



Centre de recherche
sur le vieillissement



MIEUX
Vieillir

Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : étude du processus d'application des connaissances

Rapport final

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

 REPAR
FRQS 20 ANS

Office des personnes
handicapées

Québec 

Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : étude du processus d'application des connaissances

Rapport final

Présenté à mesdames Isabelle Émond et Patricia Lamotte ainsi qu'au Pr Daniel Bourbonnais

Par la Pre Manon Guay et
Mélanie Ruest, candidate au doctorat

Programme 4.5 : Déterminants et obstacles
à la participation sociale

Centre de recherche sur le vieillissement
du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2019
ISBN : 978-2-921470-53-7 (version PDF)

Faculté de médecine et des sciences de la santé
Études supérieures
Programmes recherche en sciences de la santé

10 janvier 2019

SOMMAIRE

Cette étude porte sur le processus d'application des connaissances pour un outil clinique, l'Algo, dans les services de soutien à domicile (SSAD) des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), au sein des Centres intégrés [universitaires] de santé et de services sociaux (CI[U]SSS) du Québec. Disponible depuis janvier 2013, l'Algo, pour *algorithme* clinique, encadre la sélection d'équipements aux soins d'hygiène pour les personnes ayant des incapacités physiques vivant à domicile (ex. aînés) dans le cadre du chevauchement des compétences (c.-à-d. combinaison des ressources humaines d'une organisation par l'élargissement des rôles et le croisement de leurs habiletés professionnelles). Entre 2009 et 2013, le développement de l'Algo a fait l'objet d'une approche intégrée des connaissances (c.-à-d. partenariat entre les chercheurs et les cliniciens à différentes étapes du processus). À la suite de la diffusion initiale de l'Algo, différentes stratégies d'application des connaissances (ex. guide d'utilisation, plan de formation, site web) furent utilisées afin de soutenir le transfert et l'utilisation de cette connaissance par les ergothérapeutes et les membres des équipes interdisciplinaires dans les SSAD des programmes SAPA du Québec. **Objectifs** : (1) Identifier le niveau d'utilisation actuel de l'Algo dans les SSAD du Québec; (2) identifier les caractéristiques décrivant le processus d'application des connaissances de l'Algo et la manière dont celles-ci l'influencent et (3) dégager les stratégies à favoriser pour la poursuite de son intégration. **Méthodes** : Le niveau d'utilisation de l'Algo (y : variable dépendante) fut opérationnalisé à l'aide de la classification de Knott et Wildavsky, qui définit l'évolution de l'utilisation d'une connaissance à travers sept stades : (1) Réception; (2) Cognition; (3) Référence; (4) Effort; (5) Adoption; (6) Implantation et (7) Impact. Les caractéristiques relatives au processus d'application des connaissances de l'Algo (x : variables indépendantes) furent identifiées à l'aide de différents cadres conceptuels. Le cadre *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)* fut utilisé pour l'étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'Algo (2015-2016) et le modèle opérationnel *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* a permis d'approfondir l'étude des caractéristiques à considérer dans le processus d'application des connaissances de l'Algo pour l'étude de cas multiples (2017-2018). **Résultats** : **Objectif 1.** Deux ans après la diffusion initiale de l'outil (2015), près de la moitié des ergothérapeutes sondés (48%) ont rapporté avoir atteint l'un des sept stades d'utilisation. Ces ergothérapeutes se trouvent dans des proportions similaires aux stades initiaux (1 à 3; 15%), intermédiaires (4-5; 18%) et avancés (6-7; 14%) du processus. **Objectif 2.** L'étude descriptive (2015-2016) des caractéristiques décrivant le processus d'application des connaissances de l'Algo auprès de 125 ergothérapeutes a mis en lumière que la plupart des attributs de l'algorithme, en tant que connaissance (*Evidence*), contribuent à faciliter son intégration dans les SSAD. Cependant, les défis rencontrés sur le plan contextuel (*Context*), notamment en termes de ressources, de réceptivité et de pouvoir (ex. ambiguïté des rôles dans l'intégration d'un changement), tendent à nuire au processus d'application des connaissances de l'Algo. Les analyses corrélationnelles réalisées entre le niveau d'utilisation actuel de l'outil et les caractéristiques relatives au cadre *PARIHS* ont permis d'identifier deux variables statistiquement associées à l'utilisation de l'Algo : (1) avantage relatif de l'Algo ($r=0,24$; $p=0,08$) et (2) valorisation des écrits scientifiques ($r=0,26$; $p=0,03$). Ces deux variables suggèrent donc que les caractéristiques de l'outil sont particulièrement d'intérêt à valoriser afin de soutenir l'utilisation de l'Algo. Cependant, bien que ces caractéristiques concordent avec les connaissances

empiriques sur le processus d'application des connaissances (ex. importance de l'avantage relatif), ces associations demeurent faibles pour expliquer les caractéristiques liées à l'utilisation de l'Algo par les ergothérapeutes des SSAD et orienter les efforts ultérieurs. La passation de l'outil « Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement » (nouvellement traduit et adapté en français) a aussi permis de documenter une réceptivité organisationnelle mitigée au sein des SSAD du Québec, face à l'implantation d'un changement. La faible confiance des ergothérapeutes à l'égard des membres de l'organisation quant à (1) leur capacité à recevoir le soutien nécessaire durant l'adaptation à un changement et (2) celle à pouvoir gérer les enjeux de pouvoir et de reconnaissance constituent des indicateurs corroborant les embûches identifiées auprès des intervenants. L'étude de cas multiples (2017-2018) réalisée auprès de cinq SSAD (cas composé minimalement d'un(e) ergothérapeute, d'un(e) intervenant(e) non-ergothérapeute [utilisateur de l'Algo] et d'un(e) gestionnaire), issus de cinq CI[U]SSS, a permis de documenter cinq stades d'utilisation : Réception (Stade 1; Cas No 4), Cognition (Stade 2; Cas No 3), Référence (Stade 3; Cas No 1), Effort (Stade 4; Cas No 5) et Impact (Stade 7; Cas No 2). En écho au constat établi avec l'étude descriptive, les caractéristiques relatives à la connaissance (*Innovation*) constituent des facilitateurs à l'initiation du processus (stades 1 à 3) et à l'utilisation de l'outil (stade 5). En effet, l'approche intégrée des connaissances utilisée lors du développement de l'Algo est reconnue par la plupart des cas comme une valeur ajoutée, en termes de clarté et de convivialité de l'outil. En ce qui a trait aux intervenants (*Destinataires*), le lien de confiance et la relation de collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes constitue une prémisses importante au développement des habiletés de passation de ces derniers et à la pérennité d'utilisation de l'Algo. Bien que les divergences d'opinion professionnelle sur le chevauchement des compétences puissent ralentir la progression de son utilisation, l'absence du support des gestionnaires ainsi que le manque de ressources et de pouvoir perçus par les ergothérapeutes expliquent davantage les difficultés vécues aux stades intermédiaires d'utilisation (4 à 6). L'Algo concorde avec les besoins des ergothérapeutes, mais la valorisation du chevauchement des compétences ne constitue pas une priorité auprès des gestionnaires des SSAD (*Contexte*). Cela nuit notamment à la mobilisation des leaders locaux dans la planification et la mise en œuvre des actions nécessaires. Les mandats reçus (ex. uniformisation des pratiques) à l'échelle socio-politique pourraient constituer un levier à l'intégration de l'Algo dans les CI[U]SSS, mais les difficultés relatives à leur application (ex. absence de communication entre les SSAD) retardent la progression du processus. **Objectif 3.** Dans cette perspective, les stratégies de *facilitation* à déployer devraient principalement être orientées vers les destinataires et le contexte. En plus de mettre en évidence une valeur ajoutée pour chaque groupe d'intervenants concernés par le processus, il faudra augmenter le support initial auprès des utilisateurs de l'Algo et impliquer les ergothérapeutes dans la sélection des mécanismes d'intégration du changement afin de pérenniser son implantation. La révision du mode d'évaluation de la performance en SSAD serait aussi nécessaire afin de soutenir le chevauchement des compétences dans les équipes interdisciplinaires. Enfin, considérant la complexité croissante du profil des patients vus en SSAD, la diffusion de l'Algo devra être élargie vers les milieux desservant les « cas simples » vivant une situation d'handicap lors de la réalisation de ses soins d'hygiène (ex. entreprises d'économie sociale en aide à domicile).

POINTS SAILLANTS DES TRAVAUX

- Depuis 2013, les stratégies de facilitation utilisées pour l'Algo ont permis de rejoindre une proportion considérable des ergothérapeutes, tels que sondés en 2015 (48%; n=125) dans les SSAD du Québec. Ceux-ci se trouvaient alors dans des proportions similaires aux stades initiaux (1 à 3; 15%), intermédiaires (4-5; 18%) et avancés (6-7; 14%) d'utilisation de cette connaissance.
- Les caractéristiques relatives à l'Algo (c.-à-d. approche intégrée des connaissances, clarté, convivialité, degré de concordance) constituent des facilitateurs à l'initiation du processus (stades 1 à 3) et à l'utilisation de l'outil (stade 5).
- Les caractéristiques des destinataires impliqués dans l'intégration de l'Algo et du contexte au sein duquel celle-ci prend place expliquent en grande partie les difficultés vécues aux stades intermédiaires d'utilisation (4 à 6) :
 - Le manque de ressources, de pouvoir et de lignes directrices claires sur les mécanismes d'intégration d'un changement nuit à la mobilisation des leaders locaux qui déploient des efforts pour implanter l'Algo.
 - Le lien de confiance et la relation de collaboration entre les utilisateurs de l'Algo et les ergothérapeutes constitue une prémisses importante au chevauchement des compétences et doit être soutenue afin de pérenniser l'utilisation de l'Algo.
- Le mode de travail sous-jacent à l'utilisation de l'Algo (c.-à-d. chevauchement des compétences) doit être davantage soutenu par les instances administratives, à la lumière des cadres réglementaires et mandats reçus du réseau de la santé et des ordres professionnels.
- Les stratégies de facilitation devront être déployées de manière à rejoindre l'ensemble des acteurs concernés (ex. gestionnaires) par le processus d'attribution d'équipements aux soins d'hygiène, incluant les nouveaux contextes (ex. entreprises d'économie sociale en aide à domicile).
- Les stratégies de facilitation à développer pour soutenir la poursuite du processus d'application des connaissances de l'Algo devront plus spécifiquement :
 - Outiller les destinataires concernés par l'utilisation de l'Algo (ex. ergothérapeutes, intervenants non-ergothérapeutes) dans les étapes relatives au déploiement d'efforts pour son implantation (stades 4 à 6), en partenariat avec les gestionnaires des SSAD;
 - Sensibiliser les instances administratives des SSAD, des CI[U]SSS et du Ministère de la Santé et des Services Sociaux à la nécessité de soutenir le chevauchement des compétences au sein des contextes pour lesquels son recours est justifié afin d'engendrer les retombées documentées.

RECOMMANDATIONS EN BREF

Stades initiaux d'utilisation

Réception (Stade 1), Cognition (Stade 2) et Référence (Stade 3)

- Poursuivre les efforts de diffusion de l'Algo avec la présentation et la valorisation des caractéristiques facilitatrices (ex. approche intégrée des connaissances, clarté, convivialité, degré de concordance) à son utilisation
- Présenter la valeur ajoutée de l'Algo pour chaque intervenant impliqué dans le processus (c.-à-d. intervenants non-ergothérapeutes, ergothérapeutes et gestionnaires) afin de soutenir la motivation et l'intérêt concertés de ceux-ci dans l'atteinte des stades d'utilisation ultérieurs
- Suivant le perfectionnement des stratégies de facilitation à la lumière de ces caractéristiques, élargir le public cible (ex. gestionnaires des SSAD) et les contextes (ex. entreprises d'économie sociale en aide à domicile) visés par celles-ci

Stades intermédiaires d'utilisation

Effort (Stade 4) et Utilisation (Stade 5)

- Bonifier le support prévu/offert aux intervenants non-ergothérapeutes par les ergothérapeutes lors de l'initiation du changement afin que ceux-ci développent plus rapidement leur confiance en leurs habiletés et connaissances à l'utiliser
- Clarifier les responsabilités des ergothérapeutes lors de l'implantation de l'Algo et celles des autres intervenants impliqués dans l'utilisation quotidienne de l'outil
- Soutenir le développement des habiletés de leadership des ergothérapeutes et des gestionnaires dans le cadre de l'implantation d'un changement, comme l'Algo, afin d'optimiser la portée des efforts de chacun, dans la mesure du pouvoir qui leur est respectivement reconnue

Stades avancés d'utilisation

Implantation (Stade 6) et Impact (Stade 7)

- Sensibiliser les instances administratives au besoin de revoir les structures en place (ex. encadrement, reddition de comptes) pour soutenir le recours au chevauchement des compétences
 - Revoir le mode d'évaluation de la performance des intervenants non-ergothérapeutes dans le cadre de leur participation au chevauchement des compétences
- Documenter les retombées relatives à l'utilisation de l'Algo, notamment en termes d'efficacité de prestation de services et de développement professionnel, auprès des intervenants impliqués dans le chevauchement des compétences

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
POINTS SAILLANTS DES TRAVAUX	v
RECOMMANDATIONS EN BREF	vi
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	viii
RÉSUMÉ.....	1
1. RÉSULTATS DE RECHERCHE	2
Objectif No 1. Niveau d'utilisation de l'Algo	5
Objectif No 2. Caractéristiques relatives au processus d'application des connaissances de l'Algo	7
Objectif No 3. Identifier les stratégies de facilitation nécessaires à la poursuite de l'utilisation de l'Algo.....	28
Conclusion	30
2. BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	31
3. PLAN DE PROMOTION	35
4. BILAN DES DÉPENSES	36
RÉFÉRENCES	37
ANNEXES	40

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

- CI[U]SSS : Centres intégrés [universitaires] de santé et de services sociaux
- *CFIR : Consolidated Framework for Implementation Research*
- *i-PARIHS : integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services*
- *PARIHS : Promoting Action on Research Implementation in Health Services*
- Programmes SAPA : Programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- SSAD : Services de soutien à domicile

RÉSUMÉ

Cette étude porte sur le processus d'application des connaissances pour un outil clinique, l'Algo, dans les services de soutien à domicile (SSAD) au sein des Centres intégrés [universitaires] de santé et de services sociaux du Québec. Disponible depuis 2013, l'Algo est destiné aux membres des équipes interdisciplinaires des SSAD afin d'encadrer la sélection d'équipements aux soins d'hygiène pour les personnes ayant des incapacités physiques vivant à domicile (ex. aînés). Objectifs : (1) Identifier le niveau d'utilisation de l'Algo dans les SSAD du Québec; (2) identifier les caractéristiques décrivant et influençant le processus d'application des connaissances de l'Algo et (3) dégager les stratégies de facilitation à favoriser pour la suite de son intégration. Méthodes : Le niveau d'utilisation (y; variable dépendante) fut opérationnalisé avec la classification de Knott et Wildavsky et les caractéristiques liées à son utilisation (x; variables indépendantes), à l'aide du modèle *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services*. Une étude descriptive (n=125; obj. 1 et 2) et une étude de cas multiples (cas: un SSAD composé minimalement d'un(e) ergothérapeute, d'un(e) intervenant(e) non-ergothérapeute [utilisateur de l'Algo] et d'un(e) gestionnaire) avec un devis mixte concomitant niché (n=5; obj. 2-3) ont permis de documenter les caractéristiques de la connaissance, des destinataires et du contexte. Résultats : Près de la moitié des ergothérapeutes sondés (48%) ont atteint l'un des sept stades d'utilisation de l'Algo en 2015. Bien que les caractéristiques de l'outil (ex. approche intégrée, degré de concordance) constituent des facilitateurs à l'initiation de son utilisation (stades 1 à 3), les défis rencontrés par les intervenants dans les SSAD, en termes de collaboration, de ressources, de réceptivité, de pouvoir et de mécanismes d'intégration d'un changement, nuisent à l'atteinte des stades d'utilisation avancés (4 à 7). Pour la suite des moyens de facilitation, il faudra notamment clarifier la valeur ajoutée de l'Algo pour chaque groupe d'intervenants et augmenter le support initial auprès des utilisateurs, en plus d'impliquer davantage les ergothérapeutes dans la sélection des mécanismes d'intégration du changement afin de pérenniser son implantation. Aux échelles *locale, organisationnelle* et *externe* du contexte, la sensibilisation des acteurs au besoin de revoir le mode d'évaluation de la performance en SSAD sera nécessaire afin de soutenir le chevauchement des compétences dans les équipes interdisciplinaires.

1. RÉSULTATS DE RECHERCHE

Cette étude porte sur le processus d'application des connaissances pour un outil clinique, l'Algo, dans les services de soutien à domicile (SSAD) des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), au sein des Centres intégrés [universitaires] de santé et de services sociaux (CI[U]SSS) du Québec. Disponible depuis janvier 2013, l'Algo, pour *algorithme* clinique, encadre la sélection d'équipements aux soins d'hygiène pour les personnes ayant des incapacités physiques vivant à domicile (ex. aînés), dans le cadre du chevauchement des compétences au sein des équipes interdisciplinaires (Guay et al., 2014). Le chevauchement des compétences se définit comme un moyen flexible de combiner les ressources humaines d'une organisation par l'élargissement des rôles et le croisement de leurs habiletés professionnelles respectives (Stanmore et Waterman, 2007).

Lors de son développement, l'Algo a fait l'objet d'une approche intégrée des connaissances, c'est-à-dire d'un partenariat soutenu entre les chercheurs et les cliniciens à différentes étapes du processus de 2009 à 2013. À la suite de la diffusion initiale de la connaissance, différentes stratégies d'application des connaissances (ex. guide d'utilisation, plan de formation, site web) furent utilisées afin de soutenir le transfert et l'utilisation de cette connaissance par les ergothérapeutes et leurs collègues (ex. utilisateurs de l'Algo) au sein des équipes interdisciplinaires dans les SSAD des programmes SAPA du Québec. Cette façon de développer et de diffuser les connaissances présente des prémisses théoriques prometteuses quant à son potentiel à réduire l'écart (généralement estimé à 17 ans; Morris et al., 2011) entre la publication de la recherche et son utilisation dans les milieux cliniques. Cependant, de par son degré d'évidence provisoire, cette forme d'application des connaissances nécessite une documentation et une étude systématique afin d'en démontrer les retombées théoriques et pratiques. La méconnaissance du niveau d'utilisation actuel de l'Algo dans les SSAD et des caractéristiques associées à son processus d'application des connaissances empêchent également le déploiement de stratégies ultérieures adaptées aux besoins des milieux cliniques.

À partir de 2015, des travaux de recherche furent donc entamés dans la poursuite de trois objectifs de recherche : (1) identifier le niveau d'utilisation actuel de l'Algo dans les SSAD des programmes SAPA du Québec; (2) identifier les caractéristiques décrivant le processus d'application des connaissances de l'Algo et la manière dont celles-ci l'influencent et (3) dégager les stratégies à favoriser afin de faciliter la poursuite de son intégration dans les milieux cliniques. À cet effet, le niveau d'utilisation de l'Algo (y : variable dépendante) fut opérationnalisé à l'aide de la classification de Knott et Wildavsky (1980), qui définit l'évolution de l'utilisation d'une connaissance à travers sept stades différents : (1) Réception; (2) Cognition; (3) Référence; (4) Effort; (5) Adoption; (6) Implantation et (7) Impact (Figure 1).

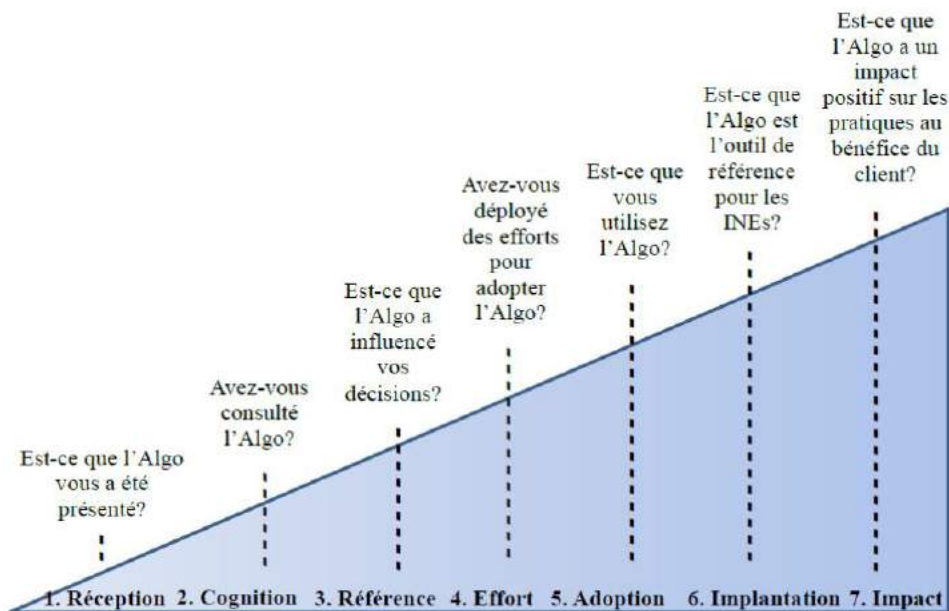


Figure 1 : Stades d'utilisation de la connaissance (inspirés de Knott et Wildavsky, 1980)

Les caractéristiques du processus d'application des connaissances à documenter pour analyser la situation de l'Algo (x : variables indépendantes) furent identifiées à l'aide de différents cadres conceptuels. Dans un premier temps, les cadres conceptuels *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS; Kitson et al., 1998)* et *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR; Damschroder et al., 2009)* furent utilisés pour la première phase du projet de recherche, soit l'étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'Algo par sondage électronique (2015-2016). Le cadre conceptuel *PARIHS* (Figure 2) fut principalement sélectionné de par son potentiel à documenter de manière holistique le processus d'application des connaissances relatif à l'Algo en réadaptation (Communications Nos 1 et 2; Annexe I).

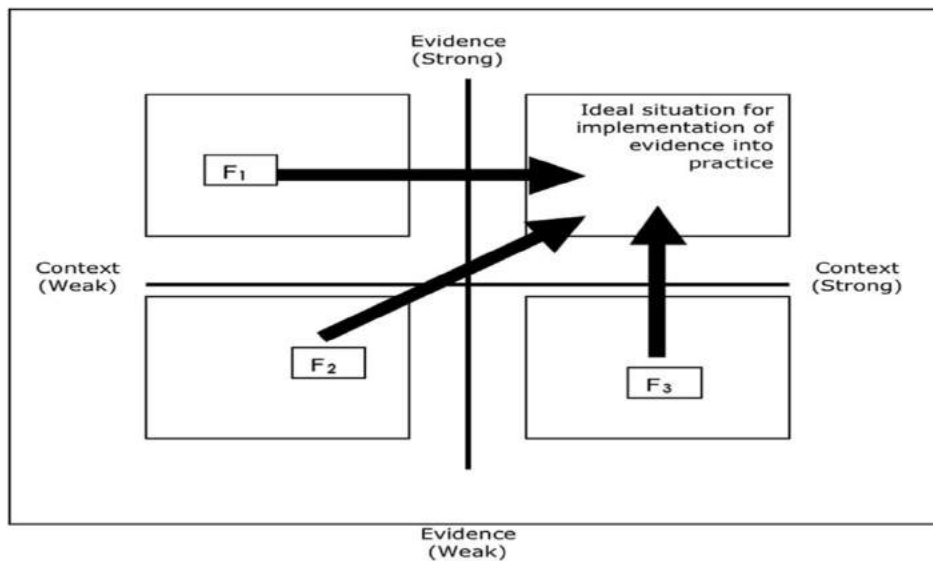


Figure 2 : Cadre conceptuel PARIHS (Kitson et al., 2008)

Par la suite, le modèle opérationnel *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)*; Harvey et Kitson, 2015) a permis de bonifier l'étude des caractéristiques à documenter dans le processus d'application des connaissances de l'Algo, en considérant notamment de manière détaillée les paramètres relatifs aux destinataires impliqués dans son implantation (Communication No 9; Annexe II). Cette deuxième phase du projet de recherche fut réalisée à partir d'un devis de recherche mixte, dans le cadre d'une étude de cas multiples (2017-2018). Selon ce modèle opérationnel (Figure 3), une implantation réussie est définie en fonction des moyens de facilitation (Facⁿ) utilisés. Ces moyens doivent être ajustés à la lumière de l'analyse des caractéristiques relatives à trois composantes : (1) **Innovation** (I; c.-à-d. Algo); (2) **Destinataires** (D; c.-à-d. utilisateurs de l'Algo, ergothérapeutes et gestionnaires) et (3) **Contexte** (C; c.-à-d. SSAD au sein de différents CI[U]SSS du réseau de la santé québécois). Cette définition peut se résumer par l'entremise de la formule suivante : Application d'une connaissance = Facⁿ (I + D + C).

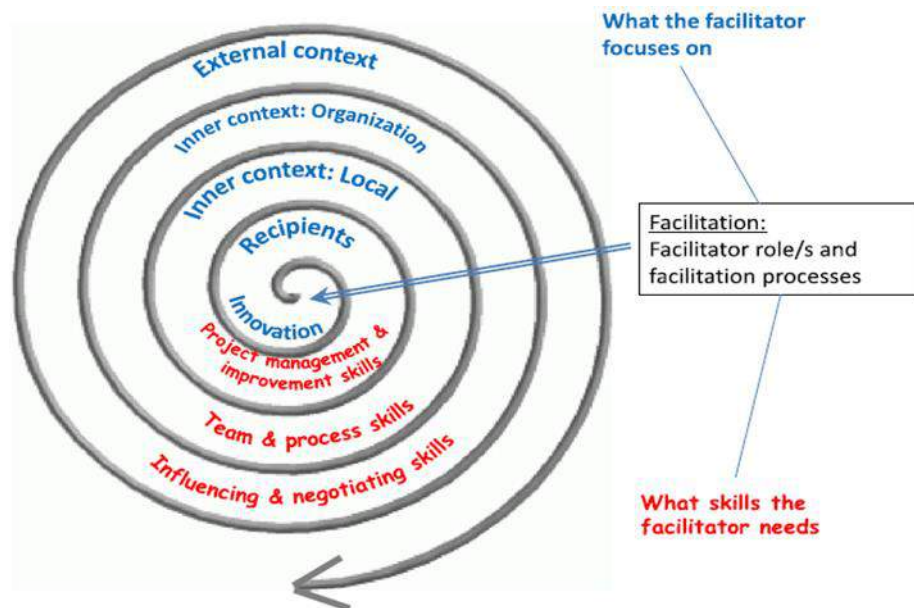


Figure 3 : Modèle opérationnel i-PARIHS (Harvey et Kitson, 2015)

Ce résumé de recherche est articulé autour des trois objectifs identifiés dans le cadre de ces travaux sur le processus d'application des connaissances de l'Algo. Dans un premier temps, l'identification du niveau d'utilisation de l'Algo dans les SSAD des programmes SAPA du Québec (obj. 1) et des caractéristiques associées à celui-ci (obj. 2) fut complétée par l'entremise de l'étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'Algo (2015-2016). Par la suite, l'analyse approfondie des caractéristiques du processus d'application des connaissances (obj. 2) et l'identification des stratégies de facilitation à préconiser pour la suite de son intégration dans les milieux (obj. 3) furent réalisées par l'entremise d'une étude de cas multiples utilisant un devis mixte concomitant niché. Pour chaque étude, une brève description de la méthodologie sera présentée, suivie des principaux résultats.

Objectif No 1. Niveau d'utilisation de l'Algo

La première étude menée dans le cadre de ce projet de recherche a porté sur le niveau d'utilisation de l'Algo par les ergothérapeutes œuvrant dans les SSAD du Québec, à l'aide du cadre conceptuel *PARIHS*, afin d'obtenir un premier portrait de son intégration et des caractéristiques pouvant être associées à celle-ci.

