



Analyse environnementale des campagnes de changement de comportements :
recommandations pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients



Juillet 2016



Résumé

Contexte

En janvier 2014, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (l'ICSP), en collaboration avec les intervenants clés du domaine de la santé, a formé le [Consortium national sur la sécurité des patients](#) pour créer un [Plan d'action intégré sur la sécurité des patients](#). Le plan d'action a identifié quatre domaines prioritaires : la sécurité des soins chirurgicaux, la sécurité des médicaments, la sécurité des soins à domicile et la prévention et le contrôle des infections.

Produire une stratégie pour faire avancer un [Plan d'action national pour la prévention et le contrôle des infections \(PCI\)](#) était l'objectif d'un sommet sur la prévention et le contrôle des infections (PCI) en novembre 2014, coorganisé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Un thème majeur résultant du sommet était le changement dans la culture et les comportements. Ce thème découle de la reconnaissance des participants au sommet que les prestataires de soins de santé « savent » souvent ce qu'il faut faire, mais pour une raison quelconque, ne l'appliquent pas en pratique. Pour parvenir à des mesures concrètes dans le cadre de ce thème, les participants ont exprimé la nécessité de s'éloigner des approches traditionnelles d'éducation et de l'application des connaissances pour se concentrer davantage sur le changement des comportements. Ainsi, le plan d'action a identifié le but d'améliorer la PCI grâce à une campagne nationale axée sur la sensibilisation et la promotion du changement des comportements. La première étape vers la réalisation de cet objectif consistait à effectuer une analyse environnementale des campagnes de changement des comportements liés à la prévention et au contrôle des infections (Plan d'action PCI, 2015).

Le problème

Les infections nosocomiales continuent d'affecter lourdement la santé des patients, le public en général et notre économie. Le système de santé est mis à l'épreuve par des agents pathogènes nosocomiaux existants, alors que de nouveaux agents pathogènes émergents apparaissent sans cesse. On estime qu'un patient canadien sur neuf développe une infection nosocomiale au cours de son séjour à l'hôpital (200 000 individus) (Zoutman et al., 2003). 8 000 à 12 000 de ces patients en meurent chaque année, ce qui coûte plus de 100 millions \$ par an au système de santé (Zoutman *et al*, 2003, Rhodenizer-Rose, 2015). En conséquence, l'élimination des infections nosocomiales est devenue une priorité pour les programmes de qualité et de sécurité des patients (Steedet et al, 2011).

Malgré les preuves et les efforts de nombreuses organisations et associations, les pratiques de PCI ne se sont pas améliorées. Le système de santé continue à « lutter contre les épidémies d'infections nosocomiales, alors que les organismes résistants aux antibiotiques sont à la hausse et les taux de respect des directives d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé continuent à être faibles tandis que dans le même temps, les efforts visant à les améliorer sont pris au piège de la rigidité des attitudes - « on a toujours fait comme ça » (Plan d'action PCI, 2015). Il est devenu de plus en plus évident que les pratiques fondées sur des données probantes ne suffisent pas. L'amélioration des pratiques de prévention et de lutte contre les infections des travailleurs de la santé grâce au changement des comportements est essentielle si on veut améliorer la sécurité des patients et réduire les infections nosocomiales.

Objectif

L'objectif de l'analyse environnementale des campagnes de prévention et de contrôle des infections et de changement de comportements est d'examiner les complexités de modifier le comportement des travailleurs de la santé et de mieux comprendre comment l'utilisation de théories, de modèles et de stratégies peut provoquer un changement de comportement.

Méthodes

Une recherche systématique sur les bases de données électroniques et sites Web a été effectuée pour examiner la littérature universitaire, commerciale et populaire. Des ouvrages, campagnes et stratégies relatives au changement de culture et de comportements ont été consultés dans le cadre de l'analyse. Les mots-clés utilisés avaient une définition étendue afin de capturer autant de détails que possible. Les termes suivants étaient utilisés : changement de comportements en soins de santé, campagnes de changement de comportement, changement organisationnel, changement de culture, loi sur le port de la ceinture de sécurité, cessation du tabagisme, sécurité routière et sécurité à vélo. Au total, 75 articles et publications étaient compris en fonction de leur pertinence. Les articles qui n'étaient pas pertinents aux thèmes de sensibilisation et de promotion du changement de comportements furent exclus.

L'engagement des parties prenantes a été obtenu grâce à des consultations auprès des experts en changement de comportements et des parties prenantes, en vue d'identifier les cadres des stratégies de changement de comportement. Parmi les intervenants, on retrouve des participants ciblés du sommet PCI de 2014 figurant dans le Plan d'action pour la PCI ainsi que des représentants d'organismes provinciaux, territoriaux et professionnels.

L'analyse de plus de 20 campagnes de changement des comportements liées à la sécurité des patients, la PCI, la résistance aux antimicrobiens et les stratégies générales non associées à la santé a été entreprise. Le succès de la campagne a été déterminé en fonction de la présence des éléments suivants, et dans quelle mesure ils étaient atteints : l'identification et la réalisation d'objectifs et de cibles facilement identifiables (par exemple, la sensibilisation liée à un problème spécifique); l'établissement d'un objectif commun et le renforcement des partenariats; la croissance de la participation et de l'élan; l'ampleur de la propagation du champ d'application d'origine (l'expansion à d'autres organisations, provinces ou pays); une évaluation formelle achevée; l'impact de la campagne et l'utilisation d'un cadre théorique pour guider le développement des stratégies.

Changement de comportement : théories, cadres et stratégies

Changement de comportement

Le changement de comportement peut être défini comme des ensembles coordonnés d'activités visant à modifier des schémas de comportement spécifiques (Michie *et al*, 2011). Le changement de comportements englobe un large éventail d'activités et d'approches axées sur l'individu, la communauté et les influences environnementales sur le comportement. Le changement comportemental et par la suite culturel facilite l'adoption de nouvelles pratiques et/ou technologies. L'amélioration de la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes afin de rendre la prestation des soins aux patients plus sécuritaire dépend du changement des comportements (Michie *et al*, 2011).

Théories

De plus en plus, l'application de théories ou de cadres dans la conception et l'évaluation des stratégies est reconnue à grande échelle pour son potentiel de faciliter le changement de comportements dans les milieux de la santé (Michie *et al*, 2011, Zimmerman *et al*, 2013). Une récente étude explorant le respect des pratiques de PCI par les travailleurs de la santé a constaté que la compréhension des déterminants du comportement de ces travailleurs est fondamentale pour développer des stratégies efficaces et durables de

changement de comportements (Shah *et al*, 2015). Aux fins de la présente analyse, les trois théories suivantes de changement de comportements ont été examinées : la théorie du comportement planifié, la théorie sociale cognitive et la théorie de la complexité (voir l'annexe A pour un résumé de ces théories). Ces théories de changement du comportement ont été choisies en fonction de leur facilité de mise en œuvre et des résultats positifs sur l'introduction de changements en soins de santé et si elles offraient un cadre utile pour la mise en œuvre des changements de comportements chez les travailleurs de la santé.

