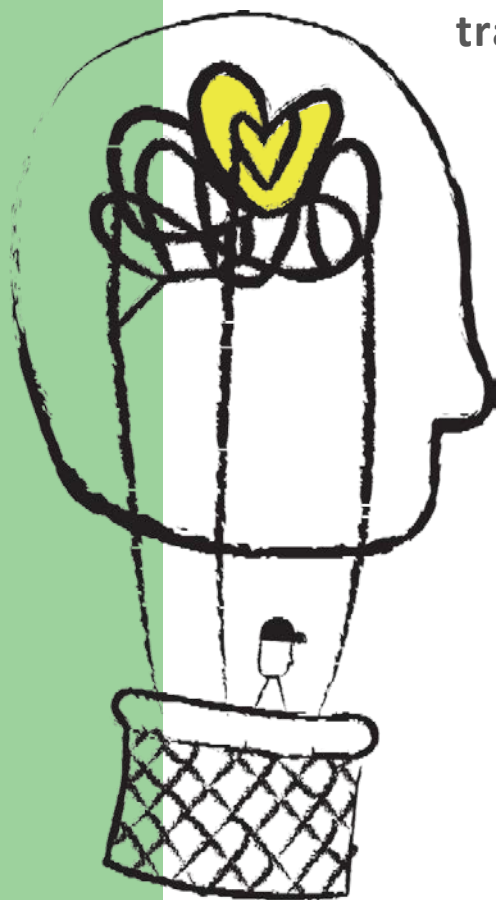




Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

**Évaluation de la démarche
Optimiser les pratiques, les usages,
les soins et les services –
antipsychotiques (OPUS-AP) :
potentiel de sa démarche
d'implantation et de sa structure
de gouverne et soutien pour
transformer les pratiques cliniques
en CHSLD**



Rapport d'évaluation déposé au
Ministère de la santé et des services
sociaux (MSSS)

Sous la direction de : Julie Lane Ph. D., M.A.,
Professeure spécialisée en transfert des
connaissances et implantation de programmes
probants et Directrice du Centre RBC
d'expertise universitaire en santé mentale

30 juin 2020



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Remerciements

Les personnes ayant contribué à la réalisation de la démarche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques (OPUS-AP) et de son évaluation sont nombreuses. Nous souhaitons particulièrement remercier les membres du comité de la Faculté pour leur contribution au présent rapport ainsi que l'ensemble des répondants à l'évaluation pour leur intérêt, disponibilité et générosité.

Ce projet d'évaluation a été financé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS).

Liste des auteurs du rapport et membres de l'équipe de recherche

Noms	Titre et organisations
Julie Lane, Ph.D	Professeure adjointe spécialisée en transfert des connaissances et implantation de programmes probants et Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke (UdS)
Luiza Maria Manceau, M. Sc.	Professionnelle de recherche, Faculté d'éducation, UdS
Marie Massuard, M. Antrop.	Professionnelle de recherche, Faculté d'éducation, UdS
Benoit Cossette, B.Pharm, Ph.D	Professeur adjoint, Faculté de médecine et des sciences de la santé, UdS et Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Yves Couturier, Ph.D	Professeur titulaire, Département de travail social, UdS
Chantal Viscogliosi, Ph.D	Professeure adjointe, Département d'ergothérapie, École de réadaptation, UdS
Véronique Déry, m.d., M. Sc	Professeure agrée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, UdS et Cheffe scientifique à la qualité à l'Institut national de santé publique du Québec
Patricia Gauthier, M. Admin., FCPA, FCGA	Au cours de l'évaluation - Présidente directrice générale, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Jacques Ricard, m.d., M. Admin.	Coordonnateur provincial de la démarche OPUS-AP

Approbation du comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS :

MP-31-2019-3210

Résumé

La prescription inappropriée de médicaments chez des aînés qui résident dans un centre de soins longue durée est récurrente et problématique dans de nombreux pays. Les données québécoises font état du taux le plus élevé de prescriptions d'antipsychotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Canada. En 2017, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) qui prodiguent des soins de longue durée ont convenu d'implanter une démarche collaborative intégrée pour améliorer cette situation. Cette démarche, Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques (OPUS-AP), a été conçue et implantée en collaboration avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et des experts québécois des quatre réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS).

L'implantation de la démarche OPUS-AP se déroule en trois phases et concerne l'ensemble des CHSLD du Québec. Les deux premières phases ont fait l'objet d'une évaluation des effets de l'intervention. Une déprescription (diminution ou cessation d'antipsychotiques) a été observée chez 85,5 % des résidents pour qui elle a été tentée en phase I et chez 77 % des résidents en phase II et cela sans ajout de médication de substitution ni de détérioration des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Le fait que la déprescription d'antipsychotiques ait été tentée chez 47 % des résidents en phase II comparativement à 64 % en phase I soulève des préoccupations chez les chercheurs de l'évaluation.

Étant donné la nature et l'ampleur de la démarche OPUS-AP, plusieurs acteurs ont souhaité estimer le potentiel de cette démarche pour gérer et soutenir en partenariat et à vaste échelle la transformation de pratiques cliniques en CHSLD. La présente évaluation vise à documenter et analyser la démarche OPUS-AP, c'est-à-dire, le processus d'implantation, la structure de gouvernance et de soutien ainsi que la stratégie d'application des connaissances intégrées. La démarche OPUS-AP est ici analysée comme une innovation permettant de gérer et soutenir la transformation de pratiques de gestion et de pratiques cliniques et exigeant un changement significatif dans les opérations des organisations qui les adoptent. Des entrevues individuelles ont été menées auprès de 21 répondants. Une analyse de la stratégie d'application des connaissances a également été faite, en particulier en observant les activités de type séminaire dispensées sur une plateforme virtuelle.

Dans le cadre de la présente étude, l'approche préconisée pour analyser les résultats est inspirée de l'évaluation réaliste. Cette approche prend en considération l'évolution constante du contexte et cherche à comprendre ce qui fonctionne, pour qui et en quelles circonstances. Elle permet de comprendre la chaîne de causalité entre le contexte, les mécanismes et les effets perçus. Pour guider l'analyse, deux cadres de références complémentaires, issus de la science d'implantation, ont été retenus puisqu'ils conçoivent la mise en œuvre d'un changement dans des réalités complexes et dynamiques impliquant plusieurs acteurs liés à l'implantation

programmes probants. Le premier, *Knowledge to Action* (Straus, Tetroe et Graham, 2013), s'intéresse au processus d'application des connaissances. Le second cadre, Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damshroder et al., 2009), s'intéresse aux déterminants qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation.

La description de la démarche OPUS-AP permet de mettre en évidence l'étendue des actions mises en œuvre par les parties prenantes pour implanter et soutenir le changement de pratique. Le processus privilégié par les acteurs de la démarche s'inscrit généralement en cohérence avec les écrits dans le domaine de la science de l'implantation. On peut facilement reconnaître les efforts des acteurs OPUS-AP dans la mise en forme des connaissances, leur adaptation à la réalité du Québec et le monitoring de l'application des connaissances par la recherche et à travers les redditions de comptes régulières. Deux éléments ont toutefois représenté un défi plus important en cours d'implantation : l'adaptation aux connaissances, besoins et ressources à la disposition des équipes de soins en CHSLD et la mise en œuvre d'une stratégie de pérennisation.

Cinq déterminants centraux, qui regroupent plusieurs chaînes de causalité, sont identifiés comme ayant joué un rôle de déclencheur du mouvement qui a entraîné les effets tels que perçus par les répondants. Ces déterminants sont :

- Une démarche intégrée, collaborative et probante (création et utilisation de connaissances);
- Des communications et réseaux au service de la démarche OPUS-AP;
- L'engagement et l'implication des parties prenantes et ce, aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel;
- Un climat d'implantation favorable aux changements;
- Une stratégie d'application des connaissances intégrée porteuse.

Parmi les nombreux éléments qui contribuent au succès de la démarche, un des éléments majeurs est d'avoir privilégié une posture collaborative dès le démarrage et en cours d'implantation en adoptant une approche de proposition plutôt que d'imposition. La mise en place de la structure de gouverne a permis d'activer la mobilisation et la mise en réseau de représentants d'instances décisionnelles et d'acteurs scientifiques œuvrant dans les quatre RUISSS. La contribution de nombreux leaders et la grande qualité de ceux-ci pour mettre en œuvre la démarche ont largement contribué à rallier les acteurs du réseau autour de la vision collective et intégratrice d'OPUS-AP. De même, les acteurs nommés pour avoir un rôle formel dans la mise en œuvre d'OPUS-AP ont été perçus comme crédibles, disponibles et dignes de confiance. La qualité et la complémentarité de ces acteurs a favorisé l'agilité et l'efficacité de l'implantation.

L'intégration de la mesure dans le cadre du suivi de l'implantation et de la recherche constitue l'une des grandes forces d'OPUS-AP. En plus de permettre de mesurer les effets de l'implantation d'OPUS-AP, ceci a permis d'en apprécier les succès et de réaliser, en temps réel, les ajustements nécessaires au regard des processus de gestion et de prestation des soins ainsi que de l'amélioration de l'expérience des établissements. Malgré les défis associés à la mesure,

l'importance et l'utilité des données issues de la mesure ont été soulevées à maintes reprises (ex. faire état des progrès pour mobiliser les parties prenantes, réaliser des boucles de rétroactions).

Bien que les arrimages possibles entre les différentes initiatives en cours (ex. Plan Alzheimer, 21 Bonnes pratiques en CHSLD, Santé buccodentaire, etc.) gagneraient à être bonifiés, les acteurs mandatés pour la mise en œuvre d'OPUS-AP ont démontré leur agilité et leur efficacité dans la collaboration récente avec le Projet d'évaluation de la personnalisation des soins (PEPS).

D'autres éléments sont à prendre en considération afin que les changements de pratiques soient maintenus par les établissements et les équipes de soins et que la mise à l'échelle de l'implantation d'OPUS-AP à l'ensemble les CHSLD du Québec soit facilitée. Dans les mois à venir, il sera essentiel de soutenir l'engagement des équipes responsables de l'implantation d'OPUS-AP et les chefs d'unités des établissements pour conduire à une utilisation plus complète et ancrée des pratiques proposées par OPUS-AP (pratiques de gestion et pratiques cliniques). À titre d'exemple, la mesure à long terme des informations cliniques et pharmacologiques essentielles au suivi et au maintien des pratiques dépendra des priorités organisationnelles et de la disponibilité d'un système d'information uniforme et facile d'utilisation par les équipes de soins. De plus, la structure de gouverne et de soutien OPUS-AP, bien que conçue dans l'esprit de la logique du réseau, n'est pas parfaitement enchâssée dans les instances déjà en place puisqu'elle est temporaire. Dans une optique de pérennisation, il serait préférable que la gouverne et le soutien soient rattachés à un établissement du réseau dont le mandat est d'accompagner ou coordonner de telles démarches.

Finalement, la stratégie d'application des connaissances intégrée proposée par OPUS-AP rejoint plusieurs actions reconnues efficaces dans les écrits du domaine de l'application des connaissances : champions, formation de formateurs OPUS-AP, audit et rétroaction, outils cliniques et administratifs faciles à utiliser, etc. Des défis vécus en CHSLD dont certainement le roulement, l'instabilité et le manque de personnel de soins pourront nuire considérablement à l'implantation et au maintien des pratiques. Faire de la démarche OPUS-AP une pratique organisationnelle requise et formaliser les modalités de soutien et de formation par le biais de la Formation continue partagée du MSSS pourraient favoriser le maintien des pratiques et assurer un meilleur déploiement dans les unités de soins pour les phases ultérieures.

Cette évaluation a aussi comme retombée de mettre en lumière le potentiel de la démarche OPUS pour inspirer éventuellement des démarches similaires d'implantation de pratiques cliniques réputées efficaces dans le RSSS.

Référence suggérée : Lane, J., Manceau, L.M., Massuard, M., Cossette, C., Couturier, Y., Viscogliosi, C., Déry, V., Gauthier, P., et Ricard, J. (2020). *Évaluation de la démarche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques (OPUS-AP) : potentiel de sa démarche d'implantation et de sa structure de gouverne et soutien pour transformer les pratiques cliniques en CHSLD*. Publication du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke.

Table des matières

Remerciements.....	i
Résumé.....	ii
Liste des abréviations	vi
1. Contexte de l'étude.....	1
1.1 Les enjeux liés à l'implantation d'initiatives visant une optimisation de l'usage des antipsychotiques	3
1.2 La science de l'implantation et de l'application des connaissances pour optimiser l'usage des antipsychotiques.....	5
2. Méthodes.....	7
2.1 Objectifs de recherche	7
2.2 Cadres de référence liés à l'implantation d'innovations	7
2.3 Approche évaluative en contexte de dynamiques complexes et évolutives.....	9
2.4 Collecte de données	10
2.5 Analyse de données	12
2.6 Considérations éthiques.....	12
3. Résultats	13
3.1 Description d'OPUS-AP.....	13
3.1.1 Phase de conception	13
3.1.2 Processus de déploiement	19
3.2 Déterminants centraux	24
3.2.1 Une démarche intégrée, collaborative et probante.....	24
3.2.2 Des communications et des réseaux aux services de la démarche OPUS-AP	29
3.2.3 Un climat d'implantation favorable (ou non) aux changements.....	35
3.2.4 L'engagement et l'implication des parties prenantes	41
3.2.5 Une stratégie d'application des connaissances intégrée porteuse.....	47
4. Discussion	58
4.1 Une posture de collaboration qui fait une différence	58
4.2 Des acteurs crédibles pleinement investis dans le changement	60
4.3 Une démarche d'implantation solide.....	62
4.4 Des mesures structurelles à privilégier pour assurer la pérennité du changement.....	64
5. Conclusion	66
Liste des références	68

Liste des abréviations

AC : Application des connaissances
ACi : Application des connaissances intégrée
A.P.E.S. Québec : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
ARS : Approche relationnelle de soins
CÉR : Comité d'éthique à la recherche
CFIR : Consolidated Framework for Implementation Research
CGR : Comité de gestion du réseau
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS de l'Estrie-CHUS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CMQ : Collège des médecins du Québec
CODIR : Comité de direction du Ministère de la Santé et des Services sociaux
CRED : Collaboration en recherche pour l'efficacité en diagnostic
DSM-4 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-4
DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5
DSP : Directeur des services professionnels
FCASS : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FQSA : Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec
OPUS-AP : Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques
PDG : Président-directeur général
PRN : Au besoin
RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSS : Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux
SLD : Soins de longue durée

1. Contexte de l'étude

Au Québec, jusqu'à 80 % des résidents en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont atteints de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs (MSSS, 2009). Comme les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont intimement associés à l'apparition et l'évolution ainsi qu'à la sévérité des TNC majeurs, la grande majorité de ces résidents présentera à un moment ou à un autre au moins l'un des SCPD (Azermai et al., 2012; Steinberg et al., 2008). Ces symptômes sont un indicateur d'une détresse chez le résident (Swijssen et al., 2014) et peuvent être la conséquence d'une approche non adaptée de soins de base. Ils témoignent donc de la difficulté à identifier et bien répondre à certains besoins (INESSS, 2017; MSSS, 2011). Les personnes ayant un TNC majeur ne doivent généralement pas être traitées en première intention par des antipsychotiques (OMS, 2012; Reus et al., 2016), mais plutôt par des approches de base et des interventions non pharmacologiques individualisées (Azermai et al., 2012; Gitlin et al., 2012). L'usage d'antipsychotiques devrait donc être réservé à des indications circonscrites et être de durée limitée, par exemple en cas d'urgence pour prendre en charge les symptômes psychotiques ou d'agressivité qui entraînent un danger immédiat pour la personne elle-même ou pour autrui (ex. usage de rispéridone – chez les personnes atteintes de TNC majeurs de type Alzheimer) (Reus et al., 2016; INESSS, 2017).

Au cours des dernières décennies, une trentaine de revues systématiques s'est penchée sur la situation de la polymédication chez les aînés et ses effets (Davies et al., 2020). Un résultat récurrent de ces études est la prescription inappropriée de médicaments chez des aînés qui résident dans un centre de soins longue durée. Les auteurs nomment le cas de l'utilisation inappropriée de médicaments anxiolytiques et d'hypnotiques pour traiter la douleur, une dépression, une perception d'avoir peu de soutien social (Davies et al., 2020). Les données québécoises font état du taux le plus élevé de prescriptions d'antipsychotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Canada (Tadrous et al., 2015), ce taux pouvant varier entre 40 et 60 % des résidents dans certains CHSLD (Trudel et Doyon, 2011). Des données de base colligées dans le cadre de la démarche OPUS-AP, en janvier 2018 auprès de 1054 résidents des unités participantes, démontrent que 78 % présentent un diagnostic de TNC majeurs et 52 % ont une ordonnance d'antipsychotiques (Cossette et al., 2020).

Optimiser les pratiques en soins de longue durée pour les aînés au regard de l'usage des antipsychotiques et de l'utilisation des approches non pharmacologiques est un besoin largement reconnu (Tannenbaum et al., 2017; Langford, Chen, Robert et Schneider, sous presse) et appuyé par des guides de pratiques cliniques au Canada (Bjerre et al., 2018; Choisir avec soin, s.d.), aux États-Unis (Reus et al., 2016) et en Australie (Laver et al., 2016). Les auteurs de ces guides soulignent l'importance de réduire ou cesser l'usage d'antipsychotiques pour traiter les SCPD ainsi que d'intégrer des approches non pharmacologiques.

En 2014-2015, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), subventionnée par le Gouvernement du Canada, débutait le projet collaboratif « Réduire le recours aux antipsychotiques en soins de longue durée » dans sept provinces et un territoire.

Après un an, les résultats ont notamment montré une réduction ou une élimination des antipsychotiques chez 54 % des résidents ciblés par le projet; une réduction de 20 % du nombre de chutes; une réduction de 33 % de la violence verbale; une réduction de 18 % de la violence physique; une réduction de 26 % des comportements socialement inacceptables; une réduction de 22 % de la résistance aux soins (FCASS, 2017). Au Québec, l'engagement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) à l'occasion du premier « Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD » (2016), a témoigné du besoin de revoir les approches de soins qui concernent les aînés. Constatant l'usage croissant des antipsychotiques pour traiter les SCPD malgré les avis de Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national d'expertise en santé et services sociaux (INESSS) pour élaborer des recommandations cliniques (INESSS, 2017).