1.1. Méthodologie

Afin de répondre aux objectifs 1 et 2, une étude descriptive fut d'abord réalisée par l'entremise d'un sondage électronique, auprès des ergothérapeutes œuvrant au sein des SSAD. Quarante-deux (42) questions furent alors élaborées à partir de la classification relative aux stades

d'utilisation de la connaissance selon Knott et Wildavsky ainsi que des cadres conceptuels (1) *PARIHS* et (2) *CFIR*. À l'automne 2015, une invitation courriel à compléter un sondage électronique a été acheminée par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) à tous les ergothérapeutes œuvrant au sein des SSAD qui avaient préalablement accepté d'être contactés à des fins de recherche. Des 787 ergothérapeutes sollicités, 102 d'entre eux ont répondu au cours de l'automne 2015 (taux de participation = 13,0%). En janvier 2016, l'envoi d'un rappel de l'invitation à répondre au sondage électronique a permis de collecter 22 réponses supplémentaires (taux de participation final = 15,8%). Au total, les 125 participants au sondage ont permis de documenter le niveau d'utilisation de l'Algo en 2015 et d'amorcer l'étude des caractéristiques du processus d'application de cette connaissance.

1.2. Résultats

Tout d'abord, en ce qui a trait au niveau d'utilisation de l'Algo (obj. 1), soit deux ans après la diffusion initiale de l'outil (2015), près de la moitié des ergothérapeutes sondés (48%) ont rapporté avoir atteint l'un des sept stades d'utilisation (Figure 4). En effet, les ergothérapeutes se trouvent dans des proportions similaires aux stades initiaux (1 à 3; 15%), intermédiaires (4-5; 18%) et avancés (6-7; 14%) du processus. Pour sa part, l'autre moitié des ergothérapeutes sondés (52%) ont rapporté ne pas avoir pris connaissance/été informé à propos de l'Algo, c'est-à-dire qui n'ont pas atteint le stade 1 (Communication No 7; Annexe III).

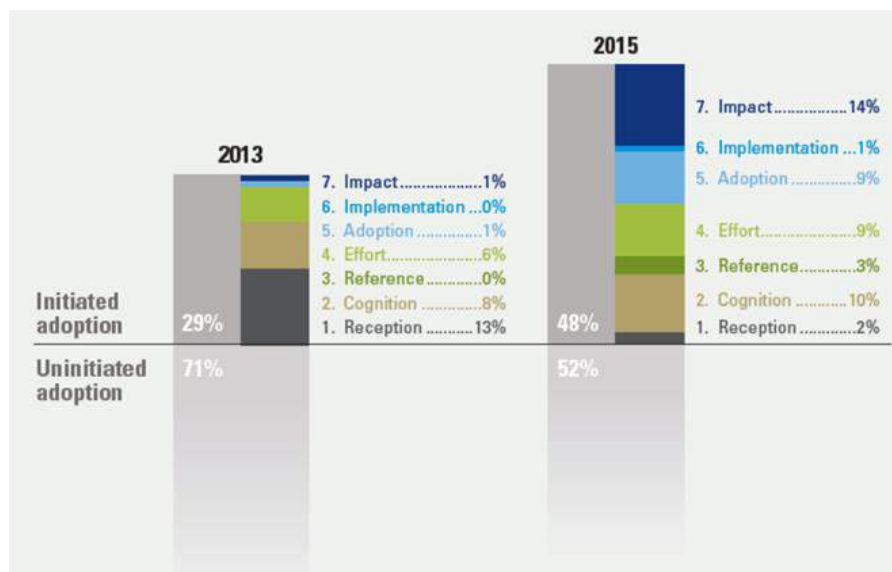


Figure 4 : Niveau d'utilisation de l'Algo en 2013 (n=87 CSSS) et en 2015 (n=125 ergothérapeutes)

Pour les ergothérapeutes se situant à l'un des sept stades d'utilisation de l'Algo, ceux-ci ont utilisé différentes stratégies de facilitation afin d'initier le processus, dont les principales sont : (1) bouche à oreille (24%); (2) participation aux travaux de développement de l'Algo (19%) et (3) site web de l'Algo (15%). Bien que l'approche intégrée des connaissances utilisée pour le développement de l'Algo constitue une caractéristique facilitatrice importante

dans la diffusion et l'atteinte des premiers stades d'utilisation, les stratégies valorisées par les ergothérapeutes pour l'intégration des nouvelles connaissances (ex. formation en milieu de travail, webinaire) semblent différer de celles utilisées concrètement pour connaître l'Algo (ex. bouche à oreille, approche intégrée des connaissances). La mobilisation et le développement des stratégies de facilitation pourrait donc bénéficier d'une approche planifiée et structurée, à la lumière des destinataires visés et des stades d'utilisation poursuivis (Communication No 6; Annexe IV).

Objectif No 2. Caractéristiques relatives au processus d'application des connaissances de l'Algo

2.1 Étude descriptive sur l'utilisation de l'Algo (2015-2016)

L'étude descriptive (dont la méthodologie est décrite à la section précédente pour l'objectif 1) a également permis d'établir un premier portrait au regard des caractéristiques décrivant le processus d'application des connaissances de cet outil. En effet, les caractéristiques documentées à partir du cadre conceptuel *PARIHS* ont mis en lumière le constat que les attributs de l'Algo en tant que connaissance (*Evidence*) contribuent à faciliter son application dans les milieux cliniques, mais les défis rencontrés sur le plan contextuel au sein des SSAD (*Context*), notamment en termes de ressources, de réceptivité et de pouvoir, tendent à nuire à l'atteinte de stades d'utilisation plus avancés (4 à 7). Dans cette perspective, une adaptation des stratégies de facilitation visant plus spécifiquement les barrières identifiées au niveau du contexte seront à considérer en fin de processus de recherche (Communication No 3; Annexe V).

En ce qui a trait à l'identification des caractéristiques associées à l'utilisation de l'Algo (obj. 2), les analyses corrélationnelles réalisées entre le niveau d'utilisation actuel de l'Algo et les caractéristiques relatives aux cadres *PARIHS* et *CFIR* (Communications Nos 10 et 11; Annexe VI) ont seulement permis d'identifier deux variables statistiquement associées à l'utilisation de l'Algo : (1) avantage relatif de l'Algo ($r=0,24$; $p=0,08$) et (2) valorisation des écrits scientifiques ($r=0,26$; $p=0,03$). Ces deux variables relatives à la connaissance (*Evidence*) suggèrent donc que certaines caractéristiques de l'outil sont particulièrement d'intérêt à bonifier afin de soutenir davantage le processus d'application des connaissances de l'Algo. Cependant, bien que ces caractéristiques concordent avec les connaissances empiriques sur le processus d'application des connaissances (ex. importance de l'avantage relatif d'une connaissance), ces associations demeurent faibles pour expliquer les caractéristiques liées à l'utilisation de l'Algo par les ergothérapeutes des SSAD et orienter également les efforts à déployer pour la suite du processus. Une deuxième phase était alors nécessaire afin d'approfondir l'identification de ces caractéristiques dans une perspective pragmatique (voir section suivante : étude de cas multiples avec devis mixte concomitant niché).

Adaptation transculturelle de l'ORIC pour les organisations francophones

Parallèlement au développement du sondage électronique dans le cadre de l'étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'Algo (obj. 1 et 2), un processus d'adaptation transculturelle en langue française fut réalisé pour l'ORIC (Shea et al., 2014), en s'appuyant sur la méthodologie proposée par Beaton (2000) et Massoubre (2002). L'ORIC vise à mesurer la réceptivité organisationnelle à l'implantation potentielle d'un changement en documentant la perception du niveau d'engagement et du niveau d'efficacité des membres de l'organisation face au changement. Divisées en deux sous-échelles (c.-à-d. niveau d'engagement et niveau d'efficacité), les dix questions de l'outil sont répondues à partir d'une échelle de Likert à cinq niveaux (En désaccord, Plutôt en désaccord, Ni d'accord ni en désaccord, Plutôt d'accord et D'accord). L'objectif de ces travaux complémentaires était de mesurer la réceptivité des organisations (c.-à-d. SSAD), telle que perçue par les membres qui la composent (ex. ergothérapeutes), une variable importante à documenter relativement au processus d'application d'une connaissance (Carlfjord et al., 2010; Gagnon et al., 2014). La version française de l'ORIC, nommée « Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement » est l'une des retombées de cette étude (ROIC; Figure 5),

La version française de l'ORIC, nommée « Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement », fut ajoutée au questionnaire du sondage électronique (Communications Nos 4 et 5; Annexe VII) afin de mesurer la réceptivité organisationnelle des SSAD du Québec, telle que perçue par les ergothérapeutes. Dans le cadre de l'étude descriptive du niveau d'utilisation de l'Algo, il fut donc possible d'identifier une réceptivité organisationnelle mitigée face à l'implantation d'un changement. En effet, une plus grande proportion des ergothérapeutes ayant participé au sondage exprime en moyenne un désaccord lorsqu'ils sont questionnés sur les indicateurs d'efficacité des SSAD du Québec face à l'implantation d'un changement. Plus précisément, la faible confiance des ergothérapeutes à l'égard des autres membres de l'organisation quant à (1) leur capacité de soutien en cours d'adaptation à un changement et (2) celle à pouvoir gérer les enjeux de pouvoir et de reconnaissance constituent des indicateurs qui contribuent à expliquer ce niveau de réceptivité (Communication No 8; Annexe VIII).

	1	2	3	4	5
	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord
1. Les personnes qui travaillent ici s'engagent à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
2. Les personnes qui travaillent ici feront tout ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
3. Les personnes qui travaillent ici veulent mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
4. Les personnes qui travaillent ici sont déterminées à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
5. Les personnes qui travaillent ici sont motivées à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
6. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir relever d'éventuels défis liés à la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
7. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir suivre l'avancement de la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
8. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir coordonner les tâches afin que la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique se passe bien.	1	2	3	4	5
9. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes que l'organisation peut les soutenir en cours d'adaptation au changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
10. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir gérer les enjeux de pouvoir et de reconnaissance au sein du groupe durant la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5

Figure 5 : Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement (ROIC)

2.2 Étude de cas multiples sur le processus d'application des connaissances de l'Algo (2017-2018)

La deuxième étude menée dans le cadre de ce projet de recherche a porté sur l'analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo dans les SSAD du Québec, à l'aide du modèle opérationnel *i-PARIHS*, auprès des ergothérapeutes, des intervenants non-ergothérapeutes (c.-à-d. utilisateurs de l'Algo) et des gestionnaires, afin de détailler les caractéristiques relatives à son utilisation.

2.2.1 Méthodologie

En lien avec l'atteinte des objectifs 2 et 3, une étude de cas multiples basée sur la méthodologie de Yin (2013), utilisant un devis mixte concomitant niché (c.-à-d. collecte de données quantitatives et qualitatives pour chaque cas; Creswell, 2014) fut réalisée entre juin 2017 et octobre 2018. Chaque cas fut défini comme étant un SSAD, issu d'un CI[U]SSS du réseau de la santé du Québec, et recruté initialement en fonction de son niveau d'utilisation de l'Algo, tel

qu'identifié par les ergothérapeutes ayant répondu au sondage électronique en 2015. L'étude de cas multiples a pris place au sein de cinq SSAD, composés minimalement d'un(e) ergothérapeute, d'un(e) intervenant(e) non-ergothérapeute et d'un(e) gestionnaire, au sein de cinq CI[U]SSS différents à travers le Québec. Pour l'étude de chaque cas, la composante *quantitative* consistait en la complétion du questionnaire développé pour l'étude descriptive (afin d'assurer l'exactitude de la sélection des cas et actualiser leurs caractéristiques) et la composante *qualitative*, en la réalisation d'entrevues semi-dirigées et d'un groupe de discussion (Communications Nos 12-13, 15-17 pour les trois premiers cas; Annexe IX). Dans une perspective de recherche axée sur le patient, l'analyse des données qualitatives de chaque cas fut corroborée et contextualisée avec la participation d'un patient collaborateur ayant vécu une situation d'handicap lors de la réalisation de ses soins d'hygiène.

2.2.2 Résultats

Les faits saillants se dégageant des analyses intra-cas sont imagés ci-dessous pour chaque cas, par une figure présentant le niveau d'utilisation de l'Algo (y : variable dépendante). Cette schématisation illustre la progression du niveau d'utilisation de la connaissance dans le milieu depuis sa diffusion en 2013. La flèche de couleur bleu pâle indique le niveau d'utilisation maximal atteint dans le milieu clinique, alors que les flèches de couleur bleu foncé indiquent, quant à elles, le niveau d'utilisation de l'Algo au moment de la collecte de données, par chaque membre du cas. Par la suite, l'analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo est détaillée pour chaque composante du modèle opérationnel (c.-à-d. *Innovation*, *Destinataires* et *Contexte* : variables indépendantes). La perspective des utilisateurs de l'Algo informe notamment les concepts liés à la l'innovation et aux destinataires, alors que le point de vue des gestionnaires détaille davantage les différents paliers (c.-à-d. local, organisationnel et externe) du contexte. Pour leur part, les ergothérapeutes apportent une perspective holistique sur le processus, de par leur rôle de leader et de superviseur dans l'initiation ainsi que l'utilisation de l'outil (Communication No 14; Annexe X).

Analyses intra-cas

Stade 3 : Référence

Le cas No 1 est composé d'une ergothérapeute, trois intervenantes non-ergothérapeutes et une gestionnaire (n=5; Figure 6). Ce cas a permis de documenter l'importance du lien de confiance et de la relation de collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes comme gage de pérennité dans l'utilisation de l'Algo. Ce cas a également mis en lumière l'alourdissement des profils de patients desservis dans les SSAD au cours des dernières années.

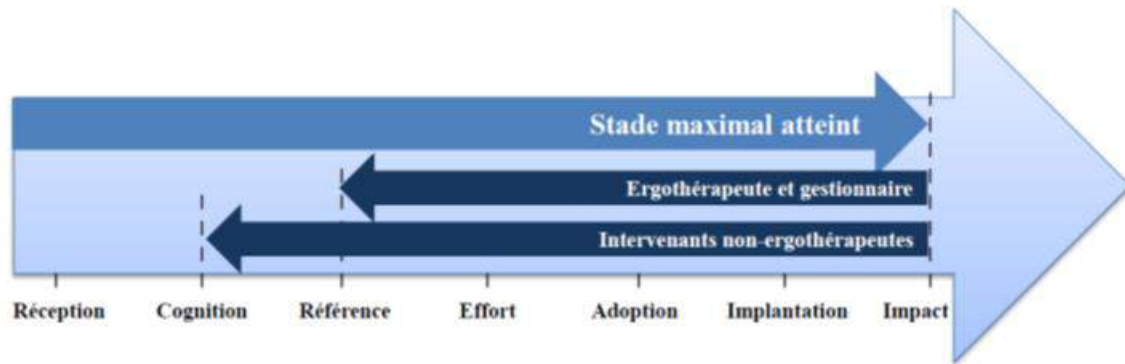


Figure 6 : Évolution du niveau d'utilisation de l'Algo pour le cas No 1

Niveau d'utilisation de l'Algo du cas No 1 - À la suite de la diffusion initiale de l'Algo en 2013, les intervenants ont assisté à la présentation des résultats du projet de recherche « Besoin d'Aides Techniques lors de l'Hygiène » (BATH; **Réception**), pris connaissance de l'algorithme (**Cognition**) et vérifié avec les collègues de leur milieu la possibilité de l'utiliser pour la gestion des demandes d'attribution d'équipements aux soins d'hygiène correspondant à des cas simples (**Référence** et **Effort**). Une ergothérapeute fut assignée à ces travaux d'intégration. Par la suite, l'Algo fut utilisé quelques fois (**Adoption**) auprès de patients en collaboration avec des intervenants non-ergothérapeutes. Une politique et une procédure furent également rédigées par l'ergothérapeute et la gestionnaire afin de clarifier les balises entourant l'utilisation de l'Algo (**Implantation**). Malgré le bref intervalle de temps au cours duquel les intervenants ont utilisé l'Algo, ceux-ci ont rapporté un bénéfice (**Impact**) lié à celui-ci. Par la suite, l'Algo a été délaissé en raison de la non-concordance des profils visés par ce dernier avec ceux des patients desservis dans le programme.

À l'heure actuelle, l'utilisation de l'Algo se situe au stade 3 (**Référence**), selon la perspective des ergothérapeutes et de la gestionnaire, pour deux motifs principaux. D'une part, l'ergothérapeute a rapporté que l'algorithme pouvait la soutenir ponctuellement lors de l'encadrement d'étudiants en ergothérapie, dans le cadre de leur expérience de stage clinique au sein du programme de soutien à domicile. D'autre part, la gestionnaire a partagé en entrevue sa réflexion par rapport à l'idée d'utiliser l'Algo comme outil de réévaluation des besoins par les intervenants non-ergothérapeutes, lors de leur visite à domicile.

Analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo du cas No 1 - Initialement, les ergothérapeutes de ce milieu réalisaient la quasi-totalité des démarches d'évaluation du besoin d'équipements aux soins d'hygiène pour les cas vus par le service du soutien à domicile. Ainsi, lors de la diffusion initiale de l'Algo, aucun outil ne devait être préalablement désimplanté.

En ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante *Innovation*, la forme claire de l'Algo et son contenu concordant avec les recommandations professionnelles de l'ergothérapeute quant à l'attribution d'équipements aux soins d'hygiène ont initialement convaincue cette dernière, qui chapeautait le processus, quant à l'utilité et la valeur potentielles de cet outil. Lors de la diffusion de l'Algo, la valeur ajoutée de l'algorithme, en termes d'économie de temps, était toutefois plus ou moins évidente du point de vue des ergothérapeutes,

de par la supervision demandée auprès des intervenants non-ergothérapeutes. Le recours à un algorithme valorisant le chevauchement des compétences comme l'Algo a également amené l'ergothérapeute et ses collègues à réfléchir à leurs priorités professionnelles ainsi qu'à leur ouverture quant à la délégation de certaines tâches avec les intervenants non-ergothérapeutes. L'importance de la prise en considération d'un besoin de la part de l'équipe des intervenants comme point de départ dans la conception d'une connaissance fut également soulignée afin d'en optimiser le potentiel d'utilisation ultérieur.

« On a quand même eu le questionnement de dire : «Est-ce qu'on met la personne en danger? Non. » Est-ce que c'est préférable qu'elle ait un équipement qui est peut-être pas le même que celui que j'aurais recommandé, mais ça fonctionne, c'est sécuritaire. Donc, elle a le service plus tôt. Qu'ils aient le top du service dans six mois ou qu'ils aient un bon service maintenant? » [Ergothérapeute, Cas No 1]

En ce qui concerne les caractéristiques liées à la composante **Destinataires**, le lien de confiance et la relation de collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes fut d'emblée de jeu abordé, parallèlement à l'initiation de l'utilisation de l'Algo. La perception de ce lien de confiance était toutefois différente en fonction du groupe professionnel questionné. En effet, contrairement à l'ergothérapeute qui demeurait confiante en les capacités des intervenants non-ergothérapeutes, celles-ci avaient davantage tendance à rapporter une baisse de motivation et de confiance en leurs habiletés et connaissances face à une faible fréquence de passation de l'outil.

« Moi en tout cas j'avais comme clos ça à un moment donné, moi j'avais fait : "Ben moi si j'en ai une, une fois par mois, oublie-moi. Moi, ça ne m'intéresse pas." » [Intervenante non-ergothérapeute No 2, Cas No 1]

« Moi j'ai dit, je [ne] commencerai pas à me battre... On gagnera pas plus cher. [...] Si j'aurais senti que j'aurais fait ce travail-là par exemple, elle aurait dit "C'est beau", pis on aurait senti qu'il y aurait eu une confiance puis toute aurait été beau, pis on aurait enlevé comme de l'ouvrage, là oui... Là, ça aurait été gagnant sur les deux bords. » [Intervenante non-ergothérapeute No 2, Cas No 1]

Parallèlement à l'embauche de ressources humaines supplémentaires en ergothérapie dans ce milieu, l'Algo a été délaissé peu de temps après la diffusion des résultats, principalement en raison des profils des clientèles généralement desservies qui ne concordaient plus, sur une base suffisamment régulière, aux cas pouvant être vus par les intervenants non-ergothérapeutes. De leur point de vue, l'absence de reconnaissance et d'effort de la part des autres membres de l'équipe interdisciplinaire pour maintenir, ou adapter le cas échéant, le fonctionnement du chevauchement de compétences a contribué à affaiblir la perception de l'avantage relatif à l'utilisation de l'Algo dans le milieu et leur lien de collaboration avec les ergothérapeutes.

« Puis là il y en a qui se sont senties un peu comme « Hé là si ils viennent ramasser un peu de cas simples. [...] Ça comme fait une explosion que là, non là, il fallait pas pis... Donc, là on a senti vraiment, on voyait pas qu'on ferait équipe. On ferait comme des adversaires. Nous, ça nous apportait pas plus là dans un sens [...] on a senti que non il n'y avait pas de gain... » [Intervenante non-ergothérapeute No 2, Cas No 1]

L'ergothérapeute participant au projet de recherche fut reconnue par l'ensemble des membres consultés pour ce cas comme le leader d'opinion locale, notamment de par sa participation à l'implantation du changement de diverses façons. Parallèlement à cette caractéristique, l'importance de désigner un(e) intervenant(e) responsable du suivi de la mise en place de nouvelles pratiques et du rappel de celles-ci aux intervenants, sur une base régulière, fut particulièrement soulignée afin de soutenir davantage l'implantation des changements et la pérennité de ceux-ci. Ce besoin peut d'ailleurs être triangulé avec l'absence actuelle de mécanismes d'évaluation des pratiques (et lors de l'implantation d'un changement) dans les milieux cliniques.

Parallèlement aux caractéristiques relatives à la composante **Contexte**, deux motifs, respectivement liés à l'échelle *locale* et à l'échelle *organisationnelle*, ont mené à la désimplantation de l'Algo. Tout d'abord, la structure du contexte à l'échelle *locale* avec l'ajout de critères d'exclusion pour l'utilisation de l'outil (ex. si un auxiliaire donne des bains pour un patient, un ergothérapeute doit nécessairement être au dossier afin de faire le suivi et maintenir le lien de communication) a diminué l'étendue des profils initialement desservis par l'outil. Par ailleurs, à l'échelle *organisationnelle*, l'appui de la gestionnaire responsable de l'attribution des tâches aux intervenants non-ergothérapeutes, dont principalement les auxiliaires aux services de santé et services sociaux, quant à la décision d'interrompre l'utilisation de l'Algo a également contribué à mettre l'outil de côté. Avec la réorganisation du réseau de la santé à l'échelle *externe* (socio-politique), les structures et les cadres réglementaires évoluent sous l'influence des nouveaux mandats acheminés aux milieux. Dans cette perspective, les intervenants non-ergothérapeutes et les ergothérapeutes de ce milieu ont mentionné la faible probabilité que l'Algo puisse être de nouveau utilisé sur une base régulière, puisque les caractéristiques des cas desservis tendent à correspondre à des profils de plus en plus complexes.

« Ça évolue vraiment à vitesse grand V pour bien des choses. Je pense [...] au volet des auxiliaires familiales. On nommait tantôt les dossiers beaucoup plus complexes, beaucoup plus demandants. Effectivement, il y a une espèce de virage qui est en train de se faire davantage de ce côté-là. On entend parler, les petits profils, 1-2-3, il faut commencer à [...] les transférer [...] C'est peut-être moins nous qui pouvons répondre à ce besoin-là, de par la rareté des ressources. [...] On a de la misère à avoir des ressources. Donc, là il faut vraiment plus s'allier avec les différents partenaires du milieu. » [Gestionnaire, Cas No 1]

Stade 7 : Impact

Le cas No 2 est composé de trois ergothérapeutes, deux intervenantes non-ergothérapeutes ainsi que de trois gestionnaires (n=8; Figure 7). Ce cas a permis de mettre en lumière les différences d'opinion professionnelle en ergothérapie au regard du recours au chevauchement des compétences, et donc, de l'utilisation de l'Algo. En parallèle au cas No 1, il souligne les enjeux relatifs à sa pérennité en lien avec les caractéristiques contextuelles relatives aux échelles *locale*, *organisationnelle* et *externe*.

Niveau d'utilisation de l'Algo du cas No 2 – À la suite de la diffusion initiale de l'Algo en 2013, les ergothérapeutes ont fait appel à la formatrice de l'outil afin d'en prendre connaissance (**Réception** et **Cognition**), de former les éventuels utilisateurs et de l'implanter au sein de leur milieu en collaboration avec les gestionnaires (**Effort**). Par la suite, sous la supervision d'une ergothérapeute ayant chapeauté le processus au sein d'une équipe interdisciplinaire, certains intervenants non-ergothérapeutes ont débuté l'utilisation de l'Algo (**Utilisation**). La rétroaction positive reçue auprès d'autres ergothérapeutes du programme a également mené des équipes supplémentaires à considérer l'utilisation de l'Algo, par l'entremise de celle ayant initié l'implantation de ce changement. Depuis son implantation dans les politiques et procédures au sein des équipes de soutien à domicile (**Implantation**), les intervenants de ce milieu (à l'exception d'un; voir ci-dessous) perçoivent un impact positif sur la gestion des références pour le besoin d'équipements aux soins d'hygiène auprès de cas simples (**Impact**).

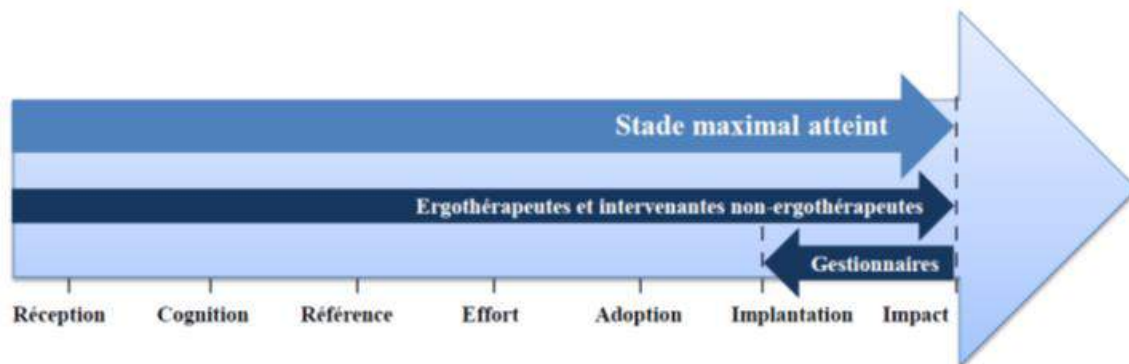


Figure 7 : Évolution du niveau d'utilisation de l'Algo pour le cas No 2

À l'heure actuelle, l'utilisation de l'Algo demeure au stade 7 (**Impact**) pour les ergothérapeutes et les intervenantes non-ergothérapeutes impliqués dans le processus. Toutefois, avec la réorganisation des services au sein des différents CI[U]SSS, les gestionnaires de ce milieu (et d'autres installations au sein du même CISSS), se questionnent sur la décision de maintenir son utilisation ou non. En effet, avec le mandat d'uniformisation reçu du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, les membres de ce cas ont évoqué leur questionnement sur la possibilité de conserver le fonctionnement actuel avec l'utilisation de l'Algo, considérant qu'il engendre des retombées positives plus spécifiquement en contexte urbain (et non rural).

Analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo du cas No 2 - Initialement, les ergothérapeutes de ce milieu réalisaient déjà en collaboration avec les intervenants non-ergothérapeutes les démarches d'évaluation du besoin d'équipements aux soins d'hygiène pour les cas vus par le programme de soutien à domicile. Ainsi, lors de la diffusion initiale de l'Algo, un outil devait être préalablement désimplanté.

En ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante **Innovation**, en plus des caractéristiques facilitatrices de l'Algo reconnues de manière similaire aux intervenants du cas No 1 (c.-à-d. *Clarté, Degré de concordance*), les intervenants du cas No 2 ont mis en lumière la valeur ajoutée de l'approche intégrée des connaissances (c.-à-d. co-développement entre les milieux cliniques et de recherche) dont a fait l'objet l'Algo. Bien que les ergothérapeutes n'aient pas participé à l'entièreté de cette démarche lors du développement de la connaissance entre 2009 et 2012 (c.-à-d. envoi de leur outil maison), elles ont rapporté cette caractéristique comme étant facilitatrice par rapport à leur réceptivité initiale.

« Moi, c'est beaucoup au niveau que, oui, la recherche, le choix a été fait en sachant que c'était sorti d'une recherche, mais également, pour avoir été informée, je sais que pour que l'Algo soit bâti, le milieu clinique avait été consulté [...] Je sais que personnellement, j'ai quand même une confiance avec les outils qui ont été déjà testés par d'autres. Je ne sens pas le besoin de faire toujours partie prenante. Si je vois que l'outil me parle, que je fais l'analyse et que je trouve que je vois ce qui a été fait avant, je n'ai pas nécessairement ce besoin-là [...] » [Ergothérapeute No 2, Cas No 2]

L'une des particularités de ce cas réside notamment dans l'expérience d'utilisation de l'Algo considérable d'une intervenante non-ergothérapeute (c.-à-d. fréquence de quatre jours par semaine) qui a permis d'identifier les items de l'Algo pour lesquels des spécifications ou des modifications supplémentaires pourraient être pertinentes à ajouter afin de perfectionner le niveau de clarté de l'outil.

