatifs de consigner de manière chronologique les événements de l'hospitalisation, favorisant ainsi la reconstruction structurée du parcours de la PRSS grâce à un récit empathique et thérapeutique (Flahault et al., 2022; Veloso Costa et al., 2021). L'objectif est d'enrichir la compréhension de son séjour à l'USI en dissipant ses perceptions erronées et ses souvenirs flous et fragmentés (Brandao Barreto et al., 2021a; Ewens et al., 2014; Olsen et al., 2017). Bien que les effets de cette intervention sur le SPSI soient encore mitigés dans les écrits scientifiques (Garrouste-Orgeas et al., 2019; McIlroy et al., 2019; Pattison et al., 2019), elle démontre un effet clair sur la réduction du stress et de l'anxiété liés à l'amnésie hospitalière (McIlroy et al.; Nydahl et al., 2019; Sun et al., 2021) ainsi que des effets positifs pour la famille, y compris en contexte de fin de vie (Brandao Barreto et al.; Hackenberger, 2023;

Johansson et al., 2018; Rogan et al., 2020). De même, pour les intervenants et intervenantes de la santé, le journal de bord améliore la qualité des soins, accroît la satisfaction au travail et promeut une culture d'humanisation à l'USI (Drumright et al., 2021; Flinterud et al., 2019; Johansson et al., 2019; Locke et al., 2016). Malgré le fait que ses bénéfices aient été démontrés dans plusieurs régions du monde (Nydahl et al., 2020), son utilisation demeure très peu répandue dans les USI québécoises, au Canada. Cet écart de pratique met en évidence la nécessité d'adapter cette approche avérée aux USI de la province.

Par conséquent, un projet de planification d'une implantation, basé sur le *Quality Implementation Framework* (QIF) de Meyers et al. (2012), a été proposé pour l'élaboration d'un plan de mise en œuvre du journal de bord dans une USI québécoise.

Cadre méthodologique

Le QIF de Meyers et al. (2012) se distingue par sa structure méthodique, élaborée à partir d'une analyse approfondie de 25 cadres distincts. Ses quatre phases et 14 étapes mettent l'accent sur des actions précises pour améliorer la qualité des démarches d'implantation. Sa conception rigoureuse renforce sa crédibilité pour assurer une mise en œuvre de qualité en évitant les erreurs courantes, souvent responsables des échecs lors de l'implantation d'innovations complexes. Conçu pour faciliter la transition des résultats de la recherche à la pratique, le QIF ne se limite pas à offrir une structure méthodique, mais permet également de concrétiser les idées théoriques en actions tangibles à travers ses étapes (Westerlund et al., 2019).

Le QIF a été retenu pour sa capacité à orienter l'ensemble du processus grâce à des étapes concrètes et vérifiables. Sa force réside dans sa flexibilité aux besoins spécifiques et évolutifs de l'environnement hôte, responsable de sa réputation établie dans des domaines variés, tels que les soins de santé, l'éducation et les services sociaux (Barnett et al., 2019; Eboreime et al., 2019; Garcia et al., 2016; Moore et al., 2018).

La Figure 1 illustre les quatre phases du QIF de Meyers et al. (2012) ainsi que les 14 étapes de ce dernier, regroupées en six grandes catégories. Ce cadre méthodologique offre une souplesse dans l'ordre temporel des étapes présentées à la Figure 1, reconnaissant ainsi la dynamique inhérente au processus de planification de l'implantation.

Objectif

Décrire les étapes d'un projet de planification de l'implantation du journal de bord dans une USI adulte d'un hôpital quaternaire de la ville de Québec (province de Québec, Canada), dans une perspective d'approche centrée sur la personne comme stratégie d'humanisation des soins.

Démarche

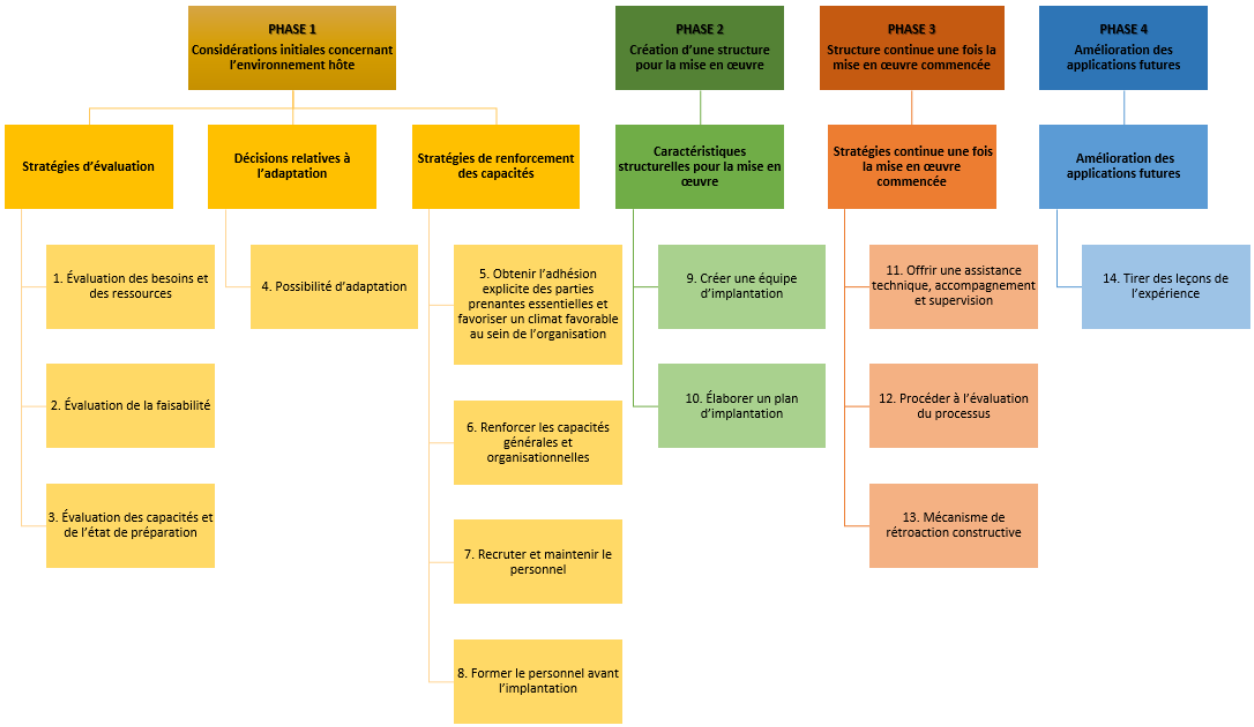
Il s'agit d'un article « des connaissances à l'action » qui se concentre sur la phase de planification de l'implantation, offrant une exploration détaillée de la méthodologie sous-jacente.

Milieu d'intervention

Le projet est proposé au sein d'un hôpital quaternaire de Québec, renommé comme un centre d'excellence en cardiologie, pneumologie et chirurgie cardiaque. Au fil des années, l'hôpital s'est affirmé dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires, respiratoires et liées à l'obésité. Sa mission englobe les soins surspécialisés, la prévention, la recherche clinique, et l'enseignement des technologies en santé. L'établissement compte trois USI adultes spécialisées : respiratoires (10 lits), coronariens (sept lits) et de chirurgie cardiaque (25 lits). Puisque les caractéristiques cliniques des personnes admises à l'unité de soins intensifs respiratoires (USIR) et l'unité de soins intensifs coronariens (USIC) correspondent au profil visé par le journal de bord, ces unités constituent des options pertinentes pour notre projet de planification de l'implantation auprès de PRSS de 18 ans et plus ayant séjourné plus de 48 heures à l'USI et ayant présenté un délirium ou une intubation prolongée de plus de 24 heures.

Figure 1

Phases, catégories et étapes du QIF (traduit de Meyers et al., 2012)



PHASES ET ÉTAPES DU PROJET

La Figure 2 présente les 14 étapes du QIF de Meyers et al. (2012). Dans le cadre de ce projet de planification de l'implantation, 13 de ces étapes ont été réalisées, chacune associée à des actions spécifiques qui sont détaillées dans les résultats. Le processus s'est déroulé au cours de l'année 2023-2024 sur une période de 10 mois, répartis en trois phases : la phase 1, englobant les étapes 1 à 8, s'est étendue sur 6 mois; la phase 2, couvrant les étapes 9 et 10, s'est déroulée sur 2 mois; la phase 3, comprenant les étapes 11 à 13, a également duré 2 mois. La phase 14, portant davantage sur l'implantation du journal de bord, n'a pas encore eu lieu et ne sera pas abordée dans cet article qui se concentre sur les étapes de planification précédant cette phase.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet relève de l'amélioration de la qualité et n'est pas soumis à une approbation éthique. Il a bénéficié d'un avis favorable de la Direction des soins infirmiers de l'établissement.

ÉVALUATION

PHASE 1 : CONSIDÉRATIONS INITIALES CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT HÔTE

Catégorie : stratégies d'évaluation

Étape 1. Évaluation des besoins et des ressources. Cette étape s'est concentrée sur l'investigation des exigences liées à l'implantation du journal de bord, visant à anticiper les modalités d'utilisation et les ressources nécessaires. Une recension des écrits a été réalisée, incluant des essais contrôlés randomisés, des articles de synthèse de connaissances tels que des revues systématiques ainsi que des études de cas, tous ces écrits étant centrés sur l'implantation du journal de bord aux USI. Les bases de données PubMed et CINAHL ont été consultées pour des articles publiés jusqu'en 2024, en employant une méthode itérative avec une combinaison de termes libres et contrôlés. Les articles en français et en anglais ont été inclus. Parallèlement, des rencontres ont eu lieu dans quatre institutions nationales et internationales ayant réussi la mise en œuvre de l'intervention, soit à Monza en Italie (infirmier-chef d'une USI), à Paris en France (directrice du pôle « Mieux Accompagner aux soins intensifs au Fonds 101 ») et à Montréal au Canada (infirmières cliniciennes dans des USI). La recension des écrits et les consultations ont permis de dégager des éléments essentiels pour la mise en œuvre : apparence et structure du journal, contenu du journal, matériel et outils requis, personnes utilisatrices et bénéficiaires, modalités d'utilisation et de remise du journal, forces et limites, solutions (Tableau 1).