Modèles, cadres, plates-formes

En plus des théories de changement de comportements spécifiques, il existe aussi des modèles, cadres et plates-formes de changement qui ont été largement adoptés pour changer les comportements. La recherche suggère que les dirigeants qui cherchent à instaurer des changements à grande échelle sont plus susceptibles de réussir lorsque la théorie est intégrée à un modèle de changement. Plusieurs modèles du changement visant à orienter la mise en œuvre de grands changements dans les organisations sont identifiés dans la littérature. Les quatre modèles expliqués dans le cadre de cette analyse de l'environnement sont les suivants : le modèle en huit étapes stratégiques de Kotter pour transformer les organisations, le modèle de changement du NHS, la responsabilisation de la première ligne (FLO) et les plates-formes du changement (*Kotter's Strategic Eight-Step Model for Transforming Organizations*, *NHS Change Model*, *Front-line Ownership (FLO)*, *Change Platforms*).

Stratégies et interventions

Le choix et l'application de la stratégie ou de l'intervention la plus appropriée augmentent la probabilité de changer un comportement ciblé. Bien qu'un éventail de stratégies de changement de comportements existe, il n'est pas clair de quelle façon on peut mieux faire le lien entre une stratégie et un comportement spécifique (Michie *et al*, 2011). L'analyse de l'environnement fournit un aperçu des diverses stratégies disponibles pour aider à réaliser un changement de comportements, comme des campagnes, des lois, des collaborations d'amélioration, des programmes incitatifs, le marketing social, des programmes d'apprentissage et d'éducation. « *The Behavioural Change Wheel* » (Michie *et al*, 2011) est un cadre novateur émergent pour la caractérisation et la conception des stratégies de changement de comportements.

Une exploration approfondie des campagnes

Campagnes

Une campagne de santé est un processus qui consiste à faire la promotion de la santé en diffusant des messages au moyen des médias de masse, des canaux interpersonnels et des événements. Les campagnes de communication globale sur la santé visent à : informer, persuader ou motiver un changement de comportement; à travailler au niveau de l'individu, du réseau, des niveaux organisationnels et sociétaux; à cibler des publics relativement vastes et bien définis; à offrir des avantages non commerciaux à la société. Aussi, elles se déroulent sur une période donnée et font appel à un éventail d'événements médias, interpersonnels et communautaires, et impliquent un ensemble organisé d'activités de communication (National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2010).

Analyse de l'environnement des campagnes : conclusions

Pour explorer la valeur et l'impact des campagnes comme stratégie de changement du comportement, 20 campagnes de changement de comportements liés à la sécurité des patients, la PCI, la résistance aux antimicrobiens et à la santé et la sécurité ont été analysées (voir un résumé des campagnes examinées à l'annexe B). L'efficacité d'une campagne dépend largement de la présence des éléments suivants et dans quelle mesure ils sont observés :

- un cadre théorique est utilisé pour guider le développement de stratégies;
- une analyse de la situation et du problème en question est achevée;

- une vision pour l'avenir est établie;
- un but commun est établi et les partenariats renforcés;
- des buts et objectifs sont identifiés;
- un plan d'action détaillé est établi, décrivant les approches et les stratégies avec des responsabilités et objectifs assignés;
- les publics cibles sont identifiés et une analyse des parties prenantes est achevée;
- une stratégie de communication est établie;
- une stratégie de mobilisation des ressources est achevée pour cartographier les ressources disponibles et nécessaires;
- une stratégie d'application à grande échelle est établie pour soutenir la diffusion de la campagne (croissance de la participation, de l'élan et de la portée).
- une stratégie d'achèvement est indiquée pour déterminer quand et comment la campagne prendra fin
- une évaluation formelle est menée afin d'évaluer l'impact et les enseignements tirés des documents (National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2010; Raab et. al., 2015).

La plupart des campagnes examinées avaient réussi à atteindre leurs buts et objectifs, la croissance de la participation, l'extension du champ d'application et la création d'un objectif commun. De plus, les campagnes examinées ont atteint un impact observable, mais il y avait des préoccupations quant à la durabilité de cet impact. Malgré le succès global des campagnes examinées, il y avait peu de preuves suggérant l'utilisation de modèles et de cadres théoriques pour orienter le travail et les évaluations formelles des campagnes n'étaient pas clairement indiquées.

Modifier le comportement des travailleurs de la santé est chose difficile. D'office, comprendre pourquoi un individu s'engage dans tout comportement est un processus complexe et multifactoriel qui comporte une multitude de facteurs internes tels que les attitudes, les croyances, la motivation, l'aptitude, la menace perçue, l'autoefficacité, les normes sociales et les contextes socioculturels, pour n'en citer que quelques-uns (Corace et Garber, 2014). Il n'y a pas de théories, de modèles ou de cadres de changement de comportements plus efficaces que d'autres. Les stratégies utilisées séparément ou ensemble fournissent les fondements du changement des comportements et appuient le développement de stratégies futures. Prédire le comportement des travailleurs de la santé et cibler des stratégies visant à susciter un changement de comportements constituent des cadres et des plans utiles pour la mise en œuvre des recommandations. Il est primordial que les communautés de PCI et de sécurité des patients prennent des mesures pour aller au-delà l'éducation et de l'acquisition de connaissances pour travailler dans le sens du changement de comportements et de la création d'une forte culture de sécurité des patients. L'application de théories, plates-formes, stratégies et de modèles bien validés de changement de comportements doit être considéré comme élément essentiel de l'avenir des campagnes et de stratégies de PCI et de sécurité des patients (Corace, 2015; Pittet, 2010; Pittet et al, 2008).

Recommandations

D'après l'analyse environnementale, les recommandations suivantes ont été identifiées :

- a) Étendre les stratégies en cours en se fondant sur le succès des stratégies actuelles et passées de l'ICSP telles que ARRÊT! Nettoyez-vous les mains, la Semaine nationale de la sécurité des patients ou à la journée et Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Les outils et ressources actuellement disponibles devraient servir de base pour développer, soutenir et promouvoir d'autres stratégies, partenariats et efforts d'amélioration.
- b) Concevoir des stratégies ciblées basées sur la théorie, les modèles de changement ou les cadres théoriques. En particulier, l'utilisation de la roue du changement de comportements « Behaviour

Change Wheel » de Michie, portant sur les neuf fonctions d'intervention et sept catégories de politiques impliquant trois conditions essentielles : l'aptitude, l'opportunité et la motivation, permettra le développement de stratégies et de politiques efficaces (Michie et al, 2011).