En ce qui concerne les caractéristiques liées à la composante **Destinataires**, différents paramètres ont permis d'exposer les différences de perception à l'égard de l'Algo dans la pratique des équipes interdisciplinaires, mais cette fois-ci du point de vue des ergothérapeutes. En effet, contrairement au cas No 1 qui a permis de documenter les caractéristiques à bonifier afin d'augmenter le sentiment de confiance vis-à-vis des habiletés et connaissances des utilisateurs de l'Algo, le cas No 2 offre une vitrine intéressante quant aux divergences de posture professionnelle sur le chevauchement des compétences et les implications que représente l'utilisation d'un outil comme l'Algo. Parmi les trois ergothérapeutes ayant participé au projet, deux étaient favorables à son implantation et ont agi comme leaders locaux à cet effet dans les stades avancés d'utilisation (5 à 7). Les ergothérapeutes et les gestionnaires impliqués lors de l'implantation initiale de la connaissance étaient alors mobilisés face à ce changement, notamment de par la vision commune du besoin et du but poursuivi dans leur milieu.

« Mais juste pour dire, nous autres, veut veut pas, c'était déjà adopté. [...] Et je me souviens, les gestionnaires autant en réadaptation et en aide à domicile voyaient le besoin. [...] l'utilisation, oui, était adoptée autant gestionnaires réadaptation qu'au niveau de l'aide à domicile parce que le personnel non ergo relève de l'aide à domicile. » [Ergothérapeute No 1, Cas No 2]

Cependant, bien que la troisième ergothérapeute reconnaisse la qualité de l'Algo en tant que connaissance sur le plan du contenu et de l'approche de développement, cette intervenante exprimait davantage de réserves à l'égard de sa visée d'utilisation dans une perspective professionnelle (enjeux d'identité ergothérapique) et organisationnelle (objectif sous-jacent à l'utilisation de l'Algo du point de vue des gestionnaires).

« C'est juste que je sentais que lors de cette présentation-là, l'enjeu n'était peut-être pas de rendre autonomes les gens, mais d'essayer de régler des dossiers le plus rapidement possible. Moi, je trouve qu'il y avait des enjeux organisationnels. » [Ergothérapeute No 3, Cas No 2]

Du point de vue des utilisateurs de l'Algo (ex. auxiliaires aux services de santé et services sociaux), la caractéristique principalement discutée fut l'importance accordée au support reçu au moment d'initier l'utilisation de la connaissance. En effet, l'encadrement offert par les ergothérapeutes apparaît constituer un élément décisif dans le maintien de la motivation et de la confiance des intervenants non-ergothérapeutes en leurs habiletés et connaissances à administrer l'Algo. Cependant, en présence d'ergothérapeutes avec des réticences sur le chevauchement des compétences, la passation de la formation offerte (non-obligatoire à l'heure actuelle) semble constituer une avenue à privilégier afin d'optimiser le potentiel de cohésion au sein des équipes interdisciplinaires. Cette caractéristique semble d'autant plus importante à considérer en présence de situations cliniques où le patient initialement identifié comme un « cas simple », devient une situation complexe et nécessite un suivi à domicile, en collaboration avec l'ergothérapeute.

Enfin, en ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante **Contexte**, l'obtention du soutien et des ressources de la part des gestionnaires aux différentes échelles du contexte au sein de ce milieu a d'abord facilité la passation des stades intermédiaires d'utilisation (ex. stades 4 et 5). De par les différences d'opinion entre les intervenants, les destinataires de la connaissance ont décidé de laisser l'utilisation de l'Algo optionnelle, notamment en l'absence d'une formation officielle pour l'ensemble des utilisateurs. Les interrogations des gestionnaires ont constitué le motif initial de leur motivation à participer à ce projet de recherche. Leurs questionnements concernaient principalement les disparités et différences d'enjeux entre les territoires (ruraux vs urbains) au regard de la valorisation du chevauchement des compétences et de l'utilisation de l'Algo (ex. poursuivre l'utilisation d'un outil en raison du bon fonctionnement d'équipe et non du volume de besoins de la population). À l'échelle *externe* du contexte, les structures et systèmes relatifs au mode de comptabilisation des tâches réalisées dans le cadre du chevauchement des compétences ne sont pas suffisamment adaptés à la réalité de chaque territoire. Les gestionnaires ont relevé les difficultés de faire reconnaître ce mode de fonctionnement comme une valeur ajoutée dans les secteurs d'activité propres aux ergothérapeutes et aux intervenants non-ergothérapeutes. L'absence de lignes directrices claires

de la part des organisations et ordres professionnels en ce qui a trait au chevauchement des compétences nuit également à la réceptivité initiale et à la confiance des intervenants à participer à cette façon de travailler.

Stade 2 : Cognition

Le cas No 3 est composé d'une ergothérapeute, une intervenante non-ergothérapeute et un gestionnaire (n=3; Figure 8). Ce cas a permis de souligner et de consolider la compréhension des enjeux contextuels aux échelles *locale*, *organisationnelle* et *externe*, amorcée avec le cas No 2, au regard des mécanismes d'évaluation des pratiques dans les services de soutien à domicile et d'intégration d'un changement.

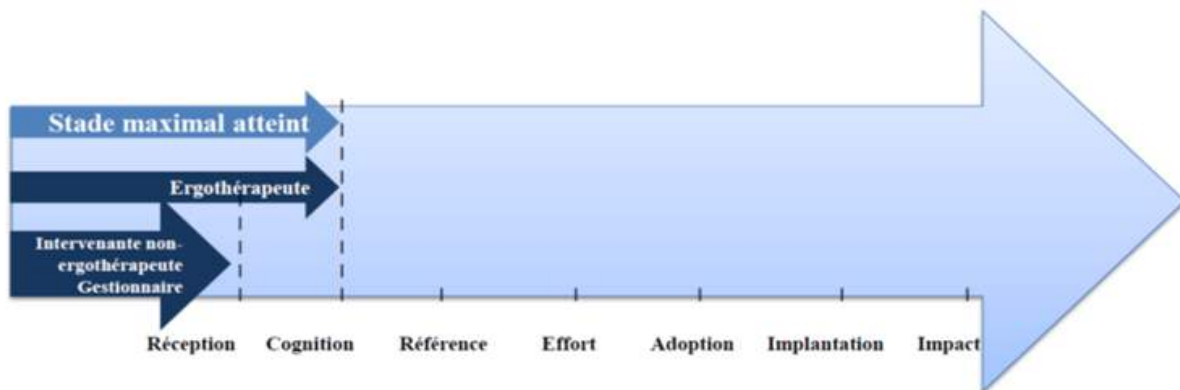


Figure 8 : Évolution du niveau d'utilisation de l'Algo pour le cas No 3

Niveau d'utilisation de l'Algo du cas No 3 – À la suite de la diffusion initiale de l'Algo en 2013, l'ergothérapeute participant au présent projet de recherche a pris connaissance de l'outil par l'entremise d'un article dans la revue *Ergo-Express* (**Réception** et **Cognition**). La considération de cette connaissance s'est alors interrompue à ce niveau du continuum d'utilisation en raison des règles de fonctionnement du milieu alors en vigueur. Puisque le gestionnaire et l'intervenante non-ergothérapeute avaient seulement « entendu parler » de l'algorithme, leur niveau d'utilisation initial était donc situé au stade 1 (**Réception**).

À l'heure actuelle, avec les besoins toujours présents à ce niveau (ex. liste d'attente), l'ergothérapeute se questionne sur la possibilité d'y référer dans sa pratique (**Référence**) et aimerait tenter le déploiement d'efforts pour intégrer l'Algo (**Effort**), mais plusieurs variables relatives au contexte (ex. pouvoir décisionnel du gestionnaire dans le milieu, fonctionnement des équipes) nécessitent une vérification préalable à l'initiation des démarches.

Analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo du cas No 3 – Initialement, les ergothérapeutes de ce milieu réalisaient déjà en collaboration avec les intervenants non-

ergothérapeutes les démarches d'évaluation du besoin d'équipements aux soins d'hygiène pour les cas vus par le service du soutien à domicile. Ainsi, advenant la possibilité de poursuivre l'atteinte de stades intermédiaires d'utilisation de l'Algo dans ce milieu, un protocole devrait être préalablement désimplanté.

Pour ce troisième cas, l'intérêt de l'ergothérapeute à participer au projet de recherche était principalement expliqué par une caractéristique spécifique à la connaissance (**Innovation**). En effet, advenant la possibilité de substituer le protocole actuellement utilisé par l'Algo, la valeur ajoutée perçue concernait l'opportunité de permettre aux intervenants non-ergothérapeutes de réaliser la démarche d'attribution d'équipements à domicile en présence d'un seuil de douche. Selon l'ergothérapeute, cette contre-indication amène présentement des enjeux de supervision et des difficultés d'application significatives du protocole en place (ex. recommandations d'équipement non contextualisées à l'environnement de la salle de bain). De plus, la discontinuité de certains équipements ciblés comme recommandations à la fin de la passation du protocole, qui est actuellement utilisé dans le milieu, complique le travail des intervenants quant à l'application et au suivi de telles recommandations auprès du patient. En somme, le degré de concordance du protocole actuel par rapport aux besoins et aux ressources disponibles dans ce milieu est grandement questionné.

En ce qui concerne les caractéristiques relatives à la composante **Destinataires**, le niveau de collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes fut reconnu et triangulé par l'entremise de l'ensemble des membres de ce cas. En effet, la confiance de l'ergothérapeute et du gestionnaire rencontrés vis-à-vis des intervenants non-ergothérapeutes désignés pour participer au processus d'attribution d'équipements aux soins d'hygiène constitue une caractéristique facilitatrice particulièrement intéressante à relever dans la mesure où les enjeux nommés qui sont à venir (ex. retraite de certains intervenants, changements à prévoir dans la composition des équipes interdisciplinaires) vont venir influencer la perception des priorités et du leadership à adopter parallèlement à l'implantation de nouvelles pratiques.

« [...] je dirais qu'on a eu toujours eu une très bonne proximité avec nos auxiliaires. Ce sont des auxiliaires et auxiliaires-conseils de grande expérience, ce qui cause beaucoup d'inquiétude actuellement. Qui dit expérience dit retraites prochainement. Je suis de plus en plus en contact avec d'autres milieux. Ce ne sont pas des gens d'autant d'expérience et ils n'ont pas la même formation non plus. Je mesure à quel point on est privilégiés. [...] On est un petit milieu. Probablement que je serais beaucoup plus restrictive dans un autre milieu. [...] »
[Ergothérapeute, Cas No 3]

L'ergothérapeute participant au projet de recherche dans ce cas faisait figure de leader d'opinion locale dans son milieu, notamment par l'entremise de son rôle de responsable auprès des intervenants non-ergothérapeutes dans la gestion et la supervision de l'utilisation du protocole actuellement implanté. Cependant, sa décision de ne pas avoir encouragé davantage la considération du changement que représentait l'implantation de l'Algo semblait être expliquée partiellement par des enjeux de pouvoir et de leadership sur les décisions à rendre vis-à-vis des étapes ultérieures à réaliser.

« Encore, j'ai failli le ressortir pour notre cas particulier, mais je ne peux pas fonctionner avec quelque chose qui n'est pas autorisé dans le milieu. [...] Moi, je dirais que c'est ça, ce sont les règles de fonctionnement, mais c'est sûr que j'aurais étudié un petit peu de façon plus approfondie si j'étais montée aux barricades pour dire : « Là, on aurait quelque chose qui débloquerait les affaires. Montez ça plus haut. » C'est sûr que j'aurais essayé d'étoffer un petit peu plus. [...] En fait, dans l'état actuel, il y a un certain désabusement. [...] Je ne suis pas sûre que ce soit un temps de leadership extrême. Pas mal tout le monde est en état de survie. [...] » [Ergothérapeute, Cas No 3]

En ce qui a trait aux caractéristiques liées à la composante **Contexte**, le nombre considérable d'heures de travail et de mobilisation de plusieurs intervenants dans la révision du protocole actuellement utilisé fut au centre des discussions. Cette quantité significative d'efforts constitue un facteur intermédiaire dans la réflexion sur la valeur ajoutée potentielle de l'Algo; elle pose un doute sur l'utilité de procéder à cette désimplantation.

« Par contre, j'ai quand même eu la pensée : « Déployer ça ici, ils vont dire : "Vous scrappez des heures et des heures..." » J'imaginai un scénario. « "... des heures et des heures de travail." » Oui, je sais que ce n'est absolument pas rentable. [...] » [Ergothérapeute, Cas No 3]

Parallèlement aux enjeux actuels d'application, l'absence de mécanismes d'évaluation et de rétroaction fut particulièrement corroborée à la lumière du processus de révision du protocole. En effet, l'exemple concret livré par l'ensemble des intervenants rencontrés dans ce cas portait sur l'absence de suivi de la part des équipes administratives aux différences échelles du contexte (*locale, organisationnelle*) sur le besoin de réviser la politique actuellement utilisée. Du point de vue du gestionnaire, la concordance entre (1) les priorités organisationnelles identifiées à l'échelle *locale* et (2) la visée d'outils soutenant le chevauchement des compétences comme l'Algo contribue à expliquer sa réceptivité à une éventuelle discussion sur les possibilités de substitution de la connaissance actuellement utilisée par l'algorithme :

« Je veux dire, j'ai une rareté d'ergo, j'ai une liste d'attente épouvantable. [...] Mathématiquement, envoyer [l'auxiliaire] ou envoyer [l'ergothérapeute], je ne suis pas au même taux horaire. C'est fou, c'est plate, mais si j'ai le même résultat en envoyant [l'auxiliaire] et que j'ai la sécurité, c'est clair que comme gestionnaire, j'ai un grand avantage à faire ça. J'utilise les ressources au bon moment à la bonne place. [...] » [Gestionnaire No 1, Cas No 3]

Cependant, contrairement à la concordance observée à l'échelle *locale*, ce cas a aussi permis de mettre en lumière l'absence de structures (ex. évaluation des pratiques implantées), de ressources (ex. budgets de formation) et de mécanismes (ex. chevauchement des compétences absent des domaines évalués par le Conseil Québécois d'Agrément) aux échelles *organisationnelle* et *externe* pour établir un mode de fonctionnement rigoureux quant au chevauchement des compétences. En effet, les priorités organisationnelles actuelles, concernant d'autres secteurs que ceux abordés par l'Algo (ex. soins des plaies), posent une entrave

significative à la mise en valeur et au déploiement rapide de ressources pour uniformiser et réglementer ce secteur d'activités au sein des programmes de soutien à domicile québécois.

« En fait, le mode de reddition de comptes par rapport à l'hygiène, par rapport à l'octroi d'aide et tout ça, vient presque à l'encontre de ça [...] J'ai une reddition de comptes à l'acte, et non aux logiques de l'acte. [L'auxiliaire] doit faire un nombre, pas la qualité. [...] C'est au travers de son horaire qu'elle est auxiliaire-conseil. Donc, quand elle a deux clients auxiliaire-conseil cette semaine, j'enlève une route, mais je n'ai pas de remplacement, je n'ai pas de financement pour ça. [...] » [Gestionnaire, Cas No 3]

Stade 1 : Réception

Le cas No 4 est composé de deux ergothérapeutes, une intervenante non-ergothérapeute et une gestionnaire (n=4; Figure 9). Ce cas a permis de mettre en lumière un angle différent et peu documenté des conséquences relatives à l'approche intégrée des connaissances sur la perception des destinataires impliqués dans celle-ci, notamment en termes d'attentes, pour la suite du processus d'AC.

Niveau d'utilisation de l'Algo du cas No 4 – Préalablement à la diffusion initiale de l'Algo en 2013, ce cas se distingue principalement des milieux cliniques précédents par sa participation au projet de co-développement « Besoin d'Aides Techniques lors de l'Hygiène » (BATH) entre 2009 et 2012. Par la suite, au moment du lancement de l'algorithme, les ergothérapeutes de ce milieu ont consulté l'outil (**Réception** et **Cognition**) et ont décidé de valider seulement le contenu de leur grille (**Référence**), initialement contenue dans la politique du milieu, lors du processus de révision plutôt que de la substituer avec l'Algo. À l'heure actuelle, l'Algo n'est pas utilisé dans ce milieu.

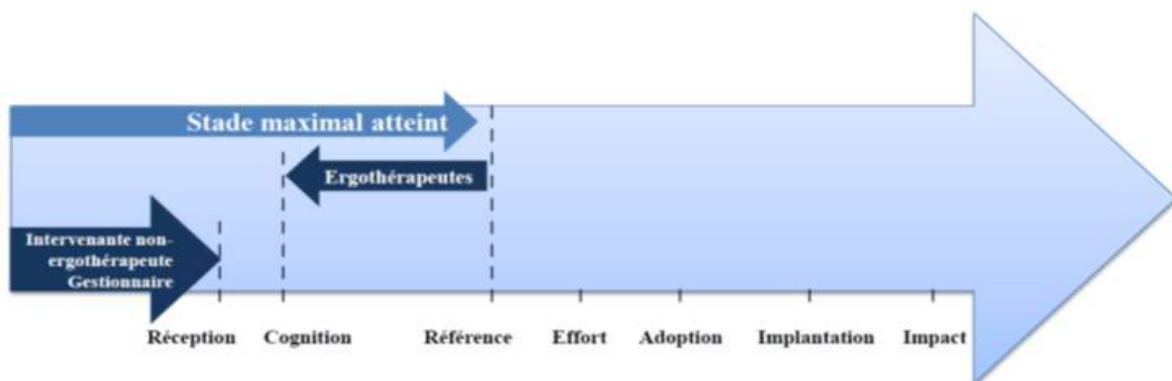


Figure 9 : Évolution du niveau d'utilisation de l'Algo pour le cas No 4

Analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo du cas No 4 – De manière similaire au cas No 3, les ergothérapeutes de ce milieu réalisaient déjà en collaboration avec les intervenants non-ergothérapeutes les démarches d'évaluation du besoin d'équipements aux soins d'hygiène pour les cas vus par le service du soutien à domicile. Ainsi, advenant la possibilité de poursuivre l'atteinte de stades intermédiaires d'utilisation de l'Algo dans ce milieu, un protocole devrait être préalablement désimplanté.

En ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante **Innovation**, les intervenants du cas No 4 ne percevaient pas d'avantage relatif significatif à la substitution de leur grille actuelle par l'Algo. En effet, comparativement aux intervenants du cas No 3, la possibilité de réaliser le processus d'attribution d'équipements aux soins d'hygiène pour une cabine de douche n'était ni incluse, ni souhaitée, de par la variabilité des environnements physiques évalués. Outre cet aspect, le fait que le contenu de l'algorithme était similaire à celui de leur grille dans une proportion majoritaire contribuait également à ne pas percevoir de valeur ajoutée à cet effet. Les ergothérapeutes considéraient qu'au-delà de l'outil (grille vs Algo), il y avait toute une démarche de contextualisation de leur politique en fonction de leur milieu de travail et des intervenants qui avait été réalisée avec la révision de leur grille et qui outrepassait la valeur scientifique de se tourner vers l'algorithme (bien qu'il ait été notamment fondé sur le contenu de leur grille). Cet enjeu d'appropriation semblait particulièrement faire partie de la culture organisationnelle du milieu, considérant que l'ensemble des intervenants rencontrés dans ce milieu avaient cette vision autour de l'outil afin de justifier la décision de ne pas aller de l'avant avec l'Algo dans des stades d'utilisation plus avancés.

Je pense que d'emblée, comme dans ma formation professionnelle, c'est toujours de s'appuyer sur des données probantes, des outils standardisés, donc je pense que ça vient vraiment teinter. Oui, ça pourrait être intéressant de se baser sur quelque chose qui est uniforme, et je pense qu'il y avait ce désir-là aussi, quelque part. Par contre, je demeure toujours que je trouve que c'est intéressant de garder le pouls de ceux qui l'utilisent et de trouver un juste milieu pour justement aller chercher le maximum d'adhérence et que les gens l'utilisent vraiment [...]
[Ergothérapeute No 1, Cas No 4]

En ce qui concerne les caractéristiques décrivant la composante **Destinataires**, la collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes de ce milieu fut notamment documentée à la lumière du partenariat ayant pris place lors de la révision de leur politique de soins d'hygiène (ex. considération de la rétroaction des utilisateurs de la grille). Contrairement au désinvestissement perçu des intervenants vis-à-vis de leurs efforts auprès des gestionnaires dans l'implantation de changements (comme la révision de leur politique), les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes ont souligné le maintien de leur communication et de leur support mutuel dans le fonctionnement quotidien pour le chevauchement des compétences. Les ergothérapeutes ont même considéré une amélioration de leur collaboration parallèlement aux démarches de révision réalisées. Bien que les intervenants entre eux valorisent un co-partenariat (approche intégrée) dans la conduite de leurs travaux de révision, la perception de non-réciprocité vis-à-vis de leur contribution au projet BATH dans le cadre des travaux relatifs au développement de l'Algo semble constituer une caractéristique

déterminante dans le choix de ne pas avoir déployé d'efforts à son intégration. Ce cas apporte donc une nuance importante quant à la perception du partenariat au cœur de l'approche intégrée des connaissances. En effet, la reconnaissance de part et d'autre de la contribution des groupes d'acteurs impliqués dans le développement d'un projet semble décisive sur la suite des actions entreprises.

« Parce que j'ai travaillé sur la révision de la politique qui n'a comme pas vu le jour, on avait consulté l'Algo, mais il est comme arrivé en cours de mise à jour et tout ça, donc on avait déjà fait un peu pas mal le travail, donc on s'est validés, mais on ne l'a comme pas nécessairement intégré. Moi, j'ai parlé avec [l'ergothérapeute], qui avait été avec moi à ce moment-là, et ce qu'elle m'a rappelé, c'est qu'on a participé, on a envoyé nos outils pour que l'Algo soit monté, et quand on est arrivés pour avoir les résultats de recherche [...] Ça a été dit : « Oui, c'est beau, c'est fait, mais maintenant, si vous voulez l'avoir, ça coûte tant. » Là, [l'ergothérapeute] avait comme fait : « Là, on vous a fourni des outils, puis il faut payer pour avoir le...? », donc on avait comme un peu laissé tomber. »
[Ergothérapeute No 1, Cas No 4]

En ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante **Contexte**, l'instabilité de l'environnement illustrée par plusieurs changements de direction au sein du milieu de travail contribue à expliquer les difficultés rencontrées à initier les stades d'utilisation ultérieurs. En effet, de manière similaire au cas No 3, l'interruption de la progression des travaux de révision de la politique de soins d'hygiène par les coordonnateurs, aux échelles *locale* et *organisationnelle* du contexte, ont empêché le déploiement de la nouvelle version du protocole et des actions qui s'y rattachent telle que la formation bonifiée aux intervenants non-ergothérapeutes. Bien que cette conclusion concerne leur protocole, et non pas spécifiquement l'utilisation de l'Algo, la non-concordance entre la volonté des intervenants à l'échelle *locale* de mettre à jour leur politique de soins d'hygiène et les priorités ministérielles (notamment en lien avec le Conseil Québécois d'Agrément) pour lesquelles les gestionnaires aux échelles *organisationnelle* et *externe* sont davantage réceptifs contribue également à expliquer la réceptivité mitigée des intervenants face à l'implantation potentielle d'un changement de pratique.

« [...] on n'a pas été consultés. On s'est juste fait dire : « Là, c'est fini, vous n'avez plus le droit. [...] C'est sûr que de notre côté, en ergo, ça a donné un désinvestissement. On a continué à essayer d'offrir du support aux ASSS-conseils, mais pour le reste, ça a été vraiment du lâcher-prise. » [Ergothérapeute No 1, Cas No 4]

L'enjeu relatif à la comptabilisation des actes professionnels réalisés par (1) les ergothérapeutes concernant le suivi des intervenants non-ergothérapeutes et (2) ceux complétés par les intervenants non-ergothérapeutes lors de l'utilisation de l'Algo, dans une démarche de chevauchement des compétences, a été relevé de manière similaire au cas No 3.

« Et on est vraiment dans la vérification de la performance individuelle [...] Donc, si c'est toi, la personne ciblée pour répondre, que ça te prend une demi-journée par semaine, il faut comme que tu justifies, puis là ils vont requestionner : « Non, mais il faut quand même que tu atteignes tes cibles. » [...] À la limite, si les ASSS-conseils se sentent plus en confiance, se sentent appuyés, [...] ce n'est comme pas une donnée qui se quantifie bien. » [Ergothérapeute No 1, Cas No 4]

Enfin, bien que les intervenants de ce milieu aient reconnu le potentiel d'amélioration en termes de réseautage entre les différents SSAD avec la réorganisation du réseau de la santé québécois (c.-à-d. CI[U]SSS), le désinvestissement généralisé des équipes face à la multitude de changements annoncés et demandés par les équipes administratives aux différentes échelles contextuelles semble nuire à la reconnaissance des bienfaits de cette nouvelle plate-forme de communication et de partage.

Stade 4 : Effort

Le cas No 5 est composé de deux ergothérapeutes, deux intervenantes non-ergothérapeutes et une gestionnaire (n=5; Figure 10). Ce cas a permis de mettre en valeur le potentiel considérable de facilitation lié aux prédispositions des destinataires impliqués dans le processus d'AC, les difficultés vécues dans l'opérationnalisation de leurs efforts à implanter un changement et les caractéristiques contextuelles qui fragilisent le déploiement de tels efforts.

Niveau d'utilisation de l'Algo du cas No 5 - Suite à la diffusion initiale de l'Algo en 2013, une ergothérapeute de ce milieu (qui avait participé à la première étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'Algo) l'a présenté à ses collègues ergothérapeutes (**Réception**). Par la suite, celles-ci ont consulté l'Algo dans le cadre d'une démarche de révision de leur protocole afin de trouver un nouvel outil et ont considéré alors que l'algorithme répondait bien à leurs besoins (**Cognition**). Les ergothérapeutes consultés dans ce milieu ont déployé des efforts pour tenter d'intégrer l'Algo dans leur milieu à deux reprises (en 2015, puis aujourd'hui en 2018), sans y faire référence au préalable dans leur pratique (Stade 3). Entre 2015 et 2018, différents facteurs (ex. absence des leaders d'opinion locale, instabilité de l'environnement organisationnel avec le changement répété de gestionnaires) ont interrompu la progression des stades d'utilisation de l'Algo. Ce cas offre l'opportunité d'analyser plus spécifiquement le stade 4 (**Effort**) dans le cadre du processus d'application des connaissances relatif à l'Algo.

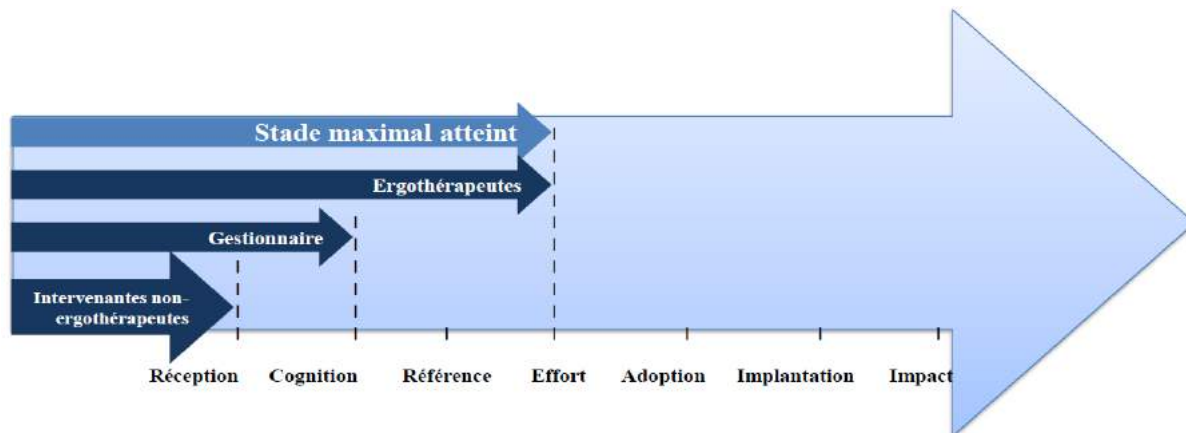


Figure 10 : Évolution du niveau d'utilisation de l'Algo pour le cas No 5

Analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo du cas No 5 – De manière similaire aux cas Nos 3 et 4, les ergothérapeutes de ce milieu réalisaient déjà en collaboration avec les intervenants non-ergothérapeutes les démarches d'évaluation du besoin d'équipements aux soins d'hygiène pour les cas vus par le service du soutien à domicile. Ainsi, advenant la possibilité de poursuivre l'atteinte de stades intermédiaires d'utilisation de l'Algo dans ce milieu, un protocole devrait être préalablement désimplanté.

En ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante *Innovation*, l'intérêt pour l'Algo était initialement expliqué par le fait que le formulaire actuellement ne répond pas aux besoins des membres de l'équipe. En effet, il est partiellement complété, et ce, en raison de plusieurs critiques formulées par les intervenants non-ergothérapeutes. Plus spécifiquement, la complexité, la lourdeur et le manque de convivialité du formulaire lors de leurs visites à domicile sont nommés comme étant des facteurs entravant la pérennité de l'utilisation de leur protocole actuel. De leur côté, les ergothérapeutes ont particulièrement souligné le degré de concordance entre (1) la structure et le contenu de l'Algo ainsi que (2) les besoins des intervenants dans le milieu. Cependant, le coût des formulaires papier de l'Algo fut mentionné comme barrière à son utilisation éventuelle en fonction des ressources du milieu.

« L'Algo, visuellement, était bien fait. C'était quand même simple d'utilisation. Tout était sur la même feuille. [...] le cheminement était quand même facile à suivre pour prendre la décision de quel équipement ça prend. [...] Dans un sens, ça paraît qu'il a été fait avec des gens sur le terrain, parce que ça répond aux besoins. [...] on s'est dit : « On pourrait le prendre tel quel et ce serait beaucoup mieux que ce qu'on a là. » Ça, c'est clair. [...] » [Ergothérapeute No 1, Cas No 5]

Outre le contenu et le processus scientifique derrière le développement de l'Algo, la valeur ajoutée potentielle perçue par les ergothérapeutes de ce milieu était plus spécifiquement de nature administrative et faisait écho aux mandats et cadres réglementaires aux échelles *organisationnelle* et *externe (Contexte)* qu'elles désirent respecter.

« C'est plus administratif, parce qu'au niveau clinique, je ne pense pas que ça changerait. Du jour au lendemain, on utiliserait l'Algo, je ne pense pas qu'on offrirait nécessairement un meilleur service. Je pense qu'on répondrait aux exigences de notre ordre professionnel. Peut-être que ce serait plus facilitant pour eux [ASSS] dans des cas plus litigieux. [...] » [Ergothérapeute No 2, Cas No 5]

En ce qui concerne les caractéristiques décrivant la composante **Destinataires**, la relation de collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes semblait perçue de manière différente, dépendamment du groupe d'intervenants questionnés. Les expériences des intervenants non-ergothérapeutes étant davantage négatives avec les gestionnaires antérieurs (plutôt qu'avec les ergothérapeutes), ils demeuraient donc réceptifs à l'implantation potentielle de l'Algo.

« La collaboration, ça a toujours bien été. Oui, ça va bien. [...] Mais on a de bonnes relations en général avec les ASSS. Ça va très bien. » [Ergothérapeute No 1, Cas No 5]

« C'est parce que ça fait bizarre un petit peu, parce que tu parles d'équipe. Depuis quelques années, je ne considère pas qu'on est une équipe, donc j'ai un petit peu de misère avec ça. » [Intervenante non-ergothérapeute No 1, Cas No 5]

Malgré le fait que les efforts relatifs à la première tentative d'implanter l'Algo n'aient pas permis d'outrepasser les frontières rencontrées (ex. attente des consignes de la gestionnaire, nouvelle structure du réseau de la santé), l'une des particularités des ergothérapeutes de ce cas est qu'elles sont demeurées confiantes en leur capacité à mener à terme ce changement et à mobiliser les acteurs concernés par le processus. En effet, avec l'arrivée d'une gestionnaire réceptive au changement, l'augmentation de pouvoir perçue par les ergothérapeutes à ce niveau semble venir conditionner leur démarche, en tant que leaders d'opinion locale, à amener ce dossier à terme.

« Non, et on a quand même plus de réponses qu'avant, dans le sens où les choses avancent plus. Ça vaut la peine de mettre des efforts. Avant, on mettait des efforts, mais il n'y avait jamais de résultats qui ressortaient, mais là on dirait que [...] sur d'autres affaires, pas la politique, [...] là on a des réponses et ça avance. [...] Moi, je trouve qu'on est sur une bonne lancée à ce niveau-là, donc les soins d'hygiène, j'imagine que ça va comme suivre avec la vague [...] » [Ergothérapeute No 1, Cas No 5]

En ce qui a trait aux caractéristiques relatives à la composante **Contexte**, à l'échelle *locale* du milieu, les ergothérapeutes et la gestionnaire ont toutes décrites un « momentum » face au déploiement d'efforts pour l'intégration de l'Algo. En effet, avec le besoin de réviser l'ensemble des procédures au regard du fonctionnement des soins d'hygiène pour l'équipe interdisciplinaire, la réceptivité face à l'algorithme (et à son potentiel d'uniformiser rigoureusement le chevauchement des compétences) était présente chez l'ensemble des intervenants.

« On en a regardé plein, puis quand on a vu l'Algo, on a dit : « Ça répond vraiment à ce dont on a besoin. » C'était bien fait, puis on s'est dit : « Pourquoi

refaire quelque chose quand il y a ça qui répond aux besoins qu'on...? » Les ASSS aimaient l'outil aussi, ils trouvaient que ça allait bien. Donc, on s'est dit : « On va partir avec ça », mais finalement on avait presque fini, puis c'est notre chef qui est arrivé en disant : « Le CIUSSS a comme arrêté parce qu'ils voulaient faire une politique régionale. » Là, on a arrêté pendant un bout de temps. Moi, je suis partie en congé de maternité. Toi aussi. » [Ergothérapeute No 1, Cas No 5]

À titre de facteur ralentissant l'évolution de l'implantation d'un changement, l'instabilité de l'environnement au niveau de l'équipe de gestion de ce milieu était également considérable avec deux changements de gestionnaires dans un intervalle de temps de quatre ans. À l'échelle *organisationnelle* et *externe* du contexte, le mandat d'uniformisation au regard de la politique de soins d'hygiène pour l'ensemble du territoire du nouveau CIUSSS dans lequel se trouve ce milieu a initialement freiné les efforts des intervenants dans l'intégration de l'Algo en 2015. De manière similaire à ce qui a été documenté dans les cas précédents, le manque de suivi quant à l'implantation de changements et l'absence de mécanismes d'évaluation concrets à cet effet semblent avoir contribué encore une fois de manière significative au ralentissement du processus. Malgré les caractéristiques contextuelles actuelles aux échelles *organisationnelle* et *externe* qui laissent un doute chez les intervenants quant à la possibilité ou non d'aller de l'avant avec l'Algo, la présence d'une gestionnaire réceptive à l'échelle *locale* permet en 2018 de reprendre les efforts et le travail là où ils les avaient laissés trois ans plus tôt.

« Ils ont voulu uniformiser à la grandeur de la région, donc ils ont voulu faire une politique de soins d'hygiène pour toute la région, mais finalement on dirait que le projet n'est comme pas possible. On ne sait pas trop ce qui se passe plus haut, mais on s'est fait dire qu'il n'y en avait pas eu. [...] donc c'est pour ça qu'on s'est dit : « Est-ce qu'on peut remettre ça en branle? », parce que ça ne répond pas à nos exigences [...] au niveau des tâches déléguées. » [Ergothérapeute No 1, Cas No 5]

Analyse inter-cas

L'analyse des résultats issus des cinq cas, à l'aide du modèle opérationnel i-PARIHS, suggère tout d'abord que les caractéristiques de l'Algo relatives à la composante de la connaissance (**Innovation**) facilitent, pour la plupart d'entre elles, l'initiation des premiers stades d'utilisation (1 à 3). En effet, les intervenants perçoivent généralement l'Algo comme une connaissance simple et conviviale, dont la structure et le contenu font sens avec la réalité clinique afin de soutenir rigoureusement le chevauchement des compétences au sein des équipes interdisciplinaires. Ces attributs renvoient notamment à son mode de co-développement (c.-à-d. approche intégrée des connaissances) afin d'optimiser le processus d'application des nouvelles connaissances dans les milieux cliniques. Cependant, l'absence d'une vision concertée de la valeur ajoutée de l'Algo pour chaque intervenant impliqué dans le processus amène un dilemme entre la qualité du service (avec la prémisse que l'ergothérapeute offre un service de meilleure

qualité) et la rapidité de sa prestation (avec les prémisses que la passation de l'Algo offre un service plus rapide).

Parallèlement à cet enjeu, les caractéristiques décrivant les composantes *Destinataires* et *Contexte* tendent à expliquer une partie substantielle des principales embûches rencontrées à la fois dans l'atteinte des stades intermédiaires et avancés de l'utilisation de l'Algo. D'une part, en ce qui a trait à la composante *Destinataires*, le lien de confiance ainsi que la relation de collaboration entre les intervenants non-ergothérapeutes et les ergothérapeutes constitue une prémisses importante au développement des habiletés de passation des intervenants non-ergothérapeutes et à la pérennité d'utilisation de l'Algo. Bien que les divergences d'opinion professionnelle sur le chevauchement des compétences auprès des ergothérapeutes puissent ralentir la progression de son utilisation, l'absence du support des gestionnaires ainsi que le manque de ressources et de pouvoir perçu par les ergothérapeutes expliquent davantage les difficultés vécues aux stades intermédiaires d'utilisation (4 et 5). L'ambiguïté du rôle des ergothérapeutes et des gestionnaires lors de l'implantation d'une nouvelle connaissance contribue également à expliquer ces difficultés en cours de processus. De plus, bien que l'Algo concorde avec les besoins des ergothérapeutes, la valorisation du mode de travail sous-jacent à l'outil (chevauchement des compétences) ne constitue pas une priorité auprès des gestionnaires des SSAD. Cela nuit notamment à la mobilisation rapide des leaders locaux dans la planification et la mise en œuvre des actions nécessaires.

D'autre part, en ce qui a trait à la composante *Contexte*, l'absence de mécanismes d'évaluation et de rétroaction suivant l'implantation de changements de pratique pose une entrave importante à la reddition de comptes et à la démonstration scientifique des retombées matérielles, humaines et financières à l'implantation de nouvelles pratiques (comme le chevauchement des compétences avec l'Algo) aux échelles *locale* et *organisationnelle*. De plus, le désalignement des mandats relatifs aux cadres réglementaires, que doivent respecter les ergothérapeutes (ex. lignes directrices reçues de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec), par rapport aux priorités organisationnelles établies dans les milieux cliniques (ex. domaines évalués par le Conseil Québécois d'Agrément) contribue également à alimenter la perception d'inefficacité et d'enjeux de pouvoir face aux changements demandés (ou proposés) aux différentes instances administratives. À l'échelle *externe*, la nouvelle configuration des structures et systèmes liés aux CI[U]SSS concorde avec certains des mandats reçus (ex. uniformisation des pratiques) et pourrait constituer un levier intéressant à l'intégration de l'Algo dans les différents SSAD afin de soutenir rigoureusement le chevauchement des compétences utilisé lors de l'attribution des équipements aux soins d'hygiène à domicile. Cependant, l'absence de moyens concrets pour développer le réseautage et la prise de décision partagée entre les intervenants d'un même CI[U]SSS ne permet pas de concrétiser les retombées annoncées et retarde ainsi la progression du processus. L'ensemble de ces caractéristiques constituent donc des paramètres importants à considérer dans la définition et le perfectionnement des stratégies de facilitation à déployer pour poursuivre le processus d'application des connaissances de l'Algo au sein des équipes interdisciplinaires œuvrant dans les SSAD du Québec.

Objectif No 3. Identifier les stratégies de facilitation nécessaires à la poursuite de l'utilisation de l'Algo

Depuis le lancement de l'outil en 2013, les stratégies de facilitation développées ont permis d'initier les premiers stades d'utilisation auprès d'une proportion considérable d'ergothérapeutes. Ces stratégies ont essentiellement visé la connaissance (*Innovation*) et les intervenants impliqués dans l'utilisation quotidienne de l'Algo (*Destinataires* : ergothérapeutes et intervenants non-ergothérapeutes). En effet, le guide d'utilisation, le plan de formation, le site web et les formations données dans les milieux cliniques ont permis d'outiller respectivement les intervenants non-ergothérapeutes et les ergothérapeutes, dans l'utilisation et la supervision (liée à celle-ci) de l'algorithme. Afin de soutenir l'initiation des premiers stades d'utilisation (1 à 3) auprès des autres professionnels, ces stratégies de facilitation pourront être orientées (ou révisées le cas échéant) de manière à rejoindre l'ensemble des acteurs concernés par le processus d'attribution d'équipements aux soins d'hygiène (ex. auxiliaires aux services de santé et services sociaux, gestionnaires). Pour les stades intermédiaires et avancés d'utilisation (4 à 7), les stratégies de facilitation devront être ajustées et approfondies à la lumière des caractéristiques du processus relatives aux composantes *Destinataires* (c.-à-d. intervenants non-ergothérapeutes, ergothérapeutes et gestionnaires) et *Contexte* (c.-à-d. SSAD, CI[U]SSS et institutions gouvernementales) détaillées ci-dessous.

Il faudra tout d'abord identifier et valoriser l'avantage relatif de l'Algo à l'échelle individuelle, pour chaque intervenant impliqué dans le processus d'AC afin de les mobiliser de façon concertée. En effet, bien que la valeur ajoutée concernant l'encadrement offert sur le processus d'attribution d'équipements aux soins d'hygiène soit reconnu d'un point de vue scientifique et clinique par la plupart des ergothérapeutes, la définition claire de l'avantage relatif pour les utilisateurs de l'Algo et les gestionnaires permettrait de soutenir le déploiement d'efforts adaptés aux objectifs et obligations de chacun. Pour les **intervenants non-ergothérapeutes**, le développement et la diversification de leur expérience professionnelle et de leurs responsabilités sont des exemples de valeurs ajoutées qui pourraient être davantage mises en avant-plan vis-à-vis de l'utilisation de l'Algo. Le soutien de ces avantages relatifs par des mesures concrètes de valorisation des acquis (ex. rémunération) permettrait d'augmenter et de maintenir leur motivation à participer au chevauchement des compétences. Pour les **gestionnaires**, la démonstration calculée des bénéfices (ex. en termes d'efficacité de prestation de services) liés à l'implantation du chevauchement des compétences en SSAD et à l'utilisation de l'Algo pour l'attribution d'équipements aux soins d'hygiène par les intervenants non-ergothérapeutes permettrait notamment de rejoindre leurs priorités organisationnelles et de voir en cet outil un changement pour lequel la mobilisation des ressources est justifiée.

Concernant les caractéristiques des intervenants (*Destinataires*), le support prévu auprès des intervenants non-ergothérapeutes devra être bonifié lors de l'initiation de l'utilisation de l'Algo (ex. proposer une visite conjointe avec l'ergothérapeute et l'intervenant non-ergothérapeute à domicile lors des premières passations de l'outil) afin qu'ils puissent davantage développer leurs habiletés et connaissances ainsi que leur confiance en celles-ci, de manière à soutenir la pérennité du changement. Du côté des ergothérapeutes, il serait souhaitable que les instances administratives leur accordent davantage de moyens concrets (ex. lignes directrices,

pouvoir) pour opérationnaliser l'implantation d'un changement (ex. sélection des mécanismes d'intégration de l'Algo). Le leadership déjà existant chez ces intervenants n'étant pas conjugué à des leviers pour les soutenir dans l'adoption de nouvelles connaissances, ils doivent la plupart du temps s'en remettre à leurs gestionnaires. Les délais, occasionnés par de multiples motifs, tendent à diminuer leur motivation face au processus d'application des connaissances. Dans cette perspective, la clarification des rôles propres à chaque acteur lors de l'implantation d'un changement permettrait d'optimiser les efforts de chacun, dans la mesure du pouvoir qui leur est respectivement reconnue, aux échelles du contexte qui les concernent. Ce constat fut notamment corroboré par le fruit des analyses réalisées en partenariat avec le patient collaborateur quant à l'importance de développer chez les intervenants leurs habiletés de leadership et de collaboration lors de l'implantation d'un changement (Communication No 14; Annexe X). À la lumière des cadres réglementaires en vigueur, cette clarification des rôles pourrait également avoir le potentiel de rallier les ergothérapeutes réticents au chevauchement des compétences autour d'une vision commune ainsi que de soutenir la collaboration et le travail d'équipe entre les membres des équipes interdisciplinaires.

Enfin, en ce qui a trait aux SSAD des CI[U]SSS (*Contexte*), différents efforts de sensibilisation devraient être déployés aux échelles *locale* (SSAD), *organisationnelle* (CI[U]SSS) et *externe* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux). Il faudrait d'abord informer les acteurs connexes à l'utilisation de l'Algo (ex. gestionnaires, directeurs de programme et des instances gouvernementales) à la nécessité de revoir les structures en place (ex. encadrement, reddition de comptes) pour soutenir le recours au chevauchement des compétences. Par exemple, dans le cadre de la participation des intervenants non-ergothérapeutes à l'attribution d'équipements aux soins d'hygiène, une révision du mode d'évaluation de la performance serait nécessaire, puisque le temps passé à administrer l'Algo ne peut pas être comptabilisé dans le modèle statistique utilisé à l'heure actuelle. Dans le même ordre d'idées que l'avantage relatif à promouvoir auprès des gestionnaires, il faudra identifier les paramètres en lien avec les priorités et les mandats des gestionnaires qui pourraient être soutenus grâce l'intégration de l'Algo dans leurs SSAD. Par exemple, la démonstration des retombées relatives à l'utilisation de l'Algo (ex. efficacité de la prestation de services, développement professionnel) pourrait être davantage mise de l'avant afin de répondre aux préoccupations des instances administratives (ex. diminution des coûts, uniformisation des pratiques). Bien que les gestionnaires ont recours au chevauchement des compétences et reconnaissent son potentiel afin d'utiliser les ressources humaines de manière optimale, le manque de mesures contextuelles pour opérationnaliser le processus (ex. secteur non-couvert par les démarches évaluatives du Conseil Québécois d'Agrément) tend à ne pas les inciter à prioriser ce dossier. Enfin, considérant la complexité croissante du profil des patients vus en SSAD, la diffusion de l'Algo devra être élargie vers les milieux desservant les « cas simples » vivant une situation d'handicap lors de la réalisation des soins d'hygiène (ex. entreprises d'économie sociale en aide à domicile).

Conclusion

L'analyse du processus d'application des connaissances relatif à l'Algo, à partir de la perspective des ergothérapeutes, des intervenants non-ergothérapeutes (utilisateurs potentiels et actuels de l'Algo) ainsi que des gestionnaires issus des programmes SAPA de différents CI[U]SSS, a permis de documenter les caractéristiques qui facilitent ainsi que celles qui entravent son utilisation dans les SSAD du Québec. L'approche intégrée de connaissances dont a fait l'objet le développement de l'Algo constitue un facteur ayant un fort potentiel de catalyser l'initiation du changement (48% des répondants rejoints deux ans suivant sa diffusion). Cependant, ce partenariat entre les milieux cliniques et de recherche doit être soutenu par des efforts concertés auprès des destinataires impliqués sur le terrain et des différentes échelles contextuelles au sein desquelles le processus d'application des connaissances prend place. Les stratégies de facilitation relatives au soutien des intervenants impliqués dans le processus et à la sensibilisation des acteurs du contexte permettront, de manière adaptée à la situation de l'Algo, de poursuivre l'utilisation du chevauchement des compétences visant à optimiser la prestation de services pour les clientèles avec des déficiences physiques ayant de la difficulté à réaliser leurs soins d'hygiène.

2. BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES

Au total, les connaissances issues des travaux de recherche réalisés pour ce projet ont donné lieu, jusqu'à maintenant, à vingt (20) communications scientifiques, dont une à l'échelle internationale, sept à l'échelle nationale, huit à l'échelle provinciale et quatre à l'échelle locale (Annexe XI). En ce qui a trait aux publications scientifiques, trois articles de recherche seront minimalement diffusés en lien avec les résultats relatifs (1) au processus d'adaptation transculturelle de l'*ORIC*, (2) à l'étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'Algo ainsi qu'à (3) l'étude de cas multiples portant sur l'analyse du processus d'application des connaissances de l'Algo.

Publications scientifiques

1. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Desrosiers, J et Guay, M. (**À soumettre**). French Canadian cross-cultural adaptation of the Organizational Readiness of Implementing Change (ORIC) and organizational readiness of homecare services in Quebec (Canada).
2. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J et Guay, M. (**En fin de rédaction**). Algo's knowledge translation process in Quebec homecare services according to occupational therapists : a descriptive study.
3. Ruest, M. et al. (**À venir**). Analysis of the application process of an integrated knowledge translation in homecare occupational therapy : a multiple-case study with mixed methods.

Communications orales et écrites

1. Ruest, M., Léonard, G., Robitaille, J. et Guay, M. Application des connaissances en réadaptation : pertinence potentielle du modèle Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS). Présentation par affiche au 83^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir. 27 mai 2015. Rimouski, Canada.
2. Ruest, M., Léonard, G., Robitaille, J. et Guay, M. Application des connaissances en réadaptation : pertinence potentielle du modèle Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS). Présentation par affiche à la 11^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement (CSSS-IUGS). 5 juin 2015. Sherbrooke, Canada.
3. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Knowledge translation process in Quebec homecare services : the example of Algo. Présentation par affiche à la 1^{ère} Conférence nationale en transfert de connaissances en réadaptation. 4-5 mai 2016. Montréal, Canada.

4. Ruest, M., Thomas, A., Desrosiers, J. et Guay, M. Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC) : Adaptation transculturelle d'un nouvel outil francophone. Présentation par affiche au Colloque annuel (2016) de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations. 5-6 mai 2016. Montréal, Canada.
5. Ruest, M., Thomas, A., Desrosiers, J. et Guay, M. Adaptation transculturelle de l'Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC). Présentation orale au 84^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir. 9-13 mai 2016, Montréal, Canada.
6. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Stratégies d'application des connaissances utilisées en ergothérapie communautaire : écart entre celles prônées et celles utilisées. Présentation par affiche à la Journée scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation. 17 mai 2016. Québec, Canada.
7. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D. et Guay, M. Algo : a portrait of its adoption in Quebec homecare systems. Présentation par affiche au Canadian Knowledge Mobilization Forum 2016. 28-29 juin 2016. Toronto, Canada.
8. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Réceptivité organisationnelle au changement des services de soutien à domicile québécois : étude pilote. Présentation par affiche à la 45^e Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie. 20-22 octobre 2016. Montréal, Canada.
9. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Étude du processus d'application des connaissances de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : protocole de recherche. Présentation par affiche au Colloque « Conditions d'exercice et de réussite de la recherche axée sur le patient » lors du 85^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir, 9 mai 2017. Montréal, Canada.
10. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Qu'est-ce qui influence l'adoption de l'Algo au Québec? Présentation par affiche à la 13^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement. 9 juin 2017. Sherbrooke, Canada.
11. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Qu'est-ce qui influence l'adoption de l'Algo au Québec? Présentation par affiche au Congrès annuel (2017) de l'Association canadienne des ergothérapeutes. 21-24 juin 2017. Charlottetown, Canada.
12. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Knowledge translation process of Algo in Quebec homecare services : what is the

perspective of occupational therapists among different contexts of adoption? Présentation par affiche à la 2^e Conférence nationale en transfert de connaissances en réadaptation. 19-20 avril 2018. Montréal, Canada.

13. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Adoption de l'Algo au Québec : quelle est la perspective des ergothérapeutes à travers différents contextes d'adoption? Présentation par affiche aux journées des boursiers de l'Unité SRAP – Symposium Transdisciplinary Understanding and Training on Research – Primary Health Care (TUTOR-PHC). 3-4 mai 2018. Wendake, Canada.
14. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Étude de l'adoption de l'Algo au Québec : apports des différentes perspectives professionnelles et de celle des patients. Présentation par affiche au Colloque « Sortir des sentiers battus : engager les professionnels de la santé et des services sociaux, patients et gestionnaires dans la recherche » lors du 86^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir, 9 mai 2018. Chicoutimi, Canada.
15. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Étude de l'adoption de l'Algo au Québec : perspective des ergothérapeutes à travers différents contextes. Présentation par affiche à la 14^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement. 18 mai 2018. Sherbrooke, Canada.
16. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Knowledge translation process of Algo in Quebec (Canada) homecare services : what is the perspective of occupational therapists? Présentation orale au Congrès 2018 de la World Federation of Occupational Therapists. 21-25 mai 2018. Le Cap, Afrique du Sud.
17. Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J. et Guay, M. Adoption de l'Algo au Québec : la perspective des ergothérapeutes. Présentation par affiche à la 15^e édition des Journées de la recherche du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement. 1^{er} - 2 octobre 2018. Québec, Canada.

Communications orales sous forme de «pitches»

18. Ruest, M. Knowledge translation process of Algo in homecare services : Protocol. AGE-WELL NCE Conference & Annual General Meeting. 23 octobre 2015, Calgary, Canada.
19. Ruest, M. Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : étude du processus d'application des connaissances. Journée d'accueil des boursiers 2016 de l'Unité de SOUTIEN-SRAP du Québec. 30 septembre 2016, Montréal, Canada.

20. Ruest, M. Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : étude du processus d'application des connaissances. Journée d'accueil des boursiers 2017 de l'Unité de SOUTIEN-SRAP du Québec. 13 septembre 2017, Montréal, Canada.

3. PLAN DE PROMOTION

La diffusion des résultats relatifs à ce projet de recherche est définie sur deux volets : le volet scientifique et le volet clinique. Tout d'abord, en ce qui a trait au volet **scientifique**, en plus des communications scientifiques orales (et sous forme d'affiches) réalisées tout au long de la période de financement, les publications scientifiques prévues, détaillées ci-dessus, permettront de diffuser les conclusions en termes d'application des connaissances à la communauté scientifique étudiant dans ce domaine de recherche. Ces conclusions seront également considérées et réinvesties par les membres de l'équipe de recherche dans leurs travaux ultérieurs au sujet (1) du processus d'application des connaissances, (2) de l'adaptation de l'Algo aux différents publics cibles (ex. développement d'une version « Algo-Client »; demande de fonds obtenu) et (3) de la diffusion de l'Algo auprès des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (demande de fonds soumise).

En parallèle à ces activités, en ce qui a trait au volet **clinique**, il sera tout d'abord question de réviser les stratégies d'application des connaissances actuellement mises en place (ex. guide d'utilisation, structure de la formation, recommandations relatives à son utilisation dans les milieux cliniques) à la lumière des constats dressés dans ces travaux de recherche, afin de poursuivre la facilitation de la diffusion et de l'utilisation de l'Algo auprès du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, et de leurs partenaires. De plus, ces résultats seront partagés sous forme de communications orales et écrites aux intervenants des milieux cliniques (ex. Journées de recherche dans les CI[U]SSS participants et ceux intéressés à en connaître davantage sur l'algorithme).

4. BILAN DES DÉPENSES

Le rapport annuel des dépenses du projet « Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois : étude du processus d'application des connaissances » en date du 31 décembre 2018 fut produit par la Direction des ressources financières et de la logistique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Ce rapport est joint à la page suivante.