Ensuite, une analyse des processus organisationnels, incluant les règlements, les politiques et les procédures, a été menée en collaboration avec les directions des services concernés afin de garantir l'adhésion aux normes en vigueur. Certaines orientations ont été décidées suivant cet examen, notamment en ce qui concerne les directives entourant les photographies instantanées et l'élaboration d'un formulaire de consentement. Une analyse juridique a été demandée et demeure en cours afin d'évaluer les directives établies, avec la possibilité éventuelle de les ajuster pour renforcer la protection des renseignements personnels consignés au journal.

De même, une évaluation des caractéristiques des USI potentielles pour la planification de l'implantation a été effectuée, soutenue par une analyse descriptive de la patientèle, afin de déterminer les opportunités d'implantation du journal de bord. L'examen des caractéristiques de la patientèle de l'USIR et de l'USIC, incluant le volume annuel et la durée moyenne de séjour (DMS), a permis de désigner l'USIC comme unité à cibler à ce stade du projet (Tableau 2).

Les membres du personnel infirmier, interdisciplinaire et médical, impliqués dans la prise en charge des PRSS à l'USI, ont été identifiés comme des utilisateurs potentiels du journal. Leur participation promet une approche complémentaire permettant de documenter des observations ou événements pertinents selon leur champ de pratique respectif, contribuant ainsi à une vision holistique de la PRSS, enrichie par la participation active des proches significatifs de celle-ci.

Figure 2

Étapes du cadre méthodologique enrichies des actions réalisées

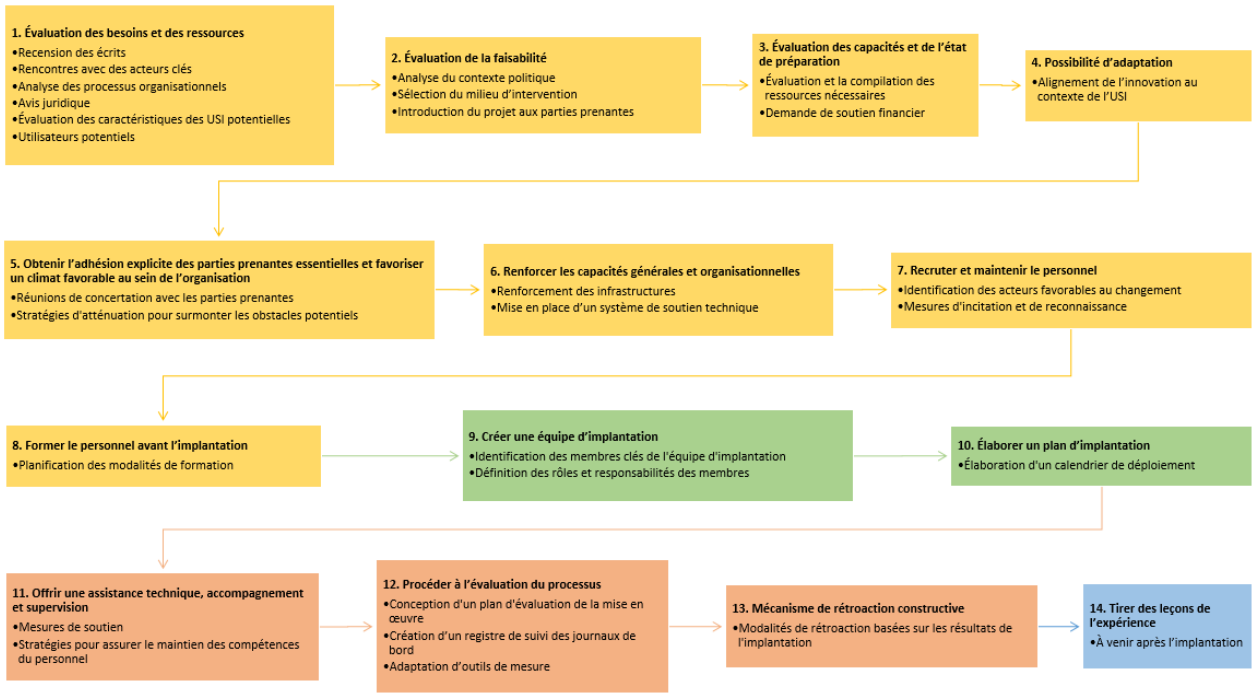


Tableau 1

Synthèse des recommandations issues de la recension des écrits et des consultations avec les institutions partenaires

Catégories	Synthèse des recommandations	Références
Apparence et structure du journal	• Couverture plastifiée pour faciliter la désinfection • Page couverture : logo du projet et identification de la PRSS[1] avec ses initiales • Première page : introduction aux principes du journal de bord • Deuxième page : brève présentation de la PRSS[1] complétée par les proches significatifs • Troisième page : raison d'admission à l'USI et état actuel à l'arrivée • Environ 30 pages vierges par journal	• Beg et al. (2016) • Mussart et al. (2024) • Nielsen et al. (2019) • Nydahl et al. (2020) • Rogan et al. (2020)
Contenu du journal	• Entrées manuscrites sur les événements de l'hospitalisation • Photographies instantanées • Dessins ou objectifs significatifs	• Brandao Barreto et al. (2021a et 2021b) • Drumright et al. (2021) • Gundersen et al. (2024) • McCartney (2020) • Nielsen et al. (2019) • Rogan et al. (2020) • Strandberg et al. (2018)
Matériel et outils nécessaires	• Journaux vierges • Appareil photo instantané • Guide d'utilisation • Feuillet informatif à remettre à la PRSS[1] et à ses proches significatifs	• Drumright et al. (2021) • Johansson et al. (2024) • Locke et al. (2016) • Nydahl et al. (2020) • Rogan et al. (2020) • Veloso Costa et al. (2021)
Personnel soignant utilisateur et bénéficiaires du journal	• Personnel soignant utilisateur (formation requise) et proches significatifs de la PRSS[1] – Participation volontaire • Bénéficiaires : PRSS[1] ou ses proches significatifs en cas de décès ou d'inaptitude	• Beg et al. (2016) • Brandao Barreto et al. (2021a) • McCartney (2020) • Nydahl et al. (2020) • Veloso Costa et al. (2021)
Modalités d'utilisation	• Critères d'inclusion pour l'initiation d'un journal de bord chez une PRSS[1] : 18 ans et plus, durée d'hospitalisation supérieure à 48h, délirium ou intubation pendant plus de 24h • Critères d'exclusion pour l'initiation d'un journal de bord chez une PRSS[1] : non-maîtrise de la langue française, tutelle légale, certains troubles psychotiques, neurocognitifs, neurologiques ou de santé mentale • Au moins une entrée par quart de travail	• Beg et al. (2016) • Blair et al. (2017) • Brandao Barreto et al. (2021b) • Brandao Barreto et al. (2022) • Drumright et al. (2021)

Catégories	Synthèse des recommandations	Références
	• Entrées chronologiques • Langage simple et respectueux, sans jargon médical et renseignements cliniques sensibles ou confidentiels • Consentement préalable et possibilité de révocation à tout moment • Clôture du journal si transfert de la PRSS[1] dans une autre unité de soins ou en cas de décès ou d'inaptitude	• Hackenberger (2023) • Johansson et al. (2024) • McCartney (2020) • Nydahl et al. (2020) • Rogan et al. (2020) • Sayde et al. (2020) • Veloso Costa et al. (2021)
Modalités de remise	• Remise et lecture en personne par un membre du personnel infirmier de l'USI • Délai de remise jusqu'à 3 mois après la sortie	• Beg et al. (2016) • Blair et al. (2017) • Brandao Barreto et al. (2021b) • Brandao Barreto et al. (2022) • Hackenberger (2023) • Holme et al. (2020) • Nydahl et al. (2020) • Rogan et al. (2020)
Forces et limites de l'implantation	• Forces : bénéfices pour la PRSS[1], perspective humaniste, renforcement du sentiment d'accomplissement professionnel, faible coût de mise en œuvre, simplicité d'utilisation, temps de complétion moyen de 5 minutes par entrée • Limites : confidentialité des informations consignées, adhésion du personnel, gestion administrative, contraintes de temps, préoccupations juridiques	• Brandao Barreto et al. (2021b) • Drumright et al. (2021) • Hackenberger (2023) • McCartney (2020) • Nydahl et al. (2020) • Sayde et al. (2020) • Schol et al. (2024) • Veloso Costa et al. (2021)
Solutions	• Sensibilisation et formation du personnel sur les modalités d'utilisation • Conception d'un guide d'utilisation détaillé • Vigie quotidienne des journaux actifs par l'équipe de coordination du projet • Identification de personnes-ressources pour soutenir le personnel soignant utilisateur	• Blair et al. (2017) • Drumright et al. (2021) • Hackenberger (2023) • Veloso Costa et al. (2021)

Note. [1]PRSS : personne recevant des soins de santé.

Tableau 2

Données statistiques de l'USIR et de l'USIC – Année 2022-2023

USI[1]	Nombre d'admissions	DMS[4] (jours - en moyenne)	DMS[4] (heures – en moyenne)
USIR[2]	832	3,0	72
USIC[3]	1336	1,3	30

Notes. [1]USI : unité de soins intensifs; [2]USIR : unité de soins intensifs respiratoires; [3]USIC : unité de soins intensifs coronariens; [4]DMS : Durée moyenne de séjour.