- c) Créer un objectif commun dans le cadre du développement et de la mise en œuvre des stratégies en obtenant la participation des dirigeants, cliniciens, prestataires, conseillers des patients, patients et familles à l'identification des objectifs et des valeurs partagées. Ces efforts devraient tirer parti des modèles axés sur la responsabilisation, car ils sont essentiels à la propulsion du changement qui mènera à terme à des stratégies de changement de comportements qui produisent des résultats (Bevan, 2015).
- d) Utiliser des stratégies de médias de masse et de marketing social pour cibler et livrer des messages clés aux travailleurs de la santé. Ces stratégies ont été très efficaces au niveau du public et on estime que cela pourrait produire des campagnes réussies dans le domaine de la santé. Ces approches de marketing ont un potentiel immense d'affecter d'importantes stratégies de changement de comportements et doivent être utilisées et développées pour influencer les comportements liés à la santé.

Conclusion

Cette analyse de l'environnement a exploré l'application des théories, des modèles et des cadres de changement de comportements pour aider à expliquer les comportements des travailleurs de la santé. Le développement de stratégies pour orienter des processus de changement à la fois au niveau individuel et du système ou de l'organisation est complexe. Les campagnes de PCI et de sécurité des patients efficaces sont axées sur l'engagement de la direction, des cliniciens et des individus de première ligne et sur la mise en œuvre de changements de comportements localement (Leape et al, 2009). Affecter la sécurité des patients est difficile dans le meilleur des cas et en l'absence d'un leadership fort et d'une forte culture d'apprentissage sur la sécurité des patients et l'amélioration et des décisions conscientes de faire la bonne chose en tout temps, un changement durable ne se produira pas (Shah et al, 2015; Zimmerman et al, 2013). Il est essentiel que les futures stratégies visant à réduire les infections nosocomiales et à faire la promotion de la sécurité des patients emploient ou appliquent des cadres théoriques et des modèles de changement pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies fondées sur les données probantes (Corace, 2015; Pittet 2010; Pittet et al, 2008).

Références

- Agra-Varela, Y., Fernández-Maíllo, M., Rivera-Ariza, S., Sáiz-Martínez-Acitores, I., Casal-Gómez, J., Palanca-Sánchez, I., & Bacou, J. (2014). [European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PASQ). Development and preliminary results in Europe and in the Spanish National Health System]. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 30(2), 95-102.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Chicago, IL. The Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual review of psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I. (2002). The theory of planned behaviour: Diagram and constructs. Retrieved May 2004 from <http://www.people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (1999). The theory of planned behaviour: Assessment of predictive validity and perceived control. *British journal of social psychology*, 38(1), 35-54.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health*, 13(4), 623-649.
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. *Advances in health care organization theory*, 253, 288.
- Bergman, A. B., Rivara, F. P., Richards, D. D., & Rogers, L. W. (1990). The Seattle children's bicycle helmet campaign. *American Journal of Diseases of Children*, 144(6), 727-731.
- Bevan, H., Plsek, P. E., & Winstanley, L. (2013). *Leading large scale change: A practical guide*. NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Cohen, A., & Einav, L. (2003). The effects of mandatory seat belt laws on driving behavior and traffic fatalities. *Review of Economics and Statistics*, 85(4), 828-843.
- Corace, K. (2015). Can Behaviour Change Frameworks Improve Healthcare Worker Influenza Vaccination Uptake? A Systematic Review. In *IDWeek 2015*. IDSA.
- Corace, K., & Garber, G. (2014). When knowledge is not enough: Changing behaviour to change vaccination results. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 10(9), 2623-2624.
- Donald, I., & Cooper, S. R. (2001). A facet approach to extending the normative component of the theory of reasoned action. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 599-621.
- Elvik, R. (2015). A theoretical perspective on road safety communication campaigns. *Accident Analysis & Prevention*, Available online 16 May 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25987353>

- Fichtenberg, C. M., & Glantz, S. A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. *Bmj*, 325(7357), 188
- Gantz, W., Fitzmaurice, M., & Yoo, E. (1990). Seat belt campaigns and buckling up: Do the media make a difference?. *Health Communication*, 2(1), 1-12.
- Gardam, M., & Lemieux, C. (2013). Mandatory influenza vaccination? First we need a better vaccine. *Canadian Medical Association Journal*, 185(8), 639-640.
- Hamel, G. (2006). The why, what, and how of management innovation. *Harvard business review*, 84(2), 72.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., Isaac, T. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 424-428.
- Legido-Quigley, H. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action* (No. 12). World Health Organization.
- Magiorakos, A. P., Leens, E., Drouvot, V., May-Michelangeli, L., Reichardt, C., Gastmeier, P., & Simon, A. (2010). Pathways to clean hands: highlights of successful hand hygiene implementation strategies in Europe. *Euro Surveill*, 15(6).
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: theory, practice and research*.
- McCannon, C. J., Hackbarth, A. D., & Griffin, F. A. (2007). Miles to go: an introduction to the 5 Million Lives Campaign. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 477-484.
- McKay, R. M., Vrbova, L., Fuertes, E., Chong, M., David, S., Dreher, K., Patrick, D. M. (2011). Evaluation of the Do Bugs Need Drugs? Program in British Columbia: Can we curb antibiotic prescribing? *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 22(1), 19.
- Michie *et al*, 2011 Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterizing and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42.
- National Collaborating Centre for Methods and Tools (2010). *Developing health communication campaigns*. Hamilton, ON: McMaster University. (Mis à jour le 22 août 2011). Trouvé à : <http://www.nccmt.ca/resources/search/75>.
- Pittet, D. (2010). WHO First Global Patient Safety Challenge: saving lives in healthcare through clean hands. *Infection*, 38(2), 79-80.
- Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., Nejad, S. B., Dziekan, G., Leotsakos, A., & Donaldson, L. (2008). Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. *Journal of Hospital Infection*, 68(4), 285-292.
- Plan d'action PCI. (2015). Institut canadien pour la sécurité des patients, Alberta.
- Poss, J. E. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advances in Nursing Science*, 23(4), 1-15.

- Prairie Research Associates. (2007). *Safer Healthcare Now! Program Review: Lessons Learned from Phase 1 of the Campaign*. Volume 1.
- Rekhy, R., & McConchie, R. (2014). Promoting consumption of fruit and vegetables for better health. Have campaigns delivered on the goals?. *Appetite*, 79, 113-123
- Rhodenizer-Rose, S. 2015. The cultural chasm in approaches to infection prevention and control. 2015. *CJIC*. 30(2), 115-116. Winnipeg, MB.
- Sabuncu, E., David, J., Bernède-Bauduin, C., Pépin, S., Leroy, M., Boëlle, P. Y., ... & Guillemot, D. (2009). Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. *PLoS medicine*, 6(6), 622.