Aspirant à susciter une réelle transformation, le Québec s'est joint au mouvement pancanadien visant l'utilisation appropriée des antipsychotiques grâce au soutien de la FCASS et du MSSS. L'ensemble des centres intégrés de la santé et des services sociaux et des centres intégrés universitaires de la santé et des services sociaux (CISSS et CIUSSS qui seront appelés « établissements » dans ce texte) ont alors appuyé la proposition de lancer la démarche Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques (OPUS-AP) soutenue par le MSSS. En 2017, une structure de gouverne et de soutien dédiée à OPUS-AP, regroupant les acteurs clés du RSSS (ex. représentants du MSSS, gestionnaires et cliniciens en santé des établissements, chercheurs des RUISSS, etc.) a été mise en place. Une description détaillée de cette structure est présentée dans la section Résultats (réf. Section 3.1, Description d'OPUS-AP).

L'implantation de la démarche OPUS-AP se déroule en trois phases d'une année chacune et vise à améliorer la qualité et l'expérience de soins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour les personnes atteintes de démence, leurs proches et le personnel. Au cours de la première année d'implantation, la démarche OPUS-AP a fait l'objet d'une évaluation de l'impact des interventions. L'étude de Cossette et ses collaborateurs (2020) présente les résultats de la démarche, soit d'une part le suivi sur neuf mois des prescriptions d'antipsychotiques, de benzodiazépines et d'antidépresseurs, le suivi des SCPD et des chutes chez les résidents et, d'autre part, l'évaluation de l'implantation d'OPUS-AP au sein des 30 équipes (de 24 établissements) de soins participant à la phase I. Les auteurs relatent qu'une déprescription (diminution ou cessation d'antipsychotiques) a été observée chez 85,5 % des 220 résidents chez qui elle a été tentée, et cela sans ajout de médication de substitution ni de détérioration des SCPD. Les auteurs estiment que le potentiel d'adoption des pratiques de déprescription est plus élevé que le potentiel d'intégration d'interventions non pharmacologiques. Bien que plusieurs conditions favorables aient été identifiées, les auteurs évoquent parmi les limites de la mise à l'échelle : 1) la diminution probable de l'intensité du soutien et ce, surtout si des changements fondamentaux ne sont pas apportés à l'organisation du travail du personnel (ex. temps de travail du pharmacien); 2) la nécessité de déployer les ressources permettant la collecte des données quantitatives faisant la preuve de l'efficacité de la démarche OPUS-AP (ex. mécanismes de collecte et d'analyse des données cliniques dans les

outils cliniques existants). Les auteurs identifient la formation des équipes de soins de même que la désignation d'un chef de projet en établissement comme deux éléments clés à conserver dans les phases d'implantation ultérieures. En phase II, une déprescription (diminution ou cessation d'antipsychotiques) a été observée chez 77 % des résidents de 129 unités de soins chez qui elle a été tentée (vs 85,5 % en phase I) (OPUS-AP, 2020). Tout comme lors de la phase I, une diminution de l'usage de benzodiazépine et une amélioration des SCPD ont été notées. Selon les auteurs, le fait que la déprescription d'antipsychotiques ait été tentée chez 47 % des résidents (vs 64 % en phase I) soulève des préoccupations. Ils notent la présence d'antipsychotiques chez 42 % des résidents à la fin des 9 mois de suivi témoignant du chemin qu'il reste à parcourir.

Étant donné la nature et l'ampleur de la démarche OPUS-AP, plusieurs acteurs se questionnent sur le potentiel de cette démarche pour gérer et soutenir en partenariat et à vaste échelle la transformation de pratiques cliniques en CHSLD, mais aussi d'autres pratiques dans d'autres domaines au sein du RSSS. C'est dans ce contexte que la présente évaluation a été réalisée.

1.1 Les enjeux liés à l'implantation d'initiatives visant une optimisation de l'usage des antipsychotiques

De manière générale, deux groupes d'initiatives visant à optimiser les pratiques liées aux antipsychotiques dans les centres de soins de longue durée sont identifiés. Le premier groupe concerne des initiatives cliniques. Elles visent un usage approprié des antipsychotiques (ou médicaments en général) en misant par exemple sur l'implantation d'algorithmes, de protocoles de réduction de dose ou de stratégies d'amélioration de la performance et la qualité. Ces initiatives se centrent généralement sur les activités cliniques des praticiens (ex. médecin, pharmacien, équipe multidisciplinaire) et parfois des étudiants en médecine (Thiruvinvamalai et al., 2019). Selon plusieurs études, la pérennité des interventions cliniques de déprescription se bute à de nombreux enjeux dont la forte culture de prescription dans les cas de SCPD, le manque de formations destinées aux équipes de soins de longue durée et le faible engagement des directions et des gestionnaires pour promouvoir la culture du changement (Thiruvinvamalai et al., 2019; Jessop et al., 2017) ou encore à la faiblesse de l'utilisation des approches non pharmacologiques (Cossette et al., 2019).

Le deuxième groupe d'initiatives est d'ordre administratif ou structurel. Il porte un regard sur des aspects organisationnels et législatifs en santé et sur les politiques publiques visant à optimiser l'usage des médicaments chez les aînés en soins de longue durée. Une revue de la littérature (Langford, Chen, Robert et Schneider, sous presse) recense 36 études portant sur des démarches organisationnelles nationales, fédérales ou locales pour implanter des interventions liées à un usage optimal des médicaments psychotropes (ex. antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, etc.). Le constat majeur tiré de ces études est que le déploiement orchestré de stratégies impliquant les différents paliers décisionnels d'un système de santé a généralement pour effet de réduire le taux de déprescription du médicament visé au moment de l'implantation.

Toutefois, les recherches sont peu nombreuses à évaluer le maintien des pratiques au moins six mois après l'implantation et, selon Tija et al. (2015), la diffusion soutenue de connaissances prendrait généralement neuf ans à se transformer en changement de pratiques cliniques.

Au Canada, le développement du *Réseau canadien de déprescription* (ReCaD) tente de concilier les stratégies prometteuses des initiatives cliniques de déprescription et celles d'ordre administratif ou structurel (Tannenbaum et al., 2017). ReCaD a pour but de déployer des actions à plusieurs niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels en impliquant des acteurs/instances de la santé, les partenaires du milieu de la santé, des patients (population) et le milieu de la recherche. Bien que certaines de ces actions aient été évaluées (ex. application mobile relative aux lignes directrices de déprescription) ou soient en cours d'évaluation (ex. initiatives de déprescription utilisant l'engagement communautaire), le ReCaD ne semble pas avoir fait l'objet d'évaluation à titre de réseau.

En ce qui a trait aux freins et aux conditions favorables à l'implantation d'interventions de déprescription de médicaments chez les aînés ainsi que les stratégies pour soutenir la déprescription, ces derniers sont largement connus (Tannenbaum et al., 2017). Les écrits font état, par exemple, du travail en équipes multidisciplinaires et du soutien par les gestionnaires comme étant des conditions favorables. Ces écrits font également état de la formation inadéquate et du manque/instabilité du personnel de soins comme étant des barrières (Harrison et al., 2019). Si les barrières, les facilitateurs et les stratégies de déprescription sont bien connus, ce qui l'est moins ce sont les moyens concrets de favoriser le passage de 1) la théorie/la recherche; 2) aux guides ou orientations cliniques et 3) à la réalité de la pratique clinique pour une transformation dans un système complexe comme le sont les soins de longue durée (Harrison et al., 2019).

Lorsqu'il est question des implantations à large échelle dans un système, les raisons pour lesquelles une grande variabilité de succès est observée ne sont pas clairement identifiées (Langford, Chen, Robert et Schneider, sous presse), exception faite de l'influence importante de la « culture de prescription » présente dans les établissements de soins de longue durée (Harrison et al., 2019; Tija et al., 2015), force est de constater que ces initiatives s'inspirent rarement de la science de l'implantation et de l'application des connaissances. Les écrits dans ce domaine proposent une approche systématisée pour identifier et, surtout, traiter les barrières et les facilitateurs du changement de tout système en apprentissage (Bauer et al., 2015). Ils peuvent donc inspirer les processus d'implantation de telles initiatives ainsi que les activités et stratégies davantage réputées efficaces pour entraîner de vastes changements de pratiques.

1.2 La science de l'implantation et de l'application des connaissances pour optimiser l'usage des antipsychotiques

Plusieurs auteurs constatent que les données issues de la recherche clinique ne seraient pas suffisamment appliquées dans la pratique, ce qui aurait pour conséquence des soins inappropriés offerts aux patients (Fournier, 2011). Une des façons de combler le fossé entre les connaissances issues de la recherche et l'utilisation dans la pratique consiste à améliorer les processus de mise en œuvre et les stratégies d'application des connaissances dans le milieu de la santé (Straus, Tetroe et Graham, 2011). Afin de définir le construit « application des connaissances » et « application des connaissances intégrée », nous nous référons à la définition utilisée aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, 2019).

L'application des connaissances (AC) est définie comme un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé, et de renforcer le système de santé. Ce processus s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances, dont l'intensité, la complexité et le degré d'engagement peuvent varier en fonction de la nature de la recherche et des résultats ainsi que des besoins particuliers de chaque utilisateur des connaissances (IRSC, 2019).

L'application des connaissances intégrée (ACi) est une approche où les principes de l'application des connaissances dans la recherche sont appliqués à l'ensemble du processus de recherche. La prémisse au cœur de l'ACi est que la participation des utilisateurs des connaissances en tant que partenaires égaux aux côtés des chercheurs donnera lieu à une recherche plus pertinente pour les utilisateurs des connaissances et plus susceptible de leur être utile. Chaque étape du processus de recherche offre une possibilité de collaboration importante avec les utilisateurs de la recherche [...] (IRSC, 2019).

La science de l'implantation, qui s'inscrit dans le même courant, est définie comme la science favorisant la mise en œuvre de programmes en contexte réel (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, et Wallace, 2005). Développée pour faciliter l'implantation des pratiques fondées sur les données probantes, elle s'intéresse à l'adoption des résultats de la recherche clinique dans la pratique courante et, par conséquent, à l'amélioration de la qualité et l'efficacité des services de santé (Bauer et al., 2015). Cette science regroupe cinq catégories de théories (Khalil, 2016) : 1) les cadres portant sur le processus tels que *Knowledge to Action* (Straus, Tetroe et Graham, 2013); 2) les modèles sur les déterminants qui influencent les résultats d'une intervention tels que *PARIHS* (Kitson, Harvey et McCormack, 1998); 3) les théories classiques qui sont basées sur *Innovation Diffusion Theory* (Rogers, 1971); 4) les théories de la mise en œuvre telles que les théories de la préparation organisationnelle de Weiner (2009); 5) les cadres d'évaluation sur

l'identification des aspects de la mise en œuvre à évaluer, comme le modèle *Precede Proceed* (Green et Kreuter, 2005).

Les écrits dans ces créneaux nous indiquent quelques pistes pertinentes qui pourraient faciliter l'implantation des initiatives visant l'optimisation de l'usage des antipsychotiques. Par exemple, les cadres et modèles issus de la science de l'implantation peuvent orienter le processus et les étapes nécessaires pour favoriser une implantation optimale à large échelle, et ce, de l'analyse préalable des besoins à la mesure et l'évaluation des nouvelles pratiques implantées sur le terrain. D'autre part, la présence active d'une structure de soutien externe à l'organisation peut avoir un rôle important dans le succès d'une implantation visant l'application des connaissances si une relation de travail collaboratif s'instaure entre les acteurs ciblés par l'implantation et l'équipe de soutien (Li et al., 2018). La nature et le niveau de collaboration dans l'organisation, entre les organisations ainsi qu'entre la structure de soutien externe et les acteurs ciblés par l'implantation seraient des caractéristiques modératrices du développement de la mobilisation pour le changement (Li et al., 2018). Malheureusement, il semble qu'il y ait peu de démarches qui tiennent réellement compte du contexte structurel et organisationnel dans les stratégies visant un changement de pratique clinique; les stratégies d'implantation se limiteraient généralement à l'identification des barrières (Colquhoun et al., 2017). Un contexte organisationnel favorable à l'adoption d'un changement serait la présence et l'application d'une politique organisationnelle claire au sujet de l'approche de collaboration interprofessionnelle (ex. médecin, pharmacien, infirmier) (Thiruvinvamalai et al., 2019; Chauhan et al., 2017).

D'autre part, les démarches de changements de pratiques composées de plusieurs stratégies qui rejoignent les différents niveaux d'une structure organisationnelle seraient plus efficaces que celles qui utilisent une stratégie unique envers les personnes directement ciblées pour appliquer un changement de pratique clinique (Son et al., 2019; Ethridge et al., 2014). L'engagement des acteurs visés par le changement de pratique clinique semble essentiel tout au long d'une démarche d'implantation (Colquhoun et al., 2017; Mathieson, Grande et Luker, 2018). Ceci signifie que les personnes sont informées le plus tôt possible de l'intention de changement, que leur point de vue est considéré pour déterminer la faisabilité et l'acceptabilité du changement (ex. utilité pour la pratique, impact sur le patient) et que l'intervention est suffisamment flexible pour que les équipes puissent l'adapter (Colquhoun et al., 2017, Mathieson, Grande et Luker, 2018).

Au sujet des modalités réputées pour favoriser l'implantation d'un changement de pratique clinique, le soutien clinique interactif et régulier et la formation qui prévoit des moments de rétroaction post-formation seraient efficaces pour améliorer les connaissances, favoriser l'utilisation d'outils/guides cliniques et optimiser la révision de la pharmacothérapie (Chauhan et al., 2017).

2. Méthodes

2.1 Objectifs de recherche

La présente évaluation, inspirée de l'approche réaliste, vise à documenter et analyser la démarche OPUS-AP (le processus d'implantation, la structure de gouverne et de soutien) et la stratégie d'application des connaissances intégrée [ACi]). Plus précisément, elle propose de :

1. Analyser le processus d'application des connaissances de la démarche OPUS-AP;
2. Identifier des chaînes de causalité en mettant en lumière les relations entre le contexte, les mécanismes (qui facilitent ou freinent l'implantation et la pérennité) et les effets tels que perçus par les répondants;
3. Identifier les déterminants centraux qui ont joué un rôle de déclencheur d'un mouvement ayant entraîné des effets perçus par les répondants;
4. Identifier les caractéristiques propres à la démarche OPUS-AP facilitant ou non son adaptabilité à la mise à l'échelle québécoise.

Étant donné que l'évaluation est menée en cours d'implantation et en adoptant une posture de collaboration, la recherche vise également à alimenter le processus et à contribuer à son amélioration.

2.2 Cadres de référence liés à l'implantation d'innovations

Dans la présente évaluation, la démarche OPUS-AP est analysée comme une innovation permettant de gérer et soutenir la transformation de pratiques de gestion dans le RSSS et de pratiques cliniques en CHSLD. Cette dernière propose l'introduction de nouvelles pratiques visant à améliorer la qualité des soins de longue durée et exige un changement significatif dans les opérations des organisations qui les adoptent (MSSS, 2018; Deschesnes et al. 2008; Greenhalgh et al., 2004).

Pour guider l'analyse, deux cadres de références complémentaires ont été retenus. Liés à l'implantation de programmes probants, ces cadres ont été retenus puisqu'ils conçoivent la mise en œuvre d'un changement dans des réalités complexes et dynamiques impliquant plusieurs acteurs. Le premier, *Knowledge to Action* (Straus, Tetroe et Graham, 2013), s'intéresse au processus d'application des connaissances. Au centre de ce processus se trouve « l'entonnoir des connaissances » qui représente le processus par lequel les connaissances sont affinées et adaptées aux besoins des personnes qui sont ciblées : 1) les connaissances issues de la recherche tirées de la multitude d'études primaires; 2) la synthèse des connaissances qui consiste à déterminer, évaluer et synthétiser les études (ex. revues systématiques); 3) les outils ou produits de connaissances (ex. guides de pratique clinique ou aides à la décision pour les patients). Après « l'entonnoir », un processus cyclique se décline : 1) identifier le problème et les connaissances nécessaires accessibles pour le résoudre; 2) adapter les connaissances au contexte local; 3) identifier les facteurs qui facilitent ou freinent l'utilisation des connaissances; 4) sélectionner et

adapter des interventions; 5) assurer l'utilisation des connaissances; 6) évaluer les effets; 7) favoriser la pérennisation de l'utilisation des connaissances (Graham et al., 2006).

Le second cadre, *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damshroder et al., 2009), s'intéresse aux déterminants qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation. Il peut servir à définir les barrières et les facteurs favorables à la mise en œuvre d'une intervention, suivre sa mise en œuvre vers l'atteinte des buts et à évaluer comment celle-ci pourra avoir influencé les résultats de l'intervention. Pour ce faire, le CFIR (Damshroder et al., 2009) définit 37 construits répartis dans cinq domaines (Tableau 1).

Tableau 1. Domaines et construits du CFIR (Damshroder et al., 2009)

Domaines	Construits
1 Caractéristiques de l'intervention	A Origine de l'intervention B Qualité et force de la preuve C Avantage relatif D Adaptabilité E Potentiel d'essai F Complexité G Qualité et présentation du modèle H Coût
2 Contexte externe	A Besoins des patients et ressources B Cosmopolitanisme C Pression des pairs D Incitatifs et politiques externes
3 Contexte interne	A Caractéristiques structurelles B Réseaux et communication C Culture D Climat d'implantation : D1 Tension pour le changement; D2 Compatibilité; D3 Priorité relative; D4 Incitations et récompenses organisationnelles; D5 Buts et rétroactions; D6 Climat d'apprentissage E Préparation à la mise en œuvre : E1 Engagement des dirigeants; E2 Ressources disponibles; E3 Accès aux connaissances et à l'information
4 Caractéristiques des individus	A Connaissances et croyances concernant l'intervention B Auto-efficacité C Étape individuelle du changement D Identification individuelle avec l'organisation E Attributs personnels
5 Processus	A Planification B Implication : B1 Leaders d'opinion; B2 Leaders internes formellement mandatés pour la mise en œuvre; B3 Champions; B4 Agents de changements externes; B5 Participants à l'intervention C Exécution D Réflexion et évaluation

En ce qui a trait à la stratégie d'application des connaissances, le cadre de référence *TransFormation* de Lane et Gagné (2009), en cohérence avec les écrits récents portant sur les facteurs liés aux caractéristiques de la formation qui favorisent le transfert des apprentissages (Ouellet, 2016), a été utilisé pour analyser plus précisément certaines activités de la démarche OPUS-AP. Ce cadre s'appuie sur la psychologie cognitive et les recherches dans le domaine du transfert des apprentissages et des formations. Il regroupe dix éléments à intégrer dans une formation orientée vers le développement des compétences et soucieuse de susciter un transfert des apprentissages dans la pratique. Les dix ingrédients actifs de ce cadre de référence sont cités ici-bas (Tableau 2).