Étape 2. Évaluation de la faisabilité. Cette étape cruciale a permis d'explorer la faisabilité ainsi que les enjeux de l'implantation du journal de bord, en analysant le contexte politique, organisationnel et humain, tout en prenant en compte des facteurs tels que la taille de l'unité, l'engagement du personnel et le potentiel d'adhésion au projet. Des rencontres avec les responsables politiques de l'hôpital, la personne conseillère des activités cliniques et les gestionnaires des USI ont permis de présenter la philosophie et les principes directeurs de l'intervention proposée. Cela a été suivi de discussions portant sur l'identification des opportunités, enjeux, et défis contextuels. Reposant sur une approche qualitative, ces discussions de groupe ont permis d'aligner l'implantation du journal de bord aux priorités organisationnelles, tout en respectant les particularités locales. Bien que l'USIR ait été initialement ciblée, l'analyse contextuelle a mis en lumière des enjeux spécifiques, notamment la gestion de multiples projets en cours dans cette unité, qui ont constitué des contraintes organisationnelles. Une réorientation vers l'USIC a donc été convenue pour maximiser la pertinence et l'efficacité de l'intervention. Concernant le potentiel d'éligibilité des PRSS, plus de 15% des personnes admises à l'USIC présentaient une durée moyenne de séjour supérieure à 48 heures au cours de la période 2022-2023. Parmi les diagnostics figuraient le choc cardiogénique, la mort cardiaque subite et diverses formes de myocardiopathies.

Des rencontres avec les gestionnaires, le personnel adjoint et les directions des différentes disciplines ont permis de présenter la philosophie et les protocoles de l'intervention. Parallèlement, les modalités d'implication du personnel soignant, englobant les aspects budgétaires et les périodes de libération, ont été discutées avec les gestionnaires des disciplines concernées. Le personnel soignant a été encouragé à participer au projet, notamment lors de réunions d'équipe hebdomadaires couvrant les trois quarts de travail et les deux fins de semaine. Vingt intervenants et intervenantes de la santé se sont portés volontaires pour contribuer au projet, dont 14 membres du personnel infirmier (cinq affectés au quart de jour, cinq au quart de soir et quatre au le quart de nuit), deux membres du personnel de soutien (un affecté au quart de jour et un au quart de soir), une personne inhalothérapeute, une personne en nutrition, une personne en travail social, et une personne technicienne en diététique. Leur engagement, qui s'est étendu sur une période de 10 mois, avait pour objectif d'ajuster les outils du journal de bord, de comprendre les dynamiques propres à l'unité et d'anticiper les défis pour faciliter l'adhésion à l'intervention.

Étape 3. Évaluation des capacités et de l'état de préparation. Cette étape a impliqué l'évaluation et la compilation des ressources humaines, matérielles et techniques nécessaires, incluant les compétences et les exigences de formation requises pour une utilisation appropriée du journal de bord. Cet ensemble d'actions avait pour objectif d'identifier les ressources requises, telles qu'elles sont décrites dans la littérature, et celles déjà disponibles. Elle visait également à repérer les écarts existants entre celles-ci et à définir les mesures nécessaires pour les combler.

Plus précisément, elle a permis l'identification des ressources matérielles essentielles pour

l'implantation, c'est-à-dire des cartables souples pour les journaux, des appareils photo instantanés, des pictogrammes personnalisés à coller sur les portes de chambres, une filière sécurisée pour l'entreposage des journaux complétés et un espace dédié à la remise du journal. Sur le plan technique, des outils tels qu'un guide d'utilisation ainsi que des feuillets informatifs pour les PRSS et leurs proches significatifs ont été identifiés. En termes d'effectifs, il a été convenu que deux membres du personnel infirmier de l'USIC seraient formés pour remettre les journaux, expliquer le contenu aux PRSS et répondre à leurs questions. Cette organisation permettra une couverture alternée lors des différents quarts de travail et en cas d'absence éventuelle d'une des ressources. La formation du personnel soignant devra couvrir le concept détaillé du SPSI ainsi que les modalités d'utilisation de l'intervention.

Cette démarche a permis d'établir une estimation des coûts totaux, motivant une demande de soutien financier à la Fondation ainsi qu'au Comité des usagers de l'établissement. Préalablement, le projet a été présenté aux neuf membres bénévoles du Comité. Ils ont accordé leur soutien au projet et manifesté un grand enthousiasme quant à sa valeur ajoutée pour les PRSS.

Catégorie : décisions relatives à l'adaptation

Étape 4. Possibilité d'adaptation. Cette étape s'est concentrée sur l'alignement de l'intervention au contexte de l'USI. Dans un volet exploratoire, un questionnaire auto-administré (Figure 3) a été élaboré puis distribué aux 20 intervenants et intervenantes de la santé qui se sont portés volontaires pour participer au projet. Constitué de cinq questions ouvertes, celui-ci visait à recueillir leurs perceptions de l'intervention. Les thèmes émergents des réponses recueillies (Tableau 3) ont permis d'orienter l'ajustement des outils afin de mieux répondre aux besoins et aux préoccupations des futurs utilisateurs.

Les impressions concernant l'implantation ont été majoritairement positives, avec plus de 80% des réponses soutenant la pertinence du journal de bord et exprimant un enthousiasme et une anticipation de ses bénéfices. Quelques obstacles ont été anticipés, principalement liés à la résistance au changement, à la mobilisation inégale des intervenants et intervenantes et au manque de temps. Par la suite, un plan opérationnel exhaustif comprenant un prototype du journal de bord, un guide d'utilisation initial ainsi que des feuillets informatifs a été présenté à l'ensemble des volontaires impliqués dans le projet. Des discussions ouvertes bimensuelles ont guidé l'ajustement itératif des outils proposés, notamment l'ajout d'exemples concrets et la reformulation de certaines directives pour plus de clarté. Cette démarche visait à optimiser l'efficacité opérationnelle du projet, rendant ainsi les outils plus fonctionnels et mieux adaptés au contexte spécifique de l'environnement hôte.

Catégorie : stratégies de renforcement des capacités

Étape 5. Adhésion explicite des parties prenantes essentielles et climat favorable au sein de l'organisation. À cette étape, des réunions de concertation avec les parties prenantes, notamment avec les gestionnaires des disciplines concernées et la personne conseillère des activités cliniques, ont permis de discuter des objectifs et des bénéfices anticipés du projet ainsi que de leurs perceptions des obstacles potentiels à l'implantation du journal de bord. En réponse aux obstacles identifiés aux étapes 1, 4 et 5, des stratégies d'atténuation ont été élaborées pour assurer une implantation réussie du journal de bord (Tableau 4). Finalement, l'adhésion à l'intervention s'est avérée unanime chez les intervenants et intervenantes.

Étape 6. Capacités générales et organisationnelles. Cette étape consistait à identifier les infrastructures et les prérequis pour la mise en place d'un système de soutien technique. Elle visait à assurer un environnement favorable à l'adoption et à l'utilisation efficace de l'intervention. Afin de renforcer l'identité visuelle du projet, un logo constitué d'un bloc-notes avec le slogan « Je me souviens » a été conçu par la graphiste de l'établissement (Figure 4), puis intégré de manière harmonieuse dans les différents outils du projet : journaux de bord, feuillets informatifs, guide d'utilisation et pictogrammes.

Figure 3

Questionnaire sur les perceptions du personnel soignant à l'égard du projet de planification de l'implantation

Perceptions du personnel soignant à l'égard du projet d'implantation du journal de bord

Voici un court questionnaire auto-administré qui servira à bien orienter le projet d'implantation du journal de bord à l'unité de soins intensifs coronariens (USIC).

Important :

- Toutes les réponses resteront strictement anonymes et confidentielles.
- Elles seront utilisées exclusivement dans le but d'obtenir une vue d'ensemble des perceptions liées à l'implantation du journal de bord, ainsi que pour anticiper et surmonter les éventuels obstacles.

1. Quelles ont été vos premières impressions lorsque vous avez entendu parler du projet d'implantation du journal de bord à l'USIC ?

2. Quels avantages ou aspects positifs identifiez-vous dans ce projet ?

3. Quels inconvénients ou aspects négatifs identifiez-vous dans ce projet ?

4. Quels sont les éventuels obstacles à anticiper lors de l'implantation du journal de bord à l'USIC ?

5. Auriez-vous des solutions à proposer pour les surmonter ?

6. Autres commentaires ou suggestions :

Tableau 3

Résultats du questionnaire - Perceptions du personnel soignant (n=20)

Éléments questionnés	Thèmes récurrents (fréquence et pourcentage)
1. Premières impressions	• Pertinence du projet (18/20, 90%) • Enthousiasme général (17/20, 85%) • Anticipation des bénéfices (16/20, 80%)
2. Avantages / Aspects positifs	• Potentiel d'impact positif pour les PRSS (16/20, 80%) • Soins centrés sur la personne (13/20, 65%) ○ Soins humains (8/20, 40%) • Simplicité d'utilisation (11/20, 55%)
3. Inconvénients / Aspects négatifs	• Contrainte de temps (9/20, 45%) • Confidentialité des informations consignées (5/20, 25%)
4. Obstacles anticipés	• Résistance au changement (14/20, 70%) • Engagement variable des intervenants et intervenantes (12/20, 60%) • Manque de temps (11/20, 55%)
5. Solutions proposées	• Partage des bons coups (7/20, 35%) • Formation continue pour faciliter l'adaptation (6/20, 30%) • Renforcement des mesures de confidentialité (4/20, 20%)

Tableau 4

Obstacles à l'implantation du journal de bord et stratégies d'atténuation

Obstacles à l'implantation	Stratégies d'atténuation
Contraintes de temps	• Campagnes de sensibilisation soulignant la brièveté de la rédaction d'une entrée, démystifiant ainsi l'idée qu'il s'agit d'une tâche chronophage.
Préoccupations liées à la confidentialité	• Formations auprès des intervenants et intervenantes de la santé sur l'utilisation du journal de bord avec des exemples concrets de saisie d'entrées. Des exemples seront également ajoutés au guide d'utilisation.
Manque de collaboration entre les membres du personnel	• Implication active du personnel de différentes disciplines, notamment les membres du comité de pilotage, afin de renforcer le sentiment d'appartenance collective au projet.