Annexe A : Résumé de la théorie du changement des comportements

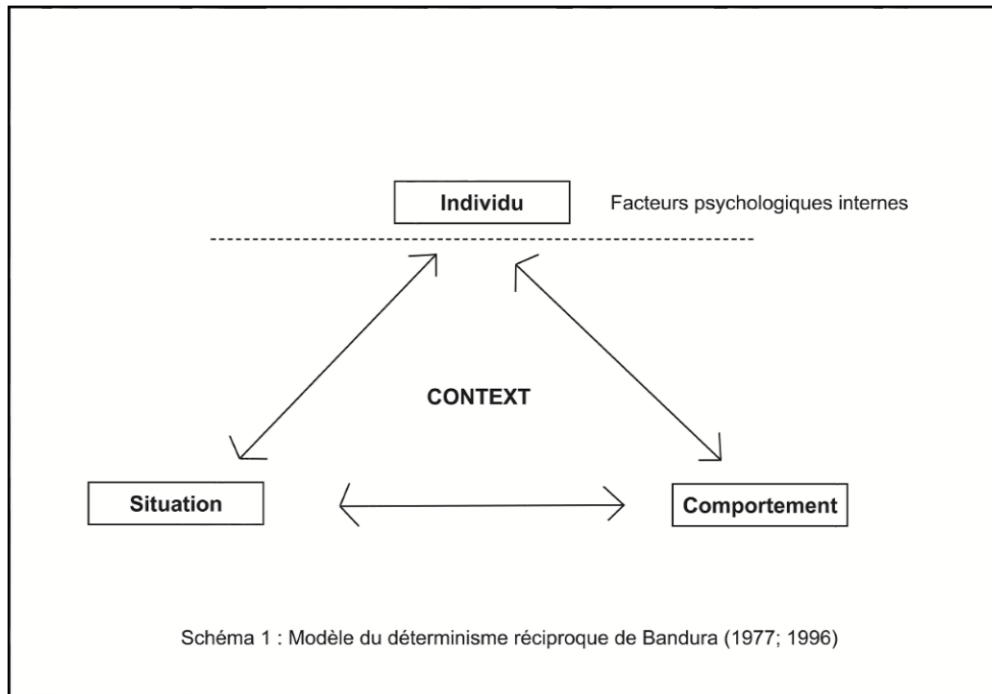
Alors que les organisations, les gens et les processus se transforment pour garder le pas dans un monde de plus en plus turbulent, le changement est nécessaire pour s'y adapter. Le changement de culture et de comportements facilite l'adoption de nouvelles pratiques ou technologies lorsque se produisent des changements stratégiques majeurs, la réingénierie des processus ou des fusions et restructurations. Dans le contexte des soins de santé, l'amélioration de la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dépend du changement des comportements (Michie *et al*, 2011). L'analyse environnementale des campagnes et des stratégies de changement de comportements a révélé trois théories du changement : la théorie du comportement planifié, la théorie sociale cognitive (TSC) et la théorie de la complexité, qui sont toutes applicables au contexte des soins de santé et pourraient jouer un rôle clé dans le développement de campagnes de changement de comportements ciblant les travailleurs de la santé (TDS). Un résumé de chaque théorie est fourni ci-dessous.

Théorie cognitive sociale :

Bandura a développé et défini la théorie sociale cognitive, qui propose que les gens ne sont ni motivés par des forces intérieures, ni automatiquement moulés et contrôlés par des stimuli externes (Bandura, 1986). Au contraire, le fonctionnement humain est expliqué selon un modèle de déterminisme réciproque triadique (voir la figure 1) qui peut être visualisé comme un triangle équilatéral avec des facteurs de comportement, cognitifs et personnels et des événements environnementaux interagissant comme des déterminants réciproques de chacun de ces facteurs. Le principal mécanisme autorégulateur fonctionne grâce à des sous-fonctions majeures qui comprennent l'auto-surveillance du comportement de l'individu, ses déterminants et ses effets; le jugement du comportement par rapport aux normes personnelles et à l'environnement; et l'auto-réaction affective. La nature du comportement d'une personne est ainsi définie dans cette perspective triadique. Par conséquent, la TSC postule que le comportement humain est largement motivé et réglementé par l'exercice continu de l'auto-influence (Bandura, 1991).

La TSC a été utilisée pour examiner la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans le passé (Bandura, 1998). Les modèles de promotion de la santé et de prévention des maladies utilisant la TSC ont connu plusieurs changements générationnels, passant du stade d'utiliser la peur pour pousser les gens à améliorer leur santé à la récompense de ces derniers puis à les équiper des compétences d'autorégulation pour gérer leurs habitudes de santé, à renforcer leurs changements d'habitudes avec des supports sociaux fiables. Ces transformations ont évolué vers une approche à multiples facettes qui traite de l'interaction réciproque entre les déterminants d'autorégulation et environnementaux des comportements de santé. Une approche globale de changement de comportements et/ou de promotion de la santé nécessite de changer les pratiques des systèmes sociaux qui ont des effets néfastes généralisés sur la santé plutôt que de changer uniquement les habitudes des individus. La foi qu'ont les gens en leur efficacité collective à accomplir le changement social joue donc un rôle clé dans la politique et l'approche de la santé publique concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies (Bandura, 1998).

Figure 1. *Modèle de détermination réciproque (Bandura, 1986).*



Théorie du comportement planifié :