Tableau 2. Ingrédients du cadre de référence *TransFormation* de Lane et Gagné (2009)

Ingrédients actifs	
1	Préciser la cible adaptée de la formation en fonction des besoins et contextes de pratiques des participants
2	Assurer la cohérence
3	Favoriser l'organisation des connaissances et des compétences (long terme)
4	Stimuler la motivation
5	Contextualiser, décontextualiser et recontextualiser les apprentissages
6	Stimuler la métacognition
7	Mettre à profit les connaissances antérieures
8	Rendre les participants actifs
9	Favoriser les interactions
10	Planifier et évaluer le transfert des apprentissages

2.3 Approche évaluative en contexte de dynamiques complexes et évolutives

Tel que proposé par Curran et al., (2012) dans le cadre d'évaluations d'implantation, un design hybride a été privilégié. Nous avons donc tenté d'identifier simultanément les déterminants liés à la structure de gouverne et de soutien de la démarche OPUS-AP comme modalité de conduite du changement, et ce, tout en établissant des liens avec les effets perçus par les répondants et mesurés par les évaluations préliminaires (Démarche OPUS-AP, 2019).

L'approche préconisée est inspirée de l'évaluation réaliste de Pawson et Tilley, (1997) puisqu'elle est adaptée pour analyser de vastes changements impliquant des dynamiques complexes. Elle prend en considération l'évolution constante du contexte et cherche à comprendre ce qui fonctionne, pour qui et en quelles circonstances. Elle permet de comprendre la chaîne de causalité entre le contexte, les mécanismes et les effets perçus en constituant et mettant à l'épreuve une théorie du programme (Figure 1).

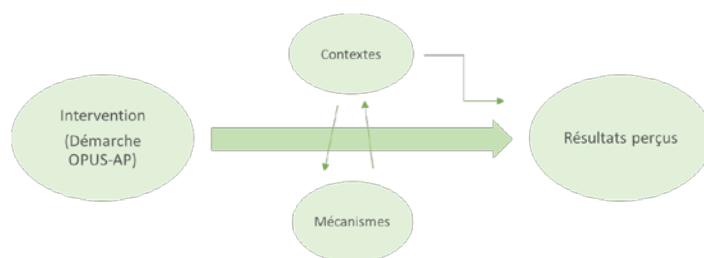


Figure 1. Perspective réaliste

La présente évaluation repose sur un devis d'étude de cas (soit la démarche OPUS-AP) qui permet de construire, de tester et de raffiner la théorie de programme initiale. Les quatre étapes principales de l'approche réaliste (Pawson et Tilley, 1997) ont été considérées lors de la présente évaluation, soit 1) la formulation de la question de départ; 2) l'élaboration d'une théorie de programme initiale de la démarche OPUS-AP à partir des données disponibles et soutenue par les écrits portant sur l'implantation d'innovation en santé et de l'application des connaissances en soins de longue durée; 3) la mise à l'épreuve de la théorie initiale du programme en favorisant la contribution d'acteurs clés impliqués dans l'implantation de la démarche OPUS-AP et des chercheurs collaborateurs; 4) la formulation de configuration de chaînes causales contexte-mécanismes-effets perçus (C-M-E) qui concernent la structure de gouverne et la structure de soutien élaborées pour implanter la démarche OPUS-AP. Ces quatre étapes ont pour but de constituer une explication théorique des mécanismes impliqués dans la production de résultats selon le contexte (Robert et al., 2019).

Lacouture et al. (2015) résume ce qu'est un mécanisme. Un mécanisme : 1) est caché, mais réel puisqu'il se révèle lorsqu'une intervention est mise en œuvre dans un contexte précis – il produit des effets; 2) est un élément de raisonnement et de la réaction d'un acteur (individu ou organisation) en réponse à l'introduction d'une ressource liée à une intervention – il est lié à la capacité de l'acteur d'utiliser la ressource dans un contexte donné pour apporter un changement; 3) évolue dans un système ouvert spatio-temporel et de relations – il interagit avec d'autres mécanismes ainsi que le contexte et/ou les effets qu'il a lui-même produits (Lacouture et al., 2015).

2.4 Collecte de données

Différentes sources d'information ont été utilisées afin de constituer et mettre à l'épreuve la théorie du programme (ou de la démarche OPUS-AP). Ces sources sont présentées au Tableau 3 en fonction des éléments de configuration à documenter.

Tableau 3. Sources et méthodes de collecte de données et éléments de configuration à documenter

Source de donnée	Élément de configuration			Déterminant
	Contexte	Mécanisme	Effet perçu	
Documents produits dans le cadre de la démarche OPUS-AP	X		X	X
Acteurs clés ayant contribué à la conception, au déploiement et au suivi d'OPUS-AP	X	X	X	X
Activités d'ACi (webinaires et Bureau virtuel)	X	X		

Les données ont été recueillies sur une période de six mois à l'aide de quatre stratégies :

1) L'analyse documentaire d'une centaine de documents (ex. manuel d'organisation du projet, compte-rendu et rapport des comités, outils cliniques ou administratifs, bilan de l'implantation et des effets, etc.) produits dans le cadre de la démarche OPUS-AP a été effectuée. Cette analyse visait à documenter le processus d'implantation d'OPUS-AP ainsi qu'à décrire sa structure de gouvernance et de soutien et ses modalités de la stratégie d'ACi.

2) Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées. Ces entrevues, d'une durée moyenne d'une heure, ont été menées auprès de 21 répondants, soit 1 représentant d'une direction du MSSS, 8 gestionnaires ou cliniciens dans un établissement, 6 partenaires du RSSS ou chercheurs et 6 personnes responsables de l'implantation d'OPUS-AP. La grille d'entretien s'appuyait sur la perspective réaliste (contexte-mécanismes-effets perçus) et sur les modèles conceptuels de Straus, Tetroe et Graham (2013) et de Damshroder et al. (2004). Les entrevues visaient à mettre en lumière l'expérience et le point de vue des répondants au regard de la démarche OPUS-AP, en abordant des thèmes tels que la collaboration entre les comités, les modalités de communication, les conditions essentielles au fonctionnement optimal de la structure, les ajustements effectués en cours d'implantation, etc.

3) L'appréciation de la plateforme d'apprentissage en ligne (Bureau virtuel) et un survol des documents y figurant ont été effectués afin d'identifier la présence/l'absence d'ingrédients favorables à l'application des connaissances et aux transformations des pratiques cliniques. L'observation non participante de huit rencontres de type séminaire diffusées sur le Bureau virtuel (webinaires) au cours de la phase II a également été réalisée dans cette optique. Les webinaires étaient d'une durée d'une heure et diffusés mensuellement. La grille d'observation s'appuyait sur le cadre de référence *TransFormation* (Lane et Gagné, 2009). Comme méthode de validation inter-juges, un premier webinaire a été écouté par deux professionnelles de recherche et les observations annotées ont été comparées pour assurer une compréhension commune des dix ingrédients et favoriser la cohésion des observations. L'observation des webinaires a ensuite été répartie entre les deux professionnelles de recherche.

4) En complément à l'observation non participante des webinaires, cinq éléments ont été ajoutés au sondage déjà utilisé par la FCASS qui colligeait des informations au sujet de la satisfaction des participants des webinaires, et ce, pour la période comprise entre les mois de juin et novembre 2019, inclusivement. Les participants répondaient de manière anonyme à ce sondage et étaient invités à se positionner sur une échelle de 1 à 10. Ces cinq éléments visaient des facteurs prédictifs du transfert des apprentissages (Lauzier et al., 2016) : 1) le niveau de maîtrise de l'objectif du webinaire; 2) le sentiment de capacité d'effectuer les apprentissages acquis durant le webinaire; 3) le sentiment d'être en mesure de mettre en application les apprentissages acquis durant le webinaire; 4) l'utilité perçue des apprentissages acquis durant le webinaire; 5) le

sentiment d'être soutenus par le supérieur immédiat dans la mise en application des nouveaux apprentissages.

Les webinaires sont la seule modalité de la stratégie d'ACi à avoir été spécifiquement analysée dans le cadre de la présente évaluation. D'autres modalités, comme la formation des champions ou des formateurs OPUS-AP, ont été réalisées avant le début de la recherche. En ce qui a trait au soutien offert, par exemple lors de rencontres de suivi téléphonique avec les formateurs OPUS-AP et de visites de la cheffe territoriale en CHSLD, il aurait difficilement pu être évalué avec les moyens disponibles à cette évaluation.

2.5 Analyse de données

Une analyse de contenu thématique dirigée a été effectuée pour étudier les données qualitatives issues des documents produits dans le cadre de la démarche OPUS-AP et des entrevues individuelles semi-dirigées retranscrites. La codification a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo selon une stratégie déductive et inductive à partir d'une grille de codage composée des construits du cadre CFIR (Damshroder et al., 2009). La grille a ensuite été enrichie au fil des analyses; ceci a notamment permis de s'intéresser au processus d'application des connaissances tel que défini par le cadre *Knowledge to Action* (Straus, Tetroe et Graham, 2013). Une technique de double codage des deux premières entrevues a permis d'assurer la cohérence de la codification entre les personnes qui codaient (Miles et Huberman, 1994).

Une analyse de contenu thématique dirigée a également été effectuée pour analyser les données qualitatives issues des observations non participantes des webinaires. La codification a aussi été réalisée selon une stratégie déductive à partir des construits du cadre de référence *TransFormation* (Lane et Gagné, 2009). En complément, des analyses descriptives ont été effectuées à partir des données issues du sondage.

Une analyse par triangulation des données (Denzin et Lincoln, 2011) selon la source (documents, perceptions des acteurs clés, observations d'activités d'ACi) et les personnes a permis de limiter les biais d'interprétation et a apporté de la nuance quant à la valeur des éléments de configuration et des facteurs et barrières identifiés, la mise à l'épreuve de la théorie initiale du programme auprès d'acteurs clés impliqués dans l'implantation de la démarche OPUS-AP et des chercheurs collaborateurs a finalement permis d'enrichir les analyses.

2.6 Considérations éthiques

Dans le respect des répondants, la collecte et l'analyse des données issues de la présente évaluation ont été sujettes aux règles d'éthique de la recherche. Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (#MP-31-2019-3210).

3. Résultats

Cette section présente une description détaillée de la démarche d'OPUS-AP ainsi que les déterminants centraux ayant joué un rôle de déclencheur du mouvement ayant entraîné les effets perçus d'OPUS-AP.

Dans la présente section du rapport, lorsqu'il est question de la structure de gouverne ou de soutien de la démarche OPUS-AP, le terme « structure OPUS-AP » est utilisé. Le terme « acteurs OPUS-AP » fait référence aux personnes ayant un rôle à jouer dans l'implantation de la démarche par le biais de cette structure. Le terme « instances/acteurs des établissements » fait référence aux instances/acteurs œuvrant au sein de la structure des CISSS et CIUSSS (ex. directions cliniques et de soutien, chargé de projet, formateurs OPUS-AP, chefs d'unités, équipes de soin en CHSLD). Le terme « instances/acteurs du RSSS » regroupe l'ensemble des instances/acteurs du RSSS, incluant ceux des établissements.

3.1 Description d'OPUS-AP

Cette section décrit les phases de conception et de déploiement de la démarche OPUS-AP qui sont divisées en tenant compte du processus *Knowledge Translation* de Straus, Tetroe et Graham (2013). Ces phases relevées par les répondants s'inscrivent en cohérence avec certains construits du CFIR qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation CFIR (Damshroder et al., 2009). Plus spécifiquement, ils s'inscrivent en cohérence avec l'influence : 1) des *Caractéristiques de l'innovation*, particulièrement de l'*Origine*, la *Qualité et force de la preuve* et l'*Avantage relatif* de l'innovation; 2) du *Processus*, soient la *Planification*, l'*Engagement*, l'*Exécution* et la *Réflexion/Évaluation* (Damshroder et al., 2009).

3.1.1 Phase de conception

Constatant le taux élevé de prescriptions d'antipsychotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec (Tadrous et al., 2015) et fort de l'engagement du RSSS à revoir les approches de soins qui concernent les aînés, les acteurs stratégiques du RSSS se sont intéressés à la réussite du projet collaboratif de déprescription des antipsychotiques (FCASS, 2017) implanté par la FCASS. D'autres démarches nationales étaient en cours en même temps aux États-Unis (*National Partnership to Improve Dementia Care in Nursing Homes*), en Angleterre (*National Dementia Strategy*) et en Australie (*Halting Antipsychotic Use in Long-Term care*). À l'exception de la démarche anglaise qui ne présentait pas de résultats significatifs (Szczepura et al., 2016), ces dernières semblaient également prometteuses (Gurwitz, Bonner et Berwick, 2017; Jessop et al., 2017).

C'est donc à l'instar de la perception des avantages et des bénéfices pour les résidents et leurs proches ainsi que le personnel soignant en CHSLD ainsi que de la forte capacité de transfert des connaissances de la FCASS que la conception de la démarche OPUS-AP s'est amorcée, et ce, à

partir des caractéristiques fondatrices du projet implanté par la FCASS. Identifiées comme déterminantes de l'adoption de la démarche OPUS-AP dès le départ, les étapes préalables à la mise en œuvre de la démarche OPUS-AP suivantes ont été réalisées (Tableau 4).

Tableau 4. Étapes préalables à la mise en œuvre d'OPUS-AP

Étapes	Descriptions	Dates
Repérage	Repérage de l'innovation par la vice-présidence du RUISSS de l'Université de Sherbrooke (UdS) et 2 PDG porteurs	Décembre 2016
Signalement	Signalement de l'innovation au Comité directeur du RUISSS de l'UdS par la vice-présidence et 2 PDG porteurs	Décembre 2016
Exploration initiale	Décision d'explorer l'innovation et désignation d'une responsable de projet par le Comité directeur du RUISSS de l'UdS	Décembre 2016
Examen préliminaire	Examen préliminaire du potentiel de l'innovation par la responsable de projet du RUISSS de l'UdS <ul style="list-style-type: none"> - Revue exploratoire de la littérature scientifique et grise (ex. prévalence d'usage des antipsychotiques, positions de groupes d'experts, lignes directrices, expériences similaires, etc.) - Documentation préliminaire des caractéristiques et du contenu de l'innovation - Mise en contraste initiale de l'innovation repérée avec les grands constats issus de la revue de littérature 	Décembre 2016 à Janvier 2017
Développement d'une proposition de projet à l'échelle du Québec	Développement d'une proposition de projet à l'intention du CODIR par la responsable de projet du RUISSS de l'UdS (incluant la création d'une cellule stratégique multi-RUISSS afin de co-développer le projet à l'échelle du Québec)	Janvier 2017
Approbation de la proposition de projet à l'échelle du Québec	Approbation de la proposition par le Comité directeur du RUISSS de l'UdS et par le CODIR du MSSS	Janvier 2017
Analyse approfondie de la pertinence et faisabilité du projet à l'échelle du Québec	Mise en place de la cellule stratégique (4 RUISSS, MSSS et INESSS) et poursuite de l'analyse de la pertinence de l'innovation et de la faisabilité du projet en collaboration avec la FCASS	Février et Mars 2017
Proposition et adoption d'un plan de déploiement du projet à l'échelle du Québec	Développement d'une proposition de déploiement du projet à l'intention du CODIR par la cellule stratégique (incluant un déploiement en phases, une structure de fonctionnement et la contribution de l'INESSS) et approbation par le Comité directeur du RUISSS de l'UdS ainsi que le CODIR et le CGR du MSSS	Mars 2017
Mandatement de l'INESSS	Mandatement de l'INESSS pour la mise en place d'un comité scientifique et la production de guides de pratiques sur l'usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique par le CODIR tel que recommandé par la cellule stratégique	Mars à Décembre 2017

Étapes	Descriptions	Dates
Financement	Octroi d'un financement de 1,2 million par le MSSS et de 1,2 million par la FCASS en soutien à l'implantation (phases 1 et 2)	2017 à 2019
Planification du déploiement du projet à l'échelle du Québec	Développement du manuel d'organisation de projet (MOP) et recrutement de personnel aux fonctions identifiées et amorces de la mise en place de la structure de gouverne et de soutien par la cellule stratégique	Printemps et Été 2017
Adoption du MOP	Adoption du MOP par le Comité directeur du RUISSS de l'UdS ainsi que le CODIR et le CGR du MSSS	Août et Septembre 2017
Mandatement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Mandatement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS au nom du RUISSS de l'Université de Sherbrooke par le MSSS et les 24 établissements pour l'actualisation du plan de déploiement (en misant sur le recours à des experts et la complémentarité des actions entre les acteurs du RSSS)	Septembre 2017
Prise en charge du projet par la structure OPUS-AP	Mise en place et prise en charge de la démarche OPUS-AP par la structure de gouverne et de soutien à la mise en œuvre à l'échelle du Québec	Septembre 2017

Adapter les connaissances et identifier le problème

Tel que défini à la phase de conception, le but de l'implantation de la démarche OPUS-AP est d'améliorer la qualité et l'expérience des soins en CHSLD pour les personnes ayant des SCPD, leurs proches et le personnel soignant en misant sur un usage approprié des antipsychotiques et un recours accru aux approches de base et aux interventions non pharmacologiques individualisées.

Comme précisé dans le Tableau 4, plusieurs étapes préliminaires ont été réalisées afin de s'assurer des assises scientifiques d'une telle démarche. Une cellule stratégique temporaire composée d'acteurs stratégiques du RSSS et menée par deux PDG porteurs et une chargée provinciale de projet chevronnée ont planifié la démarche et élaboré un *Manuel d'organisation de projet* (MOP). L'INESSS, mandatée par la cellule stratégique, a recensé les écrits au sujet des lignes directrices et recommandations liées à l'usage optimal des antipsychotiques et à la prise en charge non pharmacologique des SCPD en CHSLD et constitué le comité scientifique (INESSS, 2017).

Les problèmes vécus en CHSLD ont été identifiés par la cellule stratégique et une vingtaine d'experts consultés. Les objectifs de la démarche OPUS-AP suivants, accompagnés d'une vingtaine d'indicateurs, visent à améliorer la situation : A) Induire une transformation durable des pratiques en CHSLD afin de permettre une intégration plus efficace des meilleures connaissances devant guider les pratiques; B) Améliorer la capacité des gestionnaires et des prestataires de soins à utiliser les innovations et à gérer le changement; C) Accroître la capacité organisationnelle d'utiliser les données pour éclairer et suivre de près la planification et l'amélioration des soins; D) Renforcer les connaissances et les compétences du personnel par la création d'une culture de collaboration interprofessionnelle et d'amélioration des soins; E)

Rehausser le recours aux principes de communication de base et aux approches non pharmacologiques démontrées efficaces pour la prise en charge des SCPD; F) Réduire l'utilisation inappropriée des antipsychotiques dans les CHSLD; G) Élargir la portée du projet en vue d'un usage judicieux d'autres médicaments (ex. les psychotropes) ou encore d'autres milieux de vie (ex. à domicile).