Figure 4

Logo du projet d'implantation

Pour faciliter l'implantation de l'intervention, des supports muraux dédiés aux journaux de bord seront installés dans les sept chambres de l'USIC. Le matériel sera entreposé dans le bureau de la personne coordonnatrice des soins infirmiers à l'USIC, le rendant accessible à tous et toutes. Ces choix ont été validés auprès du personnel soignant pour ne pas nuire à l'environnement de travail.

En complément, un système de soutien technique a été planifié, incluant un numéro pour une assistance immédiate, une notification dans le plan de travail informatisé signalant les journaux actifs, ainsi qu'un libellé dans la note infirmière.

Étape 7. Recrutement et maintien du personnel. Cette étape ciblait les stratégies de recrutement et de rétention du personnel soignant pour assurer l'implantation. Les 20 intervenants et intervenantes de la santé volontaires pour contribuer au projet (voir étape 2) ont été reconnus comme favorables au changement, c'est-à-dire ouverts à l'intervention et engagés dans la réussite du projet. Ainsi, leur implication a été déterminante dès le début du processus.

Pour stimuler la motivation et l'engagement du personnel soignant de l'USIC, des mesures d'incitation et de reconnaissance ont été prévues, comme la distribution de macarons du projet, la mise en place d'un tableau d'honneur pour saluer publiquement les réalisations, et des panels de discussions avec des PRSS partenaires. De plus, des biens consommables et un tirage au sort pour une expérience de détente seront offerts au personnel particulièrement impliqué, afin de soutenir son adhésion à ce changement de pratique. La création d'un espace virtuel permettra également de souligner les contributions. La planification de ces mesures visait à instaurer une atmosphère positive et collaborative tout au long du projet.

Étape 8. Formation du personnel avant l'implantation. Il s'agit de la planification des modalités de formation préalables à l'implantation afin d'assurer une compréhension approfondie du journal de bord et de développer les compétences nécessaires à son utilisation efficace. En collaboration avec la personne conseillère des activités cliniques de l'USI, un programme de formation a été conçu, détaillant les objectifs de la formation, le contenu des sessions, le nom des formateurs, les modes de transmission des connaissances, la durée et la rémunération. La première partie de cette formation, théorique et en ligne, d'une durée de 30 minutes rémunérées, sera accessible sur la plateforme provinciale et dispensée par l'équipe de coordination du projet.

Elle visera à acquérir une compréhension approfondie des principes du journal de bord, incluant le SPSI et les modalités d'utilisation de l'intervention. La seconde partie, également de 30 minutes rémunérées, animée par la même personne en présentiel, proposera 12 plages horaires en collaboration avec les membres de l'équipe d'implantation. Elle consolidera les connaissances du personnel soignant à travers des scénarios pratiques interactifs, tels que la rédaction d'entrées et la manière d'aborder le projet avec la PRSS et ses proches significatifs.

La formation sera accessible aux différentes disciplines pour assurer une diffusion transversale des connaissances. De plus, les gestionnaires seront invités et pourront ainsi se familiariser avec le projet et partager l'information avec leur personnel. L'intégration du programme de formation au contenu de l'orientation spécifique de l'USIC a été prévue.

PHASE 2 : CRÉATION D'UNE STRUCTURE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Catégorie : caractéristiques structurelles pour la mise en œuvre

Étape 9. Création d'une équipe d'implantation. Cette étape a consisté à identifier les membres clés de l'équipe d'implantation, aussi appelée « comité de pilotage », dédiée à la supervision et à la coordination de la mise en œuvre de l'intervention à l'USI. Cette équipe sera stratégiquement constituée pour représenter diverses disciplines impliquées de près dans l'utilisation du journal de bord. Elle comprendra six membres du personnel infirmier, trois membres du personnel de soutien, un professionnel de chaque discipline autre et une personne conseillère en soins infirmiers (aussi coordonnatrice du projet). Par ailleurs, les rôles et responsabilités ont été clairement définis et circonscrits dans un tableau détaillé pour assurer la clarté des missions assignées. Néanmoins, le rôle central du comité de pilotage résidera dans la gestion fluide et efficiente du processus d'implantation, tout en fournissant un soutien continu au personnel soignant utilisateur. Des réunions de suivi, bimensuelles pendant les trois premiers mois, puis mensuelles, garantiront une surveillance et un ajustement continus du projet.

Étape 10. Élaboration d'un plan d'implantation. Un calendrier de déploiement, essentiel pour guider les étapes opérationnelles de l'implantation, renforcer la responsabilisation et assurer une coordination adéquate entre les parties prenantes, a été élaboré. Celui-ci a été divisé en trois sections : préparation à l'implantation, implantation, suivi et évaluation de l'implantation. Il comprend les différentes phases chronologiques du déploiement, les responsables de chaque action ainsi que les échéances associées.

Malgré cette planification minutieuse, des obstacles opérationnels imprévus, tels que des retards, des changements de personnel ou des contraintes externes, pourraient compromettre la mise en œuvre. Il sera donc essentiel d'adopter une approche flexible, en prévoyant l'ajustement probable de certaines échéances. Afin d'en atténuer les impacts potentiels, le plan d'implantation sera diffusé précocement aux gestionnaires, soit un mois avant l'implantation, favorisant ainsi une préparation adéquate des parties prenantes.

PHASE 3 : STRUCTURE CONTINUE, UNE FOIS LA MISE EN ŒUVRE COMMENCÉE

Catégorie : stratégies pour soutenir la mise en œuvre continue

Étape 11. Assistance technique, accompagnement et supervision. L'objectif principal était de veiller au soutien adéquat du personnel pour une utilisation efficace du journal de bord. Afin d'anticiper les défis pratiques possibles, une assistance technique, un accompagnement et une supervision ont été prévus pour renforcer les compétences et la confiance du personnel soignant utilisateur. Par le fait même, il a été convenu que les membres du comité de pilotage offriront un soutien continu à leurs collègues pendant leur quart de travail. En tant que « champions » de l'intervention, ils répondront aux questions et se tourneront vers l'équipe de coordination du projet en cas de besoin.

Par ailleurs, pour maintenir les compétences du personnel soignant utilisateur après le déploiement, des stratégies dynamiques, telles qu'une vigie quotidienne du contenu des journaux

actifs, des sessions interactives de questions/réponses et des ateliers de formation réguliers seront déployés, assurant un environnement propice à l'apprentissage continu.

Étape 12. Évaluation du processus. Cette étape a impliqué la conception d'un plan d'évaluation de la mise en œuvre, précisant les définitions des concepts clés, les stades de l'évaluation, les méthodes de mesure utilisées et les parties prenantes ciblées (Tableau 5, fin de document). Ce plan permettra de collecter des données quantitatives et qualitatives pour évaluer les forces et les limites de l'implantation. Il a été développé selon les critères de la taxonomie de Proctor et al. (2011), qui distingue trois types de critères d'évaluation : ceux liés à l'implantation, aux services et aux clients. Durant la première phase d'implantation, seuls les critères liés à l'implantation et aux clients seront évalués, tandis que ceux liés aux services seront mesurés lors d'une phase de consolidation ultérieure.

Pour chaque critère d'évaluation, au moins un instrument de mesure a été développé en s'inspirant de modèles existants issus de la littérature, totalisant 14 instruments (Tableau 6, fin de document).

Par ailleurs, un calendrier a été établi pour structurer la fréquence des évaluations à travers les différentes phases du projet, alignant les instruments de mesure avec les stades de l'implantation afin d'assurer un suivi cohérent et un ajustement continu (Tableau 7, fin de document).

Étape 13. Mécanisme de rétroaction constructive. Cette étape a permis de définir les modalités de rétroaction, en prévision des résultats de l'implantation. Ainsi, pour communiquer les conclusions des évaluations exposées à l'étape 12, des sessions de diffusion des résultats seront organisées régulièrement après la collecte de données initiale des 10 premiers journaux de bord et se tiendront trimestriellement pour les collectes à plus long terme. Durant ces rencontres, l'équipe de coordination du projet présentera les résultats obtenus de manière ouverte et constructive. Ces sessions constitueront une occasion pour toutes les parties prenantes d'explorer les réussites, de discuter des défis persistants et d'élaborer des solutions collectives pour les surmonter. Pour ce faire, un canal de communication a été défini et la fréquence des rencontres de rétroaction a été fixée. Pour pallier l'indisponibilité de certaines personnes, une page de synthèse des résultats sera distribuée après chaque rencontre. Le but est de promouvoir une optimisation continue du projet d'implantation, renforçant ainsi la collaboration et l'engagement de tous et toutes.

PHASE 4 : AMÉLIORATION DES APPLICATIONS FUTURES

Catégorie : amélioration des applications futures

Étape 14. Leçons de l'expérience. Cette étape sera effectuée après l'implantation.

DISCUSSION

Cet article visait à présenter les étapes de planification de l'implantation du journal de bord dans une USI québécoise, en se basant sur un cadre méthodologique, le QIF de Meyers et al. (2012). Son utilisation a permis une vue d'ensemble organisée des différentes phases, étapes et actions nécessaires à une mise en œuvre réussie d'une intervention comme le journal de bord. Trois des quatre phases du QIF ont été réalisées, correspondant ainsi à 13 des 14 étapes préconisées. La quatrième phase, qui fait référence à la 14e étape visant à tirer des leçons de l'expérience d'implantation, sera abordée ultérieurement, étant donné que cet article s'est concentré à décrire la phase de planification de l'implantation plutôt que de mesurer les critères d'évaluation liés à l'implantation.

La mise en œuvre des étapes du QIF a confirmé l'importance de recourir à un cadre d'implantation pour veiller à ce que toutes les actions nécessaires soient entreprises de manière itérative, fluide et cohérente. Bien que toutes les étapes du modèle se soient avérées essentielles, certaines se sont révélées être des pivots du projet.