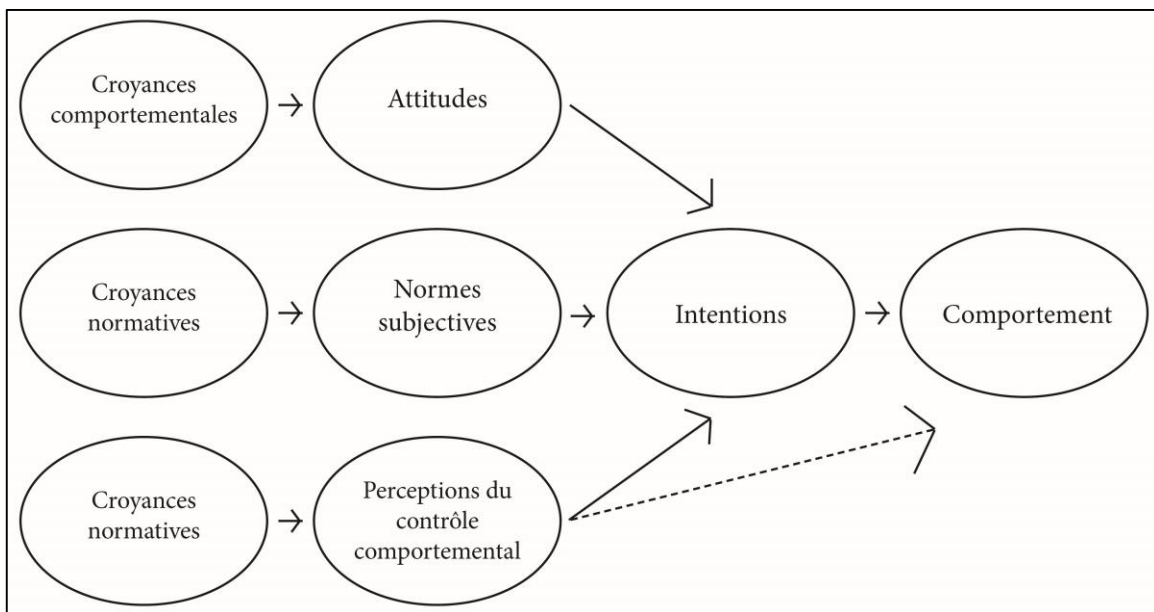
Une autre théorie, la théorie du comportement planifié (TCP), a été largement appliquée à l'explication des comportements liés à la santé et sociaux fondés sur la prémisse que les comportements sont le résultat d'un jeu de facteurs cognitifs, comportementaux et environnementaux affectant la pensée, la motivation et le comportement humains (Stead *et al*, 2005). La TCP décrit les facteurs qui déterminent la décision d'un individu de suivre un comportement particulier et est basée sur le concept qu'il existe des liens entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements (Armitage et Conner, 1999). À la base de cette théorie est l'hypothèse que les comportements peuvent être prédits par l'intention d'un individu, et les intentions sont les motivateurs nécessaires pour mettre en œuvre des comportements (Ajzen, 1988). Selon ce raisonnement, on peut proposer l'hypothèse que plus l'intention d'un individu de participer à un comportement augmente, plus ce dernier est susceptible d'avoir ce comportement (Ajzen, 1991; Armitage et Conner, 1999). Selon le modèle TCP, les intentions peuvent être prédites par trois concepts : les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu.

Les attitudes sont définies comme l'évaluation par l'individu d'un comportement positif ou négatif (Ajzen, 1988). Poss (2001) décrit les attitudes comme des sentiments favorables ou défavorables à l'égard d'un comportement et l'évaluation de l'exécution du comportement comme étant bonne ou mauvaise. En outre, l'attitude d'une personne provient de ses croyances comportementales. Les normes subjectives sont la perception des pressions d'un individu à adopter ou à ne pas adopter un comportement. Les normes subjectives peuvent aussi être décrites comme la perception d'un individu de ce que d'autres s'attendent à ce qu'il fasse ou non (Donald et Cooper, 2001; Poss, 2001). Enfin, le contrôle comportemental perçu est fondé sur la conviction que l'intention d'un individu d'adopter un comportement dépend de la mesure dans laquelle l'individu croit qu'il a le contrôle sur l'action comportementale (Marks *et al*, 2000).

On a estimé que les trois concepts (attitudes, normes subjectives et contrôle comportemental perçu) influencent l'intention d'une personne d'adopter un comportement particulier (voir la figure 2). Cependant, il

est important de tenir compte de la capacité de chaque concept individuel à prédire le comportement. Elle variera en fonction du comportement mesuré et de la personne qui adopte le comportement (Ajzen, 2001).

Figure 2. Éléments au sein de la TCP et leurs associations (Ajzen, 2002).



Théorie de la complexité

Les processus de changement doivent également être axés sur les systèmes. Dans les grandes organisations, la seule manière de changer la façon dont les gestionnaires travaillent est de réinventer les processus qui régissent le travail (Hamel, 2006). La théorie de la complexité est utile pour étudier l'évolution d'organisations complexes et d'entités ayant plusieurs éléments interconnectés (Begun *et al*, 2003). De ses racines dans la physique, les mathématiques et la biologie, l'étude des sciences de la complexité ou des systèmes adaptatifs complexes (SAC) s'est étendue au domaine des organisations et des systèmes d'organisations. L'évolution des organisations complexes est souvent accompagnée d'effets de rétroaction, de non-linéarité et d'autres conditions qui ajoutent à la complexité des organisations existantes et à l'imprévisibilité de l'émergence de nouvelles entités (Begun *et al*, 2003).


Le milieu des organismes de santé est un cadre idéal pour l'application de la science de la complexité due à la diversité des formes d'organisation et des interactions entre et au sein des organisations qui sont également en évolution. La science de la complexité peut bénéficier de l'intérêt des organisations les plus complexes du monde. Les organismes à l'échelle du secteur de la santé sont de plus en plus interdépendants. On assiste non seulement à l'émergence de nouvelles organisations très puissantes et sous diverses formes, mais aussi à une restructuration qui se produit sur des périodes de temps très courtes (Begun *et al*, 2013).

La science de la complexité explore l'interaction entre les SAC et la résilience; plus précisément en postulant que de petits événements, des perturbations ou des changements en apparence sans conséquence peuvent potentiellement conduire à des changements à grande échelle; et que ce qui semble aléatoire peut en fait être ordonné (Begun *et al*, 2003). Les SAC sont considérés comme des réseaux d'agents indépendants, mais interdépendants en évolution, ayant la capacité de s'auto-organiser en niveaux de complexité plus élevés ou plus vastes en utilisant des règles simples ou des modèles d'interaction (Zimmerman & Hayday, 1999). Il est important de saisir l'importance de l'examen des modèles d'interaction au sein des SAC - comment ils sont soutenus, comment ils s'auto-organisent et comment les conséquences se combinent –

afin de changer tout ou une partie d'un système. Un SAC peut être sensible à certains petits changements dans les conditions initiales. Une différence apparemment banale dans l'état de départ du système peut entraîner des résultats considérablement différents. Bien qu'adaptatif à un moment donné, une telle réponse peut devenir mal adaptée lors de changements dans l'environnement (Begun *et al*, 2003).

Annexe B : Résumé des campagnes de changement de comportements

Tableau 1 : exemples de campagnes et stratégies de changement de comportements concernant la sécurité des patients et la prévention et le contrôle des infections