La collaboration avec la FCASS, l'INESSS et les experts du RSSS impliqués dans la conception de la démarche a permis de mettre à profit les connaissances, l'expertise et l'expérience de chacun afin de créer un programme ayant le potentiel de fonctionner dans le système de santé du Québec. Ces derniers ont notamment contribué à l'établissement de ses fondements, par exemple en produisant un avis scientifique et des outils de transfert des connaissances au regard des pratiques cliniques à privilégier (INESSS); en partageant la documentation et les outils produits dans le cadre de projets collaboratifs similaires (FCASS); en élaborant un curriculum de formation et du matériel adapté (experts du RSSS); en soutenant les acteurs OPUS-AP ou les participants de la démarche OPUS-AP en matière de prestation de soins cliniques ainsi que de direction et suivi de projets d'amélioration de la qualité en soins de longue durée (FCASS, INESSS et experts du RSSS) (réf. Section 3.2.5 *Stratégie d'ACi*).

Identifier les barrières et les facilitateurs

Plusieurs enjeux à la démarche OPUS-AP et des réactions aux risques ont d'abord été identifiés en cours de planification. À titre d'exemple, les enjeux/contraintes suivants étaient connus ou anticipés :

- Le temps pharmacien variable et souvent limité en CHSLD;
- La diminution amorcée de la présence des médecins de famille en CHSLD pour atteindre les cibles ministérielles de la Loi 20;
- La variabilité des systèmes d'information pour documenter le profil pharmacologique en CHSLD;
- L'inexistence, à même les systèmes informatiques du RSSS, d'une solution informatique de recueil de la totalité des données cliniques mesurées dans le cadre du projet;
- L'existence de plusieurs projets déployés simultanément en CHSLD (ex. besoins compétitifs pour certains intervenants : directeurs SAPA, médecins de famille, infirmiers, etc.);
- Le manque de capacité de libération du personnel (ex. formation, mentorat, etc.);
- Le déploiement difficile en phase III étant donné le nombre élevé d'unités de soins en CHSLD;
- Le manque d'adhésion des médecins, des pharmaciens et des équipes de soins.

Par ailleurs, un nombre important de facteurs clés anticipés comme étant favorables à l'implantation a aussi été identifié lors de la conception de la démarche, par exemple : une

entente de contribution d'experts à la démarche a été signée par les PDG responsables des quatre RUISS; un fonds de démarrage de 10 000 \$ a été fourni aux établissements en phase I; en plus de l'engagement des instances/acteurs déjà nommés, s'est ajouté l'appui du MSSS à propos des processus, la participation des ordres professionnels et associations syndicales (Collège des médecins du Québec ou CMQ; Ordre des pharmaciens du Québec ou OPQ; Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec ou OIIQ; Fédération et médecins omnipraticiens du Québec ou FMOQ; Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec ou A.P.E.S. Québec; Société de gériatrie du Québec ou SGQ) et la collaboration de la Fédération québécoise des sociétés d'Alzheimer (FQSA).

Une structure de gouverne et de soutien à la mise en œuvre à l'échelle du Québec a ensuite été articulée étroitement avec les éléments structuraux du RSSS. Ainsi, la structure OPUS-AP est liée aux instances et aux acteurs du RSSS, par exemple au CODIR, au CGR, à la table nationale de coordination (TNC) des directions de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), etc. (Figure 2). Tel que mentionné ci-haut, des partenaires du RSSS (ex. FCASS) ont aussi été ralliés autour des objectifs visés. La contribution de chacune des parties prenantes a ensuite été formalisée et un plan de déploiement défini. Un directeur de projet et une cheffe de projet ont rapidement été nommés et chargés du suivi des activités et des livrables. Un lien régulier entre la structure du RSSS et celle d'OPUS-AP est effectué et vise notamment à aborder et suivre les enjeux.

La structure OPUS-AP a été constituée et modifiée de manière à assurer le déroulement de l'implantation dans l'échéancier prévu dans l'entente de financement avec la FCASS et le MSSS (Figure 2, phases I et II). Cette structure est encore aujourd'hui composée de plusieurs comités ayant des mandats distincts. Le comité directeur détermine les grandes orientations de la démarche, assure le suivi des travaux et est responsable des budgets et de la reddition de comptes envers la FCASS et le MSSS. Le comité scientifique (initialement sous la responsabilité de l'INESSS en phase I) a été mandaté ponctuellement en début de projet pour faire l'examen et l'appréciation des différents outils cliniques ainsi que proposer les adaptations nécessaires et contribuer à définir les indications cliniques.

Le comité de la Faculté (ou la Faculté) élabore/adapte et déploie le curriculum de formation en fonction des recommandations de l'INESSS ainsi que de l'approche de la FCASS et soutient la cheffe territoriale et les équipes de soins selon les besoins émergents. La cheffe territoriale, provenant du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, est la personne-ressource pour mettre en place les actions indiquées face aux obstacles rencontrés, former/répondre aux questions cliniques et être à l'affût des besoins du milieu. Il était prévu qu'un chef territorial par territoire RUISS soutienne l'implantation en phases II et III. Les PDG porteurs, comités, directeur de projet et une cheffe de projet n'ont pas été en mesure de trouver les personnes idéales pour assumer ce rôle jugé complexe. Des formateurs OPUS-AP (très majoritairement des infirmières

et quelques autres professionnels comme des techniciens en loisirs, ergothérapeutes, préposées aux bénéficiaires) ont plutôt été formés et inclus à la structure de soutien de proximité dans les établissements (Figure 2, phase II). Ceci signifie que la cheffe territoriale initialement nommée a d'abord été en soutien direct aux équipes de soins en CHSLD en phase I. Elle a ensuite accompagné les formateurs OPUS-AP responsables du soutien des équipes de soins en CHSLD en phases II et III.

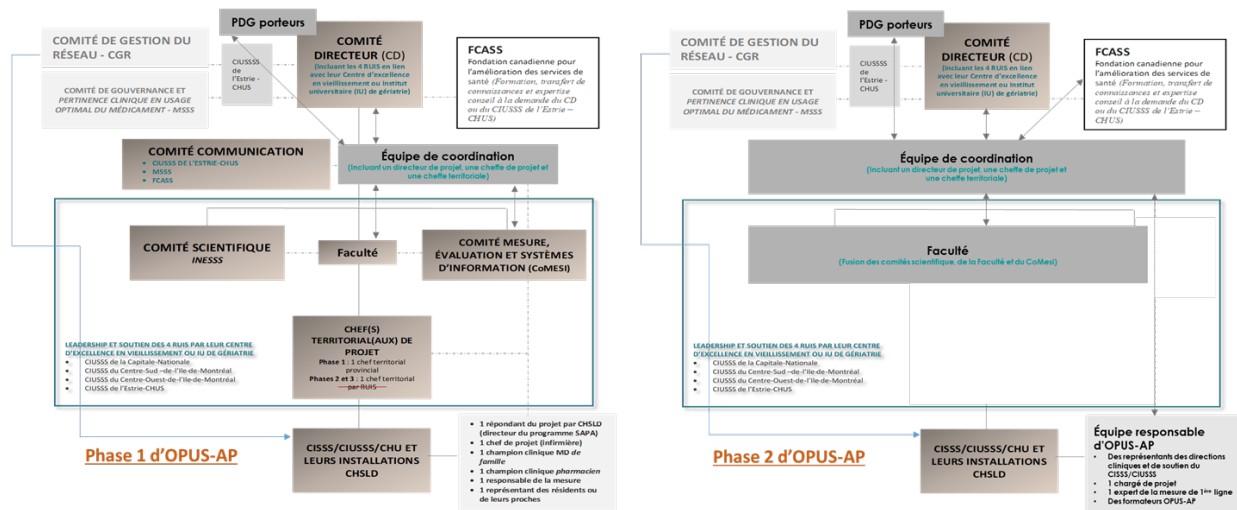


Figure 2. Structure OPUS-AP

Le comité *Mesure, évaluation et systèmes d'information* (CoMesi) est responsable de l'évaluation de l'implantation et des effets d'OPUS-AP, dont les résultats ont contribué à ajuster la démarche OPUS-AP en cours d'implantation. Il adapte la méthode de collecte de données et le manuel de codage et assure le suivi des indicateurs en fonction des protocoles approuvés par le comité d'éthique de la recherche. Il soutient aussi les établissements dans la mesure, soit directement les équipes de soins en phase I et ensuite, les experts de la mesure de 1^{re} ligne en phase II. Le CoMesi a été fusionné à la Faculté après la phase I, car plusieurs personnes siégeaient aux deux comités et puisque les activités du CoMesi étaient de plus en plus intégrées à la stratégie d'ACI (Figure 2).

Une équipe de coordination (composée d'un directeur, d'une cheffe de projet, d'une cheffe territoriale et d'une représentante de la FCASS) ne faisait pas partie de la structure OPUS-AP initiale et s'est créée de manière informelle. Le rôle et les responsabilités de cette équipe n'ont pas été clairement définis, mais on observe qu'elle assure la coordination et le suivi de l'implantation d'OPUS-AP dans les établissements et veille à la circulation des informations au sein du RSSS (MSSS, CGR et établissements) et de la structure OPUS-AP.

La FCASS, en tant que partenaire financier externe, est très présente au sein des différents comités de la structure OPUS-AP. Elle partage son expertise avec les acteurs OPUS-AP (ex.

transfert des connaissances, amélioration de la qualité, évaluation, etc.), apporte son appui technique en matière de formation des participants (ex. diffusion des webinaires, hébergement de la plateforme d'apprentissage en ligne durant la période d'implantation) et finalement, suit l'implantation de près.

Le comité des communications n'était pas initialement prévu dans le *MOP*; il a été ajouté au cours de la phase I afin, entre autres, de fournir les bonnes informations aux bons interlocuteurs au bon moment et d'assurer la qualité des relations avec les médias. Un plan de communication a été conçu ainsi que plusieurs outils informatifs. Le comité des communications était sous la responsabilité de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et devait collaborer avec la FCASS et le service des communications du MSSS. Des enjeux internes à ce comité ont fait en sorte qu'il a rapidement été aboli. Les activités reliées aux communications ont ensuite été reprises par l'équipe de coordination et la FCASS (Figure 2).

3.1.2 Processus de déploiement

La démarche OPUS-AP a commencé à l'automne 2017 avec, en phase I, 30 unités de soins de longue durée. Elle s'est poursuivie en 2019, en phase II, dans 129 CHSLD. La phase III, divisée en sous-phases A, B et C, sera en cours dans tous les établissements CHSLD (317) en 2020.

Sélectionner les interventions, adapter et implanter OPUS-AP

La démarche OPUS-AP s'est inspirée de l'expérience vécue dans les projets antérieurs de la FCASS pour déployer la stratégie d'application des connaissances intégrée (ou stratégie d'ACi). Ainsi, la FCASS a partagé avec OPUS-AP l'ensemble des outils pédagogiques et cliniques et a permis leur adaptation à la réalité vécue dans les CHSLD du Québec. Les outils cliniques et les outils d'information déjà utilisés ou déjà connus par les équipes de soins en CHSLD ont été privilégiés lorsque cela était possible.

Le soutien aux établissements a été structuré autour des travaux de la Faculté et transige de manière bidirectionnelle entre l'équipe de coordination d'OPUS-AP et les directions SAPA des établissements. La stratégie d'ACi comprend plusieurs modalités dont :

- Un atelier de lancement en présentiel d'une journée et demie (phase I) et d'une journée (phase II) à l'intention des directions SAPA, des chefs d'unités et des champions (médecins, pharmaciens et infirmiers, préposés aux bénéficiaires);
- Une formation en présentiel d'une journée et demie des champions (phase I);
- La diffusion de webinaires mensuels d'une durée d'une heure à l'intention des intervenants engagés dans l'implantation d'OPUS-AP dans les établissements (ex. chefs d'unités, des chargés de projet, des « champions » médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires, etc.) afin d'informer, former, partager les expériences vécues par les participants et faire l'état des progrès d'OPUS-AP (ex. Résultats aux temps T0, T3, T6, T9);

- Un Bureau virtuel (plateforme d'apprentissage en ligne) avec l'ensemble des outils et matériels éducatifs développés ainsi que les webinaires;
- Des outils de reddition de comptes et de mesure à l'intention des établissements afin de suivre l'évolution de la démarche, d'apprécier l'engagement des établissements et de mesurer les effets de la démarche OPUS-AP;
- Des capsules de formation à l'intention des gestionnaires (phase I);
- Des capsules de formation à l'intention des médecins produite en collaboration avec la FMOQ;
- La formation en présentiel de trois jours et le soutien des formateurs OPUS-AP ayant pour rôle d'offrir le soutien clinique aux équipes de soins en CHSLD (phase II);
- Des actions de soutien aux chargés de projets dans les établissements;
- Des équipes de 1^{re} et de 2^e ligne en soutien à la mesure.

Ces modalités visent ultimement à ce que les équipes de soins en CHSLD entament la réduction appropriée et sécuritaire des antipsychotiques selon les critères d'inclusion et d'exclusion des résidents et suivent leurs actions (collecte de données).

Pour permettre le déploiement d'OPUS-AP dans les établissements (notamment des activités de formation et de mentorat) et favoriser l'application des connaissances, les rôles de la direction SAPA, du chargé de projet, des champions et du formateur OPUS-AP (regroupés au sein d'une équipe responsable d'OPUS-AP en phase II) ainsi que les rôles des chefs d'unités et du personnel des équipes de soins en CHSLD ont été définis (Tableau 5).

Tableau 5. Description des rôles des acteurs des établissements

Acteurs	Rôle des acteurs
Direction SAPA	Est imputable de l'implantation de la démarche dans l'établissement Assure le soutien organisationnel selon le plan de déploiement de l'établissement (collaboration interdirections) Nomme un chargé de projet
Chargé de projet	Coordonne les activités d'OPUS-AP en collaboration avec les chefs d'unités Assure le suivi du projet dans l'établissement et la circulation de l'information Identifie les formateurs et les soutient dans leur rôle
Formateur	Adapte les contenus de formation selon les besoins des professionnels ou des équipes de soins qu'il accompagne Offre des formations aux équipes de soins au sujet des approches de base et des interventions non pharmacologiques individualisées Offre du mentorat et du coaching aux équipes de soins
Chef d'unité	Collabore avec le chargé de projet Anime les caucus (ou délègue l'animation du caucus) Assure l'accès aux formations pour le personnel des équipes de soins Soutient et accompagne les équipes de soins (motivation)
Champion	Mobilise les équipes de soins autour de l'objectif de la déprescription Favorise la collaboration interprofessionnelle

Acteurs	Rôle des acteurs
Infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Participe aux caucus - Élabore le plan de traitement infirmier au regard des SCPD et veille au suivi clinique - Contribue à la collecte de données
Infirmier auxiliaire	<ul style="list-style-type: none"> - Participe au caucus - Contribue à la réalisation du plan de soins et à l'évaluation du résident - S'entretient avec les proches du résident au besoin
Préposé aux bénéficiaires et Professionnel en CHSLD (travailleur social, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Participe au caucus - Contribue à la prise en charge des SCPD - Informe l'équipe de soins des observations - S'entretient avec les proches du résident au besoin
Médecin Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Participe au caucus (médecin et pharmacien) - Établit la pertinence d'une déprescription en collaboration avec l'équipe de soins (médecin) - Procède à la révision régulière des dossiers médicaux du résident (pharmacien) - Répond aux questions de l'équipe de soins - Collecte et met à jour les renseignements cliniques et pharmacologiques (pharmacien) - S'entretient avec les proches du résident au besoin (médecin et pharmacien)
Équipe de 1^{re} ligne de soutien à la mesure	<ul style="list-style-type: none"> - S'assure du bon déroulement et de la qualité de la collecte de données - Répond aux questions des équipes de soins lors des temps de mesures - S'entretient avec l'équipe de 2^e ligne de soutien à la mesure au besoin

Monitorer l'utilisation des connaissances

Un soutien en continu a été offert aux établissements par la structure OPUS-AP. Ce soutien visait à mettre en lumière les succès vécus et également à ajuster rapidement les activités d'OPUS-AP en fonction des enjeux et des besoins concrets liés à son implantation dans les CHSLD. En ce sens, un sondage a été envoyé aux chargés de projets, aux chefs d'unités et aux formateurs OPUS-AP en cours d'implantation pour faire état du déroulement et identifier les améliorations possibles. Après compilation des résultats au sondage, l'équipe de coordination a été en mesure de constater les difficultés vécues par certains formateurs OPUS-AP, informer les directions SAPA et les chargés de projet concernés de la situation et déterminer des solutions permettant de soutenir davantage le rôle de formateur. Dans la même optique, les participants aux activités d'information et de formation par webinaires étaient invités à remplir un sondage d'appréciation à la fin de chaque activité. Ceci a notamment mené à l'ajout d'études de cas par webinaires afin de répondre aux difficultés des équipes de soins à mettre en place les caucus.

Lorsque les enjeux soulevés se situaient au-delà des mandats de la structure OPUS-AP, les rencontres avec le CGR permettaient de soumettre les enjeux et les solutions potentielles aux instances appropriées. Par exemple, le manque de pharmaciens s'est avéré un problème réel vécu par les établissements qui n'étaient pas en mesure d'assurer la révision de la pharmacothérapie des résidents ciblés en CHSLD. Cet enjeu majeur a donc été abordé au CGR, soumis au MSSS, puis confié à un groupe de travail chargé d'identifier/proposer des solutions pour le résoudre.

Les établissements se sont engagés à implanter la démarche OPUS-AP et ont reçu du soutien financier et un accompagnement pour faciliter la transformation des pratiques. Cet engagement était accompagné de redditions de comptes afin de s'assurer du bon déroulement de l'implantation. Les établissements, par le biais de leur chargé de projet, ont soumis un rapport final pour démontrer l'avancement de l'implantation, en plus d'un bilan financier, du choix des formateurs, des unités où auraient lieu la démarche OPUS-AP ainsi que les collectes de données trimestrielles. Ces rapports visaient à mettre en évidence l'effort d'implantation et identifier les défis et pistes d'amélioration possibles au regard d'OPUS-AP (éléments stratégiques, tactiques et opérationnels). De leur côté, les acteurs OPUS-AP ont produit un bilan à la fin de la phase I. Ces redditions de comptes et ce bilan étaient à l'intention du MSSS et de la FCASS.