D'abord, l'évaluation des besoins et des ressources (étape 1) a constitué l'une des phases les plus complexes du projet. Elle a exigé une confrontation rigoureuse entre les données issues de la littérature et les processus organisationnels en place. Par exemple, plusieurs études soulignent la valeur ajoutée de l'inclusion des photographies

de la PRSS dans le journal de bord pour clarifier les événements de l'hospitalisation (Åkerman et al., 2013; Beg et al., 2016; Garrouste-Orgeas et al., 2019). Or, cette pratique soulève plusieurs questions légales et éthiques (Drumright et al., 2021; Rogan et al., 2020), exigeant une analyse minutieuse des règlements et politiques en vigueur dans l'établissement visé, ainsi qu'une série de consultations auprès de personnes-ressources pour l'opérationnalisation de cette étape. Ce processus a également été répété concernant d'autres aspects du journal de bord, permettant de solidifier les bases du projet et de mieux appréhender les exigences de l'implantation.

Un autre obstacle potentiel relevé dans la littérature concerne la protection des renseignements personnels consignés au journal par le personnel soignant, avec notamment des risques juridiques associés à la saisie de données en dehors du dossier patient électronique (DPE) (Beg et al., 2016). Cette question demeure non résolue dans la littérature, en raison des différences dans les processus de litige à travers le monde. Certains pays, tels que la Norvège, ont choisi d'implanter le journal de bord dans le DPE, ce qui entraîne des exigences supplémentaires en matière d'utilisation, de conservation et de remise du journal aux PRSS (Holme et al., 2020). Les processus de consultation sont toujours en cours et les conclusions de l'avis juridique guideront l'approche à préconiser, conformément aux lois et règlements locaux.

Par ailleurs, la proposition du plan opérationnel (étape 4) a nécessité une approche rigoureuse, impliquant la création d'outils et l'établissement de directives pour l'usage du journal de bord. Cette étape critique a également exigé une analyse des différents scénarios possibles pendant la mise en œuvre, tels que le décès ou l'inaptitude de la PRSS, son transfert vers une autre unité de soins et la révocation de sa participation. Toutefois, cette étape s'est révélée particulièrement enrichissante dans l'adaptation du projet au contexte de l'USIC, grâce à la mobilisation active des 20 intervenants et intervenantes de la santé. À cet effet, la littérature indique qu'une coconstruction avec le personnel soignant est indispensable pour une compréhension approfondie des caractéristiques contextuelles essentielles au milieu de travail (Ranjan et Read, 2016; Sánchez et al., 2021). De même, son implication s'avère un élément déterminant pour résoudre rapidement les problèmes, renforcer le moral des parties prenantes et créer un climat favorable au changement (Errida et Lotfi; 2021; Obiekwe et al., 2019). Il est important de souligner que le succès de toute initiative de changement repose principalement sur l'engagement du personnel, car il en est le principal acteur (Shah et al., 2017).

En dernier lieu, il importe de souligner l'importance incontestable de la 12^{e} étape : planifier la mesure régulière des critères d'évaluation liés à l'implantation et ceux liés aux bénéficiaires, tels que définis par Proctor et al. (2011). Les études de mise en œuvre emploient diverses approches pour évaluer le succès de démarches d'implantation d'innovations. Or, le manque d'informations détaillées sur les résultats anticipés peut entraver l'efficacité des stratégies d'amélioration (Smith et al., 2020). De plus, se concentrer exclusivement sur les résultats cliniques d'une intervention risque d'occulter la compréhension du processus de mise en œuvre ainsi que les impacts des facteurs contextuels qui doivent être pris en compte (Proctor et al.). Par conséquent, cette démarche analytique longitudinale permettra une évaluation intégrale du processus de mise en œuvre qui doit être établie dès la phase de planification (Baumann et Cabassa, 2020). En surveillant rigoureusement ces indicateurs de réussite, l'équipe d'implantation sera en mesure d'ajuster et d'améliorer continuellement l'implantation dans sa globalité, garantissant des résultats optimaux à long terme et une réponse adaptée aux besoins des bénéficiaires.

Les outils d'évaluation choisis pour ce projet permettront donc de mesurer différents indicateurs de l'impact d'une approche centrée sur la personne; de l'implantation jusqu'aux effets sur les PRSS.

CONCLUSION

Ayant adopté une démarche structurée pour planifier l'implantation du journal de bord, les résultats de ce volet du projet d'application des connaissances mettent en évidence l'importance de l'engagement du personnel soignant, de l'analyse exhaustive du contexte ainsi que de la capacité à répondre avec flexibilité aux divers obstacles rencontrés. Cet article constitue un exemple d'application permettant d'intégrer une intervention fondée sur des données probantes tout en générant des apprentissages contextuels pendant sa mise en œuvre, contribuant ainsi à réduire l'écart entre les connaissances théoriques et leur application.

Les prochaines étapes se concentreront sur l'implantation du journal de bord au sein de l'USIC, lorsque les étapes de suivi et d'évaluation seront mises en œuvre. Les résultats issus de l'expérience d'implantation permettront les adaptations nécessaires pour l'expansion de l'implantation vers d'autres USI de l'établissement. Ainsi, cette démarche a le potentiel d'améliorer la qualité des soins et le bien-être des PRSS, tout en promouvant une approche centrée sur la personne.

Contribution des auteur·trices : RDB a réalisé la planification du projet d'implantation ainsi que la rédaction de l'article. MCG a supervisé et accompagné la planification du projet et la rédaction de l'article. CB a contribué à la supervision du projet et à la révision de l'article. Toutes les autrices ont révisé et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements : Les autrices remercient tout le personnel de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval (IUCPQ-UL) impliqué dans le projet, Philippe Asselin (adjoint à la directrice des soins infirmiers à l'IUCPQ-UL) pour son soutien continu pendant le projet, ainsi que Geneviève Courchesne (infirmière clinicienne à l'unité de soins intensifs cardiaques au Centre hospitalier de l'Université de Montréal), Bita Danechi (infirmière clinicienne à l'unité de soins intensifs à l'Hôpital Général de Montréal), Anne-Sophie Debue (directrice du pôle « Mieux Accompagner à Fonds 101 », France) et Alberto Lucchini (chef de service de l'unité de soins intensifs généraux adultes et pédiatriques à la Fondation IRCCS San Gerardo dei Tintori, Italie) pour leurs précieuses contributions et partages d'expérience.

Sources de financements : Les autrices ont reçu un financement du Comité des usagers de l'IUCPQ-UL et de la Fondation de l'IUCPQ-UL, la bourse de réussite à la maîtrise de la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval, deux bourses de soutien aux études et à la recherche de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval ainsi que la bourse d'études Geneviève Lamarre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les autrices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Reçu/Received: 22 Juillet/July 2024 **Publié/Published:** 20 Jan/Jan 2025

RÉFÉRENCES

Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental health services research*, *6*, 61–74. https://doi.org/10.1023/b:mhsr.0000024351.12294.65

Abdelbaky, A. M. et Eldelpshany, M. S. (2024). Intensive care unit (ICU)-Related post-traumatic stress disorder: A literature review. *Cureus*, *16*(3). https://doi.org/10.7759/cureus.57049

Åkerman E., Ersson, A., Fridlund, B. et Samuelson, K. (2013). Preferred content and usefulness of a photodiary as described by ICU-patients--a mixed method analysis. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *26*(1), 29–35. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.04.002

Bakker, M. J., Mullen, P. D., de Vries, H. et van Breukelen, G. (2003). Feasibility of implementation of a Dutch smoking cessation and relapse prevention protocol for pregnant women. *Patient education and counseling*, *49*(1), 35–43. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00038-1

Barnett, M., Miranda, J., Kia-Keating, M., Saldana, L., Landsverk, J. et Lau, A. S. (2019). Developing and evaluating a lay health worker delivered implementation intervention to decrease engagement disparities in behavioural parent training: a mixed methods study protocol. *BMJ open*, *9*(7) , e028988. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028988

Basile, M. J., Rubin, E., Wilson, M. E., Polo, J., Jacome, S. N., Brown, S. M., Heras La Calle, G., Montori, V. M. et Hajizadeh, N. (2021). Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Critical care explorations*, *3*(6), e0463. https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463

Battle, C. E., James, K., Bromfield, T. et Temblett, P. (2017). Predictors of post-traumatic stress disorder following critical illness: A mixed methods study. *Journal of the Intensive Care Society*, *18*(4), 289–293. https://doi.org/10.1177/1751143717713853

Baumann, A. A. et Cabassa, L. J. (2020). Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC health services research*, *20*(1), 190. https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3

Beg, M., Scruth, E. et Liu, V. (2016). Developing a framework for implementing intensive care unit diaries: a focused review of the literature. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 29*(4), 224–234. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.05.001

Blair, K. T. A., Eccleston, S. D., Binder, H. M. et McCarthy, M. S. (2017). Improving the patient experience by implementing an ICU diary for those at risk of post-intensive care syndrome. *Journal of patient experience*, *4*(1), 4–9. https://doi.org/10.1177/2374373517692927

Bolman, C., de Vries, H. et Mesters, I. (2002). Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking cessation protocol. *Heart & lung : the journal of critical care, 31*(1), 15–24. https://doi.org/10.1067/mhl.2002.119834

Brandao Barreto, B., Luz, M., Alves Valente do Amaral Lopes, S., Goulart Rosa, R. et Gusmao-Flores, D.. (2021a). Exploring Patients' Perceptions on ICU Diaries: A Systematic Review and Qualitative Data Synthesis. *Critical care medicine, 49*(7), e707–e718. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005019

Brandao Barreto, B., Luz, M., Alves Valente do Amaral Lopes, S., Goulart Rosa, R. et Gusmao-Flores, D. (2021). Exploring Patients' Perceptions on ICU Diaries: A Systematic Review and Qualitative Data Synthesis. *Critical care medicine*, *49*(7), e707–e718. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005019