RAPPORT FINANCIER 2015-2018
EXERCICE FINANCIER 1er avril 2015 - 31 décembre 2018

PROGRAMME DE SUBVENTIONS DE RÉSEAU THÉMATIQUE
FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC - SANTÉ

NOM DU PROGRAMME : Fonds de la recherche en santé Québec

REGROUPEMENT THÉMATIQUE, PLATEFORME DE RECHERCHE, CONSORTIUM

Programme 4.5 (Partenariat OPHQ - REPAR)

Adoption de l'Algo dans les services de soutien à domicile

québécois: étude du processus d'application des connaissances (#8375)

NOM DU RESPONSABLE : Manon Guay

NOM ET COORDONNÉES DU RESPONSABLE ADMINISTRATIF :

Janie Thibault

Direction des finances ou personne administrant la
subvention

CIUSSS de l'Estrie - CHUS

RAPPORT FINANCIER 2015-2018
EXERCICE FINANCIER 1er avril 2015 - 31 décembre 2018
PROGRAMME DE SUBVENTIONS DE RÉSEAU THÉMATIQUE
FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC - SANTÉ

Nom de l'établissement ou personne administrant la subvention :

CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Adresse :

Service de la comptabilité

300 rue King Est

Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT
OU PERSONNE ADMINISTRANT LA SUBVENTION

Par la présente, nous déclarons qu'à notre connaissance, le rapport ci-joint reflète totalement les opérations financières reliées à l'utilisation des subventions du FRQS pour l'année terminée le 31 décembre 2018

LETTRES MOULÉES :

Janie Thibault

Directeur des finances ou personne administrant la subvention



Signature

19 février 2019

Date (jour/mois/an)

LETTRES MOULÉES :

Manon Guay

Chercheur responsable du Regroupement thématique ou
Plateforme de recherche



Signature

19/02/2019

Date (jour/mois/an)

RAPPORT FINANCIER 2015-2018
EXERCICE FINANCIER 1er avril 2015 - 31 mars 2018
PROGRAMME DE SUBVENTIONS DE RÉSEAU THÉMATIQUE
FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC - SANTÉ

REVENUS

Subvention de l'année courante	35 000,00 \$
--------------------------------	--------------

DÉPENSES**Salaires**

Salaires (Annexe A)	18 796,11 \$
Avantages sociaux	138,51 \$

Matériel essentiel au projet

Matériel - fournitures de recherche	
Fournitures de bureau - papeterie - impression	946,40 \$
Honoraires professionnels	4 947,40 \$
Fournitures informatiques	179,35 \$
Conférenciers invités, congrès et colloques	3 845,20 \$

Achat d'équipement de recherche (Annexe B)	1 035,00 \$
---	--------------------

Autres dépenses, spécifiez :

Frais de déplacement employés	2 853,05 \$
Compensations données aux participants	2 250,00 \$
Frais de poste et messagerie	8,98 \$

Total des dépenses :	35 000,00 \$
-----------------------------	---------------------

EXCÉDENT (DÉFICIT) Année courante	-
-----------------------------------	---

EXCÉDENT (DÉFICIT) Année précédente	-
-------------------------------------	---

EXCÉDENT (DÉFICIT) Net	-
------------------------	---

Annexe A

Présentez clairement toutes les informations demandées pour chaque salarié

	Nom, prénom	Titre d'emploi	Salaire (\$)	Bénéfices marginaux	Total (\$)
1	Seguin-Tremblay, Noémie	Agente de recherche	9 649,28 \$	1 483,89 \$	11 133,17 \$
2	D'Amours Monia	Agente de recherche	3 192,88 \$	417,34 \$	3 610,22 \$
3	Ruest, Mélanie	Assistante de recherche	57,07 \$	18,83 \$	75,90 \$
4	Ruest, Mélanie	Bourse	4 115,32 \$		4 115,32 \$
5					- \$
6					- \$
7					- \$
8					- \$
9					- \$
10					- \$
11					- \$
12					- \$
13					- \$
14					- \$
15					- \$
16					- \$
17					- \$
18					- \$

Total 18 934,61 \$

Annexe B

	Équipement - Description	Montant
1		
2		
3		
4	Ordinateur portable	1 035,00 \$
5		- \$
6		- \$
7		- \$
8		- \$
9		- \$
10		- \$
11		- \$
12		- \$
13		- \$
14		- \$
15		- \$
16		- \$
17		- \$
18		- \$

Total 1 035,00 \$

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement les organismes suivants qui ont rendu possible la réalisation de ce projet de recherche : l'Office des personnes handicapées du Québec et le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation.

Un grand merci également à tous les ergothérapeutes, gestionnaires, auxiliaires aux services de santé et services sociaux et autres intervenants non-ergothérapeutes des SSAD du Québec pour leur participation à ce projet de recherche.

Mille mercis aux organismes qui ont permis à l'étudiante responsable de ce projet, Mélanie Ruest, de réaliser ces travaux de recherche à temps plein dans le cadre de ses études supérieures : la Faculté de médecine et des sciences de la santé et le Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke, les Fonds de recherche du Québec – Santé, l'Unité de SOUTIEN – Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP), le réseau AGE-WELL et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Merci beaucoup à tous les organismes et fondations qui ont soutenu l'étudiante dans la participation aux événements scientifiques pour la diffusion des résultats de recherche : Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation, Sapiens Conseils, Unité de SOUTIEN-SRAP et l'Association canadienne de gérontologie (Fonds du patrimoine).

Enfin, mille mercis aux membres de la direction de recherche et du comité d'encadrement de l'étudiante ainsi que de l'équipe de recherche qui ont collaboré à cette étude : Pr Guillaume Léonard, Pre Annick Bourget, Pre Aliko Thomas, Pre Johanne Desrosiers et Pr Damien Contandriopoulos. Un merci spécial au patient collaborateur, M. Jocelyn Bernard, pour sa participation aux analyses.

RÉFÉRENCES

- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. et Bosi Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures, *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Carlfjord, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P., et Andersson, A. (2010). Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care : a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice* 11, 60-2296-2211-2260.
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design : Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4^e éd.). Californie, États-Unis : Sage Publications.
- 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*, 4, 50.
- Gagnon, M.P., Attieh, R., Ghandour, e.K., Légaré, F., Ouimet, M., Estabrooks, C.A. et Grimshaw, J. (2014). A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. *PLoS One*, 9(12), e114338.
- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246.
- Harvey, G. et Kitson, A. (2015a). *Implementing evidence-based practice in healthcare – A facilitation guide*. New York : Routledge.
- Kitson, A.L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework : theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3, 1.
- Kitson, A., Harvey, G. et McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.
- Massoubre, C., Lang, F., Jaeger, B., Julien, M. et Pellet, J. (2002). La traduction des questionnaires et des tests : techniques et problèmes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 61-67.
- Morris, Z.S., Wooding, S. et Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question : understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society Medicine*, 104, 510-520.

Stanmore, E. et Waterman, H. (2007). Crossing professional and organizational boundaries : the implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England. *Disability and Rehabilitation*, 29(9), 751-759.

Shea, C.M., Jacobs, S.R., Esserman, D.A., Bruce, K. et Weiner, B.J. (2014). Organizational readiness for implementing change : A psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*, 9, 7.

Yin, R.K. (2013). *Case study research : Designs and methods* (Applied social research methods). (5^e éd.). Californie, États-Unis : SAGE Publications.

ANNEXES

- Annexe I :** Application des connaissances en réadaptation : pertinence potentielle du modèle théorique *Promoting Action on Research Implementation in Health Services*
- Annexe II :** Étude du processus d'application des connaissances dans les services de soutien à domicile québécois : protocole de recherche
- Annexe III :** *Algo : the portrait of its adoption in Quebec homecare systems*
- Annexe IV :** Stratégies d'application des connaissances utilisées en ergothérapie communautaire : écart entre celles prônées et celles utilisées
- Annexe V :** *Knowledge translation process in Quebec homecare services : the example of Algo*
- Annexe VI :** Qu'est-ce qui influence l'adoption de l'Algo au Québec?
- Annexe VII :** *Organizational Readiness for Implementing Change* : adaptation transculturelle d'un nouvel outil francophone
- Annexe VIII :** Réceptivité organisationnelle au changement : étude pilote auprès des services de soutien à domicile québécois
- Annexe IX :** *Knowledge translation process of Algo in Quebec homecare services : perspective of the occupational therapists*
- Annexe X :** Étude de l'utilisation de l'Algo au Québec : apport des différentes perspectives professionnelles et de celle du patient



ISBN 978-2-921470-53-7



9 782921 470537

Application des connaissances en réadaptation: pertinence potentielle du modèle théorique *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)*

Ruest, M.^{1,3}, Léonard, G.^{2,3} Robitaille, J.^{1,3} et Guay, M.^{2,3}

¹Programmes de recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke

²École de réadaptation (FMSS), Université de Sherbrooke ³Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, Sherbrooke (Québec), Canada

INTRODUCTION

- Le processus d'application des connaissances (AC) est le passage bidirectionnel d'une connaissance issue de la recherche vers les milieux cliniques
- L'efficacité des stratégies d'AC en réadaptation est peu démontrée [1], par exemple lors de l'implantation de nouveaux outils cliniques
- L'utilisation d'un modèle théorique est pertinent afin d'identifier (a) les barrières au processus d'AC et (b) les stratégies visant à soutenir celui-ci [2, 3]
- Les modèles théoriques visant à documenter le processus d'AC dans le domaine de la santé ont été recensés [6,7]
- Or, les exemples d'études du processus d'AC fondés sur ces modèles théoriques sont relativement rares [4], particulièrement en réadaptation [2, 5]

OBJECTIF DE LA RECENSION

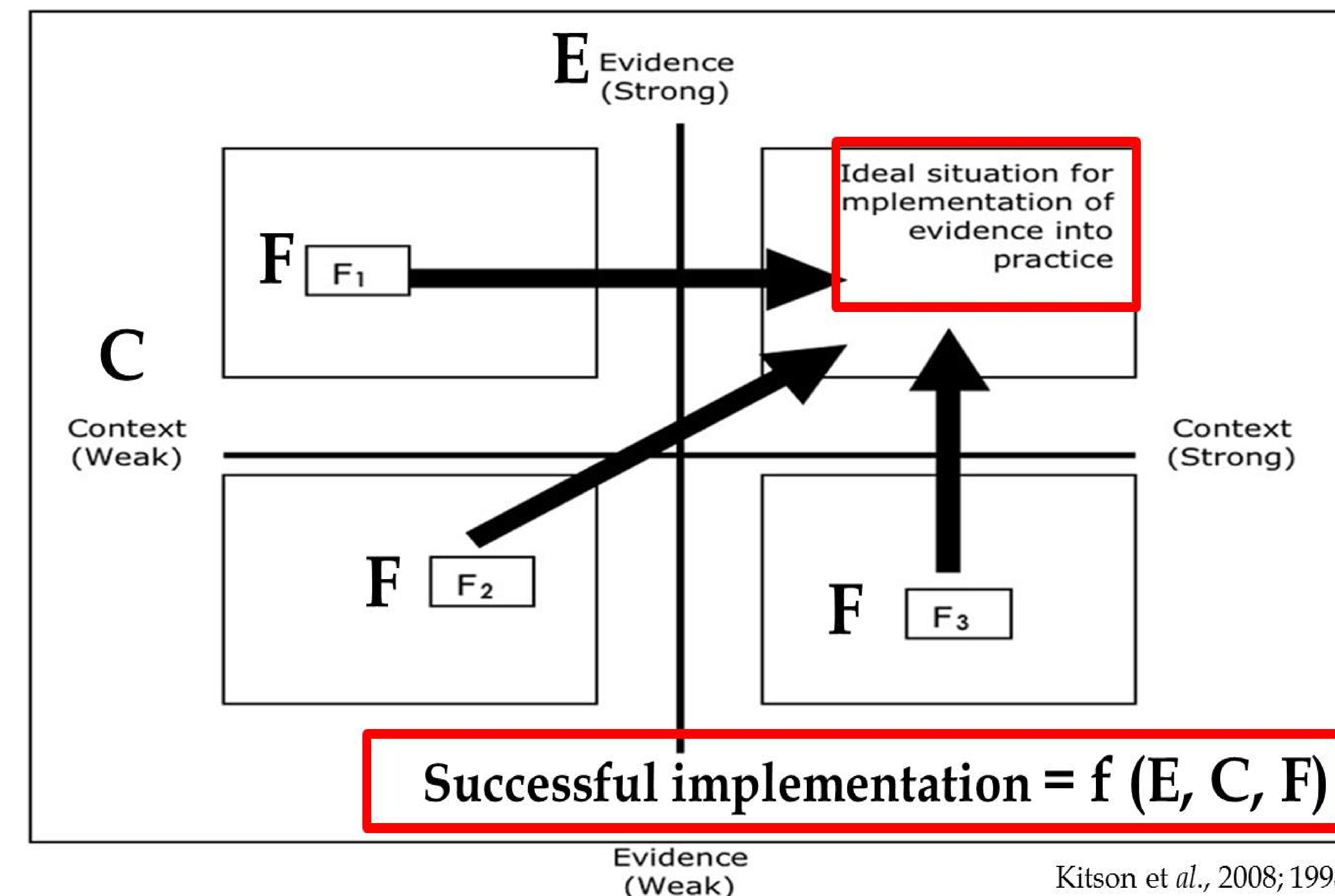
Identifier le modèle théorique ayant le plus grand potentiel de soutenir l'étude du processus d'AC de nouveaux outils cliniques en réadaptation

MÉTHODOLOGIE

- Recenser les recensions des modèles théoriques d'AC en santé
- Les banques de données PubMed, Ebsco Host (CINAHL et MEDLINE), OTDBase et Scopus ont été interrogées avec les mots-clés [Knowledge translation / transfer / exchange, research utilization, dissemination and implementation] + [Theoretical model, theory (conceptual) framework] + [Literature/recension]

RÉSULTATS

Parmi les trois modèles théoriques davantage cités dans les deux recensions retenues, le modèle PARIHS se distingue en conceptualisant l'AC comme un processus qui s'opère par l'interrelation simultanée de trois composantes centrales (Evidence, Context et Facilitation) sous une forme matricielle [8]



1. Evidence (les caractéristiques de la connaissance à adopter)
Research and published guidelines
Clinical experiences and perceptions
Patient experiences, needs and preferences

2. Context (l'environnement au sein duquel la nouvelle connaissance est intégrée)
Leadership support
Culture
Evaluation capabilities
Receptivity to the targeted EBP/change

3. Facilitation (les méthodes par lesquelles le processus d'application de la connaissance sera facilité)
Role
Skills and attributes
Other implementation interventions

RETOMBÉES POTENTIELLES

- L'utilisation du modèle théorique PARIHS a le potentiel de soutenir l'analyse du processus d'AC de nouveaux outils cliniques en réadaptation
- Cette étude permettra également d'amorcer le développement de données probantes au regard de l'utilisation d'un modèle théorique dans l'étude du processus d'AC en réadaptation

RÉFÉRENCES

- Scott, S. D. et al. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implementation Science*: IS, 7, 70.
- Zidarov, D. et al. (2013). Knowledge translation in physical therapy: from theory to practice. *Disability and Rehabilitation*, 35(18), 1571-1577.
- Rycroft-Malone, J. (2007). Theory and knowledge translation: setting some coordinates. *Nursing Research*, 56(4 Suppl), S78-85.
- Davies, P., Walker, A. E. et Grimshaw, J. M. (2010). A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implementation Science*: IS, 5, 14.
- Colquhoun, H. L., et al. (2010). A scoping review of the use of theory in studies of knowledge translation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 270-279.
- Sudsawad, P. (2007). *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures*. Repéré à http://www.ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ktmodels/index.html
- World Health Organization (WHO). *Knowledge translation on ageing and health: A framework for policy development 2012*. Repéré à http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation_en.pdf
- Kitson, A.L., et al. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation science*, 3, 1.



Centre de recherche
sur le vieillissement

Office des personnes
handicapées
Québec



REPAR
FRQS



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Étude du processus d'application des connaissances de l'Algo dans les services de soutien à domicile québécois: protocole de recherche

Ruest, M.¹⁻², Léonard, G.²⁻³, Bourget, A.³, Thomas, A.⁴⁻⁵, Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.²⁻³ et Guay, M.²⁻³



Melanie.Ruest@USherbrooke.ca

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke; ²Centre de recherche sur le vieillissement – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; ³École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke; ⁴École de physiothérapie et d'ergothérapie - Université McGill; ⁵Centre de recherche interdisciplinaire du Montréal métropolitain; ⁶Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal

Introduction

- L'Algo est un algorithme d'aide à la décision conçu afin de soutenir les intervenants non-ergothérapeutes (ex. auxiliaires de santé et de services sociaux) dans leur démarche d'attribution d'équipements (ex. siège de bain, banc de transfert) aux soins d'hygiène des aînés vivant à domicile. [1]
- L'Algo fut développé dans le cadre d'une **approche intégrée des connaissances**, définie par une collaboration étroite entre les producteurs et les utilisateurs potentiels de la connaissance tout au long de son développement et de sa diffusion. [2-3]
- En complément à cette approche, plusieurs **stratégies d'application des connaissances** (AC) furent développées (ex. guide d'utilisation, plan de formation, site Web) afin de faciliter la diffusion initiale de l'Algo en 2013 ainsi que son appropriation auprès des intervenants œuvrant dans les services de soutien à domicile (SAD) québécois. [4]
- Malgré tous ces efforts d'AC, 52% des ergothérapeutes sondés en 2015 ne connaissaient pas l'Algo. [5]

Objectifs

Général: Analyser le processus d'AC de l'Algo auprès des intervenants œuvrant dans les services SAD québécois.

Spécifiques:

- Identifier les caractéristiques décrivant le processus d'application des connaissances (AC) de l'Algo ainsi que la manière dont elles influencent le processus.
- Dégager les stratégies d'AC à favoriser pour la suite de l'adoption.

Références

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81, 237-246.
- Parry, D., Salsberg, J. et Macaulay, A.C. (s.d.). Guide sur la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances dans la recherche en santé. Instituts de recherche en santé du Canada. Repéré au <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/44954.html>
- Kothari, A. et Wathen, C.N. (2013). A critical second look at integrated knowledge translation. *Health Policy*, 109(2), 187-191.
- Guay, M., Levesseur, M., Turgeon-Londé, S., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment: new challenges for occupational therapy collaboration. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(3), 263-271.
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D. et Guay, M. Algo : a portrait of its adoption in Quebec homecare systems. Présentation par affiche au *Canadian Knowledge Mobilization Forum* 2016. 28-29 juin 2016. Toronto, Canada.
- Yin, R.K. (2013). *Case study research: Designs and methods (Applied social research methods)*. (5e éd.). Californie, États-Unis: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4e éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533-544.
- Harvey, G. et Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare – A facilitation guide*. New York: Routledge.
- Harvey, G. et Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11, 33.
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.

Méthode

- Devis: **étude de cas multiples** [6] à l'aide d'un **devis mixte concomitant niché** [7]
- Cas = service d'ergothérapie composé de gestionnaire(s), d'ergothérapeute(s) et d'utilisateur(s) de l'Algo œuvrant au sein des SAD québécois
- Échantillonnage: par choix raisonné par l'entremise des stratégies de critère-i, d'intensité et de variation maximale [8]
- Modèle opérationnel: **integrated - Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)** [9]
- Approbation éthique obtenue (MP-22-2016-532) auprès du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Rôle du patient collaborateur: (1) révision des outils de collecte de données et (2) participation à l'analyse des données lors de la composante qualitative

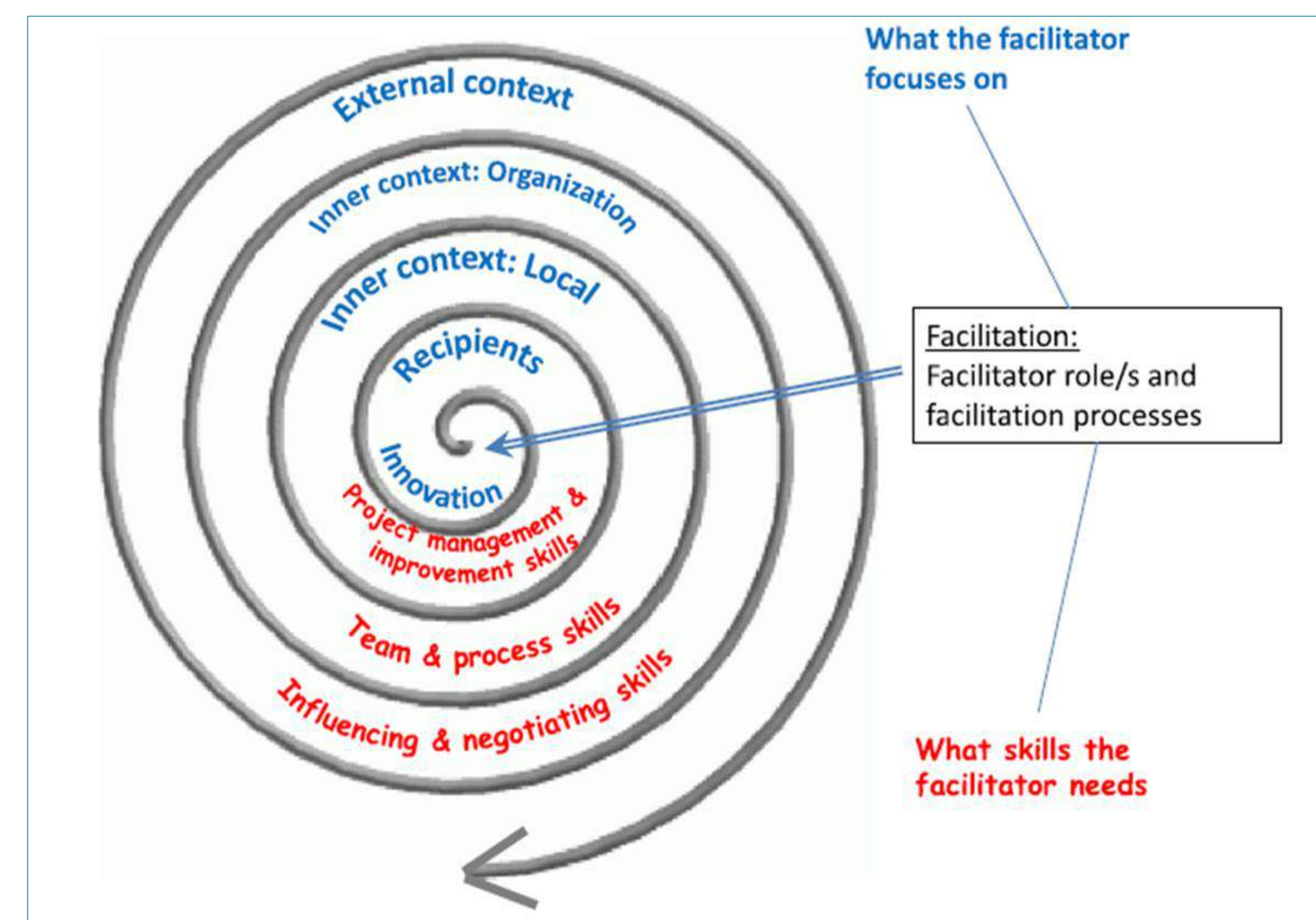
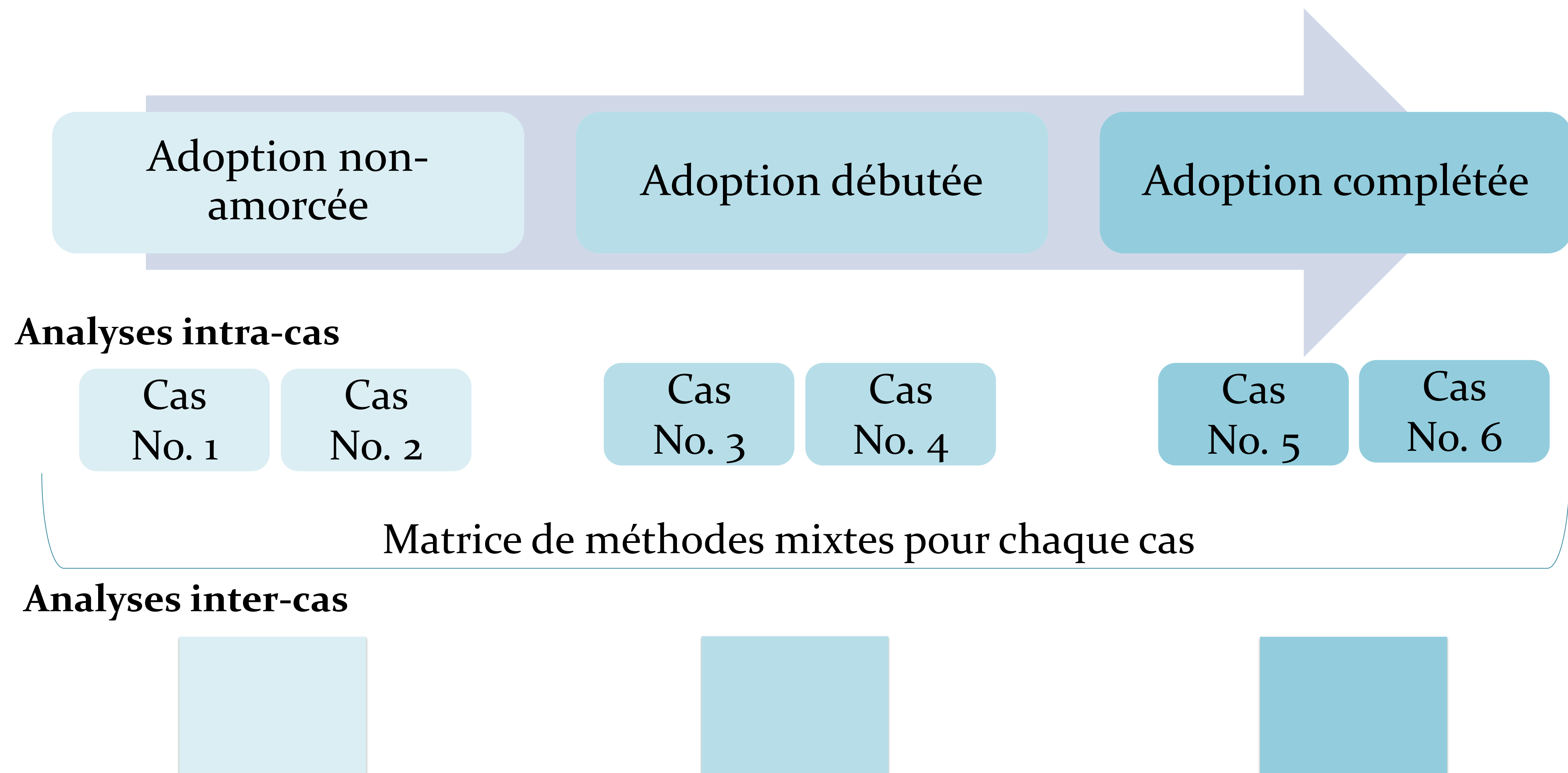


Figure 1: Schématisation du modèle opérationnel i-PARIHS [10]



Pour chaque cas:

- Composante quantitative**
 - Collecte des données: passation d'un questionnaire pour établir (1) le niveau d'adoption de l'Algo [11] et (2) le portrait des caractéristiques influençant ce dernier (ex. intervenants, contexte organisationnel) [9]
 - Analyse des données: statistiques descriptives (fréquences et pourcentages)
- Composante qualitative**
 - Collecte des données: réalisation de groupes de discussion focalisée et d'entrevues semi-dirigées
 - Analyse des données: analyses intra- et inter-cas avec la technique du *pattern matching* [6], à partir du modèle opérationnel i-PARIHS [9]

Retombées

- Ce projet permettra de documenter le processus d'AC pour une connaissance conçue en partenariat avec les milieux cliniques, une forme de recherche valorisée, mais dont les retombées sont peu étudiées.
- L'identification des caractéristiques influençant le processus d'AC de l'Algo permettra de perfectionner les stratégies mises en place afin de faciliter la poursuite de son adoption dans les services SAD du Québec.
- L'inclusion de la perspective des patients permettra de bonifier la compréhension des caractéristiques relatives aux bénéficiaires de la connaissance pouvant influencer le processus d'AC.
- Par la promotion de l'utilisation du chevauchement de compétences entre les intervenants œuvrant dans les services SAD québécois, cette étude permettra l'amélioration de la prestation des soins et des services de santé auprès de la clientèle aînée vivant à domicile.



Algo: the portrait of its adoption in Quebec homecare systems

Ruest, M.^{1,3}, Léonard, G.^{2,3}, Thomas, A.^{4,5}, Contandriopoulos, D.⁶, et Guay, M.^{2,3}

¹ Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke; ² École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke; ³ Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; ⁴ École de physiothérapie et d'ergothérapie – Université McGill; ⁵ Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain; ⁶ Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal



INTRODUCTION

- The Algo is a clinical algorithm used in Quebec homecare systems to support occupational therapists (OTs) and non-OTs (e.g., homecare aides, auxiliary nurses) in the allocation of bathing assistive devices for older adults [1].
- The Algo was developed using an integrated knowledge translation (IKT) approach, an approach that requires systematic planning and documentation [2].
- Following the diffusion of the Algo at the beginning of 2013, a multicomponent knowledge translation (KT) strategy (e.g., training in workplace, production of a user guide and a web site) has been deployed throughout Quebec homecare systems to promote its adoption [3].
- Since knowledge use is a complex process that takes place over a long period of time [4], its assessment requires a longitudinal approach.