Titre de la campagne	Portée	Objectif	Apprentissages / réussites clés	Défis	Recommandations
<p>Défi mondial pour la sécurité des patients de l'OMS : Pour sauver des vies : l'hygiène des mains</p> <p>Elle est à la base de la sécurité du patient et permet de réduire les infections liées aux soins de santé.</p>	Mondiale	Porte sur la sensibilisation et l'amélioration de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains	L'Organisation mondiale de la Santé a lancé le premier « Défi mondial pour la sécurité des patients - Un soin propre est un soin plus sûr » en 2005 dans le but de prévenir les infections nosocomiales au niveau mondial. Depuis lors, le 5 mai a été déclaré comme journée « Pour sauver des vies : l'hygiène des mains ». Cette campagne mondiale a eu de très bons résultats et de nombreux pays et organismes de soins de santé ont adopté ses objectifs et son but, et la participation augmente considérablement chaque année (Magiorakos <i>et al</i> , 2010). La sensibilisation, la communication et la collaboration entre les participants a fourni une plate-forme importante pour améliorer la connaissance et la mise en œuvre des meilleures pratiques d'hygiène des mains dans le monde entier au cours des 11 dernières années.		Voir le défi d'hygiène des mains de l'ICSP au bas du tableau.
<p>Défi mondial pour la sécurité des patients de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients « Un soin propre est un soin plus sûr »</p>	<p>Mondiale</p> 	<p>Porte sur la prévention des infections nosocomiales à l'échelle mondiale, quels que soient le niveau de développement des systèmes de santé et la disponibilité des ressources.</p> <p>La campagne vise à sauver des millions de vies et de réaliser d'importantes économies de coûts et de ressources par l'amélioration des procédures de base et</p>	<p>L'engagement de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients de réduire les infections nosocomiales en sélectionnant ce thème comme premier Défi fut une étape sans précédent. Le défi a été lancé en octobre 2005 et a mis en œuvre plusieurs actions pour lutter contre les infections nosocomiales dans le monde entier, quels que soient le niveau de développement des systèmes de santé et la disponibilité des ressources. Les stratégies comprennent la mise en œuvre et l'intégration de multiples stratégies dans les domaines de la sécurité des produits sanguins, la sécurité des injections et la sécurité des procédures cliniques, ainsi que la gestion de l'eau, de l'assainissement et des déchets, avec comme pierre angulaire dans différents milieux de soins la promotion de l'hygiène des mains</p> <p>Après 2 ans, des déclarations officielles furent signées par 72 ministères de la Santé comme gage de leur soutien à la mise en œuvre des mesures pour réduire les infections nosocomiales; parmi ceux-ci, 30 étaient de pays en voie de développement. D'autres pays, la plupart développés, avaient prévu de signer d'ici</p>		Participation canadienne à ce défi mondial pour la sécurité.

Titre de la campagne	Portée	Objectif	Apprentissages / réussites clés	Défis	Recommandations
		une plus grande adhésion aux protocoles d'hygiène des mains parmi les prestataires de soins de santé	la fin de 2008 et représentent en tout plus de trois quarts de la population mondiale (Pittet <i>et al</i> , 2008).		
Institute for Healthcare Improvement Campagne 100,000 Lives	Stratégie nationale lancée aux É.-U. et adoptée par beaucoup d'autres pays	Porte sur la réduction de la morbidité et la mortalité en soins de santé par des stratégies spécifiques pour réduire les préjudices et la mort grâce à six stratégies.	<p>La campagne a fait appel aux meilleures pratiques éprouvées pour aider les hôpitaux participants à prolonger ou à sauver jusqu'à 100 000 vies au cours d'une période de 18 mois entre janvier 2005 et juin 2006, pour favoriser et faciliter le changement répandu dans le milieu de la santé. Les stratégies comprenaient des équipes à réponse rapide, de bilan comparatif des médicaments, de prévention des infections par cathéter central, des sites opératoires et des infections sous ventilation assistée, et des soins fondés sur les données probantes pour l'infarctus du myocarde.</p> <p>La campagne a dépassé son objectif, sauvant 122 300 vies. Elle a également généré une quantité sans précédent de pression sociale motivant les hôpitaux à participer. La campagne a mis en évidence le rôle de la pression sociale comme catalyseur de changements et a démontré la nécessité pour les organisations nationales de développer des processus rigoureux pour hiérarchiser les stratégies de qualité et de sécurité (Wachter et Pronovost, 2006).</p>	<p>La durabilité des stratégies telles que les équipes de réponse rapide est problématique.</p> <p>Préoccupations méthodologiques concernant les calculs de « vies sauvées ».</p>	Mise en place et promotion d'un ensemble d'objectifs réalisables pour les hôpitaux canadiens (voir SSPSM).
Institute for Healthcare Improvement Campagne 5 Millions Lives	Basée sur la réussite de la campagne 100,000 Lives. Initialement introduite aux États-Unis	Axée sur la continuation de l'amélioration des soins de santé afin de réduire de manière significative les taux de morbidité et de mortalité.	<p>Cette campagne a introduit six nouvelles stratégies portant sur la prévention des escarres, la réduction de <i>Staphylococcus aureus</i> (SARM) résistant à la méthicilline, la prévention des préjudices causés par les médicaments à haut risque, la réduction des complications chirurgicales, la prestation de soins fiables et fondés sur des données probantes pour l'insuffisance cardiaque congestive, et l'adhésion des conseils d'administration des hôpitaux.</p> <p>Adoptée par de nombreux autres pays lorsque la campagne est devenue plus efficace. La campagne a entraîné l'inscription de 4 050 hôpitaux et plus de 2 000 installations sur une période de deux ans (McCannon <i>et al</i>, 2007).</p>	Préoccupations méthodologiques concernant le nombre de « vies sauvées" calculs, il est difficile d'interpréter les résultats de la campagne.	
Institut canadien pour la sécurité des patients <i>Soins de santé plus sécuritaires</i>	Campagne pancanadienne pour enrôler les organismes de santé canadiens et les équipes	Axée sur la réduction de la morbidité et de la mortalité en soins de santé au Canada. Calquée sur la campagne	Stratégies initiales : Infarctus aigu du myocarde; bilan comparatif des médicaments; équipes à réponse rapide, prévention des infections par cathéter central, sites opératoires et infections sous ventilation assistée. Les stratégies suivantes ont été ajoutées entre 2008-2016 : délirium; chutes; hygiène des mains; prévention et contrôle des infections; septicémie; liste de vérification chirurgicale; thromboembolie veineuse.		