Brandao Barreto, B., Luz, M. et Gusmao-Flores, D. (2022). Using Qualitative Synthesis to Explore Heterogeneity of Randomized Trials on ICU Diaries. *Critical Care Medicine*, *50*(11), 1654–1661. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005622

Cabrini, L., Landoni, G., Antonelli, M., Bellomo, R., Colombo, S., Negro, A., Pelosi, P. et Zangrillo, A. (2015). Critical care in the near future: patient-centered, beyond space and time boundaries. *Minerva anestesiologica*. https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/ZithWXpINXdVdmM5a3RyamFOd3hMamtxcWJ3RXVzaU1IcnNGd0toOXpiYmNiTitXb0Fod0tSdHZJNnRJUFRSTA%253D%253D/R02Y2016N05A0599.pdf

Carel, D., Pantet, O., Ramelet, A. S. et Berger, M. M. (2023). Post Intensive Care Syndrome (PICS) physical, cognitive, and mental health outcomes 6-months to 7 years after a major burn injury: A cross-sectional study. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries, 49*(1), 26–33. https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.10.004

Castillo, M. I., Mitchell, M., Davis, C., Powell, M., Le Brocque, R., Ullman, A., Wetzig, K., Rattray, J., Hull, A. M., Kenardy, J. et Aitken, L. M. (2020). Feasibility and acceptability of conducting a partially randomised controlled trial examining interventions to improve psychological health after discharge from the intensive care unit. *Australian*

critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 33(6), 488–496. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.002

Connolly, B., O'Neill, B., Salisbury, L., Blackwood, B. et Enhanced Recovery After Critical Illness Programme Group (2016). Physical rehabilitation interventions for adult patients during critical illness: an overview of systematic reviews. *Thorax*, *71*(10), 881–890. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-208273

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science* : *IS, 4*, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Deltour, V., Poujol, A. L. et Laurent, A. (2023). Post-traumatic stress disorder among ICU healthcare professionals before and after the Covid-19 health crisis: a narrative review. *Annals of Intensive Care*, *13*(1), 66. https://doi.org/10.1186/s13613-023-01145-6

de Pellegars, A., Cariou, C., Le Floch, M., Duverger, P., Boussicault, G. et Riquin, E. (2024). Risk factors of post-traumatic stress disorder after hospitalization in a pediatric intensive care unit: a systematic literature review. *European child & adolescent psychiatry, 33*(9), 2991–3001 10.1007/s00787-023-02141-8

Drumright, K., Jones, A. C., Gervasio, R., Hill, C., Russell, M. et Boehm, L. M. (2021). Implementation of an Intensive Care Unit Diary Program at a Veterans Affairs Hospital. *Journal of nursing care quality, 36*(2), 155–161. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000510

Eboreime, E. A., Eyles, J., Nxumalo, N., Eboreime, O. L. et Ramaswamy, R. (2019). Implementation process and quality of a primary health care system improvement initiative in a decentralized context: a retrospective appraisal using the quality implementation framework. *The International journal of health planning and management*, *34*(1), e369–e386. https://doi.org/10.1002/hpm.2655

Errida, A. et Lotfi, B. (2021). The determinants of organizational change management success: Literature review and case study. *International Journal of Engineering Business Management*, *13*. https://doi.org/10.1177/18479790211016273

Ewens, B., Chapman, R., Tulloch, A. et Hendricks, J. M. (2014). ICU survivors' utilization of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses, 27*(1), 28–35. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.07.001

Field, B., Booth, A., Ilott, I. et Gerrish, K. (2014). Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. Implementation science: *IS, 9*, 172. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0172-2

Flahault, C., Vioulac, C., Fasse, L., Bailly, S., Timsit, J. F., et Garrouste-Orgeas, M. (2022). "A story with gaps": An interpretative phenomenological analysis of ICU survivors' experience. *Plos one*, *17*(3), e0264310. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264310

Flinterud, S. I., Moi, A. L., Gjengedal, E., Narvestad Grenager, L., Muri, A. K. et Ellingsen, S. (2019). The creation of meaning - Intensive care nurses' experiences of conducting nurse-led follow-up on intensive care units. *Intensive & critical care nursing*, *53*, 30–36. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.03.009

Fort, M. P., Manson, S. M. et Glasgow, R. E. (2023). Applying an equity lens to assess context and implementation in public health and health services research and practice using the PRISM framework. *Frontiers in health services, 3*, 1139788. https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1139788

Garcia, S. F., Kircher, S. M., Oden, M., Veneruso, A., McKoy, J. M., Pearman, T. et Penedo, F. J. (2016). Survivorship care planning in a comprehensive cancer center using an implementation framework. *The Journal of community and supportive oncology*, *14*(5), 192–199. https://doi.org/10.12788/jcso.0255

Gareau, S., de Oliveira, É. M. et Gallani, M. C. (2022). Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, *20*(2), 647–657. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00481

Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Vinatier, I., Rigaud, J. P., Thieulot-Rolin, N., Mercier, E., Rouget, A., Grand, H., Lesieur, O., Tamion, F., Hamidfar, R., Renault, A., Parmentier-Decrucq, E., Monseau, Y., Argaud, L., Bretonnière, C., Lautrette, A., Badié, J., Boulet, E., Floccard, B., … Timsit, J. F.. (2019). Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA, 322*(3), 229–239. https://doi.org/10.1001/jama.2019.9058

Geense, W. W., Zegers, M., Peters, M. A. A., Ewalds, E., Simons, K. S., Vermeulen, H., van der Hoeven, J. G. et van den Boogaard, M. (2021). New Physical, Mental, and Cognitive Problems 1 Year after ICU Admission: A Prospective Multicenter Study. *American journal of respiratory and critical care medicine, 203*(12), 1512–1521. https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3381OC

Glasgow, R. E., Vogt, T. M. et Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, *89*(9), 1322–1327. https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322

Gundersen, S., Blikstad-Løkkevik, S., Brenna, G., Steindal, S. A. etKvande, M. E. (2024). Critical care nurses' assessment of writing diaries for adult patients in the intensive care unit - A qualitative study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *37*(5), 680–685. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.02.010

Gwadry-Sridhar, F., Guyatt, G. H., Arnold, J. M.., Massel, D., Brown, J., Nadeau, L. et Lawrence, S. (2003). Instruments to measure acceptability of information and acquisition of knowledge in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *5*(6), 783–791. https://doi.org/10.1016/S1388-9842(03)00158-2

Hackenberger, A. (2023). Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program. *Critical care nurse, 43*(1), 20–30. https://doi.org/10.4037/ccn2023573

Hanquet, G., Benahmed, N., Castanares-Zapatero, D., Dauvrin, M., Desomer, A., Adriaenssens, J. et Rondia, K. (2020, 29 October). Post intensive care syndrome in the aftermath of COVID-19. *KCE*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/PICS_scientific_report_FR.pdf

Holme, A. N., Halvorsen, K., Eskerud, R. S., Lind, R., Storli, S. L., Gjengedal, E. et Moi, A. L. (2020). Nurses' experiences of ICU diaries following implementation of national recommendations for diaries in intensive care units: A quality improvement project. *Intensive & critical care nursing*, *59*, 102828. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102828

Holtrop, J. S., Estabrooks, P. A., Gaglio, B., Harden, S. M., Kessler, R. S., King, D. K., Kwan, B. M., Ory, M. G., Rabin, B. A., Shelton, R. C. et Glasgow, R. E. (2021). Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *Journal of clinical and translational science*, *5*(1), e126. https://doi.org/10.1017/cts.2021.789

Hoving, C., Mudde, A. N. et de Vries, H. (2006). Intention to adopt a smoking cessation expert system within a self-selected sample of Dutch general practitioners. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP), 15*(1), 82–86. https://doi.org/10.1097/01.cej.0000186633.81753.8b

Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K. et Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute medicine & surgery*, *6*(3), 233–246. https://doi.org/10.1002/ams2.415

Institut canadien d'information sur la santé. (2016, août). *Les unités de soins intensifs au Canada.* https://secure.cihi.ca/free_products/ICU_Report_FR.pdf

Johansson, M., Wåhlin, I., Magnusson, L., Runeson, I. et Hanson, E. (2018). Family members' experiences with intensive care unit diaries when the patient does not survive. *Scandinavian journal of caring sciences*, *32*(1), 233–240. https://doi.org/10.1111/scs.12454

Johansson, M., Wåhlin, I., Magnusson, L. et Hanson, E. (2019). Nursing staff's experiences of intensive care unit diaries: a qualitative study. *Nursing in critical care*, *24*(6), 407–413. https://doi.org/10.1111/nicc.12416

Johansson, M., Wåhlin, I., Magnusson, L. et Hanson, E. (2024). The use and application of intensive care unit diaries: An instrumental multiple case study. *PloS one*, *19*(2), e0298538. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298538

Jolles, M. P., Fort, M. P. et Glasgow, R. E. (2024). Aligning the planning, development, and implementation of complex interventions to local contexts with an equity focus: application of the PRISM/RE-AIM Framework. *International Journal for Equity in Health, 23*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02130-6

Kamdar, B. B., Huang, M., Dinglas, V. D., Colantuoni, E., von Wachter, T. M., Hopkins, R. O., Needham, D. M. et National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome Network (2017). Joblessness and Lost Earnings after Acute Respiratory Distress Syndrome in a 1-Year National Multicenter Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, *196*(8), 1012–1020. https://doi.org/10.1164/rccm.201611-2327OC

Klancnik Gruden, M., Turk, E., McCormack, B. etStiglic, G. (2021). Impact of Person-Centered Interventions on Patient Outcomes in Acute Care Settings: A Systematic Review. *Journal of nursing care quality, 36*(1), E14–E21. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000471

Kvande, M. E., Angel, S. et Højager Nielsen, A. (2022). "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nursing ethics*, *29*(2), 498–510. https://doi.org/10.1177/09697330211050998

Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir*. Presses Université Laval.