OBJECTIVE

Document the progression of the adoption of the Algo in Quebec homecare systems between 2013 (year of its diffusion) and 2015.

METHODS

- An observational pre-post design (2013-2015) was used to document the adoption of the Algo in Quebec homecare systems by clinical administrators and OTs.
- A 7-item questionnaire based on the classification of Knott and Wildavsky (1. Reception; 2. Cognition; 3. Reference; 4. Effort; 5. Adoption; 6. Implementation and 7. Impact) [5] was adapted for the Algo.
- In 2013, a phone survey was conducted with the clinical administrators of Quebec Health and Social Services Centers (HSSCs) (n=94). In 2015, an electronic survey was sent to OTs working in Quebec homecare systems (n=787).
- Descriptive statistics (i.e. frequencies and percentages) were used to establish the level of adoption of the Algo reached by clinical administrators of HSSCs and OTs respectively in 2013 and in 2015.

RESULTS

- In 2013, clinical administrators of 87/94 HSSCs (93%) completed the phone survey.
 - 25 of the 87 HSSCs (29%) for which the Algo was intended had initiated the adoption process (see Figure 1).
 - None had stopped using their in-house tool in favor of the Algo.
- In 2015, 470/787 OTs (27%) were reached, 187 have initiated the survey and 125 have completed it entirely.
 - 52% of the OTs did not reach the level 1 (i.e. not aware of the existence of the Algo; see Figure 1).
 - 19% of the OTs reported being actually in the process of adoption of the Algo (levels 4 to 6).
 - Among the OTs knowing the Algo, 14% reported that the Algo was the reference tool for prescribing bathing assistive devices.

LEVELS OF ADOPTION

- 1. Reception**
Has the Algo been presented to you?
- 2. Cognition**
Before today, have you ever consulted the Algo?
- 3. Reference**
Before today, has the Algo ever influenced your decisions?
- 4. Effort**
Before today, have you made efforts to adopt the Algo in your workplace?
- 5. Adoption**
Before today, have you ever used the Algo in your workplace?
- 6. Implementation**
In your workplace, is the Algo the reference tool for non-OTs involved in the selection of equipment for the hygiene care of a client living at home?
- 7. Impact**
In your opinion, has the Algo had a positive impact on the practices in your workplaces to the benefit of your clients?

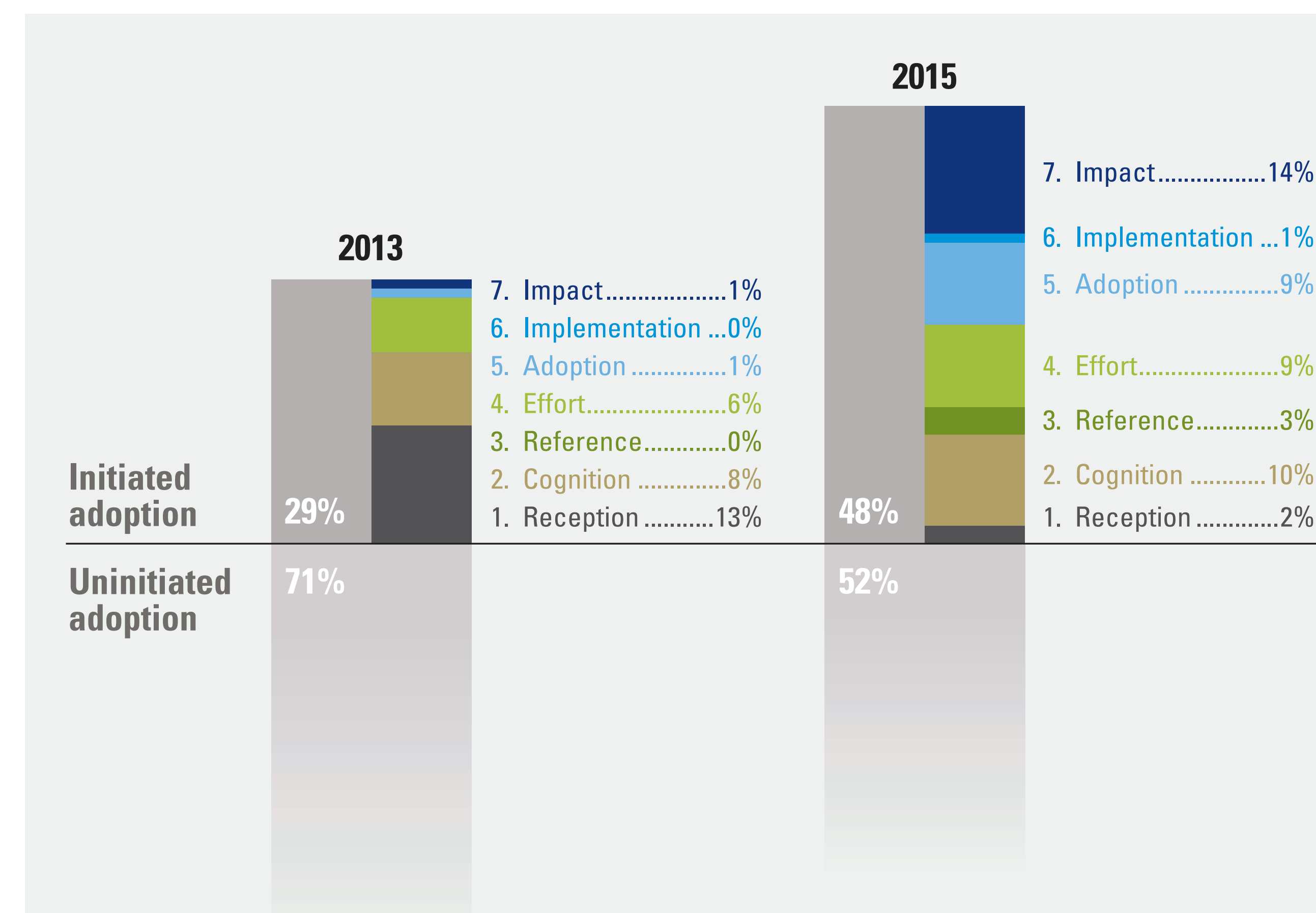


Figure 1: Portrait of the levels of adoption of the Algo (2013 and 2015) in Quebec homecare systems according to Knott and Wildavsky [5]

DISCUSSION

- Two years after its diffusion, the integration of the Algo by the OTs working in Quebec homecare systems is underway.
- The results are encouraging considering the average gap of 17 years usually observed between the time of diffusion of the results and their integration into clinical practice [6].
- Considering the proportion of OTs who have not initiated the adoption process in 2015, an adjustment of KT strategies is likely necessary; these observations are coherent with the findings of Landry *et al.*, who showed that barriers to adoption of new knowledge are mainly situated in the earliest stage (level 1) [7].
- The present results allow us to better situate the level of knowledge use of the Algo in Quebec homecare systems since its diffusion. Next steps include an impact evaluation of impact of the Algo's use on service client, health professional and system outcomes [8].

LIMITATIONS

- The non-availability of data about the socio-demographic characteristics of the studied population does not allow us to determine the representativeness of the sample.
- The comparison of results for the level of adoption of the Algo in 2013 and in 2015 should be performed with caution, since the survey was conducted respectively with the clinical administrators of the HSSCs on one hand and with the OTs on the other hand.

References

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246.
- Gagliardi, A. R., Berta, W., Kothari, A., Boyko, J. et Urquhart, R. (2016). Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. *Implementation Science*, 11, 38.
- Guay, M. et Ruest, M. Données non-publiées.
- Rich, R. F. (1991). Knowledge creation, diffusion, and utilization: Perspectives of the founding editor of *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 12, 319-337.
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge: Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.
- Morris, Z. S., Wooding, S. et Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society Medicine*, 104, 510-520.
- Landry, R., Amara, N. et Lamari, M. (2001). Climbing the ladder of research utilization – Evidence from Social Science Research. *Science Communication*, 22(4), 396-422.
- Bick, D. et Graham, I. D. (2013). *Evaluating the Impact of Implementing Evidence-Based Practice* (2^e éd.). Wiley.



Faculté de médecine et des sciences de la santé

Stratégies d'application des connaissances utilisées en ergothérapie communautaire : écart entre celles prônées et celles utilisées

Ruest, M.^{1,2}, Léonard, G.^{2,3}, Thomas, A.^{4,5}, Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.^{2,3} et Guay, M.^{2,3}

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke; ²Centre de recherche sur le vieillissement – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; ³École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke; ⁴École de physiothérapie et d'ergothérapie – Université McGill; ⁵Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain; ⁶Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal



INTRODUCTION

- L'Algo (pour algorithme clinique) a été élaboré dans un mode participatif de recherche afin de soutenir les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes dans l'attribution d'aides techniques aux soins d'hygiène des aînés vivant à domicile [1].
- Afin de promouvoir l'adoption d'une nouvelle connaissance par les professionnels de la santé, différentes stratégies d'application des connaissances sont possibles (ex. articles scientifiques, formations continues) [2-3].
- Une stratégie mixte d'application des connaissances fut déployée lors du lancement de l'Algo en 2013 pour soutenir son adoption dans les services de soutien à domicile (SAD) québécois : publications scientifiques, communications, manuel d'utilisation, manuel de référence, site Web et formation en milieu de travail.
- Or, l'effet de ces stratégies d'application de connaissances demeure peu documenté [4-5], notamment en réadaptation [2,6], et leur utilité varie selon le contexte au sein duquel elles sont déployées [3].

OBJECTIF

Identifier les stratégies d'application des connaissances perçues comme étant utiles par les ergothérapeutes pour l'intégration de nouvelles connaissances dans leur pratique et celles utilisées par ceux œuvrant au sein des SAD québécois pour l'adoption de l'Algo.

MÉTHODES

- Un sondage électronique (20 questions – échelle de Likert à 4 niveaux) sur les stratégies d'application des connaissances, conçu à partir des écrits dans le domaine de même que ceux relatifs au développement de l'Algo, fut acheminé par courriel aux ergothérapeutes œuvrant dans les SAD québécois (n=787).
- Des statistiques descriptives documentent (1) la perception des utilisateurs concernant différentes stratégies d'application de connaissances et (2) la proportion d'utilisateurs qui ont utilisé les différentes stratégies d'application de connaissances pour l'Algo.
- Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie (MP-22-2016-532).

RÉSULTATS

- Parmi les 470 ergothérapeutes joints, 187 ont débuté le sondage électronique et 125 de ceux-ci l'ont complété (taux de participation : 27 %).
- La majorité des ergothérapeutes (entre 58 et 89 % selon la stratégie documentée) jugent que les stratégies suggérées pour soutenir l'application des connaissances sont pertinentes. Parmi celles-ci, le séminaire de formation (webinaire) et la formation dans le milieu de travail sont les stratégies les plus valorisées (tableau 1).
- Cependant, moins de 10 % des ergothérapeutes ont utilisé ces stratégies lors de l'adoption de l'Algo. En effet, le bouche à oreille (24 %), la participation aux travaux de recherche sur l'Algo (19 %) et le site Web (15 %) ont été davantage utilisés par ces professionnels de la santé (tableau 2).

Tableau 1 : Stratégies d'application des connaissances perçues utiles par les ergothérapeutes dans leur pratique (n = 125)

Parmi les stratégies suivantes, lesquelles pourraient vous aider dans votre intégration des nouvelles connaissances telles que l'Algo dans votre pratique ?	Fortement en désaccord		En désaccord		D'accord		Fortement en accord	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Séminaire de formation (webinaire)	2	1,6 %	13	10,4 %	63	50,4 %	47	37,6 %
Formation dans le milieu de travail	3	2,4 %	11	8,8 %	50	40,0 %	61	48,8 %
Articles scientifiques	8	6,4 %	29	23,2 %	75	60,0 %	13	10,4 %
Revue professionnelle	4	3,2 %	18	14,4 %	84	67,2 %	19	15,2 %
Communication personnelle par la poste	17	13,6 %	36	28,8 %	65	52,0 %	7	5,6 %
Communication personnelle par courriel	4	3,2 %	20	16,0 %	78	62,4 %	23	18,4 %

Tableau 2 : Stratégies d'application des connaissances utilisées par les ergothérapeutes pour connaître l'Algo (n = 50)

Par l'entremise de quel(s) moyen(s) de communication avez-vous entendu parler de l'Algo?	n	%
Articles scientifiques	9	7,2 %
Présentation dans un congrès	3	2,4 %
Site Web de l'Algo	18	14,4 %
Revue professionnelle Ergo-Express	12	9,6 %
Durant le développement de l'Algo (projet BATH)	23	18,4 %
Formation continue	1	0,8 %
Communication personnelle (ex. poste, courriel)	8	6,4 %
Courtier de connaissances	1	0,8 %
Bouche à oreille	30	24,0 %
Autres	12	9,6 %

DISCUSSION

- Puisque la participation au développement de l'Algo constitue l'une des stratégies ayant le plus soutenu sa diffusion auprès des ergothérapeutes en SAD, son mode de conception participatif (*integrated knowledge translation*) apparaît comme une caractéristique facilitatrice importante [7-8].
- Les stratégies d'application des connaissances perçues comme étant potentiellement utiles par les ergothérapeutes semblent différer de celles utilisées concrètement pour amorcer l'intégration de l'Algo.
- Bien que l'efficacité des courtiers de connaissance soit documentée [9-11], cette stratégie semble peu présente dans la pratique des ergothérapeutes.

Références

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246.
- Scott, S.D., Albrecht, L., O'Leary, K., Ball, G.D., Hartling, L., Hofmeyer, A., ... Dryden, D.M. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implementation Science*, 15, 7, 70.
- LaRocca, R., Yost, J., Dobbins, M., Ciliska, D. et Butt, M. (2012). The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. *BMC Public Health*, 12, 751.
- Squires, J.E., Sullivan, K., Eccles, M.P., Worswick, J. et Grimshaw, J.M. (2014). Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implementation Science*, 15, 9, 152.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, G., Ramsay, C. R., Vale, L., ... Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), 1-72.
- Menon, A., Korner-Bitensky, N., Kastner, M., McKibbin, K. A. et Straus, S. (2009). Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1024-1032.
- Gagliardi, A.R., Berta, W., Kothari, A., Boyko, J. et Urquhart, R. (2016). Integrated knowledge translation (IKT) in health care : a scoping review. *Implementation Science*, 15, 11, 38.
- Van de Ven, A.H. et Johnson, P.E. (2006). Knowledge for theory and practice. *Academy of Management Review*, 31(4), 802-821.
- Willems, M., Schröder, C., Post, M., van der Weijden, T. et Visser-Meily, A. (2013). Do knowledge brokers facilitate implementation of the stroke guideline in clinical practice? *BMC Health Services Research*, 13, 434.
- Rivard, L.M., Russell, D.J., Roxborough, L., Ketelaar, M., Bartlett, D.J. et Rosenbaum, P. (2010). Promoting the use of measurement tools in practice: a mixed-methods study of the activities and experiences of physical therapist knowledge brokers. *Physical Therapy*, 90(11), 1580-1590.
- Russell, D. J., Rivard, L. M., Walter, S. D., Rosenbaum, P. L., Roxborough, L., Cameron, D., ... Avery, L. (2010). Using knowledge brokers to facilitate the uptake of pediatric measurement tools into clinical practice: a before-after intervention study. *Implementation Science*, 15, 5, 92.



Knowledge translation process in Quebec homecare services: the example of Algo

Ruest, M.^{1,2}, Léonard, G.^{2,3}, Thomas, A.^{4,5}, Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.^{2,3} et Guay, M.^{2,3}

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke, ²Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie, ³École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke, ⁴École de physiothérapie et d'ergothérapie – Université McGill, ⁵Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, ⁶Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal



INTRODUCTION

- The Algo is a clinical algorithm used in Quebec homecare services to support occupational therapists (OTs) and non-OTs in the allocation of bathing equipment for older adults [1].
- The Algo was developed using an integrated knowledge translation (KT) approach and was first disseminated at the beginning of 2013. Different KT strategies (e.g., user guide, site web) have since been used to foster its adoption [2].
- Among the conceptual frameworks having the potential to support the analysis of KT process in rehabilitation [3-4], the *Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)* [5] considers the interrelation of three components:
 - characteristics of knowledge to adopt (*Evidence*);
 - environment in which new knowledge is integrated (*Context*);
 - methods used to facilitate the application of knowledge (*Facilitation*).
- The KT process of the Algo is ongoing, but characteristics influencing its use among Quebec OTs and homecare services remain unclear.

OBJECTIVE

Identify the factors that impact upon OTs' adoption of the Algo across Quebec homecare services.

METHODS

- A 20-item electronic survey, developed based on the *PARIHS* framework [6], was sent to OTs working in Quebec homecare services (n=787).
- Survey questions were designed to document the perspective of OTs working in homecare services about the:
 - 1) Algo's characteristics (*Evidence*)
 - 2) OTs' working environment (*Context*)
 - 3) KT strategies used to learn about the Algo (*Facilitation*)
- Descriptive statistics were used to identify the characteristics related to each component of the *PARIHS*.
- The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie (MP-22-2016-532).

RESULTS

- Among the 470 OTs reached by e-mail, 125 of the 187 have completed the entire questionnaire (participation rate: 27%).
- Answers of OTs allow documenting the KT process of the Algo according to the characteristics of the *PARIHS* framework (Figure 1).

Evidence

(characteristics of the knowledge [i.e. the Algo])

- Clinical experiences and perceptions* of OTs about the Algo documents are generally positive. They have the potential to facilitate its adoption.
- Patient preferences* only seem to not be considered currently in the homecare services.

Context

(environment in which the KT process occurs [i.e. Quebec homecare services])

- Some organizational characteristics have the potential to facilitate the adoption of the Algo as for example:
 - Culture* (i.e. level of collaboration between institutions and health professionals)
- The majority of contextual characteristics act as obstacles in the KT process of the Algo as:
 - Leadership Support* (i.e. ambiguity of OTs' roles during the adoption of new knowledge)
 - Receptivity to the targeted knowledge* (i.e. presence of other organizational priorities that the issues addressed by the Algo)

Facilitation (strategies used to support the KT process [i.e. web site, guide user, training in the workplace])

- Strategies used by OTs to be aware of and take ownership of the Algo were mainly: (1) the word of mouth, (2) the research project for the development of the Algo, and (3) the website.
- Strategies differ from those valued as: (1) the webinar [training on the web], (2) the training in the workplace, and (3) the communication by e-mail.

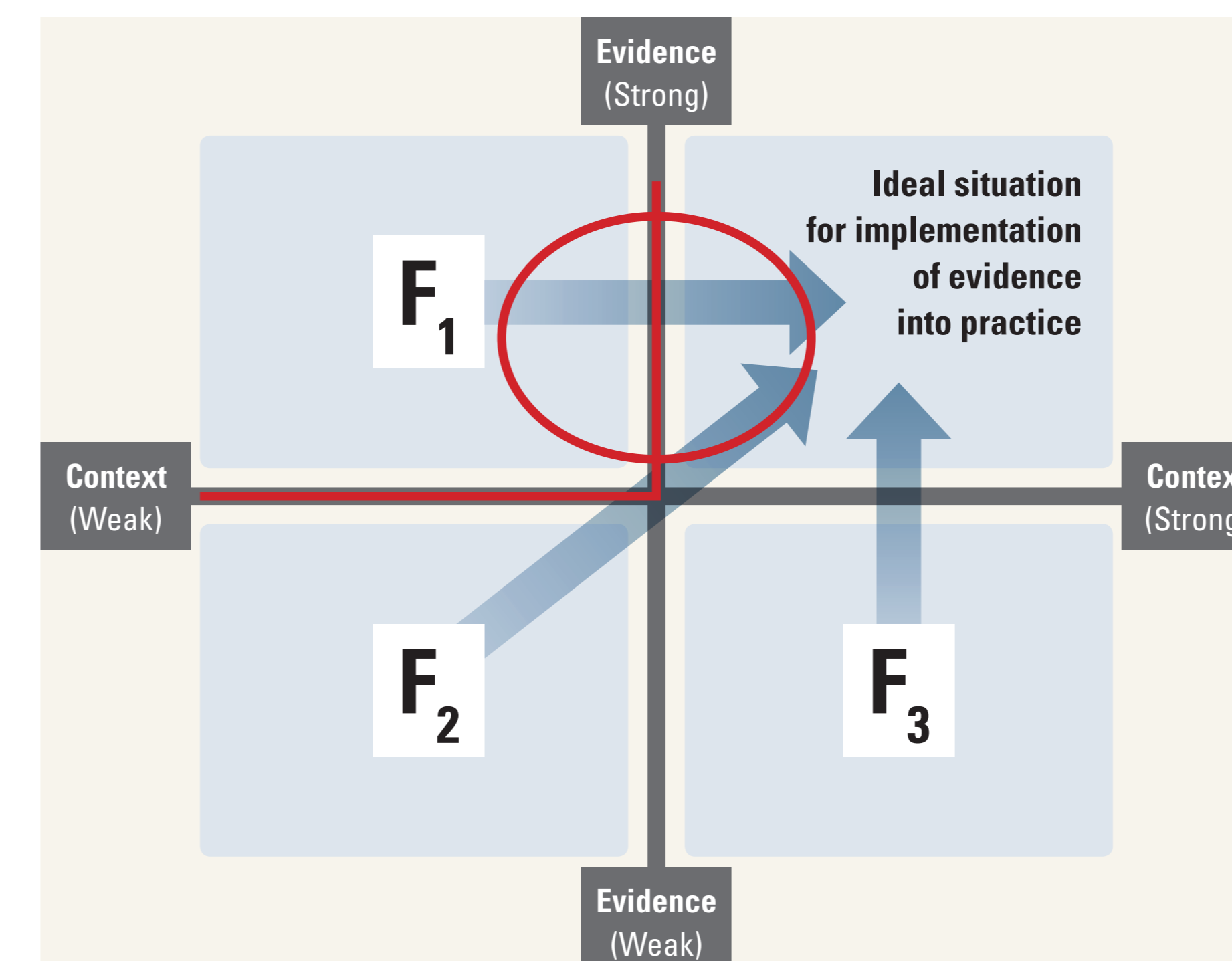


Figure 1: Portrait of the KT process of the Algo in homecare services according to the *PARIHS*

DISCUSSION

- Preliminary analyses using the *PARIHS* reveals that although the Algo characteristics (*Evidence*) seem to facilitate its adoption by the OTs', features of Quebec homecare services (*Context*) are among the main barriers to the adoption of the Algo.
- To date, KT strategies especially targeted end-users (e.g., OTs) of the tool. An adjustment of them may be to consider focusing more on the stakeholders related to the context (e.g., homecare services managers).
- Although the opinion gathered from OTs, as supervisors of the Algo users, is at the core of studying this KT process, the point of view of users (non-OTs) and homecare services managers would be important to document further to complete this scheme.
- This study has the potential to increase our understanding of the adoption process of new knowledge by rehabilitation professionals, through the example of the Algo, designed using an integrated KT approach and used in homecare services.

Références

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246.
- Guay, M. et Ruest, M. Données non-publiées.
- World Health Organization (WHO). *Knowledge translation on ageing and health: A framework for policy development 2012*. In Geneva: WHO press 2012; 16.
- Sudsawad, P. (2007). *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research. Repéré sur le site: http://www.ktdrr.org/ktdrr/library/articles_pubs/ktmodels/index.html
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the *PARIHS* framework: theoretical and practical challenges. *Implementation science*: 15, 3, 1.
- Stetler, C. B., Damschroder, L. J., Helfrich, C. D. et Hagedorn, H. J. (2011). A guide for applying a revised version of the *PARIHS* framework for implementation. *Implementation science*: 15, 6, 99.

Qu'est-ce qui influence l'adoption de l'Algo au Québec?

Ruest, M.¹⁻², Léonard, G.²⁻³, Thomas, A.⁴⁻⁵, Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.²⁻³ et Guay, M.²⁻³

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke; ²Centre de recherche sur le vieillissement – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS); ³École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke; ⁴École de physiothérapie et d'ergothérapie - Université McGill; ⁵Centre de recherche interdisciplinaire du Montréal métropolitain; ⁶Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal



Melanie.Ruest@USherbrooke.ca

Introduction

- Depuis 2013, l'Algo est un algorithme d'aide à la décision utilisé au Québec afin de soutenir les intervenants non-ergothérapeutes (ex. auxiliaires aux services de santé et sociaux, travailleurs sociaux) dans leur démarche d'attribution d'équipements (ex. siège de bain, banc de transfert) aux soins d'hygiène des aînés vivant à domicile. [1]
- L'Algo fut développé dans le cadre d'une **approche intégrée des connaissances**, définie par une collaboration étroite entre les producteurs et les utilisateurs potentiels de la connaissance tout au long de son développement et de sa diffusion. [2-3]
- En complément à cette approche, plusieurs **stratégies d'application des connaissances** (AC) furent développées (ex. guide d'utilisation, plan de formation, site Web) afin de faciliter la diffusion initiale de l'Algo en 2013 ainsi que son appropriation auprès des intervenants œuvrant dans les services de soutien à domicile (SAD) québécois. [4]
- Malgré tous ces efforts d'AC, 52% des ergothérapeutes sondés en 2015 ne connaissaient pas l'Algo. [5]
- La **méconnaissance des caractéristiques** influençant l'adoption de l'Algo nuit au déploiement de stratégies d'AC adaptées aux destinataires et au contexte d'implantation.

Objectif

Déterminer les caractéristiques décrivant le processus d'AC associées à l'adoption de l'Algo dans les services SAD du Québec.

Références

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81, 237-246.
- Parry, D., Salsberg, J. et Macaulay, A.C. (s.d.). Guide sur la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances dans la recherche en santé. Instituts de recherche en santé du Canada. Repéré au <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/44954.html>
- Kothari, A. et Wathen, C.N. (2013). A critical second look at integrated knowledge translation. *Health Policy*, 109(2), 187-191.
- Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment: new challenges for occupational therapy collaboration. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(3), 263-271.
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D. et Guay, M. Algo : a portrait of its adoption in Quebec homecare systems. Présentation par affiche au *Canadian Knowledge Mobilization Forum* 2016. 28-29 juin 2016. Toronto, Canada.
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.
- Harvey, G. et Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare – A facilitation guide*. New York: Routledge.
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M. et Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, 88(4), 500-559.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. et Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of context. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104.
- Schultz, T.J. et Kitson, A.L. (2010). Measuring the context of care in an Australian acute care hospital: nurse survey. *Implementation Science*, 5, 60.