Tel que prévu par la stratégie d'ACi, les acteurs OPUS-AP ont aussi favorisé une relation bidirectionnelle entre l'expérience vécue par les parties prenantes d'OPUS-AP et la production des connaissances issues du suivi et de la recherche en cours d'implantation. Par exemple, les données liées à la déprescription des antipsychotiques, à l'usage des benzodiazépines et antidépresseurs, aux SCPD et chutes, colligées aux trois mois par les équipes de soins, ont été traitées, analysées et synthétisées dans un rapport personnalisé par CHSLD de manière à pouvoir être facilement accessibles pour les acteurs des établissements. À l'écoute des difficultés et contraintes vécues en lien avec la mesure sur le terrain, les acteurs OPUS-AP pouvaient réagir et proposer des solutions adaptées. De fait, des webinaires présentant les résultats d'OPUS-AP aux trois mois ont permis aux acteurs OPUS-AP de répondre aux questions des participants et, lorsque nécessaire, d'apporter des modifications au système de collecte de données utilisé en établissement.

Évaluer les effets de la démarche

L'étude prospective de cohorte fermée (mesure de la déprescription) et l'évaluation développementale (processus d'implantation) étaient intégrées à la démarche OPUS-AP. En 2017, le CoMesi a déterminé des indicateurs à partir de ceux utilisés par la FCASS pour d'autres projets similaires. L'équipe de recherche a élaboré un protocole de recherche pour évaluer l'implantation et les effets d'OPUS-AP (volets qualitatif et quantitatif). Le protocole de la recherche a été approuvé par le comité d'éthique et de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Cette étude prospective mesure : 1) les changements survenus au sein des sites d'implantation

en phases I et II avec les indicateurs prescrits et l'outil de collecte proposé; 2) les progrès des participants dans l'atteinte des objectifs d'apprentissage, selon des entrevues menées en phase I dans cinq équipes de soins.

Assurer le maintien de l'utilisation des connaissances

La participation de chercheurs au sein de la structure OPUS-AP (Faculté et CoMesi) avait pour but de favoriser les boucles de rétroactions en cours d'implantation entre l'expérience vécue et les connaissances issues de la recherche. Elle avait aussi pour but d'identifier les stratégies optimales de pérennité dans l'application des connaissances liées à la déprescription des antipsychotiques et des approches non pharmacologiques. Un bilan déposé à la fin de la phase I d'implantation fait état de la transformation et des enjeux à surveiller au cours des phases II et III de l'implantation. Des éléments qui renforcent et fragilisent le maintien de l'utilisation des connaissances dans les établissements ont été identifiés par les chercheurs afin de prévoir le moment où la structure OPUS-AP ne sera plus présente.

Les éléments favorables à l'utilisation des connaissances dans les établissements seraient : 1) le soutien offert aux acteurs des établissements par OPUS-AP; 2) la mise en place des caucus en CHSLD (une rencontre regroupant tous les membres de l'équipe de soins autour de la situation d'un résident); 3) la participation des acteurs des établissements aux activités de suivi et mesure et 4) la présentation des résultats en cours de démarche et à l'intention des équipes de soins.

Les éléments qui pourraient fragiliser le maintien de l'utilisation des connaissances seraient : 1) le passage du flambeau des intervenants champions (ou des unités championnes) aux intervenants non champions; 2) l'instabilité du personnel; 3) la présence d'une résistance anonyme; 4) l'effort mis pour la déprescription plus élevé que pour instaurer les approches de base et les interventions non pharmacologiques individualisées; 5) l'absence d'un outil clinique intégré aux pratiques permettant un suivi des pratiques en continu et 6) la méthodologie de collecte de données exigeante pour les équipes de soins.

Les résultats qui suivent viennent illustrer la manière dont ont été perçus la conception et le déploiement de la démarche en présentant ses déterminants centraux.

3.2 Déterminants centraux

L'analyse des données a permis de faire émerger cinq déterminants identifiés comme centraux qui ont joué un rôle de déclencheur du mouvement ayant entraîné les effets tels que perçus par les répondants. Ces déterminants sont au cœur de cette section :

- Une démarche intégrée, collaborative et probante;
- Des communications et réseaux au service de la démarche OPUS-AP;
- L'engagement et l'implication des parties prenantes;
- Un climat d'implantation favorable aux changements;
- Une stratégie d'application des connaissances intégrée porteuse.

Dans l'esprit de l'approche réaliste, des configurations de chaînes causales (contexte-mécanismes-effets perçus) qui prennent en considération les construits du CFIR (Damshroder et al., 2009) sont proposées pour chacun de ces déterminants. Une figure en résumé les mécanismes positifs (à gauche), les mécanismes négatifs (à droite) ainsi que les effets qu'ils entraînent (au centre) tels que perçus par les répondants.

3.2.1 Une démarche intégrée, collaborative et probante

Selon les répondants, l'intégration d'OPUS-AP aux structures de gouverne en place dans le RSSS et les limites que cela suppose, l'adoption d'une posture collaborative (vs directive dans le RSSS), la centralisation du pouvoir, les incompréhensions et incohérences ressenties ainsi que le contrôle et le manque de confiance des supérieurs perçus en établissements ainsi que l'inclusion de la mesure ont influencé l'implantation d'OPUS-AP (Figure 3). Ces mécanismes relevés par les répondants s'inscrivent en cohérence avec certains construits du CFIR qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation (Damshroder et al., 2009). De façon plus spécifique, ils s'inscrivent en cohérence avec l'influence : 1) du *Contexte interne* tel que défini par les *Caractéristiques structurelles*, la *Culture* et les *Ressources disponibles* de l'organisation; 2) du *Processus*, particulièrement la *Planification* et la *Réflexion/Évaluation* (Damshroder et al., 2009).

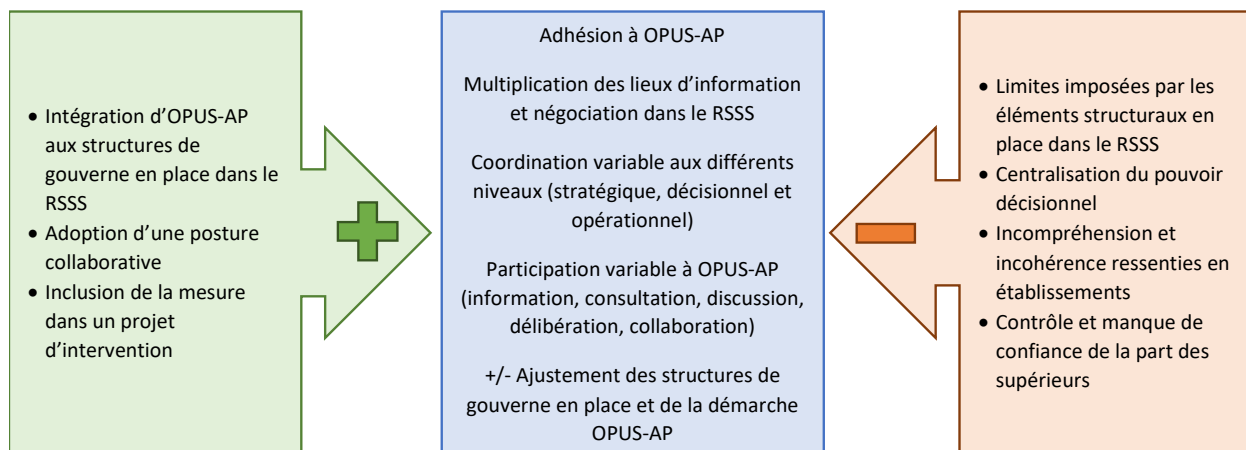


Figure 3. Mécanismes et effets perçus relatifs à la démarche intégrée, collaborative et probante

Intégrer OPUS-AP aux structures de gouverne en place

Au moment de concevoir la démarche OPUS-AP, les membres de la cellule stratégique ont façonné sa structure de gouverne et de soutien afin qu'elle corresponde à celle du RSSS et qu'elle y soit intégrée. Pour certains répondants, utiliser les voies décisionnelles reconnues, adopter les mêmes modalités de gestion de projet et mettre à contribution les ressources du RSSS a permis de lancer un signal fort de la direction à prendre avec la démarche OPUS-AP, ce qui a contribué à l'adhésion des acteurs du RSSS.

Selon d'autres répondants, articuler de façon cohérente les éléments structuraux du RSSS et d'OPUS-AP a aussi permis de favoriser la coordination au niveau stratégique et tactique ainsi que d'assurer la participation des instances/acteurs concernés. Nommons, à titre d'exemple, le recours aux espaces formels de coordination et décision du RSSS (ex. CGR et TNC) ou la présence de leurs représentants (ex. directions cliniques et de soutien du MSSS ou des établissements) au sein de la OPUS-AP (réf. Section 3.2.2 *Communications et réseaux*).

« Au sein du comité directeur c'est de pouvoir faire part de certaines informations de nature provinciale ou d'orientations ministérielles qui pourraient venir donner des informations importantes dans le cadre de OPUS-AP et aussi d'être des facilitateurs dans le cadre par exemple des ententes qui étaient produites avec la Fondation canadienne, des liens également avec les tables nationales de coordination. » (E-5)

Selon quelques répondants, intégrer OPUS-AP aux structures de gouverne en place a aussi permis de rallier les forces vives du RSSS autour de la démarche. En plus du soutien financier du MSSS et de la FCASS ayant permis d'appuyer la démarche OPUS-AP (ex. embauche de membres de l'équipe de coordination ou libération pour la participation aux formations), ils expliquent que c'est avant tout sur les ressources issues du RSSS que repose l'implantation d'OPUS-AP. Nommons, à titre d'exemple, les nombreux acteurs du RSSS mis à contribution en cours

d'implantation tels que les acteurs œuvrant au sein des instances de décision et coordination nationales (ex. CGR, TNC-SAPA) ainsi que des partenaires du RSSS (ex. INESSS); des 4 RUISSS; du CIUSSS de l'Estrie-CHUS; des établissements (ex. PDG et directions impliquées, équipe responsable d'OPUS-AP – gestion et soutien de proximité, autres formateurs – SCPD et ARS, etc.) et leurs installations (ex. chefs d'unités et équipes de soins en CHSLD) (réf. Section 3.1 *Description d'OPUS-AP*). En complément à ces ressources, nommons aussi le financement offert par certaines fondations permettant d'acheter du matériel utile à l'application des approches de base et des interventions non pharmacologiques individualisées (ex. objets occupationnels, matériel pour des activités de courte durée).

Pour d'autres répondants, choisir d'utiliser ces voies, modalités et ressources a plutôt demandé de composer avec les limites du RSSS (ex. normes, valeurs et règles régissant les décisions et l'action, ressources disponibles [ou non]). Nommons, à titre d'exemple, la centralisation des décisions au regard des systèmes de l'information en place et la lenteur/la lourdeur des processus; ceci ayant mené à l'implantation d'une solution temporaire au sein des processus réguliers qui freine le passage d'un mode expérimental à intégrer et fragilise la mesure.

« La limite principale sur laquelle se bute OPUS-AP, c'est qu'on n'a pas de prise sur par exemple l'outil clinique des pharmaciens ou la forme que prend l'outil d'évaluation multi-clientèle pour les clientèles en question, etc. Et donc notre plafond de verre, c'est est-ce que le ministère va faire les changements structurels dans des outils cliniques? [...]. Changer des outils cliniques, c'est un paquebot qui est lent et qui a plein de conséquences de tout ordre là. » (E-6)

Nommons aussi les arrimages qui gagneraient à être bonifiés. Bien que les ficelles semblent « bien attachées » pour certains répondants, d'autres soulignent plutôt le manque de coordination entre les différentes initiatives en cours alors que ces dernières sont perçues comme cohérentes et en continuité avec OPUS-AP (ex. Plan Alzheimer, 21 Bonnes pratiques en CHSLD, Santé buccodentaire, etc.). Selon ces derniers, ce manque de coordination est observé à différents niveaux. Il entraîne des changements de pratiques en parallèle ainsi qu'un sentiment d'incompréhension et d'incohérence chez certains acteurs en établissement.

« Je vous avoue qu'à mon avis c'est probablement un des plus grands défis du réseau de la santé [...] c'est toujours vu comme des projets les uns à côté des autres même s'ils touchent la même clientèle et ce qui est plus compliqué à mon avis, c'est que non seulement ça touche la même clientèle, mais c'est les mêmes intervenants qui vont intervenir là » (E-3).

Pour mener à bien la démarche OPUS-AP, quelques répondants nomment l'importance d'effectuer des ajustements qui seront le fruit d'un compromis raisonnable entre les différentes parties prenantes qui prend en compte le contexte québécois (ex. lois, règlements, orientations ministérielles, cadres et ententes de gestion des établissements, protocoles médicaux, etc.).

« Il y a des choses qu'on peut changer d'autres qu'on ne changera pas, on ne peut pas changer. On ne va pas casser des murs, on ne va pas... bon. Et la conséquence c'est que l'innovation elle découle de compromis raisonnables. Elle a une chance d'être implantée supérieure parce qu'elle est un compromis raisonnable, mais il se pourrait qu'elle se bute à des conditions structurelles récurrentes ». (E-6)

Selon ces répondants, ces ajustements ont été réalisés au moment de concevoir OPUS-AP ainsi que d'en planifier et déployer les différentes phases. Pour ce faire, ces derniers nomment que les parties prenantes, particulièrement les acteurs OPUS-AP, ont fait preuve de souplesse et d'ouverture. Ils mentionnent qu'une coordination et un suivi serrés et en continu de l'équipe de coordination ont permis d'effectuer les ajustements souhaités en cours d'implantation d'OPUS-AP et ce, tant à la structure de gouverne et de soutien, à la stratégie d'ACi qu'aux modalités de suivi et d'évaluation.

Adopter une posture collaborative

Dans le cadre de la démarche OPUS-AP, les acteurs OPUS-AP se sont positionnés en faveur d'une posture collaborative dans les travaux de conception, déploiement et suivi/évaluation.

« Dans le fond elle [la démarche OPUS-AP] a permis à différents acteurs de se concerter, mais de manière intense. Ces acteurs-là dans le fond c'est un groupe de chercheurs, des gestionnaires, le Ministère et des cliniciens champions et des représentants de la FCASS, la fondation du système de santé [...] dans ce cas-ci ce qui est particulier, c'est qu'il y a une imbrication très très forte de tout ce monde-là dans un projet réellement commun. Ce ne sont pas les chercheurs qui invitent les gestionnaires à enrichir leur travail et ce ne sont pas les gestionnaires qui commandent des enquêtes, c'est véritablement un lieu de convergence fort avec un intégrateur. » (E-6)

Selon certains répondants, cette posture a contribué à l'adhésion des instances/acteurs stratégiques et tactiques du RSSS puisqu'elle a été accueillie comme un souffle nouveau (par opposition à la posture habituellement directive). Nommons, à titre d'exemple, l'ensemble des PDG qui ont adhéré à la démarche, ont convenu de sa pertinence et de sa priorité et se sont engagés à implanter OPUS-AP dans les termes négociés avec les bailleurs de fonds, le MSSS et la FCASS.

« Dans ce projet-là, la gouvernance, que c'est une des seules fois où j'ai vu au Québec qu'on avait les quatre RUISSS ensemble avec la même vision, avec la même... vraiment dans le fond cette attitude-là, on n'imposait pas quelque chose, on proposait quelque chose et on supportait les établissements. Je pense que c'est important. » (E-2)

En cours d'implantation, c'est aussi grâce à l'adoption de cette posture que ces instances/acteurs ont pu participer plus activement à la démarche OPUS-AP (ou avec un niveau élevé de participation plus élevé qu'habituellement). Pour quelques répondants, l'intégration des différentes modalités de collaboration à la démarche OPUS-AP (ex. établissement d'une vision commune, partage des responsabilités, circulation de l'information, proposition d'opportunités

de participation, etc.) a permis d'inspirer ou de susciter cette même posture au sein des directions SAPA et des unités de soins des établissements. Selon ces répondants, ce fut le cas en phase I du déploiement d'OPUS-AP alors qu'une trentaine d'unités de soins de longue durée étaient visées. En phase II, alors que 136 CHSLD étaient visés, la posture directive habituellement présente au sein des établissements se serait à nouveau imposée; ceci au détriment du mouvement de collaboration insufflé par OPUS-AP. Pour ces répondants, un leadership plus directif diminue le sentiment de contrôle et est vécu comme un manque de confiance de la part des niveaux hiérarchiques supérieurs.

En contrepartie, adopter une posture de collaboration a entraîné la multiplication des lieux d'information et de négociation au sein du RSSS, mais aussi de la structure OPUS-AP. Quelques répondants expliquent que cette multiplication est perçue comme un paradoxe étant donné que les décisions apparaissent centralisées à quelques acteurs et qu'elles sont parfois dépendantes du MSSS. Pour ces répondants, le nombre important d'instances/acteurs sollicités et à diverses occasions (en raison d'allers-retours fréquents) a ralenti la prise de décision.

Cette même posture de collaboration constitue également l'un des fondements de l'intervention proposée; la déprescription des antipsychotiques étant fortement liée au recours à des approches de base et des interventions non pharmacologiques individualisées. Dans cette optique, les acteurs OPUS-AP ont mis de l'avant des pratiques (ex. travail en caucus, partenariat avec les proches) et développé des outils pour les soutenir (ex. aide-mémoire et station visuelle caucus, webinaires) visant à favoriser la collaboration interprofessionnelle ainsi que la collaboration avec les résidents et leurs proches. Peu de données ont été colligées dans le cadre de la présente évaluation à cet effet. Quelques répondants nomment cependant que la collaboration interprofessionnelle dans les équipes de soins en CHSLD demeure un défi majeur puisqu'elle représente un changement de paradigme important. Ils expliquent que si le trio « médecin-pharmacien-infirmier » n'est pas formé ou n'est pas en mesure de collaborer (ex. intérêt, disponibilité, aptitudes) alors une impression de fragilité s'installe (ex. mise en commun des informations sur le résident difficile, déprescription d'antipsychotiques sans être accompagnée des approches de base et des interventions non pharmacologiques individualisées).

« Il faut arrêter l'espèce de clivage médical, pharmacien, personnel, ça va tout ensemble là. Et je pense de rapprocher les équipes pour un but commun, c'est plus ça aussi qui est un enjeu. » (E-9)

Inclure la mesure dans un projet d'intervention en CHSLD

Depuis plusieurs années, les salles de pilotage sont utilisées dans les établissements afin de structurer la gestion de la performance. Si le changement a été adopté après un certain temps par le RSSS, il aurait très peu percolé en CHSLD et peu d'indicateurs concernent ce milieu clinique. Selon plusieurs répondants, la démarche OPUS-AP fournissait aux établissements une occasion d'intégrer la mesure en CHSLD, plus spécifiquement la révision de la pharmacothérapie et le suivi

des prescriptions d'antipsychotiques. Quelques-uns précisent que cette intégration a été vécue comme une grande réussite. Ils nomment aussi avoir le sentiment que la mesure était au service de l'intervention puisqu'elle y a amené de la rigueur et de la continuité.