Locke, M., Eccleston, S., Ryan, C. N., Byrnes, T. J., Mount, C. et McCarthy, M. S. (2016). Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. *AACN advanced critical care*, *27*(2), 212–220. https://doi.org/10.4037/aacnacc2016467

McCartney E. (2020). Intensive Care Unit Patient Diaries: A Review Evaluating Implementation and Feasibility. *Critical care nursing clinics of North America, 32*(2), 313–326. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.011

McHugh, M., Brown, T., Walunas, T. L., Liss, D. T. et Persell, S. D. (2020). Contrasting Perspectives of Practice Leaders and Practice Facilitators May Be Common in Quality Improvement Initiatives. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*, *42*(3), e32–e38. https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000223

McIlroy, P. A., King, R. S., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A. et Ramanan, M. (2019). The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, *47*(2), 273–279.https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003547

Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A. et Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in Public Health*, *9*, 737506. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506

Meyers, D. C., Durlak, J. A. et Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American journal of community psychology*, *50*(3-4), 462–480. https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x

Moore, J. B., Carson, R. L., Webster, C. A., Singletary, C. R., Castelli, D. M., Pate, R. R., Beets, M. W. et Beighle, A. (2018). The Application of an Implementation Science Framework to Comprehensive School Physical Activity Programs: Be a Champion!. *Frontiers in public health*, *5*, 354. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00354

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Albers, B., Nilsen, P., Broder-Fingert, S., Mukasa, B. et Aarons, G. A. (2020). Ten recommendations for using implementation frameworks in research and practice. *Implementation science communications*, *1*, 42. https://doi.org/10.1186/s43058-020-00023-7

Mussart, K. M., Treviso, P., Silva, A. K. D., Ferraboli, S. F., Souza, T. L. D. et Barilli, S. L. S. (2024). Implementation of intensive care diary: perception of the family and the nursing team. *Escola Anna Nery*, *28*, e20230172. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0172en

Naaktgeboren, R., Zegers, M., Peters, M., Akkermans, R., Peters, H., van den Boogaard, M. et van de Laar, F. A. (2022). The impact of an intensive care unit admission on the health status of relatives of intensive care survivors: A prospective cohort study in primary care. *The European journal of general practice*, *28*(1), 48–55. https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2057947

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., Muldoon, S. R., … Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, *40*(2), 502–509. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75

Nielsen, A. H., Angel, S., Hansen, T. B. et Egerod, I. (2019). Structure and content of diaries written by close relatives for intensive care unit patients: A narrative approach (DRIP study). *Journal of Advanced nursing*, *75*(6), 1296–1305. https://doi.org/10.1111/jan.13956

Nilsen P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science : IS*, *10*, 53. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0

Norman, B. C., Jackson, J. C., Graves, J. A., Girard, T. D., Pandharipande, P. P., Brummel, N. E., Wang, L., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R. et Ely, E. W. (2016). Employment Outcomes After Critical Illness: An Analysis of the Bringing to Light the Risk Factors and Incidence of Neuropsychological Dysfunction in ICU Survivors Cohort. *Critical care medicine*, *44*(11), 2003–2009. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001849

Nydahl, P., Egerod, I., Hosey, M. M., Needham, D. M., Jones, C. et Bienvenu, O. J. J. (2020). Report on the Third International Intensive Care Unit Diary Conference. *Critical care nurse, 40*(5), e18–e25. https://doi.org/10.4037/ccn2020958

Nydahl, P., Fischill, M., Deffner, T., Neudeck, V. et Heindl, P. (2019). Intensivtagebücher senken Risiko für psychische Folgestörungen : Systematische Literaturrecherche und Metaanalyse [Diaries for intensive care unit patients reduce the risk for psychological sequelae : Systematic literature review and meta-analysis]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, *114*(1), 68–76. https://doi.org/10.1007/s00063-018-0456-4

Obiekwe, O., Zeb-Obipi, I. et Ejo-Orusa, H. (2019). Employee involvement in organizations: Benefits, challenges and implications. *Management and Human Resource Research Journal*, *8*(8), 1–11. https://www.researchgate.net/profile/Onyebuchi-Obiekwe/publication/335961504_Management_and_Human_Resource_Research_Journal_EMPLOYEE_INVOLVEMENT_IN_ORGANIZATIONS_BENEFITS_CHALLENGES_AND_IMPLICATIONS_Corresponding_author_Obiekwe_Onyebuchi/links/5d85f6c6299bf1996f84bf0e/Management-and-Human-Resource-Research-Journal-EMPLOYEE-INVOLVEMENT-IN-ORGANIZATIONS-BENEFITS-CHALLENGES-AND-IMPLICATIONS-Corresponding-author-Obiekwe-Onyebuchi.pdf

O'Leary, C., King, T. S., Gallagher Ford, L. et Kue, J. (2022). Use of a framework to integrate research, evidence-based practice, and quality improvement. *Nurse Leader*, *20*(6), 589–593. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.008

Olsen, K. D., Nester, M. et Hansen, B. S. (2017). Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive & critical care nursing*, *43*, 61–67. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.008

Packard, T. (2013). Organizational Change: A Conceptual Framework to Advance the Evidence Base. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *23*(1), 75–90. https://doi.org/10.1080/10911359.2013.739534

Pattison, N., O'Gara, G., Lucas, C., Gull, K., Thomas, K. et Dolan, S. (2019). Filling the gaps: A mixed-methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit. *Intensive & critical care nursing*, *51*, 27–34. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.005

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. et Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, *38*(2), 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Proffit, T. et Menzies, V. (2019). Relationship of symptoms associated with ICU-survivorship: An integrative literature review. *Intensive & critical care nursing, 53*, 60–67. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.02.0040

Ranjan, K. R. et Read, S. (2016). Value co-creation: concept and measurement. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *44*, 290–315. https://doi.org/10.1007/s11747-014-0397-2

Rogan, J., Zielke, M., Drumright, K. et Boehm, L. M. (2020). Institutional Challenges and Solutions to Evidence-Based, Patient-Centered Practice: Implementing ICU Diaries. *Critical care nurse, 40*(5), 47–56. https://doi.org/10.4337/ccn2020111

Rousseau, A. F., Prescott, H. C., Brett, S. J., Weiss, B., Azoulay, E., Creteur, J., Latronico, N., Hough, C. L., Weber-Carstens, S., Vincent, J. L. et Preiser, J. C. (2021). Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Critical care (London, England), 25*(1), 108). https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3

Sánchez, V., Sanchez-Youngman, S., Dickson, E., Burgess, E., Haozous, E., Trickett, E., Baker, E. et Wallerstein, N. (2021). CBPR Implementation Framework for Community-Academic Partnerships. *American journal of community psychology*, *67*(3-4), 284–296. https://doi.org/10.1002/ajcp.12506

Sayde, G. E., Stefanescu, A., Conrad, E., Nielsen, N. et Hammer, R. (2020). Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness. *General hospital psychiatry*, *66*, 96–102. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.017

Schol, C. M. A., van Mol, M. M. C., Berger, E., Leerentveld, C., Gommers, D. A. M. P. J. et Ista, E. (2024). Implementation of a digital diary in the intensive care unit; understanding the facilitators and barriers: A qualitative exploration. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *37*(5), 672–679. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.04.002

Schwitzer, E., Jensen, K. S., Brinkman, L., DeFrancia, L., VanVleet, J., Baqi, E., Aysola, R. et Qadir, N. (2023). Survival ≠ Recovery: A Narrative Review of Post-Intensive Care Syndrome. *CHEST Critical Care, 1*(1), 100003. https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2023.100003

Shah, N., Irani, Z. et Sharif, A. M. (2017). Big data in an HR context: Exploring organizational change readiness, employee attitudes and behaviors. *Journal of Business Research*, *70*, 366–378. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.08.010

Smith, J. D., Li, D. H. et Rafferty, M. R. (2020). The implementation research logic model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science : IS, 15*(1), 84. https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8

Stiles, P. G., Boothroyd, R. A., Snyder, K. et Zong, X. (2002). Service penetration by persons with severe mental illness: how should it be measured?. *The journal of behavioral health services & research*, *29*(2), 198–207. https://doi.org/10.1007/BF02287706

Strandberg, S., Vesterlund, L. et Engström, Å. (2018). The contents of a patient diary and its significance for persons cared for in an ICU: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, *45*, 31–36. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.004

Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., Halvorsen, K., Harvey, C., Toffoli, L., Scott, P. A., & RANCARE Consortium COST Action - CA 15208 (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International journal of nursing studies*, *88*, 25–42. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006

Sun, X., Huang, D., Zeng, F., Ye, Q., Xiao, H., Lv, D., Zhao, P. et Cui, X. (2021). Effect of intensive care unit diary on incidence of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression of adult intensive care unit survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing, 77*(7), 2929–2941. https://doi.org/10.1111/jan.14706

Tyler, A. et Glasgow, R. E. (2021). Implementing Improvements: Opportunities to Integrate Quality Improvement and Implementation Science. *Hospital pediatrics*, *11*(5), 536–545. https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002246

van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., van der Schaaf, M., Termorshuizen, F. et Dongelmans, D. A. (2019). Dutch ICU survivors have more consultations with general practitioners before and after ICU admission compared to a matched control group from the general population. *PloS one*, *14*(5), e0217225. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217225

Varsi, C., Ekstedt, M., Gammon, D. et Ruland, C. M. (2015). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. *Journal of medical Internet research*, *17*(11), e262. https://doi.org/10.2196/jmir.5091

Velasco Bueno, J. M. et La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical care nursing clinics of North America, 32*(2), 135–147. https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001

Veloso Costa, A., Padfield, O., Elliott, S. et Hayden, P. (2021). Improving patient diary use in intensive care: a quality improvement report. *Journal of the Intensive Care Society*, *22*(1), 27 – 33. https://doi.org/10.1177/1751143719885295