Titre de la campagne	Portée	Objectif	Apprentissages / réussites clés	Défis	Recommandations
<i>maintenant!</i> (SSPSM)	cliniques dans la mise en œuvre de stratégies ciblées touchant les soins aux patients.	100,000 Lives de l'IHI aux États-Unis	SSPSM a établi une collaboration pancanadienne entre les établissements de soins de santé qui n'existaient pas auparavant et a fourni un leadership efficace dans la promotion de la collaboration entre les travailleurs de la santé (Prairie Research Associates, 2007). Le nombre d'organismes inscrits à SHN n'a cessé d'augmenter depuis 2006.		
Royaume-Uni, Health Foundation – Safer Patients Initiative (SPI)	Campagne développée pour produire une amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans 24 centres hospitaliers de soins de courte durée au Royaume-Uni entre 2004 et 2008.	Axée sur l'impact d'un programme d'amélioration collaboratif à grande échelle.	Les résultats soutiennent l'idée que des programmes tels que SPI ont un impact considérable sur les aspects culturels, interprofessionnels, stratégiques et organisationnels de la prestation des soins, en plus des pratiques de travail cliniques (Legido-Quigely, 2008).		
Angleterre, Patient Safety First	Une campagne nationale en Angleterre, de juin 2008 à mars 2010.	Axée sur les changements de culture liés à la sécurité des patients.	Des changements à grande échelle peuvent être réalisés avec un petit budget de petite envergure; grâce à une approche créative pour toucher autant de personnes que possible en utilisant le minimum de ressources (Leape, 2009).		
Réseau de l'Union européenne pour la sécurité des patients et la qualité des soins, PaSQ	Organisme multinational enrôlant des organisations de soins de santé européens dans la mise en œuvre de stratégies ciblées liées aux soins	Campagne axée sur la sécurité des patients et la qualité des soins de santé.	Officiellement lancé en mai 2012, l'objectif principal de PaSQ est de soutenir la mise en œuvre de la recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients. PaSQ réunit des représentants de la communauté médicale européenne et les partenaires institutionnels impliqués dans la sécurité des patients et la qualité des soins dans les États membres de l'Union européenne. Le travail se produit par l'échange de connaissances et l'expérience de partage et de bonnes pratiques liées à l'hygiène des mains, à la chirurgie sécuritaire, au BCM, et aux pointages d'alerte précoces en pédiatrie. Au total, 482 stratégies de « bonnes pratiques » furent identifiées et livrées lors de 34 événements organisés dans l'UE, pour faciliter le partage des pratiques. Les conclusions soutiennent le rôle important du PaSQ dans le renforcement de la collaboration entre les organisations et les professionnels au niveau européen et SNHS concernant la sécurité des patients et la qualité des soins (Agra-Varela, 2014).		

Titre de la campagne	Portée	Objectif	Apprentissages / réussites clés	Défis	Recommandations
<p>Institut canadien pour la sécurité des patients ARRÊT! Nettoyez-vous les mains</p>	<p>Effort de collaboration mené par l'ICSP impliquant PCI Canada, l'ASPC et Agrément Canada</p>	<p>Axé sur la promotion de l'importance de l'hygiène des mains pour réduire les infections nosocomiales au Canada, ciblant une stratégie nationale.</p>	<p>L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Agrément Canada, PCI Canada et l'Agence de santé publique du Canada unissent leurs forces chaque année pour soutenir la pratique d'une hygiène des mains optimale dans les milieux de soins de santé à travers le pays. ARRÊT! Nettoyez-vous les mains se tient le 5 mai en collaboration avec la stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé « POUR SAUVER DES VIES : l'hygiène des mains ».</p> <p>L'objectif de la campagne est d'enrôler le plus grand nombre d'établissements de santé et de prestataires au pays à participer à la journée et diffuser le message qu'une hygiène des mains optimale est l'un des moyens les plus efficaces de prévention des infections associées aux soins. Chaque année, la campagne fait appel à un thème différent avec des offres et du matériel promotionnel offert aux établissements inscrits pour les aider à diffuser le message dans leur contexte local.</p> <p>Cette campagne nationale a connu une grande réussite, les provinces et les établissements de santé ayant adopté les objectifs et le but et participé. La sensibilisation, la communication et la collaboration entre les participants ont fourni une plate-forme importante pour la sensibilisation et la mise en œuvre des meilleures pratiques d'hygiène des mains. Depuis la journée inaugurale ARRÊT! Nettoyez-vous les mains au Canada en 2009, la participation a été stable avec environ 1 000 inscriptions par an.</p>		

Tableau 2 : Exemples de campagnes et stratégies sur la résistance aux antimicrobiens

Type de campagne	Portée	Objectif	Apprentissages / réussites clés	Défis	Recommandations
Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques de l'Organisation mondiale de la santé	Globale	L'objectif du plan d'action global est d'assurer, aussi longtemps que possible, la continuité de la réussite du traitement et de la prévention des maladies infectieuses.	La résistance aux antimicrobiens se produit partout dans le monde, ce qui réduit la capacité de traiter les maladies infectieuses, affecte de nombreux autres progrès en matière de santé et de médecine. Cette stratégie a été adoptée par de nombreux pays lorsque sa réussite est devenue claire. Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques		
France- « Les antibiotiques, c'est pas automatique »	Campagne nationale - France	Porte sur l'utilisation ambulatoire des antibiotiques et la réduction ultérieure.	Une campagne annuelle de diffusion de l'information sur le thème « les antibiotiques ne sont pas automatiques ». La France connaît la plus forte consommation d'antibiotiques et des taux les plus élevés de résistance aux bêta-lactamines pour les pneumonies au Streptococcus parmi les pays européens. La campagne a été un succès puisqu'elle fut associée à une réduction marquée des prescriptions d'antibiotiques inutiles, en particulier chez les enfants (Sabuncu <i>et al</i> 2009).		Les pays ayant des niveaux plus élevés d'utilisation des antibiotiques ont la responsabilité de prendre des mesures pour résoudre ce problème ...
Australie Projet sur l'utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens	Campagne nationale australienne	Axée sur la réduction de l'utilisation inappropriée des antibiotiques.	La campagne a atteint ses objectifs de développement d'un système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation d'antibiotiques pour la santé humaine en Australie. http://www.safetyandquality.gov.au/national-priorities/amr-and-au-surveillance-project/		
Agence de la santé publique du Canada Campagne sur la résistance aux antibiotiques et sensibilisation aux antibiotiques	Campagne nationale	L'objectif de la campagne de sensibilisation aux antibiotiques est d'améliorer la connaissance et la conscience de la résistance aux antibiotiques au Canada par la promotion de l'utilisation responsable des antibiotiques et de bons comportements de prévention des infections.	L'Agence de santé publique du Canada (l'Agence) dirige la réponse du gouvernement du Canada à la question de la résistance aux antibiotiques au Canada. Une partie de cette réponse comprenait le développement et le lancement d'une campagne de sensibilisation aux antibiotiques pour les familles canadiennes et les professionnels de la santé. Pour atteindre son objectif, l'Agence a mis au point une série de ressources sur le thème de la résistance aux antibiotiques destinées aux familles canadiennes et aux prestataires de soins de santé. Sur le site, on retrouve plusieurs ressources qui aident à expliquer aux Canadiens ce qu'est la résistance aux antibiotiques, pourquoi c'est important, et comment réduire les risques associés. Grâce à l'utilisation des messages et des ressources de la campagne, les prestataires de soins sont pris en charge dans leurs discussions sur la résistance aux antibiotiques avec leurs patients et clients, et dans leurs efforts de faire partie de la solution pour relever ce défi mondial de la santé.		