Méthode

- Collecte de données:** Sondage électronique composé de 20 questions (échelles catégorique et ordinale) portant sur:
 - le **niveau d'adoption de l'Algo**: (1) réception, (2) cognition, (3) référence, (4) effort, (5) adoption, (6) implantation et (7) impact [6]
 - les **caractéristiques relatives au processus d'AC** selon le modèle opérationnel *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* [7]
- Échantillonnage de convenance: sondage électronique envoyé aux ergothérapeutes œuvrant dans les SAD québécois (n = 787) en collaboration avec l'Ordre des ergothérapeutes du Québec
- Analyse des données:** Analyses corrélationnelles de Pearson ($p \leq 0,15$)
- Approbation éthique obtenue (MP-22-2016-532) auprès du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

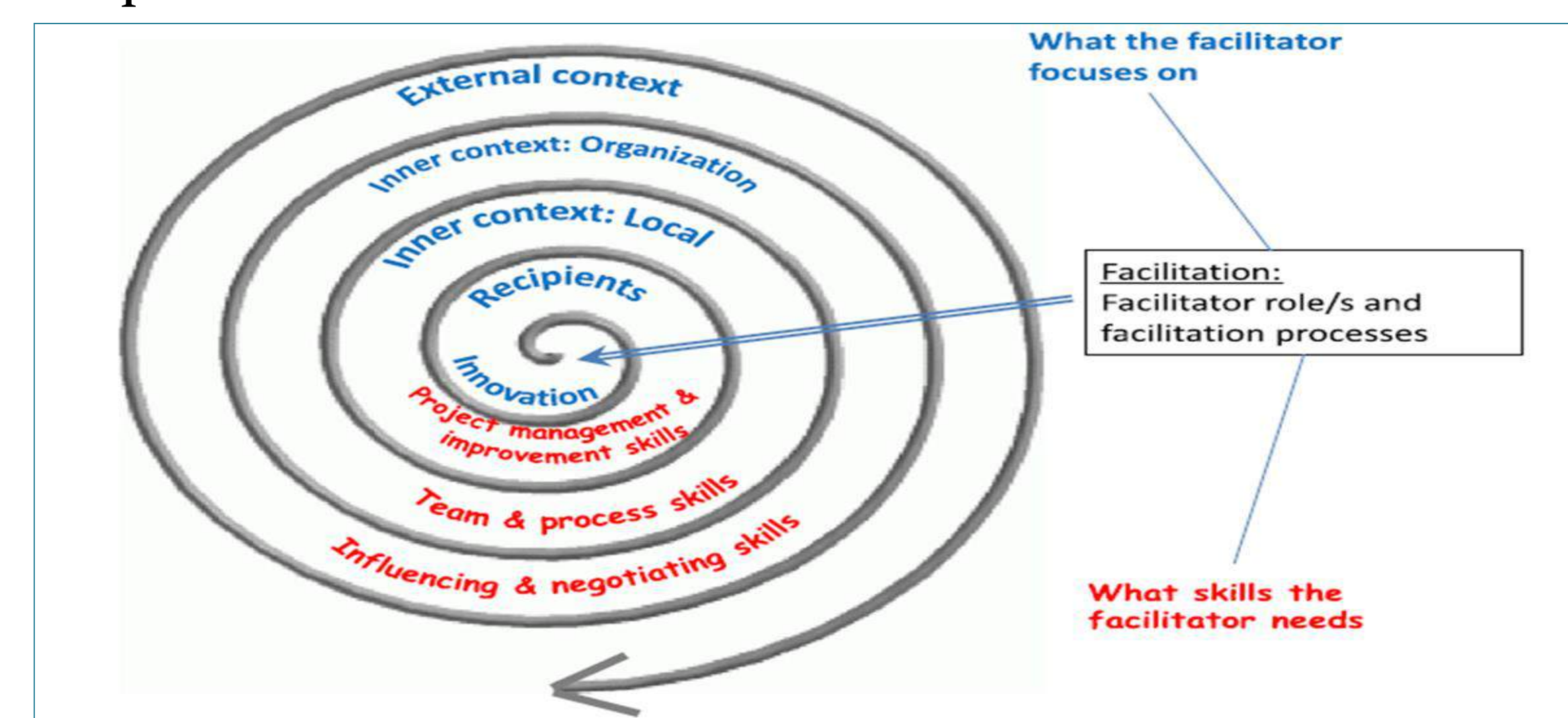


Figure 1: Schématisation du modèle opérationnel i-PARIHS [7]

Résultats

- Parmi les 470 ergothérapeutes rejoints par courriel, 125 des 187 ergothérapeutes ayant initié le sondage électronique ont complété ce dernier (27%).
- Seules deux caractéristiques sont associées à l'adoption de l'Algo:
 - l'avantage relatif de l'Algo sur les autres connaissances et
 - la valorisation des connaissances scientifiques

Conclusion

- Bien que les variables influençant le processus d'AC soient bien documentées théoriquement avec les nombreux cadres conceptuels du domaine, peu d'entre elles semblent influencer dans cette perspective l'adoption d'une connaissance, comme dans ce cas-ci avec l'Algo en ergothérapie.
- Les caractéristiques relatives au contexte sont reconnues pour influencer considérablement l'issue de l'adoption d'une connaissance. [8-9] Toutefois, tel qu'observé dans d'autres écrits en AC, le fait que ces caractéristiques aient été mesurées à une échelle individuelle (c.-à-d. auprès des ergothérapeutes) pourrait expliquer en partie l'absence d'association avec le niveau d'adoption de l'Algo. [10] Des mesures plus détaillées au regard du contexte et des membres qui le composent devront être considérées pour leur documentation ultérieure.
- Ces résultats illustrent la complexité du processus d'AC et l'importance de poursuivre des études sur la manière dont ces composantes influencent ce processus.

Tableau 1: Associations entre le niveau d'adoption de l'Algo et les caractéristiques du modèle opérationnel i-PARIHS

Caractéristiques	Coefficient de Pearson	Valeur p
Caractéristiques de la connaissance (Algo)		
Design de la connaissance		
- Algo	0,10	0,50
- Documents relatifs à l'Algo (ex. guide d'utilisation)	0,15	0,29
Source de l'intervention	0,16	0,26
Avantage relatif de la connaissance	0,22*	0,01
Connaissances valorisées		
- Scientifiques	0,28*	0,01
- Cliniques	-0,09	0,30
- Opinions locales	-0,03	0,74
Expérience du patient	0,08	0,40
Caractéristiques du contexte (services SAD du Québec)		
Évaluation des changements de pratique	0,01	0,93
Culture professionnelle du milieu	0,03	0,78
Leadership des intervenants	0,11	0,23
Réceptivité à la connaissance	0,08	0,40
Cosmopolitanisme	0,06	0,52
Influence des pairs	-0,01	0,91
Influence des politiques	0,14	0,13
Caractéristiques des destinataires (ergothérapeutes)		
Expérience clinique des professionnels	0,02	0,86
Expérience clinique des professionnels en SAD	0,16	0,08



Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC): adaptation transculturelle d'un nouvel outil francophone

Ruest, M.¹, Thomas, A.^{2,3}, Desrosiers, J.^{4,5} et Guay, M.^{4,5}

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke, ²École de physiothérapie et d'ergothérapie, Faculté de médecine – Université de McGill, ³Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, ⁴École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke, ⁵Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke



INTRODUCTION

- Puisque les caractéristiques organisationnelles influencent l'adoption de nouvelles connaissances [1-2], les échecs d'implantation d'un changement organisationnel peuvent survenir notamment lorsque le niveau de réceptivité du milieu n'est pas établi initialement [1,3].
- Différents outils existent pour mesurer des concepts apparentés à la réceptivité organisationnelle, mais aucun n'est disponible en français dans un contexte de soins et de services en santé.
- L'*Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC)* à 12 items mesure cette variable selon deux axes :
1) engagement et
2) efficacité des membres de l'organisation face au changement.
- L'*ORIC*, ayant des qualités métrologiques acceptables [4], est seulement disponible en langue anglaise.

OBJECTIF

Réaliser une adaptation transculturelle de l'*ORIC* en français dans le domaine de la santé.

MÉTHODES

- Un processus d'adaptation transculturelle fut réalisé avec l'*ORIC* à partir des écrits de Beaton (Figure 1) [5].
- Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie (MP-22-2016-532).

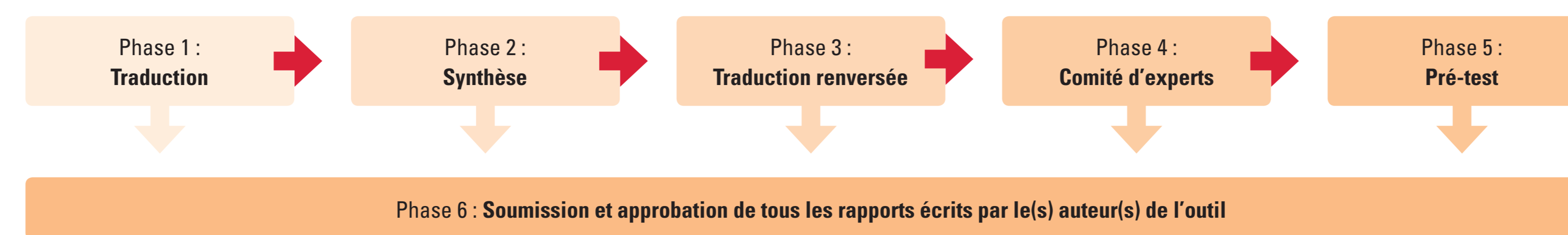


Figure 1 : Processus d'adaptation transculturelle selon Beaton (2000) [5]

RÉSULTATS

Phases 1 et 2: Traduction et synthèse

- Vingt divergences entre les traducteurs furent identifiées lors de la synthèse des deux versions traduites en français.

Phase 3: Traduction renversée

- La traduction renversée de la version française issue de la phase 2 a permis d'identifier 25 divergences, dont 11 divergences communes aux deux traducteurs par rapport à la version originale de l'*ORIC*.
- Les divergences identifiées lors des phases 1 à 3 ont principalement soulevé des questions d'équivalence sur le plan sémantique et technique [6].

Phase 4: Comité d'experts

- La révision des 12 items traduits lors des phases 1 et 3 fut réalisée auprès de quatre experts issus de différents domaines (changement organisationnel, développement d'outils de mesure, recherche dans le domaine de la santé et traduction).
- Suivant les échanges avec l'auteur principal de l'outil (Phase 6), les experts ont convenu d'une formulation pour le titre de l'*ORIC* et pour les 20 divergences de traduction des phases 1 et 2.

Phase 5: Pré-test

- La version pré-finale fut pré-testée avec deux questionnaires et sept professionnels de la santé du Québec œuvrant en soutien à domicile (SAD).
- Cette phase a mené à l'ajout d'une précision au regard des personnes incluses dans l'expression « Les personnes qui travaillent ici [...] » utilisée au début de chaque item.

Phase 6: Soumission et approbation de tous les rapports écrits par les auteurs de l'outil

- Les échanges avec deux des auteurs de l'outil ont permis de préciser la formulation de trois termes (*people*, *momentum* et *politics*).
- Cette phase a aussi mené au retrait de deux des 12 items initiaux afin de mener à l'outil Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement (ROIC [tableau 1]).

Tableau 1 : Version française de l'*ORIC* : Réceptivité organisationnelle à l'implantation d'un changement (ROIC)

	1	2	3	4	5
	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord
1. Les personnes qui travaillent ici s'engagent à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
2. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir suivre l'avancement de la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
3. Les personnes qui travaillent ici feront tout ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
4. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes que l'organisation peut les soutenir en cours d'adaptation au changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
5. Les personnes qui travaillent ici veulent implanter un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
6. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir relever d'éventuels défis liés à la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
7. Les personnes qui travaillent ici sont déterminées à implanter un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
8. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir coordonner les tâches afin que la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique se passe bien.					1 2 3 4 5
9. Les personnes qui travaillent ici sont motivées à implanter un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5
10. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir gérer les enjeux de pouvoir et de reconnaissance au sein du groupe durant la mise en œuvre d'un changement de pratique clinique.					1 2 3 4 5

DISCUSSION

- Un nouvel outil (ROIC), documentant la réceptivité d'une organisation à l'implantation potentielle d'une innovation, est maintenant disponible en français. Dans le cadre de son utilisation future, ses qualités métrologiques devront être étudiées.
- Malgré le fait que la taille d'échantillon utilisée pour le pré-test soit inférieure à celle proposée par Beaton (n= 30 à 40) [5], cette étape a permis d'obtenir un niveau de saturation apparent au regard des changements à apporter, d'autant plus que les principes de l'approche « *Think aloud* » [7] furent considérés.
- Avec 10 items, le ROIC permettra de soutenir les professionnels de la santé et les organisations francophones dans la planification et la mise en œuvre d'une innovation en leur permettant de documenter cette caractéristique contextuelle.

Références

- [1] Gagnon, M.-P., Attieh, R., Ghandour, E.K., Légaré, F., Ouimet, M., Estabrooks, C.A. et Grimshaw, J. (2014). A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. *PLOSOne*, 9(12), e114338.
- [2] Cummings, G.G., Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Wallin, L. et Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing research*, 56(4 Suppl): S24-39.
- [3] Carlford, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P. et Andersson, A. (2010). Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice*, 11, 60.
- [4] Shea, C.M., Jacobs, S.R., Esserman, D.A., Bruce, K. et Weiner, B.J. (2014). Organizational readiness for implementing change: A psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*: 15, 7.
- [5] Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. et Bosi Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- [6] Massoubre, C., Lang, F., Jaeger, B., Julien, M. et Pellet, J. (2002). La traduction des questionnaires et des tests : techniques et problèmes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 61-67.
- [7] Arocha, J.F. et Patel, V.L. (2008). Methods in the study of clinical reasoning. In J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health profession* (3^e éd.) (p. 193-203). Philadelphia, PA: Elsevier.



Faculté de médecine et des sciences de la santé

Réceptivité organisationnelle au changement: étude pilote auprès des services de soutien à domicile québécois

Ruest, M.¹⁻², Léonard, G.²⁻³, Thomas, A.⁴⁻⁵, Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.²⁻³ et Guay, M.²⁻³

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke; ²Centre de recherche sur le vieillissement – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l’Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; ³École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke; ⁴École de physiothérapie et d’ergothérapie - Université McGill; ⁵Centre de recherche interdisciplinaire du Montréal métropolitain; ⁶Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal



Melanie.Ruest@USherbrooke.ca

Introduction

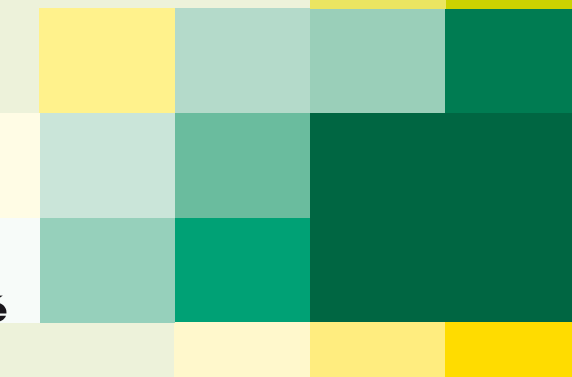
- Dans le cadre de l’étude du processus d’application des connaissances (AC) de l’Algo, algorithme clinique destiné aux intervenants non-ergothérapeutes œuvrant auprès des aînés, il s’est avéré que les caractéristiques contextuelles des services de soutien à domicile (SAD) québécois (ex. leadership) tendent à freiner son adoption [1].
- Or, parallèlement à ces caractéristiques, le niveau de réceptivité d’un milieu face à un changement est aussi un facteur important à documenter lors de l’implantation d’innovations [2-4] afin de guider les intervenants dans le déploiement de stratégies d’AC adaptées au contexte [2].
- Devant le peu d’outils valides et fidèles disponibles pour mesurer cette variable [2-3], le questionnaire Réceptivité organisationnelle à l’implantation d’un changement (ROIC), récemment traduit en français [5], permet de documenter cette variable auprès des organisations dans le domaine de la santé [6].

Objectif

Mesurer le niveau de réceptivité organisationnelle à l’implantation d’un changement dans les Centres intégrés [universitaires] de santé et de services sociaux québécois offrant du soutien à domicile aux aînés, selon la perspective des ergothérapeutes.

Références

- [1] Ruest, M. et Guay, M. Données non-publiées.
- [2] Weiner, B.J., Amick, H. et Lee, S.Y. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review*, 65, 379-436.
- [3] Gagnon, M.-P., Attieh, R., Ghandour, E.K., Légaré, F., Ouimet, M., Estabrooks, C.A. et Grimshaw, J. (2014). A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. *PLoSOne*, 9(12), e114338.
- [4] Carlford, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P. et Andersson, A. (2010). Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice*, 11, 60.
- [5] Ruest, M., Thomas, A., Desrosiers, J. et Guay, M. Données non-publiées.
- [6] Shea, C.M., Jacobs, S.R., Esserman, D.A., Bruce, K. et Weiner, B.J. (2014). Organizational readiness for implementing change: A psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*, 9, 7.
- [7] Helfrich, C.D., Li, Y.-F., Sharp, N.D. et Sales, A.E. (2009). Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARiHS) framework. *Implementation Science*, 4, 38.
- [8] Taxman, F.S., Henderson, C., Young, D. et Farrell, J. (2014). The impact of training interventions on organizational readiness to support innovations in juvenile justice offices. *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 177-188.
- [9] Weiner, B.J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4, 67.
- [10] Williams, I. (2011). Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature. *Health Services Management Research*, 24, 213-218.



Méthode

- Devis: étude descriptive
- Participants: ergothérapeutes œuvrant au sein des SAD québécois et concernés lors de l’implantation de l’Algo
- Stratégie d’échantillonnage: non probabiliste par convenance
- Collecte des données: envoi d’un sondage électronique en collaboration avec l’Ordre des ergothérapeutes du Québec
- Questionnaire : ROIC comprenant 10 items au regard de la perception (1) du niveau d’engagement (5 indicateurs) et (2) du niveau d’efficacité (5 indicateurs) des membres d’une organisation face au changement (tableau 1) [5-6]
- Analyse des données: statistiques descriptives

Tableau 1 : Réceptivité organisationnelle à l’implantation d’un changement (ROIC)

	1	2	3	4	5
	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord
1. Les personnes qui travaillent ici s’engagent à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
2. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir suivre l’avancement de la mise en œuvre d’un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
3. Les personnes qui travaillent ici feront tout ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
4. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes que l’organisation peut les soutenir en cours d’adaptation au changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
5. Les personnes qui travaillent ici veulent mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
6. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir relever d’éventuels défis liés à la mise en œuvre d’un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
7. Les personnes qui travaillent ici sont déterminées à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
8. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir coordonner les tâches afin que la mise en œuvre d’un changement de pratique clinique se passe bien.	1	2	3	4	5
9. Les personnes qui travaillent ici sont motivées à mettre en œuvre un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5
10. Les personnes qui travaillent ici sont confiantes de pouvoir gérer les enjeux de pouvoir et de reconnaissance au sein du groupe durant la mise en œuvre d’un changement de pratique clinique.	1	2	3	4	5

Résultats

- Cent-vingt-cinq (125) des 470 participants (26%) ont complété le ROIC.
- Sur le plan de l’engagement face au changement, la majorité des participants rapportent être ni d’accord ni en désaccord (entre 30 et 47%) ou plutôt d’accord avec les énoncés (29 et 54%) (figure 1).
- Sur le plan de l’efficacité face au changement, une majorité de participants expriment un accord (entre 22 et 54%) avec les énoncés. Toutefois, un désaccord est noté en ce qui a trait à la confiance des participants à l’égard des membres de l’organisation à les soutenir en cours d’adaptation (45%) et celle à pouvoir gérer les enjeux de pouvoir et de reconnaissance (34% [figure 2]).

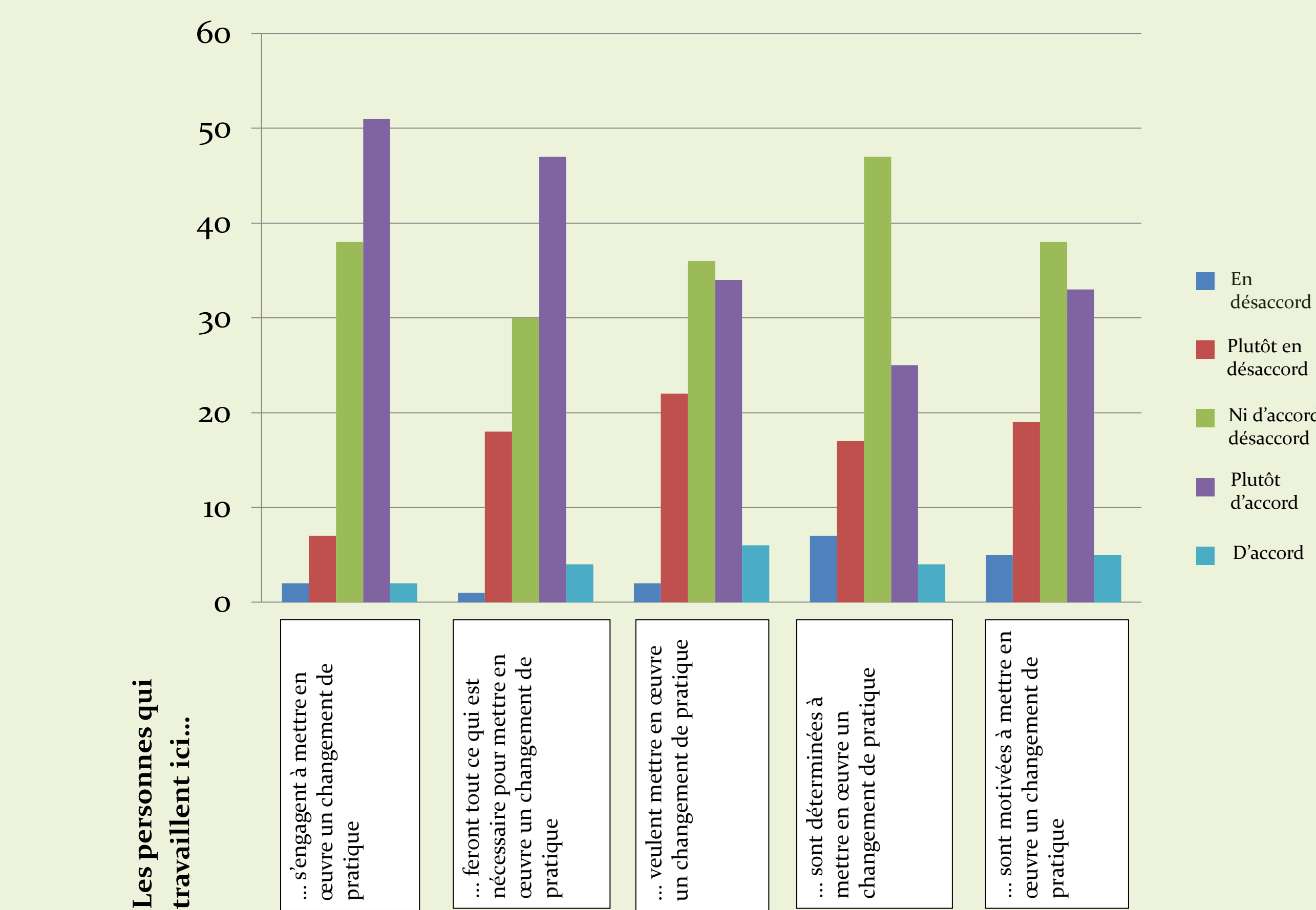


Figure 1: Perception des ergothérapeutes au regard de l’engagement des membres de l’organisation (SAD québécois) face au changement

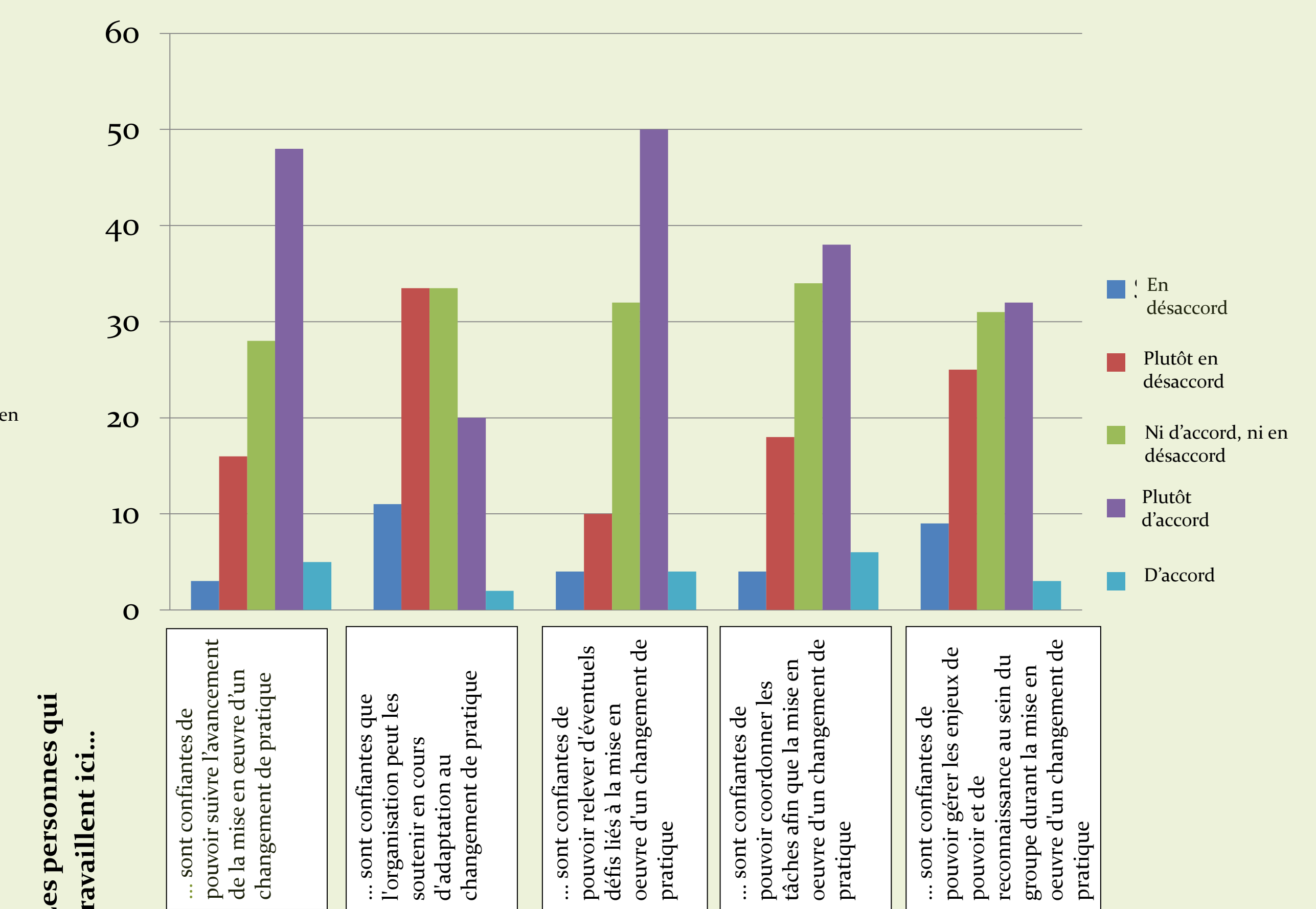


Figure 2: Perception des ergothérapeutes au regard de l’efficacité des membres de l’organisation (SAD québécois) face au changement

Discussion

- La réceptivité organisationnelle des SAD québécois face à l’implantation potentielle d’un changement apparaît actuellement mitigée selon la perspective des ergothérapeutes.
- Une plus grande part d’ergothérapeutes sondés exprime en moyenne un désaccord face aux indicateurs d’efficacité des SAD québécois, questionnant du coup la capacité des organisations à mobiliser leurs ressources lors de l’implantation d’une innovation [2].
- Considérant la nature intra-organisationnelle [7] et dynamique [8] du concept de la réceptivité, tout au long de l’implantation d’une innovation, les stratégies de facilitation préconisées à l’intention de l’Algo devront être adaptables à travers les différents SAD québécois.

Limites

- Le niveau de réceptivité documenté auprès des ergothérapeutes doit être interprété avec prudence, puisqu’il ne reflète pas la réceptivité des SAD québécois, tel que perçue par tous les membres de l’organisation (ex. gestionnaires et autres intervenants des SAD) [2; 9-10].
- La non-disponibilité des données sociodémographiques de la population étudiée ne permet pas de déterminer la représentativité de l’échantillon.

Retombées

- La mesure du niveau de réceptivité des SAD québécois consolide la description des caractéristiques contextuelles, de manière à guider l’identification de stratégies d’AC ultérieures adaptées à l’implantation de l’Algo.
- Ce portrait permettra de soutenir d’autres chercheurs et professionnels de la santé désirant implanter de nouvelles innovations dans les services offerts aux aînés.

Knowledge translation process of Algo in Quebec homecare services: Perspective of the occupational therapists

Ruest, M.^{1,2}, Léonard, G.^{2,3}, Thomas, A.^{4,5}, Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.³ et Guay, M.^{2,3}

¹Research programs in health sciences – Faculty of Medicine and Health Sciences (FMSS) – Université de Sherbrooke • ²Research Centre on Aging – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
³School of Rehabilitation, FMSS – Université de Sherbrooke • ⁴School of Physical & Occupational Therapy – Université McGill • ⁵Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal • ⁶School of Nursing – University of Victoria

Introduction

- Algo is a clinical algorithm designed to support occupational therapists (OTs) and non-OTs (e.g., health and social service auxiliaries) in the allocation of bathing assistive devices for older adults in Quebec homecare services (HCS) [1].
- Developed using an integrated knowledge translation (IKT) approach, Algo was initially released in 2013 and has since been disseminated through different diffusion and knowledge translation (KT) strategies to encourage its use in practice [2].
- Despite the KT strategies deployed, 52% of OTs surveyed in 2015 still do not receive information about Algo, and data collected thus far on Algo's KT process did not reveal any link to the theoretically recognized variables of the "integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services" (i-PARIHS) operational model [3-4].
- Algo's KT process is ongoing, but characteristics influencing its use according to Quebec OTs working in HCS remain unclear.