Vrettou, C. S., Mantziou, V., Vassiliou, A. G., Orfanos, S. E., Kotanidou, A. et Dimopoulou, I. (2022). Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. *Life (Basel, Switzerland), 12*(1), 107. https://doi.org/10.3390/life12010107

Walunas, T. L., Ye, J., Bannon, J., Wang, A., Kho, A. N., Smith, J. D. et Soulakis, N. (2021). Does coaching matter? Examining the impact of specific practice facilitation strategies on implementation of quality improvement interventions in the Healthy Hearts in the Heartland study. *Implementation science : IS*, *16*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01100-8

Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H. et Halko, H.. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation science : IS, 12*(1), 108. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3

Westerlund, A., Sundberg, L. et Nilsen, P. (2019). Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. *Worldviews on evidence-based nursing, 16*(5), 332–334. https://doi.org/10.1111/wvn.12403

Wilson, M. E., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R. O., Hajizadeh, N. et Brown, S. M. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical care (London, England), 23*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7

Wintermann, G. B., Petrowski, K., Weidner, K., Strauß, B. et Rosendahl, J. (2019). Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Critical care (London, England)*, *23*(1), 39. https://doi.org/10.1186/s13054-019-2321-0

Yuan, C., Timmins, F. et Thompson, D. R. (2021). Post-intensive care syndrome: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, *114*, 103814. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814

Tableau 5

Plan d'évaluation de l'implantation selon les critères de Proctor et al. (2011)

Critères d'évaluation	Définition	Autres termes	Parties prenantes de l'évaluation	Stades de l'évaluation	Méthodes de mesure
Liés à l'implantation					
Acceptabilité	La perception qu'une innovation est acceptable, basée sur l'expérience et la connaissance des aspects du projet à mettre en œuvre.	- Perception	Prestataires Bénéficiaires	Avant l'implantation Moyen terme Long terme	- Questionnaires auto-administrés
Adoption	L'intention ou la décision d'utiliser une innovation ou une pratique basée sur les données probantes.	- Intention d'essai - Utilisation - Intention de continuité	Prestataires Gestionnaires de proximité	Avant l'implantation Moyen terme Long terme	- Questionnaire auto-administré - Audit de qualité
Adéquation	Pertinence perçue de l'innovation pour aborder un problème particulier.	- Adéquation perçue - Pertinence - Compatibilité - Utilité - Applicabilité	Prestataires Bénéficiaires	Avant l'implantation	- Questionnaire auto-administré
Faisabilité	L'aptitude d'une innovation à être utilisée ou réalisée avec succès dans un cadre donné.	- Utilité réelle ou pratique - Conformité - Applicabilité - Convivialité	Prestataires Gestionnaires de proximité	Court terme Moyen terme	- Questionnaire auto-administré - Audits de qualité
Fidélité	Le degré selon lequel l'intervention est mise en œuvre conformément aux directives préétablies.	- Conformité à l'objectif initial - Adhésion - Intégrité - Qualité de la prestation	Prestataires	Moyen terme	- Audits de qualité
Coûts de l'implantation	L'impact financier d'un effort de mise en œuvre, englobant les coûts liés à l'utilisation et à la stratégie de mise en œuvre.	- Rentabilité - Rapport coût-bénéfice	Gestionnaires de proximité Partenaires financiers	Avant l'implantation Moyen terme Long terme	- Données administratives

Intégration	L'intégration d'une pratique au sein d'une organisation et de ses sous-systèmes, reflétant sa diffusion parmi les bénéficiaires admissibles.	- Niveau d'intégration - Propagation - Diffusion - Portée - Institutionnalisation - Accès au service	Gestionnaires de proximité	Moyen terme Long terme	- Audit de qualité
Pérennité	L'étendue dans laquelle une innovation nouvellement mise en œuvre est maintenue ou institutionnalisée dans les opérations continues d'une organisation.	- Maintenance - Continuité - Robustesse - Intégration - Utilisation soutenue - Routinisation	Gestionnaires de proximité	Long terme	- Questionnaire auto-administré
Liés au bénéficiaire					
Satisfaction	Le degré de contentement ou de satisfaction envers un produit ou une expérience particulière.	- Contentement	Bénéficiaires	Moyen terme Long terme	- Entrevues semi-dirigées
Symptomatologie	L'évaluation, la mesure ou la présence de symptômes spécifiques ou généraux liés à une condition médicale, psychologique ou à un état donné.	- Manifestations - Symptômes	Bénéficiaires	Moyen terme Long terme	- Questionnaires administrés - Audits de qualité
Fonctionnalité	La capacité d'un individu à effectuer des activités spécifiques ou à réaliser des tâches de la vie quotidienne.	- Fonction - Capacité - Aptitude	Bénéficiaires	Moyen terme Long terme	- Questionnaire administré - Audits de qualité

Tableau 6

Critères d'évaluation et instruments adaptés de modèles issus d'écrits scientifiques

Critères d'évaluation	Instruments adaptés de modèles issus d'écrits scientifiques
Liés à l'implantation	
Acceptabilité	Instrument 1. Mesure de l'acceptabilité de l'intervention par le personnel soignant Adapté de : *The evidence-based practice attitude scale* (Aarons, 2004) Instrument 2. Mesure de la satisfaction du personnel soignant à l'égard de l'intervention Adapté de : *Postintervention survey questions for nursing staff* (Hackenberger, 2023) Instrument 3. Mesure de l'acceptabilité de l'intervention par les PRSS Adapté de : *Patient acceptability questionnaire of the ICU diary and discharge summary* (Castillo et al., 2020; s'appuyant sur les travaux de Gwadry-Sridhar et al., 2003) Instrument 4. Mesure de l'acceptabilité de l'intervention par les proches significatifs de la PRSS Adapté de : *Family member acceptability questionnaire of the ICU diary and discharge summary* (Castillo et al., 2020; s'appuyant sur les travaux de Gwadry-Sridhar et al., 2003)
Adoption	Instrument 5. Mesure des facteurs influençant l'adoption de l'intervention par le personnel soignant et les gestionnaires de proximité Adapté de : *Intention to adopt a smoking cessation expert system* (Hoving et al., 2006; s'appuyant sur les travaux de Bolman et al., 2002 et de Bakker et al., 2003) Instrument 9. Mesure de l'adoption, de la faisabilité et de la fidélité de l'intervention (audit de qualité)
Adéquation	Instrument 6. Mesure de l'adéquation de l'intervention par le personnel soignant et les gestionnaires de proximité Adapté de : *Intervention appropriateness measure* (Weiner et al., 2017)
Faisabilité	Instrument 7. Mesure de la faisabilité de l'intervention par le personnel soignant et les gestionnaires de proximité Adapté de : *Feasibility of intervention measure* (Weiner et al., 2017) Instrument 8. Mesure de la faisabilité et de la fidélité de l'intervention (audit de qualité) Instrument 9. Mesure de l'adoption, de la faisabilité et de la fidélité de l'intervention (audit de qualité)
Fidélité	Instrument 8. Mesure de la faisabilité et de la fidélité de l'intervention (audit de qualité) Instrument 9. Mesure de l'adoption, de la faisabilité et de la fidélité de l'intervention (audit de qualité)

Coût de l'implantation	Instrument 10. Mesure des coûts de l'implantation
Intégration	Instrument 11. Mesure de l'intégration de l'intervention par les gestionnaires de proximité Adapté de : *Service penetration measure* (Stiles et al., 2002)
Pérennité	Instrument 12. Mesure des facteurs influençant la pérennité de l'intervention par les gestionnaires de proximité Adapté de : *Instrument for sustainability of changed work practices (short version)* (Slaghuis et al., 2011)
Liés au bénéficiaire	
Satisfaction	Instrument 13. Mesure de la satisfaction des PRSS et de leurs proches significatifs Adapté de : *Patient and family follow-up call guide* (Hackenberger, 2023)
Symptomatologie	Instrument 14. Mesure de la symptomatologie et de la fonctionnalité des PRSS *Impact of event scale – Revised* (IES-R) (Brunet et al., 2003; Weiss et Marmar, 1996) *Hospital anxiety and depression scale* (HADS) (Savard et al., 1998; Zigmond et Snaith, 1983)
Fonctionnalité	Instrument 14. Mesure de la symptomatologie et de la fonctionnalité des PRSS Indice de Réintégration à la Vie Normale (Wood-Dauphinee et Williams, 1987; Wood-Dauphinee et al., 1988)

Tableau 7

Calendrier de mesure des indicateurs de l'évaluation

Critères d'évaluation	Avant l'implantation (T_{PI0})	Court terme (T_{CT1})	Moyen terme ($T_{MT1,2}$)		Long terme ($T_{LT1,2}$)	
	1 mois avant	0 à 3 mois Si requis[1]	3 à 6 mois Moment critique	6 à 9 mois Si requis[1]	9 à 12 mois	12 mois et plus Si requis[1]
Acceptabilité	Instrument 1		Instruments 1-2-3-4		Instruments 1-2-3-4	
Adoption	Instrument 5		Instruments 5-9		Instrument 5	
Adéquation	Instrument 6					
Faisabilité		Instrument 7	Instruments 8-9			
Fidélité			Instruments 8-9			
Coûts de l'implantation	Instrument 10		Instrument 10		Instrument 10	
Intégration			Instrument 11		Instrument 11	
Pérennité					Instrument 12	
Satisfaction		Instrument 13	Instrument 13	Instrument 13	Instrument 13	Instrument 13
Symptomatologie		Instrument 14	Instrument 14	Instrument 14	Instrument 14	Instrument 14
Fonctionnalité		Instrument 14	Instrument 14	Instrument 14	Instrument 14	Instrument 14

Note. [1] « Si requis » signifie que des mesures supplémentaires pourraient être envisagées si les résultats antérieurs révélaient des tendances inattendues, des valeurs préoccupantes ou encore des variations significatives.