Type de campagne	Portée	Objectif	Apprentissages / réussites clés	Défis	Recommandations
AMMI Canada Semaine de sensibilisation aux antibiotiques.	Campagne de sensibilisation nationale canadienne déclarée par l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada)	Porte sur la réduction de l'utilisation inappropriée des antibiotiques.	Initiative nationale de sensibilisation du public afin d'améliorer la gérance des antimicrobiens (McKay <i>et al</i> , 2011). Message clé diffusé lors de la Semaine canadienne de sensibilisation aux antimicrobiens chaque année à la troisième semaine de novembre. Le défi suivant : « Comment pouvez-VOUS assurer une meilleure sensibilisation à propos des antimicrobiens et de meilleures pratiques antibiotiques? La Semaine de sensibilisation aux antibiotiques nous incite à faciliter l'amélioration des pratiques d'intendance des antimicrobiens chaque année » est promu grâce au volet médiatique de la campagne (McKay <i>et al</i> , 2011). Semaine de sensibilisation aux antibiotiques.		
Choisir avec soin Canada	Campagne nationale		La campagne « Choisir avec soin Canada » aide les médecins et les patients à amorcer des conversations au sujet des tests, des traitements et des procédures inutiles. Le succès de la campagne n'a pas encore été évalué. Http://www.choosingwiselycanada.org/		
Alberta et Colombie-Britannique "Do Bugs Need Drugs?"	Campagne d'éducation provinciale	Axée sur la réduction de l'utilisation, l'utilisation abusive et la mauvaise utilisation des antibiotiques dans la communauté	Vise la réduction de la surutilisation des antibiotiques et l'utilisation inappropriée de la communauté afin d'interrompre le développement et la propagation ultérieure d'organismes résistants aux antibiotiques. Les conclusions indiquent que la consommation globale d'antibiotiques pour utilisation systématique est en déclin depuis 2005, et qu'on observe des pratiques de prescription plus appropriées. Do Bugs Need Drugs		

Tableau 3 : Leçons tirées des campagnes et stratégies non associées à la santé

Type de campagne	Cible / objectif de la stratégie de comportement	Principales conclusions	Est-ce efficace?	Qu'est-ce que cela nous enseigne?	Résultats
Campagnes et lois concernant l'utilisation des ceintures de sécurité	Augmentation de l'utilisation de la ceinture de sécurité et application des lois sur le port obligatoire de la ceinture de sécurité.	Les campagnes d'exposition à l'information dans les médias de masse avaient produit une utilisation accrue du port de la ceinture de sécurité, mais les changements n'étaient pas soutenus (Gantz <i>et al</i> , 1990). Les lois sur le port de la ceinture de sécurité sont connues pour améliorer le comportement des conducteurs et globalement réduire les décès sur la route (Cohen et Einav, 2003). Une étude a identifié les effets des lois sur le port de la ceinture de sécurité en utilisant les données des Centers for Disease Control (CDC) pour une période couvrant plus de 20 changements dans les lois des États américains sur la ceinture de sécurité. Les conclusions présentent une preuve cohérente : les lois sur le port obligatoire de la ceinture de sécurité ont augmenté de manière significative le port de la ceinture de sécurité chez les jeunes adolescents de 45-80 %, et les accidents mortels de la route et les blessures graves résultant étaient considérablement réduits, de 8 à 9 % respectivement (Cohen et Einav, 2003).	Non Oui	Les publicités sur la sécurité n'ont pas réussi à modifier le comportement du conducteur (Gantz <i>et al</i> , 1990). La loi sur le port de la ceinture de sécurité est connue pour avoir amélioré le comportement des conducteurs et globalement réduit les décès de la route, même si l'ampleur de l'effet était nettement plus faible que ce qu'on avait prévu (Cohen et Einav, 2003).	La conception des véhicules a abouti à la refonte de l'ingénierie dans la plupart des nouveaux véhicules avec l'introduction de systèmes de rappel de ceinture de sécurité tels que des clignotants sur le tableau de bord et des carillons intermittents. Des lois sur le port obligatoire de la ceinture de sécurité sont maintenant en vigueur partout.
Campagnes sur la sécurité routière	Sensibilisation accrue et adoption d'habitudes de conduite sécuritaires.	Le rôle de la peur pour provoquer l'amélioration de la sécurité du conducteur. Le comportement des conducteurs est caractérisé par la rationalité limitée. Par conséquent, si les conducteurs peuvent mieux saisir les limites de leur rationalité afin de comprendre les avantages du changement de comportement, ils sont susceptibles de changer. Cependant, la prédiction théorique n'est pas prise en charge par des méta-analyses d'études qui ont évalué les effets des campagnes de communication sur la sécurité routière (Elvik, 2015). L'efficacité de l'utilisation de menaces de peur pour améliorer la sécurité du conducteur reste controversée. Les résultats indiquent qu'en moyenne, ces campagnes sont associées à une légère réduction des accidents (Elvik, 2015).	Non	Alors que la peur semble importante pour attirer l'attention, sa contribution au changement de comportement semble moins essentielle que prévu originalement.	Sensibilisation accrue concernant les mauvaises habitudes de conduite.
Campagnes concernant le port du casque de vélo	Utilisation accrue des casques de vélo.	Les campagnes ciblant l'utilisation de casques de vélo ont eu un certain succès (Bergman <i>et al</i> , 1990). Une campagne mesurant la vente de casques de jeunes a constaté une augmentation de 1 500 à 22 000 casques vendus sur une période de 3 ans, accompagnée d'un taux	Oui	Dans l'ensemble, utilisation générale accrue	Utilisation généralement accrue des casques de vélo et dans de nombreux cas, lois municipales sur

Type de campagne	Cible / objectif de la stratégie de comportement	Principales conclusions	Est-ce efficace?	Qu'est-ce que cela nous enseigne?	Résultats
		d'utilisation du casque observée chez les enfants d'âge scolaire augmentant de 5 % à 16 % (Bergman <i>et al</i> , 1990).			le port du casque de vélo mises en vigueur.
Campagnes concernant un milieu de travail sans fumée	Sensibilisation accrue aux avantages des lieux de travail sans fumée.	Campagnes ciblant les fumeurs au travail, assurant la protection des non-fumeurs contre les dangers de la fumée passive tout en encourageant les fumeurs à cesser de fumer ou de réduire leur consommation (Fichtenberg et Glantz, 2002).	Oui	Les campagnes de milieu de travail sans fumée ont connu un certain succès.	Pression des pairs accrue pour d'importantes initiatives prônant des lieux de travail sans fumée, des zones non-fumeurs dans les lieux publics, et l'introduction de règlements interdisant de fumer.
Campagnes de bien-être général, campagnes d'amélioration de la santé	Sensibilisation accrue de l'atteinte d'une meilleure santé globale par la consommation de plus de fruits et légumes.	Les campagnes favorisant la sensibilisation et les politiques concernant les bienfaits pour la santé de la consommation de fruits et légumes ont eu peu de succès. L'impact de ces stratégies sur la l'augmentation de la consommation quotidienne soutenue demeure modeste à faible (Rekhy & McConchie. 2014).	Non	La consommation quotidienne de fruits et légumes à travers le monde est en deçà des niveaux recommandés de l'OMS en dépit d'avantages établis pour la santé	Campagne et refonte de la stratégie d'intervention.