« Pour une fois, on faisait des choses en CHSLD et on le mesurait. Et souvent l'aspect de la mesure en CHSLD ce n'est pas un aspect qui s'apprivoise bien. Le mot important là c'est qu'on développe l'importance de la mesure. Et ça en CHSLD, je dis toujours moi... on a je ne sais pas combien d'indicateurs à l'urgence, en hospitalier et au bloc opératoire et en CHSLD on en n'a pas. » (E-2)

D'autres répondants rapportent plutôt que certains acteurs des établissements ont l'impression qu'OPUS-AP est un projet de recherche et donc, que la mesure y est liée spécifiquement et qu'elle sera ponctuelle. Malgré les défis associés à la mesure (ex. mise en place d'un système informatique temporaire et difficultés techniques, perception de lourdeur de la collecte de données sur le terrain), plusieurs répondants soulignent l'importance et l'utilité des données qui en sont issues. En plus de permettre d'ajuster les processus de gestion et prestation de soins, apprécier l'expérience vécue au sein des établissements ainsi que mesurer les effets de l'implantation d'OPUS-AP, ces données ont permis d'identifier les succès à célébrer et documenter les enjeux à résoudre. À long terme, ces données contribueraient aussi à veiller à l'intégrité des pratiques (telles qu'elles ont été réfléchies et implantées) ainsi qu'à leur pérennité. Quelques répondants nomment que la perception de ces avantages, joints à la sensibilité et à la réalité terrain des acteurs OPUS-AP et aux ajustements réalisés, ont permis de faire face aux défis associés à la mesure.

3.2.2 Des communications et des réseaux aux services de la démarche OPUS-AP

Selon les répondants, l'investissement des espaces formels, la mise à contribution des réseaux externes et internes (ou présence/absence de liens privilégiés), l'adéquation/inadéquation des acteurs interpellés ou impliqués, la qualité des interactions avec les instances/acteurs du RSSS, l'harmonisation (ou non) des activités de communications ainsi que la sollicitation (ou non) d'expertise en communication ont influencé l'implantation de OPUS-AP (Figure 4). Ces mécanismes relevés par les répondants s'inscrivent en cohérence avec certains construits du CFIR qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation (Damshroder et al., 2009). De façon plus spécifique, ils s'inscrivent en cohérence avec l'influence : 1) du *Contexte externe*, surtout du *Cosmopolitanisme* ou du réseau externe de l'organisation; 2) des *Communications et réseaux* de l'organisation (Damshroder et al., 2009).

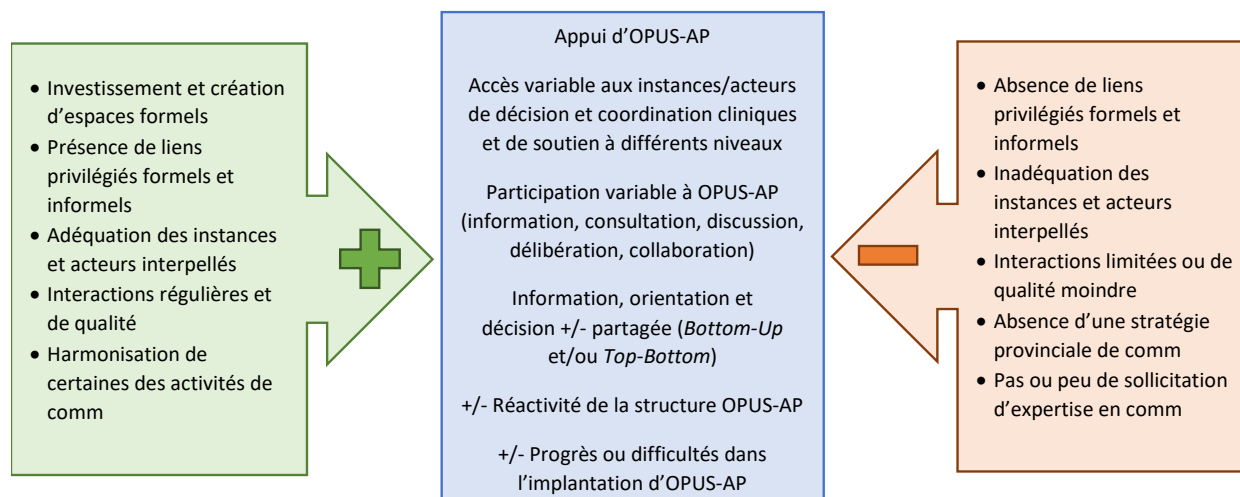


Figure 4. Mécanismes et effets perçus relatifs aux communications et réseaux

Investir les espaces formels existants et les compléter avec de nouveaux

Dans le cadre de la démarche OPUS-AP, les éléments structuraux du RSSS et d'OPUS-AP ont été mis à contribution. Les PDG porteurs et l'équipe de coordination ont pu recourir aux différents espaces formels de coordination et décision déjà en place ainsi qu'emprunter leurs canaux de communication habituels. Grâce à l'appui et la facilitation des liens par le MSSS et ses établissements, un accès direct aux instances stratégiques, tactiques et opérationnelles a été rendu possible aux plans : 1) national (ex. CODIR, CGR, TNC-SAPA/DSI); 2) territorial (ex. RUISSS); 3) régional (ex. comité de direction ou directions des établissements) et 4) local (ex. unités de soins de longue durée). En complément, de nouveaux espaces formels propres à OPUS-AP ont été créés afin d'assurer la conception, le déploiement et le suivi/évaluation d'OPUS-AP (comités et équipe de coordination) ou la résolution des enjeux rencontrés (groupes de travail à haut niveau dans le RSSS). C'est donc en tirant à la fois parti des modes de gestion des relations du RSSS et d'OPUS-AP que les acteurs OPUS-AP ont pu assurer une circulation de l'information, une orientation des actions et une décision à la fois de haut en bas – ou *Top-Down* (via le RSSS) et de bas en haut – ou *Bottom-up* (via OPUS-AP).

« C'est qu'on a fait des expériences terrain, il y avait toute une structure pour permettre ça et suite aux expériences terrain, il y a des informations qui sont montées vers le haut, c'est-à-dire le comité directeur, CGR, Ministère ont dit... écoutez, il faut essayer de voir c'est quoi les solutions possibles, voici la démarche, voici comment ça se passe, il y a des embûches, il y a des risques, alors vous faites partie de la solution tout le monde ensemble. » (E-2)

Mettre à contribution ou développer des liens privilégiés

En plus d'investir les espaces formels déjà en place dans le RSSS et propres à OPUS-AP, les acteurs OPUS-AP ont également su miser sur leurs liens privilégiés avec les différentes parties prenantes (externes et internes au RSSS) ou créer de nouveaux liens avec elles. Qu'ils soient plus ou moins

forts, tangibles ou intangibles et formels ou informels, la présence de ces liens a été identifiée par plusieurs répondants comme contributive à l'implantation d'OPUS-AP.

Ce sont initialement grâce aux liens existants entre le RSSS et la FCASS que l'opportunité d'un projet sur l'usage approprié des antipsychotiques s'est présentée. En cours d'implantation, la présence d'une représentante de la FCASS au sein de la structure OPUS-AP a permis de consolider ces liens et de faciliter les échanges avec les responsables de projets similaires et les experts d'ailleurs au Canada.

« La personne qui nous accompagne, bien c'est quelqu'un qui est en mesure de faire le pas entre la FCASS et ce qui se passe dans le projet au niveau du Québec et elle est en mesure de s'assurer que le soutien qu'on reçoit et que les difficultés qu'on rencontre sont entendues. » (E-14)

Identifiés comme incontournables par certains répondants, trois ordres professionnels (CMQ, OPQ et OIIQ) et deux associations syndicales (FMOQ, A.P.E.S. Québec) ont été interpellés par les acteurs OPUS-AP. Selon certains répondants, la sollicitation de ces partenaires du RSSS a permis d'assurer leur appui ainsi que leur participation dans la validation des rôles et des responsabilités des professionnels concernés et les communications avec leurs membres (pour information et formation).

En ce qui a trait aux liens établis avec les organismes de santé et de services sociaux sans but lucratif, peu de données ont été colligées à cet effet. Quelques répondants ont nommé que peu (ou pas) de liens semblent avoir été établis avec la FQSA, et ce, malgré sa présence et sa participation au sein de la structure OPUS-AP.

En misant sur leurs liens privilégiés avec les instances/acteurs du RSSS, les PDG porteurs et l'équipe de coordination ont pu rallier les acteurs stratégiques autour d'OPUS-AP et favoriser leur appui et leur participation. Aux niveaux tactique et opérationnel, une grande variabilité de la nature et la qualité des liens existants/établis est décrite par les répondants, plus spécifiquement entre : 1) les responsables de l'implantation d'OPUS-AP dans les établissements (directions de programmes SAPA, chargés de projet, chefs d'unités); 2) les formateurs OPUS-AP et 3) les professionnels des équipes de soins en CHSLD. Selon certains répondants, la présence ou l'absence de liens de proximité entre ces derniers influence directement l'adoption des pratiques proposées par OPUS-AP. Nommons, à titre d'exemple, l'influence des liens de proximité entre le chargé de projet et les chefs d'unités sur la perception des changements proposés par OPUS-AP (ex. avantages, degré de complexité, pérennité) ou encore entre les formateurs OPUS-AP et les professionnels des équipes de soins en CHSLD sur le sentiment d'être soutenus dans la transformation de leurs pratiques.

« On intègre une nouvelle chef (d'unité) dans un des CHSLD, elle dit... je vais la laisser rentrer, mais après ça, je vais prendre un temps avec elle pour lui expliquer comme il faut le projet parce que c'est très important que les chefs soient sensibilisés et encouragent les équipes en lien avec ça et

qu'ils se présentent au... c'est un nouveau projet, alors il faut qu'ils s'y intéressent et que les gens sentent que c'est là pour rester, ce n'est pas un passage là. » (E-12)

Quant aux liens développés entre les acteurs OPUS-AP, ces derniers ont permis de constituer une structure de gouverne et soutien perçue par plusieurs répondants comme « intégratrice de l'ensemble des parties prenantes » et permettant de mener à bien la démarche OPUS-AP.

Interpeller les instances/acteurs adéquats en temps opportun

Plusieurs répondants nomment que la réactivité de la structure OPUS-AP (« la réaction en temps réel ») a permis à la démarche de progresser à court terme. Selon ces derniers, cette réactivité semble notamment reposer sur la capacité des acteurs OPUS-AP à naviguer dans le RSSS et à solliciter les instances/acteurs adéquats. Cinq acteurs OPUS-AP assumaient ce rôle; étant identifié comme les interlocuteurs principaux et les personnes-ressources à leur niveau, soit 2 PDG porteurs et 1 directeur de projet au niveau stratégique du RSSS; 1 cheffe de projet au niveau stratégique et tactique des établissements; 1 cheffe territoriale au niveau opérationnel des établissements.

Certains répondants expliquent que lorsque le mandat des instances ou les responsabilités des acteurs du RSSS rejoignent sont en adéquation avec les objectifs des communications réalisées, les interactions avec ces derniers sont perçues comme favorables à une décision partagée et accélérée. À l'inverse, la mise à contribution d'instances/acteurs jugés inadéquats dans une situation donnée semble limiter significativement les progrès d'OPUS-AP. Nommons, à titre d'exemple, les difficultés à résoudre l'enjeu lié aux systèmes informatiques; ces difficultés pouvant notamment s'expliquer par la composition inadéquate du groupe de travail y étant dédié (ex. niveau décisionnel inadéquat de certains membres).

Miser sur des interactions régulières et de qualité

La nature des interactions entre les instances/acteurs du RSSS et les acteurs OPUS-AP a aussi été identifiée comme déterminante de la réactivité de la structure OPUS-AP. Selon plusieurs répondants, plus les interactions sont régulières et sollicitent un niveau de participation élevé (ex. délibération et collaboration), plus les parties prenantes : 1) comprennent les objectifs visés; 2) saisissent la vision et les pratiques privilégiées; 3) s'approprient OPUS-AP et s'y engagent; 4) comprennent ce qui est attendu d'eux; 5) contribuent à l'implantation d'OPUS-AP et à faire tomber les barrières; 6) et s'il-y a lieu, adoptent les pratiques proposées par OPUS-AP. De nombreux efforts ont été investis en ce sens par les acteurs OPUS-AP. Nommons, à titre d'exemple, les interactions qui ont été réalisées entre : les PDG porteurs et le CGR; l'équipe de coordination et les directions SAPA du MSSS et des établissements; l'équipe de coordination et les chargés de projets ou les formateurs OPUS-AP des établissements; l'équipe de coordination et les comités OPUS-AP; les membres du comité directeur ou de la Faculté de la structure OPUS-AP.

Malgré les efforts investis, des écarts subsistent en ce qui a trait à certaines instances/acteurs du RSSS et de la structure OPUS-AP. Selon les répondants, plus les interactions sont limitées et sollicitent un faible niveau de participation (ex. information, consultation, discussion), moins elles contribuent à ce qu'OPUS-AP réalise des progrès (ex. objectifs non compris, vision et pratiques moins saisies, etc.). Nommons, à titre d'exemple, les interactions suivantes qui, selon certains répondants, gagneraient à être enrichies entre : les acteurs OPUS-AP et les tables de concertation nationales (ex. Comité de gouvernance et de pertinence clinique en usage optimal des médicaments, TNCC, TNC-DSI, etc.); les membres des CoMesi ou ceux du comité des communications de la structure OPUS-AP. Nommons aussi, les interactions se déroulant entre les instances/acteurs des établissements et sur lesquelles les acteurs OPUS-AP ont peu de contrôle (ex. entre les directions cliniques et de soutien ou les gestionnaires et le personnel soignant).

« La communication à l'intérieur de chacun des CISSS et CIUSSS, ça, à mon avis selon les organisations, c'est à vitesse variable parce que ça arrive que les gens vont m'écrire pour me dire [...] je n'ai pas reçu ci et je n'ai pas reçu ça. Et là je leur dis... bien vous avez un chargé de projet, demandez-lui. [...] quand je vous mets en CC de quelque chose comme ça, ce n'est surtout pas pour vous faire un reproche, mais c'est probablement parce que dans votre système de communication, il vous manque quelque chose. Soit vous n'avez pas envoyé ça à la bonne personne, soit vous n'avez pas mis la secrétaire en CC, je ne sais pas quoi, mais vous avez manqué des gens. Alors regardez comment votre propre organisation elle fonctionne pour ses communications. » (E-5)

Au-delà de la nature des interactions, la réactivité de la structure OPUS-AP repose également sur la qualité de ces dernières. Selon les répondants, les interactions entre les instances/acteurs du RSSS et les acteurs OPUS-AP (comme entre eux) se sont ancrés dans les valeurs d'écoute, de respect, d'ouverture et de transparence. Cette posture a permis à chacun d'exprimer son point de vue.

« Mais si je reviens à la structure de gouvernance, bien des rencontres fréquentes, des opportunités des tours de tables, donc des opportunités pour tous et chacun de donner leur avis, donner leur opinion, de pouvoir discuter d'enjeux. » (E-10)

Même en misant sur ces valeurs, certaines conditions ont rendu les interactions plus difficiles. En ce qui a trait aux interactions entre les acteurs OPUS-AP et les instances de décision et de coordination du RSSS (ex. CGR, TNC-SAPA), c'est du côté de leur durée que se situait le plus grand défi. Comme de nombreuses priorités doivent être abordées lors des rencontres de ces instances, peu de temps était alloué à OPUS-AP, ce qui a limité le niveau de participation des instances.

Quant à la structure OPUS-AP, les conditions suivantes ont été nommées par les répondants : le fait de tenir un échéancier serré (à la fois structurant et limitant la collaboration); le fait de préconiser un mode de travail à distance (à la fois compatible avec la portée provinciale d'OPUS-AP et nuisible à la création d'une dynamique de groupe satisfaisante); le fait de multiplier les

communications (à la fois facilitant la circulation de l'information et nuisant à une prise de décision partagée efficace).

« Les rencontres ont beaucoup eu lieu au téléphone, moi ça m'a pris du temps à connaître les gens. C'est peut-être parce que je suis arrivé un peu tardivement là, pour moi c'est une limite, il faut que l'équipe se fasse un peu mieux et il y avait un noyau dur et des gens un peu plus externes et donc... C'était compensé par la qualité intégratrice de [...], mais probablement qu'un peu plus de rencontres de visou auraient permises un team building plus fort. » (E-6)

Malheureusement, les données colligées ne permettent pas d'apprécier la qualité des interactions réalisées entre les instances/acteurs des établissements dans le cadre de l'implantation d'OPUS-AP.

Harmoniser les activités de communications à l'échelle provinciale et régionale

En ce qui a trait à la gestion et au soutien des activités de communications d'OPUS-AP sur le plan provincial, un comité y étant dédié a été ajouté à la structure OPUS-AP en cours d'implantation (phase I). Ce comité avait pour mandat de conseiller le comité directeur sur les stratégies de communication à privilégier, développer des contenus selon les recommandations des comités OPUS-AP et soutenir les représentants des services de communication des établissements. Selon certains répondants, il n'a pas été en mesure de remplir entièrement son mandat en raison des visions divergentes de ses membres quant aux objectifs à cibler et aux stratégies à privilégier. Ce comité a cependant réalisé de nombreuses actions visant à harmoniser les activités de communications sur les plans provincial et régional, par exemple : la conception et le développement d'une image de marque; la production de gabarits et de trousse de diffusion des résultats; la participation à l'organisation d'événements OPUS-AP (ex. lancement, journée des chargés de projets); la production d'outils (ex. affiche, dépliants, calendrier, vidéos, etc.); les relations médias (ex. conférence de presse en collaboration avec le MSSS, entrevue). Aucune donnée n'a toutefois été colligée dans le cadre de la présente évaluation quant à l'apport de ces actions.

« Parce que quand tu concernes un programme qui s'établit comme la démarche OPUS à tout le Québec, il faut peut-être avoir des messages communs à livrer et encore là de soutenir les établissements dans ces messages-là pour qu'on ait à la fois le même contenu, la même formation, le même support, mais aussi les mêmes moyens de communication » (E-2)

De plus, les données colligées ne permettent pas de décrire avec précision les actions réalisées par les établissements afin de promouvoir OPUS-AP (sa démarche ou ses pratiques) et en diffuser les résultats à l'échelle régionale ou au sein de ses installations. Selon les répondants, il semble que pas ou peu d'expertise ait été sollicitée auprès des Services de communications des établissements en ce sens.