Objective

To document OTs' views about the utilization of Algo and the characteristics influencing its KT process in Quebec HCS.

Methods

Design

- Multiple-case study (n=6) with a concurrent nested mixed design [5-6]
- Case = OT department of a Support Program for the Autonomy of Seniors (SAPA) in a *Centre intégré [universitaire] de santé et services sociaux* (CI[U]SSS) of Quebec

Variables

- Level of utilization of Algo according to the Knott and Wildavsky's 7-stage classification ([7] Figure 1)
- Characteristics of Algo's KT process according to the i-PARIHS operational model [4]
 - Algo (or the protocol currently in use, if any [*Innovation* - 8 variables])
 - Professional attributes (*Recipients* – 12 variables)
 - HCS, CI[U]SSS and external characteristics (*Context*: a. *Local* – 7 variables; b. *Organizational* – 9 variables; c. *External* – 6 variables)
 - KT strategies used to learn about Algo and evidence-based knowledge (*Facilitation* – 3 variables)

Data collection for each case

- Quantitative data: Electronic survey
 - Closed questions
 - Questions with 4- and 5-point Likert-type scales
- Qualitative data: Semi-structured interviews and focus groups
 - Open-ended questions

Analysis

- Quantitative data: Descriptive statistics
- Qualitative data: Thematic analysis
- Integration of quantitative and qualitative data: Mixed methods matrix

Results

Preliminary analysis of three cases, indicative of three different levels of utilization (stages 2, 3 and 7 [Figure 2]), based on the i-PARIHS operational model (Table 1)

Table 1: Characteristics of Algo's KT process in HCS

i-PARIHS components	Variables ¹	Preliminary findings
<i>Innovation</i>	<i>Underlying knowledge sources of Algo</i>	Use of an IKT approach to facilitate the initiation of its utilization <ul style="list-style-type: none"> Stages 1 to 4: Reception to Effort
	<i>Clarity</i> <i>Usability</i> <i>Degree of fit with existing practice</i>	3 constructs that are well acknowledged by the OTs across the different cases <ul style="list-style-type: none"> Divergent opinions regarding its <i>degree of fit</i> with professional values
	<i>Relative advantage</i>	Optimizing services to patients (i.e., reducing delay of attribution bathing assistive devices)
	<i>Recipients</i>	Skills and knowledge of non-OTs Level of confidence of OTs towards non-OTs <i>Presence of boundaries</i>
<i>Context</i>	<i>Collaboration and teamwork</i> (skill mix procedures)	Constructs to consider previously to the initiation of its utilization, during its adoption and to sustain its implementation
	Patient preferences	Information informally and non-systematically gathered by OTs and non-OTs about the use of Algo
	<i>Mechanisms for embedding change</i> <i>Evaluation and feedback processes</i>	2 non-defined processes in HCS to support informal and formal leaders in KT
	<i>Policy drivers and priorities</i>	Algo is aligned with them by aiming to decrease the wait time for healthcare services
<i>Facilitation</i>	<i>Incentives and mandates</i>	Inconsistency with valuing skill mix about: <ul style="list-style-type: none"> Mode of accountability of non-OTs Supervision of non-OTs by OTs
	<i>Regulatory frameworks</i>	Increasing complexity of patient profiles targeted by HCS: Important barrier to a sustainable utilization of Algo (designed for non-complex cases)
	Initial KT strategies used to diffuse Algo in HCS (e.g., scientific and professional publications): Support for OTs to reach the initial stages of utilization (1 to 3) HCS with contextual and individual barriers: Current KT strategies are insufficient to accompany OTs in the collective stages of utilization (4, 5 and 6)	

¹The variables in italics refer specifically to the constructs of the i-PARIHS operational model.

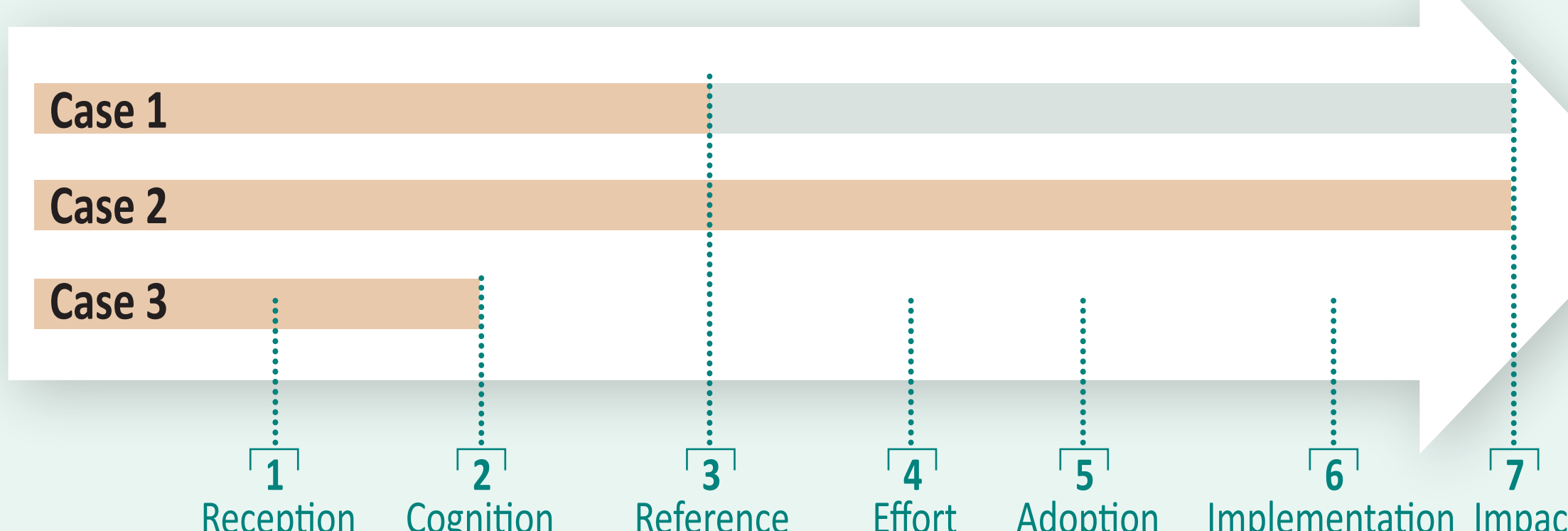


Figure 2: Stages of utilization for the first three cases

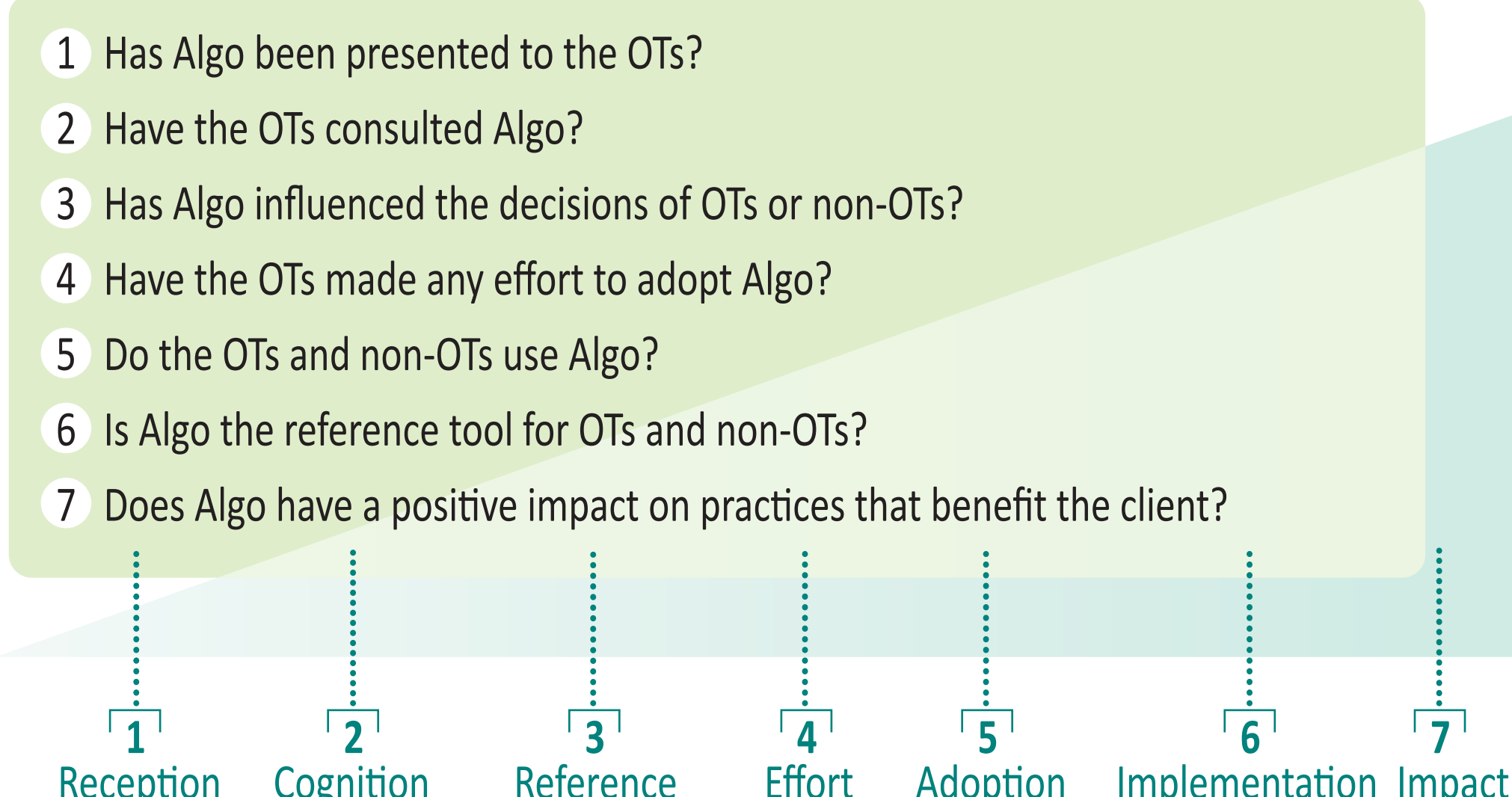


Figure 1: Knott and Wildavsky's classification [7]

Discussion

- Algo's utilization across Quebec HCS seems to vary according to the characteristics of the *Recipients* and the *Context* components of the i-PARIHS operational model.
- OTs recognize Algo's features (*Innovation*) as facilitators to initiate its utilization, but they are insufficient to overcome the individual and contextual barriers to intermediate and advanced stages of utilization.
- Findings consistent with Rycroft-Malone et al. (2004): Evidence-based characteristics of knowledge are but a part of the variables explaining the KT issues [8].
- An adjustment to the KT strategies will be required to support future utilization of Algo, especially regarding:
 - The skill mix challenges related to its adoption
 - The new settings corresponding to the patient profiles targeted by the algorithm.

References

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. & Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246.
- Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. & Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment: new challenges for occupational therapy collaboration. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(3), 263-271.
- Ruest, M. et al. Données non-publiées.
- Harvey, G. & Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare – A facilitation guide*. New York, USA: Routledge.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Designs and methods* (Applied social research methods) (5^e éd.). California, USA: SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Knott, J. & Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 81-90.



Étude de l'utilisation de l'Algo au Québec : apports des différentes perspectives professionnelles et de celle du patient

Ruest, M.^{1,2}, Léonard, G.^{2,3}, Thomas, A.^{4,5},
Contandriopoulos, D.⁶, Desrosiers, J.³ et Guay, M.^{2,3}

¹Programmes recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) – Université de Sherbrooke

²Centre de recherche sur le vieillissement – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

³École de réadaptation, FMSS – Université de Sherbrooke

⁴École de physiothérapie et d'ergothérapie – Université McGill

⁵Centre de recherche interdisciplinaire du Montréal métropolitain

⁶École des sciences infirmières – Université de Victoria

Introduction

• Développé à l'aide d'une démarche d'application des connaissances intégrée (ACI), l'Algo est un algorithme décisionnel soutenant les intervenants non-ergothérapeutes (ex.: auxiliaires de santé et de services sociaux) lors de l'attribution d'équipements (ex.: sièges de bain) aux soins d'hygiène des aînés vivant à domicile [1-2].

• Depuis la diffusion de l'Algo (2013), l'identification des caractéristiques influençant son utilisation a été amorcée auprès des ergothérapeutes œuvrant au sein des services de soutien à domicile (SAD) du Québec [3].

• Cependant, les perspectives de tous les acteurs interpellés par l'utilisation de l'Algo doivent être considérées pour soutenir et perfectionner les stratégies d'application des connaissances (AC) déployées.

Objectif

Documenter les perspectives des acteurs du réseau de la santé québécois impliqués dans le processus d'AC relatif à l'Algo.

Méthodes

Devis de recherche

- Étude de cas multiples (n=6) avec un devis mixte concomitant niché [4-5]
- Cas = service d'ergothérapie d'un service SAD, au sein d'un programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) d'un Centre intégré [universitaire] de santé et services sociaux (CI[U]SSS)
- Chaque cas est composé des acteurs interpellés par la visée de l'Algo : utilisateur(s) (ex.: auxiliaires, techniciens en assistance sociale) de l'Algo, ergothérapeute(s) et gestionnaire(s).

Variables

- Niveau d'utilisation de l'Algo selon la classification de Knott et Wildavsky (Figure 1 [6])

- 1 Est-ce que l'Algo a été présenté aux ergothérapeutes?
- 2 Est-ce que les ergothérapeutes ont consulté l'Algo?
- 3 Est-ce que l'Algo a influencé les décisions des ergothérapeutes ou des intervenants non-ergothérapeutes?
- 4 Est-ce que les ergothérapeutes ont déployé des efforts pour adopter l'Algo?
- 5 Est-ce que les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes utilisent l'Algo?
- 6 Est-ce que l'Algo est l'outil de référence pour les intervenants non-ergothérapeutes?
- 7 Est-ce que l'Algo a un impact positif sur les pratiques au bénéfice du client?

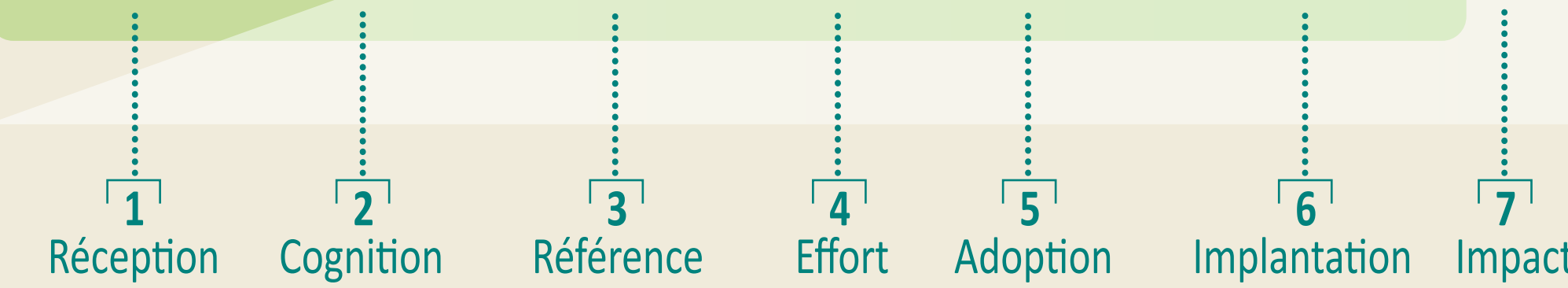


Figure 1 : Stades d'utilisation d'une connaissance selon Knott et Wildavsky [6]

Résultats

- Analyse préliminaire de trois cas, référant à trois niveaux d'utilisation (stades 2, 3 et 7; Tableau 1)

- Départage des perspectives des acteurs impliqués en fonction du modèle i-PARIHS (Figure 2)

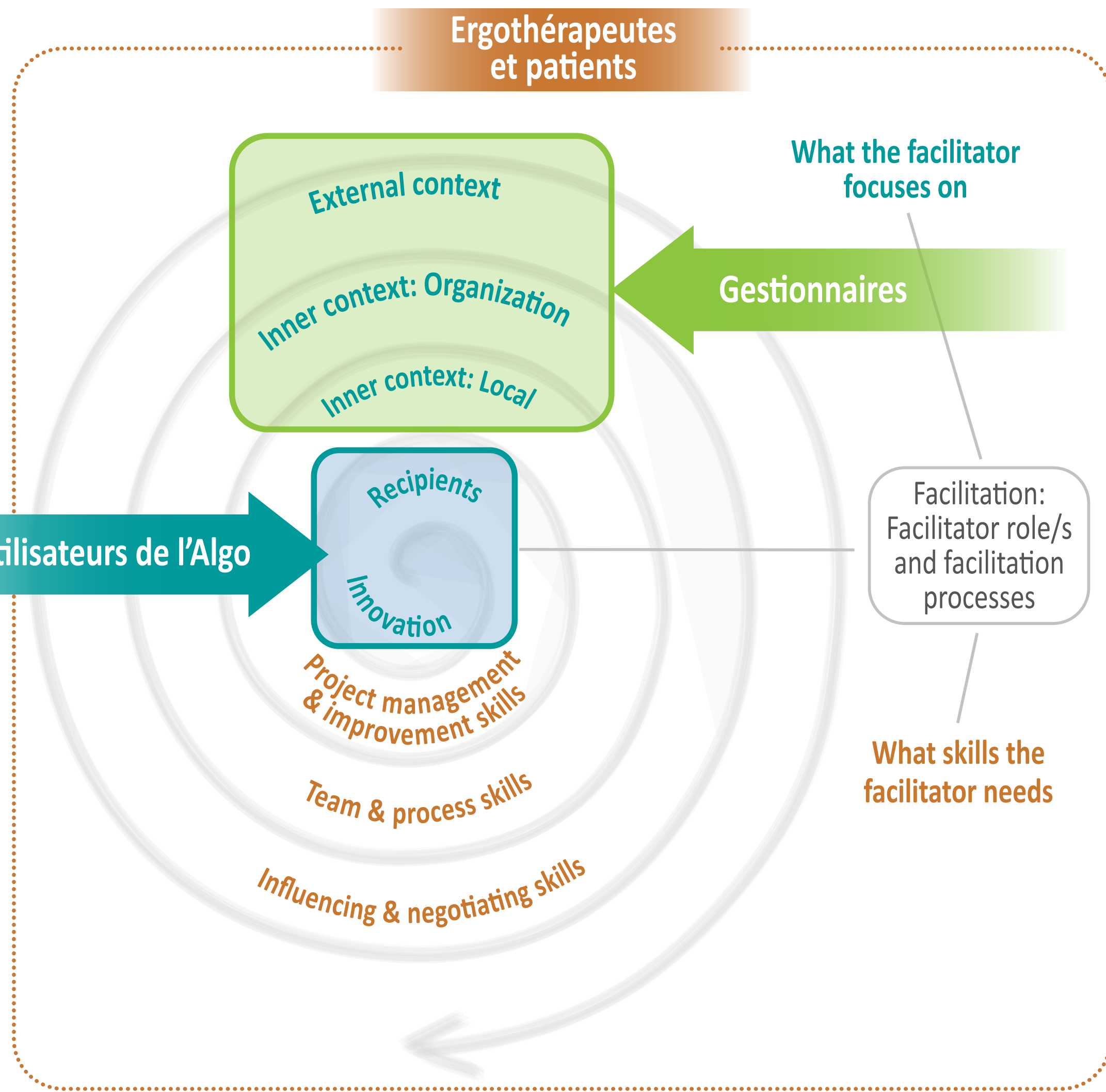


Figure 2 : Modèle opérationnel integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS) [7]

- Caractéristiques du processus d'AC définies par le modèle opérationnel integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS) [7] :

- 1 Algo (ou autre algorithme [Innovation – 8 variables])
- 2 Caractéristiques des acteurs impliqués (Recipients – 12 variables)
- 3 Services SAD, SAPA, CI[U]SSS et réseau de la santé (Context : a. Local – 7 variables; b. Organizational – 9 variables et c. External – 6 variables)

Collecte de données pour chaque cas

- 1 Données quantitatives (sondage électronique)
 - Questions fermées
 - Questions avec des échelles de Likert à 4 ou 5 points
- 2 Données qualitatives (entrevues semi-dirigées et groupe de discussion)
 - Questions ouvertes

Analyse des données

- 1 Données quantitatives : statistiques descriptives
- 2 Données qualitatives : analyses thématiques
- 3 Intégration des données: matrice de méthodes mixtes pour chaque cas

Patient collaborateur

Membre de l'équipe de recherche, le patient collaborateur apporte sa perspective du bénéficiaire de soins lors de l'analyse des données.

Tableau 1 : Perspectives des acteurs impliqués dans le processus d'AC de l'Algo au sein des services SAD québécois

Composantes i-PARIHS Variables ²	Constats	Acteurs concernés dans le processus d'AC de l'Algo		
		Utilisateurs de l'Algo (INE)	Ergothérapeutes (E)	Gestionnaires (G)
INNOVATION				
<i>Avantage relatif</i>	Vision commune de la valeur ajoutée de l'Algo: diminution du délai de prestation de services au patient	« Le patient ça aurait été plus vite. [...] on sentait qu'on apportait quelque chose, mais là on a senti que non il n'y avait pas de gain... » (INE, Cas No. 1)	« Est-ce que c'est préférable qu'elle ait un équipement qui est peut-être pas le même que celui que j'aurais recommandé, mais ça fonctionne, c'est sécuritaire. Donc, elle a le service plus tôt. » (E, Cas No. 1)	
DESTINATAIRES				
<i>Habilités et connaissances</i>	Variation du niveau de confiance et du support obtenu par les intervenants non-ergothérapeutes lors de l'utilisation de l'Algo	« Moi tant qu'à pas en faire sur une base régulière, j'aime autant pas en faire là... » (INE, Cas No. 1)	« Le côté responsabilités que ça leur amenait, ils n'aimaient pas ça. [...] il y en a même une qui a dit : « Je préfère vous le laisser... [...] J'ai dit : « Oui, mais pourtant, je te fais parfaitement confiance... » (E, Cas No. 1)	
<i>Ressources, temps et support</i>		« J'ai été très bien formée et j'ai pu avoir la chance d'aller une semaine avec une autre auxiliaire-conseil d'un autre CLSC [...]. Puis, j'ai eu la formation et j'ai vraiment eu l'aide, le soutien des ergothérapeutes ici [...] » (INE, Cas No. 3)	« Ce sont des auxiliaires et auxiliaires-conseils de grande expérience [...] Je suis [...] en contact avec d'autres milieux. Je constate qu'on n'a pas les mêmes relations avec les intervenants. Ce ne sont pas des gens d'autant d'expérience et ils n'ont pas la même formation non plus. [...] Je mesure à quel point on est privilégiés. » (E, Cas No. 3)	
<i>Présence de frontières</i>	Frontières dans la collaboration entre les ergothérapeutes et les utilisateurs potentiels de l'Algo	« On aurait de quoi à offrir. Souvent, ils nous disent « Vous êtes nos yeux, nos oreilles, nos ci, nos ça », mais on a... on sent jamais qu'on peut apporter. [...] » (INE, Cas No. 1)	« Je vais le dire comme je l'ai senti, protection de chasse gardée. Là, on ne commencera pas à leur déléguer toutes les affaires [...] » (E, Cas No. 3)	
CONTEXTE LOCAL ET ORGANISATIONNEL				
<i>Leadership Mécanismes pour intégrer le changement</i>	Difficultés à initier et maintenir des mécanismes pour intégrer le changement et évaluer son implantation		« En fait, dans l'état actuel, il y a un certain désabusement. [...] Je ne suis pas sûre que ce soit un temps de leadership extrême. Pas mal tout le monde est en état de survie. » (E, Cas No. 3)	« [...] un mandat par-dessus un autre, par-dessus un autre, effectivement à un moment donné, ça devient dur d'assurer une pérennité à quelque part. » (G, Cas No. 1)
<i>Culture</i>	Reconnaissance de la valeur du chevauchement des compétences et de ses balises			« Je pense que la collaboration inter, même si elle est bonne ici, on doit toujours se réaffirmer nos règles de communication. Ça, je pense que ça peut être une bonne base pour le chevauchement, parce que c'est fragile [...] » (G, Cas No. 3)
EXTERNE				
<i>Incitations et mandats</i>	Incohérence entre les mandats reçus, le soutien au chevauchement des compétences et les soins aux patients		« Moi, je le trouve très bien fait et tout ça. C'est juste que je sentais que lors de cette présentation-là, l'enjeu n'était peut-être pas de rendre autonomes les gens, mais d'essayer de régler des dossiers le plus rapidement possible. » (E, Cas No. 2)	« Il y a comme deux messages complètement différents dépendamment c'est qui. Mais au départ, l'approche et la vision qu'on a au niveau de la gestion, c'est vraiment de voir qu'il y ait une fluidité, une cohérence, mais qu'il y ait une performance aussi. » (G, Cas No. 2)
<i>Cadres réglementaires</i>	Impact des réglementations sur le profil de clientèle desservies et l'utilité de l'Algo : changement de contexte d'application à prévoir			« En fait, c'est toute la contradiction [...], le mode de reddition de comptes par rapport à l'hygiène, par rapport à l'octroi d'aide et tout ça, vient presque à l'encontre [du chevauchement des compétences]. [...] J'ai une reddition de comptes à l'acte, et non aux logiques de l'acte. [L'ASSS] doit faire un nombre, pas la qualité. » (G, Cas No. 3)
				« Ça évolue vraiment à vitesse grand V pour bien des choses. Je [...] On nommait tantôt les dossiers beaucoup plus complexes, beaucoup plus demandants. Effectivement, il y a une espèce de virage qui est en train de se faire [...] » (G, Cas No. 1)

²Les variables en italique réfèrent aux concepts issus du modèle i-PARIHS

Points-clés

- Bien que tous les acteurs impliqués dans le processus d'AC de l'Algo contribuent à documenter l'ensemble des variables du modèle i-PARIHS :
 - la perspective des **utilisateurs de l'Algo** informe particulièrement les concepts liés à la connaissance (*Innovation*) et aux destinataires (*Recipients*);
 - le point de vue des **gestionnaires** détaille davantage les différents paliers (c.-à-d. local, organisationnel et externe) du contexte (*Context*);
 - les **ergothérapeutes** et le **patient collaborateur** apportent une perspective holistique sur le processus, respectivement de par leur rôle de superviseur dans l'utilisation de l'Algo et leur expérience de soins (Figure 2).

Discussion

- La considération des perspectives relatives à tous les intervenants concernés par le processus d'AC de l'Algo permet de dresser un portrait contextualisé des enjeux liés à son utilisation.
- Bien que le patient collaborateur n'ait pas vécu la passation de l'Algo, son expérience de bénéficiaire de soins permet de corroborer ou de nuancer la portée des variables ciblées sur l'utilisation de cette connaissance.
- Un nombre croissant d'études illustre l'apport de tous les acteurs-clés impliqués dans le processus d'AC afin de soutenir la compréhension mutuelle de leurs mandats respectifs [8-10].
- L'analyse des caractéristiques du processus d'AC et leurs interrelations permettra d'identifier les facteurs entravant l'utilisation de l'Algo dans les services SAD du Québec.

References

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. & Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246.
- Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. & Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment: new challenges for occupational therapy collaboration. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 46(3), 263-271.
- Ruest, M. et al. Données non-publiées.
- Yin, R.K. (2013). *Case study research: Designs and methods* (Applied social research methods). (5^e éd.). Californie, États-Unis: SAGE Publications.
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Knott, J. et Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.
- Harvey, G. et Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare – A facilitation guide*. New York: Routledge.
- Deas, L., Mattu, L. et Grich, W. (2013). Intelligent policy making? Key actors' perspectives on the development and implementation of an early years' initiative in Scotland's public health arena. *Social Science & Medicine*, 96, 1-8.
- Munce, S.E.P., Graham, I.D., Salbach, N.M., Jaglal, S.B., Richards, C.L., Eng, J.J., ... Bayley, M.T. (2017). Perspectives of health care professionals on the facilitators and barriers to the implementation of a stroke rehabilitation guidelines cluster randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 17, 440.
- van der Graaf, P., Forrest, L.F., Adams, J., Shucksmith, J. et White, M. (2017). How do public health professionals view and engage with research? A qualitative interview study and stakeholder workshop engaging public health professionals and researchers. *BMC Public Health*, 17, 892.