« Je trouve qu'on aurait pu avoir un leadership un petit peu plus fort avec ça. Au départ dans la structure ce n'était pas là, c'est devenu... on l'a ajouté en sentant que c'était nécessaire, parce que

quand tu concernes un programme qui s'établit comme la démarche OPUS à tout le Québec, il faut peut-être avoir des messages communs à livrer et encore là de soutenir les établissements dans ces messages-là pour qu'on ait à la fois le même contenu, la même formation, le même support, mais aussi les mêmes moyens de communication. Parce que souvent les communications dans l'établissement c'est une autre direction qui part et des fois ils ne sont pas toujours au courant de ce qui se passe dans l'établissement. » (E-2)

3.2.3 Un climat d'implantation favorable (ou non) aux changements

Selon les répondants, la perception (ou non) de la pertinence et l'importance d'agir ainsi que de la compatibilité d'OPUS-AP, la priorisation (ou non) d'OPUS-AP, l'établissement et la diffusion de buts, objectifs et cibles, la présence/l'absence de conditions incontournables ont influencé l'implantation de OPUS-AP (Figure 5). Ces mécanismes relevés par les répondants s'inscrivent en cohérence avec certains construits du CFIR qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation (Damshroder et al., 2009). De façon plus spécifiques, ils s'inscrivent en cohérence avec l'influence du *Climat d'implantation* tel que défini par la *Tension pour le changement*, la *Compatibilité* et la *Priorité relative* perçus par les parties prenantes; les *Incitations et récompenses organisationnelles* à la mise en œuvre de l'innovation; les *Objectifs* de l'innovation soumis aux parties prenantes et les *Rétroactions* sur les objectifs; le *Climat d'apprentissage* de l'organisation (Damshroder et al., 2009).

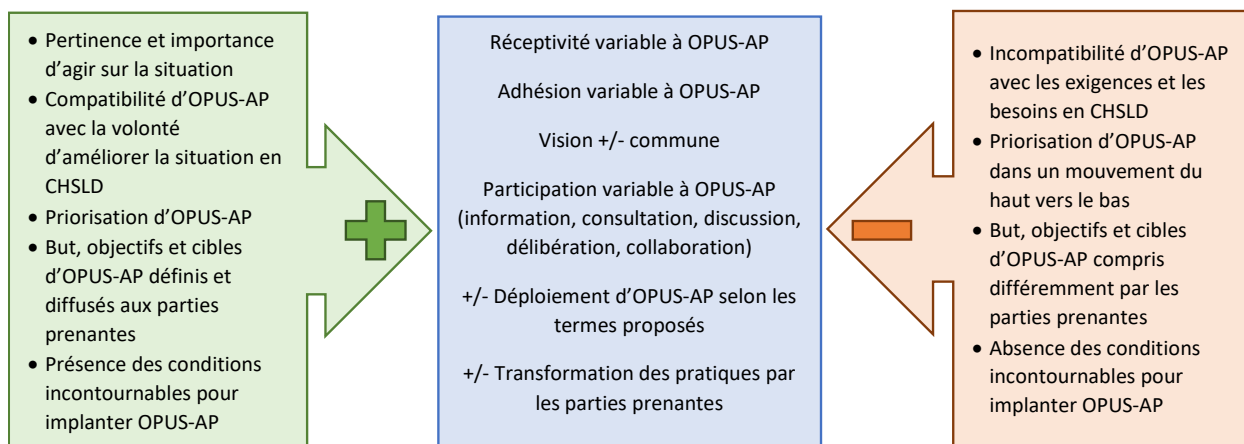


Figure 5. Mécanismes et effets perçus relatifs au climat d'implantation

Percevoir la nécessité de transformer les pratiques

Plusieurs répondants jugent que les acteurs stratégiques du RSSS étaient globalement réceptifs à la proposition de déployer OPUS-AP. Ils expliquent que les hauts dirigeants du MSSS, les PDG des établissements et les acteurs issus de la recherche partageaient à ce moment la même préoccupation au sujet du taux élevé de prescription des antipsychotiques chez les résidents en

CHSLD et s'entendaient sur la nécessité d'une démarche en mesure de soutenir la transformation de pratiques. À leurs yeux, l'approche et le contenu clinique privilégiés dans le projet pancanadien soutenu par la FCASS semblaient prometteurs et compatibles avec la volonté présente au Québec (ex. priorité reconnue, engagements pris, travaux déjà en cours, outils utilisés sur le terrain). La proposition de collaborer avec la FCASS pour mettre sur pieds la démarche OPUS-AP a donc été perçue comme pertinente et adéquate pour répondre aux orientations ministérielles visant l'amélioration de la situation en CHSLD et plus particulièrement, honorer les engagements pris lors du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD (2016).

« Bien il y a un projet à la FCASS qui mise la même... qui joue sur les antipsychotiques et puis aussi, il y avait beaucoup d'expertise au Québec [...]. Donc là, c'est un moment idéal pour introduire ce projet-là ... et faire un projet pan-provincial, à travers la province. » (E-11)

Quelques répondants mentionnent que le financement accordé par la FCASS et le MSSS constituait une opportunité à saisir pour insuffler des pratiques cliniques efficaces en CHSLD, favoriser l'amélioration de la qualité et de la performance, transformer les compétences de travail interprofessionnelles, etc. Ils expliquent que les acteurs stratégiques du RSSS percevaient à ce moment l'importance d'améliorer la situation en CHSLD ainsi que la présence d'un « momentum ». Pour ces acteurs, la tension pour adopter OPUS-AP était donc suffisamment forte et partagée pour aller de l'avant malgré le fait que d'autres projets étaient déjà en cours dans les CHSLD.

« Tout le monde était tout à fait d'accord avec le fait que c'est important, on a une opportunité là. Oui, il y a d'autres choses qui se passent en termes de projets dans les CHSLD, mais le momentum était là. Ça fait partie des priorités. Les PDG s'étaient tous engagés à ça aussi dans le cadre du premier forum sur les meilleures pratiques en CHSLD en 2016. » (E-5)

D'autres ne partagent pas ce point de vue. Selon ces répondants, la décision de saisir l'opportunité d'être financé et de passer à l'action aurait pu être tout autre si le contexte d'implantation avait été davantage pris en considération. Quelques-uns nomment que sans cette opportunité de financement, les changements visés n'auraient peut-être pas été envisagés ou du moins, l'auraient été différemment (ex. attentes, exigences, échéanciers et redditions de comptes).

« Quand on est en partenariat avec un organisme qui finance, qui contribue au financement d'un projet, on embarque dans une dynamique comme ça. Et reculer est très difficile, tu as des comptes à rendre, tu as beaucoup de justifications. [...] Je comprends qu'il y avait une opportunité et on a le don quand passe une opportunité de pas être capable de dire non. Je ne pense pas qu'on aurait dû dire non, mais le contexte qui entoure l'opportunité devrait nous amener à y réfléchir de façon différente parfois là. » (E-14)

En ce qui a trait aux acteurs stratégiques, tactiques et opérationnels des établissements, certains répondants jugent que ces derniers étaient plus ou moins réceptifs à la proposition de déployer

OPUS-AP. D'une part, quelques répondants expliquent qu'OPUS-AP s'avérait en droite ligne avec les orientations ainsi que les exigences et les besoins de certains établissements.

« Parfois on pense à des choses et on veut réaliser des choses et on n'a pas toujours les moyens ou le temps d'organiser, de structurer [...] Ça (l'évaluation de la médication des personnes âgées), c'est quelque chose nous qu'on a en tête ça fait longtemps et on sait que dépendamment des médecins praticiens, ça se fait ou ça se fait moins, mais c'est un projet qu'on avait. Et là quand OPUS est arrivé, on trouvait que c'était un grand pas vers cette direction-là. Alors ça peut nous soutenir. » (E-12)

D'autres répondants expliquent que face à l'appui d'OPUS-AP par les niveaux supérieurs, les niveaux suivants de la chaîne hiérarchique auraient davantage saisi la pertinence et l'importance d'agir ainsi que la compatibilité et la priorité relative d'OPUS-AP; ceci ayant contribué à ce qu'ils adhèrent à OPUS-AP. Il semble que cela aurait été plus particulièrement le cas pour les PDG (par rapport à l'appui du MSSS) et les directions SAPA des établissements (par rapport à l'appui du MSSS et de l'ensemble des PDG).

« Quand c'est un projet provincial ça a du poids. Si on dit... bien nous autres on décide de faire ça et qu'il y a des médecins ou des pharmaciens qui ne veulent pas rentrer... bien c'est supporté par le Ministère, la PDG est en lien avec ça, ce sont de grands leviers. » (E-12)

Quelques répondants expliquent que certains acteurs des établissements se seraient plutôt vus dans l'obligation de déployer OPUS-AP sans nécessairement y adhérer (soit partiellement ou aucunement). Ils rapportent leur impression d'être généralement peu sollicités dans le choix des priorités, ce qui entraîne le sentiment d'avoir peu de contrôle sur la charge à porter. C'est surtout en raison d'une perception d'incompatibilité d'OPUS-AP avec la réalité vécue en CHSLD que ces acteurs auraient peu ou pas adhéré. Nommons, à titre d'exemple, l'impression que le changement de paradigme que demande OPUS-AP est fondamental; le sentiment que le rythme imposé dans le cadre d'OPUS-AP est difficile à suivre; la perception d'une concurrence entre OPUS-AP et les autres priorités (celles exigées par le MSSS/l'établissement ou les prestataires/utilisateurs de services); la culture en CHSLD; les craintes associées à la déprescription et le sentiment de surcharge liée à OPUS-AP pour les chefs d'unités et équipes de soins en CHSLD;

« Ce qui était pris en considération c'était l'importance de l'effort. Et on savait que c'était une activité, une innovation qui requérait beaucoup d'effort de la part des gens du terrain. Et ça c'était pris en compte, mais pas du fait qu'il y avait d'autres innovations à mener. » (E-6)

« Quelqu'un qui a mal à la bouche, qui ne mange pas, il va devenir agressif, il va perdre du poids, etc., etc. Mais c'est pas du tout intégré, alors c'est un autre projet qui est présenté avec d'autres formations qui vont être mises en place avec d'autres déploiements. Alors dans les établissements, ça devient difficile de dire... bien c'est lequel la priorité? Bien j'en ai vingt-deux priorités, alors aujourd'hui je travaille sur la dix-huit et demain je vais travailler sur la dix et... Ça c'est compliqué, vraiment compliqué. » (E-5)

Identifier un but précis et commun

Du côté de l'approche privilégiée par OPUS-AP (ou le « OPUS » qui est le terme utilisé par certains acteurs qui considèrent que la démarche peut s'appliquer à d'autres projets), certains répondants mentionnent que les acteurs du RSSS étaient portés par le sentiment de travailler ensemble dans un but précis. Ce sentiment a permis l'établissement d'une vision commune, plus particulièrement sur la posture à adopter (ou un niveau de participation élevé des parties prenantes). Force est de constater que l'interprétation de la nature de l'approche « OPUS » et de son succès varie en fonction des attentes et de la définition des différents acteurs. Nommons, à titre d'exemple, les divers points de vue au regard de la « collaboration » sur laquelle repose « OPUS ». Certains répondants soulignent l'intérêt de miser sur la collaboration entre le milieu clinique et la recherche pour implanter les pratiques probantes. Le regard est alors porté, par exemple, sur les adaptations possibles pour que le milieu clinique adopte des pratiques éprouvées qui soient près de la réalité en CHSLD (ex. algorithmes). Quelques répondants mettent l'accent sur la collaboration entre les quatre RUISSS et l'ensemble des PDG pour développer un réseau OPUS en soutien à l'implantation de nouvelles pratiques au Québec. Le regard est plutôt porté sur l'attribution de la responsabilité d'implanter une pratique à un RUISSS ainsi que la contribution d'experts-cliniciens des quatre RUISSS (ou le partage des ressources et la représentativité). D'autres répondants insistent finalement sur la collaboration entre les décideurs (MSSS, PDG) et le terrain (CHSLD) pour favoriser une compréhension globale des enjeux et solutions potentiels durant la période d'implantation. Le regard est donc porté sur les modes de communication entre les hautes instances de décision et le milieu de pratique, via les acteurs OPUS-AP, et la coproduction entre ces deux groupes.

En ce qui a trait aux finalités de gestion et cliniques d'OPUS-AP, plusieurs répondants expliquent que le but, les objectifs et les cibles visées étaient bien définis (description du MOP et indicateurs de la mesure) et diffusés auprès des acteurs stratégiques et tactiques du RSSS, ce qui a permis l'établissement d'une vision commune, plus particulièrement sur l'orientation à suivre, les actions à réaliser et les résultats à atteindre (gestion globale, implantation et effets d'OPUS-AP). Peu de données ont été colligées dans le cadre de la présente évaluation au regard des acteurs opérationnels du RSSS.

« Le gros avantage d'un modèle OPUS, pas AP, mais OPUS, c'est qu'il permet aux décideurs d'avoir une cible, de coaliser les acteurs autour d'une cible et d'avoir une action relativement dense. Et ça d'un point de vue de management du changement, je crois que c'est une très bonne stratégie de politique publique. Ça force le Ministère à avoir des priorités, il peut y en avoir quatre, cinq, mais pas deux cents et coaliser les gens autour de chacune de ces priorités. Pour moi c'est ça la valeur fondamentale. » (E-6)

D'autres répondants abordent le risque que représente le discours axé principalement sur la déprescription sur la vision d'OPUS-AP et la façon dont il se déploie. Pour ajuster le discours, ils proposent de plutôt mettre l'accent sur l'introduction ou l'utilisation des approches de base et

des interventions non pharmacologiques individualisées et de considérer la déprescription comme une conséquence de ces changements. Ce changement permettrait de favoriser un déploiement en cohérence avec la vision, les objectifs et les pratiques OPUS-AP.

« Je pense qu'un des problèmes d'OPUS, mais là c'est un peu philosophique peut-être ce que je dis, mais ce qu'on dit... on veut baisser l'utilisation des antipsychotiques, on veut avoir une utilisation optimale des antipsychotiques. C'est correct. Alors là on a par exemple chez ceux qui avaient des antipsychotiques, on a réduit de 86%, c'est génial, on est tous super contents et etc. Mais à mon avis l'inconvénient de ça, de le présenter un peu comme ça, c'est que les gens oublient que ces changements-là on a pu les faire parce qu'on a changé nos pratiques. Parce que dans certains endroits, ce qu'on a vu en phase I, ce qu'on voit encore en phase II, c'est que le pharmacien et le médecin s'enferment dans un bureau pendant deux heures, ils regardent tous les patients qui ont des antipsychotiques, ils réduisent et voilà, le programme c'est fait, on a réduit les antipsychotiques. [...] Et à mon avis, ça c'est toujours le risque qu'on a, parce que ce qu'on veut voir au bout de la ligne, c'est le taux d'antipsychotiques. » (E-3)

Ces derniers soulignent aussi l'importance d'adopter ce nouvel angle tant dans l'intervention que dans la mesure afin de lancer un signal clair sur la direction à prendre. Ils rappellent l'utilité de la mesure jointe à l'intervention (réf. Section 3.2.1 *Démarche intégrée, collaborative et probante*).

« Donc on pense que la pérennisation de la démarche continue à passer par de la mesure, parce que ça permet aux équipes d'évaluer leur pratique [...] Clairement on veut continuer à mesurer, ça semble essentiel pour donner un feedback aux cliniciens, mais aussi pour s'assurer que les pratiques demeurent ce que nous pensons qu'elles doivent être. » (E-7)

Cultiver un climat d'apprentissage favorable

Tous les répondants s'entendent sur certaines conditions jugées incontournables et dont la présence (ou l'absence) influence l'implantation d'OPUS-AP, plus particulièrement la présence et la capacité à libérer des acteurs clés et la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs s'avouent inquiets du déploiement à venir en phase III et craignent de voir OPUS-AP se fragiliser (ex. nombre de dossiers de résidents révisés, de personnel formé ou soutenu et de caucus tenus moins élevés que prévu, déprescription sans approches non pharmacologiques, etc.).

« Alors ça a fait comme une bombe et là il y a ça qui a été lancé, mais à quel point ça va tout s'effriter un petit peu, je ne le sais pas. Mais tous les CHSLD ça m'étonnerait, je trouve que ça me semble irréaliste. Je regarde juste dans mon CIUSSS, je ne vois pas comment ça pourrait être réalisable là. » (E-9)

« Bien c'est sûr que la phase I d'OPUS, ce qui était prévu c'était de choisir le milieu idéal, le milieu où on est assuré du succès, mais on se donnait les conditions de succès. Donc c'est sûr que le milieu qu'on avait choisi, il y avait une interdisciplinarité très forte entre l'infirmière, le médecin et le pharmacien. Ça c'est une équipe gagnante et ça l'a été... c'est ce qui a été facilitant pour implanter OPUS, organiser toute la démarche en lien avec les caucus. C'est sûr que dans la phase II, on voit... là on a choisi encore des milieux qui étaient plus facilitants, dans le sens où il y avait des équipes

pharmaciens/médecins/infirmières, mais dans certains milieux, dans certains territoires, bien là il a fallu s'ajuster et déplacer des heures de pharmaciens pour s'assurer que ça va bien fonctionner. Mais c'est sûr que la phase III, je vous dirais que le défi va être très grand pour deux raisons; par rapport aux équipes et les infirmières en CHSLD, elles sont toujours sur place. Pour les équipes médicales c'est très différent d'un CHSLD, d'un territoire à l'autre. Parfois ce sont des médecins dédiés et parfois ce sont des médecins des équipes médicales qui se déplacent et qui continuent de suivre leurs patients quand ils deviennent en CHSLD. Donc là ça ne fait pas une équipe solide, ce sont plus des intervenants qui travaillent ensemble; ça c'est un défi. » (E-12)

Ces répondants expliquent que l'implantation d'OPUS-AP s'avère plus difficile dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre (ex. exode des médecins vers d'autres milieux de pratique, priorisation d'une présence des pharmaciens en hôpital, manque de préposés aux bénéficiaires, etc.) Ce contexte a nui à la participation des acteurs clés en CHSLD, au déploiement en cohérence avec la vision, les objectifs et les pratiques OPUS-AP ainsi qu'à une réelle transformation des pratiques cliniques.

Quelques répondants réaffirment toutefois les efforts investis par les acteurs OPUS-AP en vue de suivre cet enjeu, ayant été identifié comme un risque potentiel au moment de la conception de la démarche, et de faire émerger des solutions. Nommons, à titre d'exemple, les alternatives permettant de faire face à l'absence ou au manque de médecins en CHSLD. D'une part, certains nomment parmi les propositions : les nouvelles activités des pharmaciens telles que prescrites par la Loi 41; le développement accru du rôle des infirmiers praticiens spécialisés en CHSLD; le renforcement et la valorisation des préposés aux bénéficiaires dans leurs compétences pour un recrutement amélioré et une meilleure rétention. D'autres répondants modulent toutefois ces propositions en rappelant l'importance de la contribution du médecin.

« Ça prend une expertise vraiment particulière pour être capable de revoir toute la prise en charge médicale, la pharmacothérapie. Et ça on ne le dit pas, on dit que ça peut être pris en charge par d'autres types d'intervenants, qu'on n'a pas besoin d'expertise médicale, que ce sont des milieux de vie, alors que c'est aussi et de plus en plus des milieux de soins, de fin de vie. Alors la pratique n'est pas valorisée, mais aussi il y a eu des politiques gouvernementales qui ont fait que les médecins ont dû quitter les hébergements; et ça, ça crée une crise actuellement parce que [...] quand on va dans des centres d'hébergement où il n'y a pas de médecin, on voit des catastrophes là. » (E-15)

Pour plusieurs, ce sont les difficultés relatives à l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle dans les équipes de soins en CHSLD qui sont au centre des préoccupations (ex. culture de relation hiérarchique ou de prescription, modes d'organisation et de travail en silo). Ces difficultés ont également nui à la participation des acteurs clés en CHSLD, au déploiement en cohérence avec la vision, les objectifs et les pratiques OPUS-AP ainsi qu'à une réelle transformation des pratiques cliniques.

« Il y a plusieurs raisons, d'abord c'est connu, près des trois quarts des innovations en CHSLD ne s'implantent pas. [...] C'est un contexte très difficile, c'est un contexte... leur modèle organisationnel est de type industriel, ce qui pose un problème. Il y a très peu de contexte industriel qui font du soin. Et le groupe professionnel le plus important dans ce milieu-là ce sont les préposés aux bénéficiaires. Et c'est un groupe pour lequel il y a de nombreux enjeux, des enjeux de littératie, des enjeux syndicaux, des enjeux de domination. Je vous donne un exemple, si des infirmières dominent les préposés, bien tout ce qui descend des infirmières est négatif. Et la plupart des innovations descendent par les infirmières. » (E-6)

Pour faire face à ces difficultés, certains rappellent l'importance de mettre en place et animer les caucus tels que proposés par OPUS-AP. Tenus sur une base régulière, ils permettent d'assurer la participation de l'ensemble des membres de l'équipe de soins, en particulier celle des préposés aux bénéficiaires, tout en facilitant la collaboration entre ceux-ci.

3.2.4 L'engagement et l'implication des parties prenantes

Selon les répondants, la formalisation du processus et de la structure (et ses limites), la représentativité (ou non) des acteurs concernés par OPUS-AP, l'actualisation des mandats par la structure OPUS-AP, la nature et la qualité du leadership (ex. partagé, directif, non affirmé) ainsi que les caractéristiques individuelles des individus impliqués ont influencé l'implantation de OPUS-AP (Figure 6). Ces mécanismes relevés par les répondants s'inscrivent en cohérence avec certains construits du CFIR qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation (Damshroder et al., 2009). De façon plus spécifique, ils s'inscrivent en cohérence avec l'influence : 1) de la *Préparation à l'implantation*, plus particulièrement de l'*Engagement des dirigeants* de l'organisation; 2) des *Caractéristiques des individus* impliqués dans la mise en œuvre telle que définie par leurs *Connaissances et croyances concernant l'intervention*, *Auto-efficacité*, *Étape individuelle du changement*, *Indentification individuelle avec l'organisation* et *Attributs personnels*; 3) du *Processus*, soit la *Planification* et l'*Engagement* (Damshroder et al., 2009).

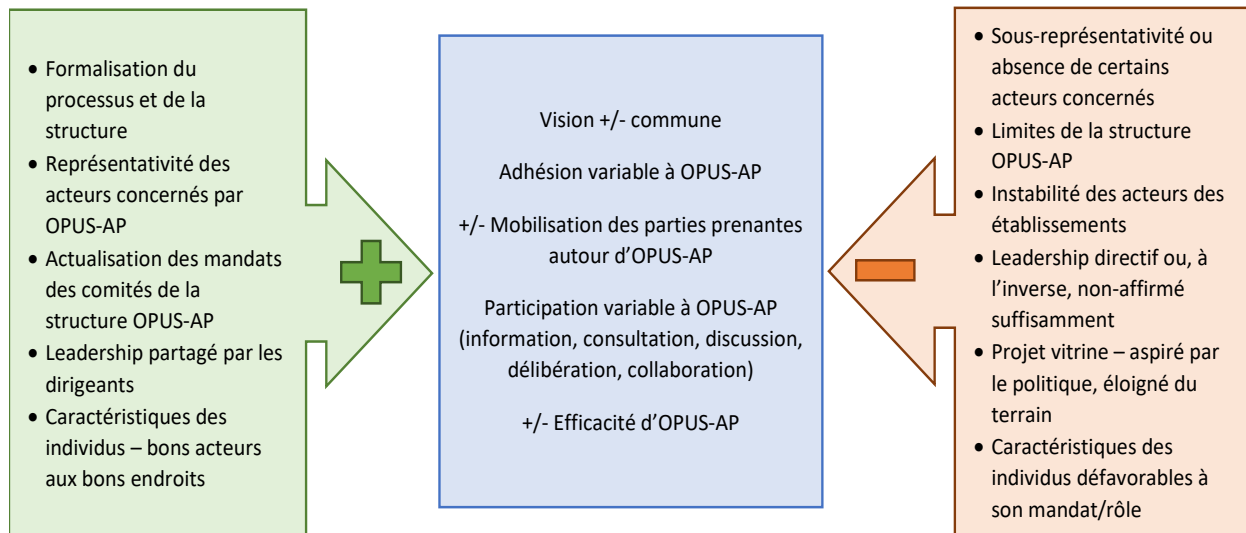


Figure 6. Mécanismes et effets perçus relatifs à l'engagement et l'implication des acteurs

Assurer la participation des instances/acteurs concernés

En ce qui a trait aux acteurs OPUS-AP, plusieurs répondants soulignent l'importance d'avoir formalisé la contribution des parties prenantes (ex. représentants du MSSS, acteurs des milieux de pratiques de gestion et cliniques, experts et chercheurs des 4 RUISSS) au moment de la planification de la démarche. Jointes aux différentes ententes, ils expliquent que le *MOP* (jugé détaillé et de qualité) a permis d'établir les bases de la participation des acteurs OPUS-AP et de leur collaboration à l'échelle du Québec.

« Voici la structure qu'on vous propose, voici les mandats de chacun des éléments de la structure, voici le profil des personnes en termes de constitution, voici les modalités opératoires de chacun de ces comités-là, que ce soit le comité directeur, le comité scientifique, le CoMESI pour la mesure et l'évaluation. Alors voici les différents paramètres, les mandats de ce comité, ça c'était ce qu'on appelait le cadre de référence de chacune des instances de gouverne. » (E-1)

À ce moment, différents mandats/rôles ont été attribués aux comités de la structure OPUS-AP. Selon la plupart des répondants, ces comités regroupent l'ensemble des détenteurs d'intérêts importants et ont été constitués dans le respect de la mission de chacun d'eux. Ils soulignent que la composition de la plupart des comités est pertinente et représentative des instances/acteurs concernés. Lorsque cela n'est pas le cas, c'est que les acteurs impliqués ne sont pas les bons (ex. responsabilités ou niveau décisionnel inadéquates) ou que des services (ex. direction DSI) ou professionnels (ex. médecins de famille) sont sous-représentés ou ne sont pas représentés, ce qui limite l'efficacité d'OPUS-AP. À titre d'exemple, quelques répondants mentionnent que les résidents et leurs proches auraient pu être davantage représentés dans les comités de la structure OPUS-AP. Ils notent toutefois que des acteurs portant leurs perspectives (FQSA) ont été

intégrés à la cellule stratégique lors de la conception de OPUS-AP et aussi, à la structure OPUS-AP en cours d'implantation.

Selon plusieurs, les mandats des comités (tels que définis au moment de conception et révisés en cours de déploiement) se sont actualisés autour d'OPUS-AP (réf. Section 3.1 *Description d'OPUS-AP*). En continuité avec ce qui a été mentionné précédemment, plusieurs répondants réaffirment l'importance d'avoir misé sur des interactions régulières au sein de la structure OPUS-AP et solliciter un niveau de participation élevé (ex. délibération et collaboration) des acteurs OPUS-AP (réf. Section 3.2.2 *Communications et réseaux*). Ils expliquent que le sentiment d'être au fait des différents dimensions et travaux d'OPUS-AP ainsi que de contribuer à son orientation et aux décisions apparait mobilisant pour ces acteurs dont la participation influence l'efficacité d'OPUS-AP. Malheureusement, certains répondants rapportent avoir éprouvé le sentiment inverse (ex. ne pas être au fait, avoir une contribution limitée). Ils mentionnent notamment avoir eu l'impression que les décisions étaient prises par un noyau fort ou que la nature des travaux et les échéanciers limitaient le potentiel de participation.

Quelques répondants perçoivent certaines limites à la structure OPUS-AP. Nommons, à titre d'exemple, la cadence rapide et soutenue des travaux, les attentes à combler parfois plus ou moins claires, l'écart entre le rôle prévu et assumé, la participation de certains membres à plusieurs comités, la superposition de certains mandats – à la frontière du soutien, du suivi et de la recherche – qui ont restreint au rendement de la structure OPUS-AP.

Du côté des établissements, les plans de déploiement préparés par les équipes responsables d'OPUS-AP ont permis d'identifier et de libérer les acteurs devant s'investir au sein de la démarche, et ce, pour chacune des phases (I, II et III). Cette planification s'est effectuée sur des bases communes à l'ensemble des établissements, c'est-à-dire selon les éléments structuraux propres au RSSS (ex. voies décisionnelles, modalités de gestion de projet et ressources en place) ainsi que la vision, les objectifs et les pratiques de gestion et cliniques d'OPUS-AP.

Selon les répondants, plusieurs acteurs des établissements travaillent à l'implantation d'OPUS-AP. Au-delà des équipes responsables d'OPUS-AP (réf. Section 3.2.5 *Stratégie d'ACi*), les informations colligées dans le cadre de la présente évaluation ne permettent pas d'apprécier la contribution des acteurs des établissements avec précision. Certains répondants soulignent toutefois avoir perçu les effets de l'instabilité de ces acteurs (ex. changement de direction SAPA ou chargé de projet, roulement des gestionnaires et du personnel soignant), par exemple la variabilité du degré de compréhension d'OPUS-AP, la fragilisation des liens existants, la modification des décisions au regard d'OPUS-AP dans le temps.

Miser sur un leadership partagé par les dirigeants

Selon plusieurs répondants, lancer un signal fort de la direction à prendre avec OPUS-AP a permis de mobiliser les parties prenantes. Ce signal a été lancé à la fois de bas en haut – ou *Bottom-up* (via OPUS-AP) et de haut en bas – ou *Top-Down* (via le RSSS).

Du côté d'OPUS-AP, plusieurs répondants nomment leadership inspirant des PDG porteurs du RUISSS de l'Université de Sherbrooke et de la chargée provinciale de projet au moment du démarrage. Perçus comme crédibles, dignes de confiance et efficaces, les PDG porteurs ont su rallier les acteurs stratégiques du RSSS autour de la démarche OPUS-AP (approbation des hauts dirigeants et adoption unanime des PDG des établissements). Joint à la chargée provinciale de projet, ils ont également su assurer la participation des acteurs clés du RSSS au sein de la cellule stratégique et puis de la structure de gouverne et de soutien mise en place à l'échelle du Québec. Selon ces répondants, la qualité, la complémentarité, la complicité et la disponibilité de ceux-ci comptent parmi les clés du succès d'OPUS-AP. Ils sont perçus comme des champions d'OPUS-AP puisqu'ils se consacrent à l'adhésion, la diffusion, la conduite de l'implantation et au surpassement des résistances.

En concevant un projet collectif jugé innovateur, la cellule stratégique s'est ensuite démarquée par sa rigueur et sa rapidité. Ces derniers occupaient à ce moment le rôle de leaders formellement mandatés pour concevoir OPUS-AP. Selon certains répondants, en se concertant autour d'OPUS-AP, les membres de la cellule stratégique ont su proposer une vision et une démarche mobilisatrices auxquelles les parties prenantes ont adhéré. Leur adhésion a entraîné l'allocation des ressources nécessaires (ex. attribution d'un soutien financier, embauche de membres de l'équipe de coordination, libération d'acteurs clés du RSSS et de partenaires, accès aux données) à OPUS-AP.

« C'est que c'est un collectif et c'est un collaboratif. Et c'est un des éléments qui a fait de ce projet un projet avec de bonnes racines je pense, dû à l'engagement de tout un chacun. » (E-1)

Certains expliquent que la perspective provinciale proposée par la cellule stratégique a fortement favorisé la mobilisation des acteurs stratégiques du RSSS autour d'OPUS-AP alors perçue comme un projet phare. Ils expliquent que le fait d'implanter OPUS-AP dans tous les établissements dès le départ a facilité l'adhésion et a permis une prise en charge partagée d'OPUS-AP par les PDG des établissements. Vivre et partager les succès avec d'autres (ex. en commençant par des unités présentant des conditions facilitantes) aurait entraîné un sentiment de fierté favorisant l'adhésion et la mobilisation des acteurs des établissements.

Portée par le sentiment que le leadership provenait de la base (ou de bas en haut), les acteurs stratégiques du RSSS se seraient davantage investis au sein de la démarche OPUS-AP. Quelques répondants ajoutent avoir l'impression que les hauts dirigeants étaient à l'écoute des

expériences vécues par les établissements plutôt qu'en mode directif (ou de haut en bas); l'attention étant donc portée sur le terrain.

« Là ce qu'on a vraiment dans le fond expérimenté, c'est qu'on a fait des expériences terrain, il y avait toute une structure pour permettre ça et suite aux expériences terrain, il y a des informations qui sont montées vers le haut, c'est-à-dire le comité directeur, CGR, Ministère ont dit... écoutez, il faut essayer de voir c'est quoi les solutions possibles, voici la démarche, voici comment ça se passe, il y a des embûches, il y a des risques, alors vous faites partie de la solution tout le monde ensemble. » (E-2)

Quelques répondants ne partagent pas cet avis. Ils nomment avoir le sentiment qu'OPUS-AP est perçu par certains comme un projet vitrine aspiré par le politique et encore trop éloigné des équipes de soins en CHSLD ou un « autre projet ministériel » mené de haut en bas (ou *Top-bottom*).

« Le volet je trouve le plus difficile actuellement, c'est le volet que j'appellerais projet vitrine [...] porté par les PDG, le volet FCASS, le volet où c'est très très très important pour ces différents groupes-là d'être vus. On est au gala excellence, on a été retenu au gala excellence comme un projet, ce ne sont pas les employés qui l'ont proposé, c'est venu des PDG. Donc c'est comme... ce sont des projets qui devraient appartenir aux équipes cliniques davantage et non pas à être un peu aspirés par une structure plus politique si on veut. [...] Et ça devenait difficile un moment donné à suivre et on vient qu'on ne sait plus si on travaille dans l'intérêt, dans l'intérêt des employés ou dans l'intérêt de réussir le projet. » (E-14)

Plusieurs répondants perçoivent l'engagement des acteurs stratégiques du RSSS comme un moteur de réussite et un levier pour faire face aux résistances à OPUS-AP. Ces derniers sont perçus comme les principaux leaders d'opinion au sein du RSSS puisqu'ils influencent formellement et informellement les attitudes et les croyances des autres acteurs du RSSS. Selon ces répondants, l'engagement du MSSS et des PDG a permis de susciter l'adhésion, de favoriser la mobilisation et faciliter la participation des acteurs des établissements ainsi que de contribuer à l'efficacité d'OPUS-AP. Plus précisément, certains soulignent que cet engagement s'est manifesté par une volonté politique claire et soutenue ayant notamment entraîné la formalisation des processus (ex. signature d'ententes, mise en place d'une structure de gouverne et de soutien, établissement d'orientations et de modalités détaillées). Quelques répondants mentionnent toutefois que cette volonté politique aurait gagné à être plus affirmée. Ils nomment avoir le sentiment que le MSSS pourrait s'impliquer davantage, notamment au regard de la priorisation d'OPUS-AP et de la résolution des enjeux (réf. Section 3.2.3 *Climat d'implantation*).

« Des fois quand ça arrive d'une table, s'il n'y a pas de conséquence à pas embarquer dans quelque chose, bien là un moment donné on tasse ça et on dit... regarde... on n'en veut pas plus, ce n'est pas obligé. Mais ça vient de l'engagement des PDG et ton PDG descend quelque chose à ton DG SAPA pour dire quelque chose et tout ça, bien ça aboutit jusqu'au bout de la chaîne. » (E-9)

En cour de déploiement, l'équipe de coordination et les membres des comités de la structure OPUS-AP ont aussi fait preuve d'un leadership que plusieurs répondants qualifient de contaminant. Selon ces répondants, ces acteurs ont su susciter le sentiment de porter et contribuer à un projet réellement commun chez les acteurs stratégiques et tactiques du RSSS. Ce sentiment les a motivés à poursuivre leur implication et leurs efforts. De la même façon, l'équipe de coordination a aussi su mobiliser les membres des comités de la structure OPUS-AP autour de la démarche OPUS-AP. Ces acteurs sont identifiés comme les leaders formellement mandatés et des champions pour implanter OPUS-AP au sein du RSSS. En ce qui a trait à la FCASS, certains répondants la placent comme un agent de changement externe puisqu'elle influence formellement les orientations et les décisions d'OPUS-AP. À la fois partie prenante de la structure OPUS-AP et bailleurs de fonds, elle se situe en position d'expertise, d'accompagnement et de régulation.

Au sein des établissements, ce sont le PDG, l'équipe responsable d'OPUS-AP (plus particulièrement la direction SAPA, le chargé de projet et les formateurs OPUS-AP) ainsi que les chefs d'unités qui ont ensuite pris le relai. Seule la nomination d'un chargé de projet était alors exigée dans le cadre de la démarche OPUS-AP. Peu de données ont été colligées dans le cadre de la présente évaluation à cet effet. Quelques répondants nomment cependant que l'étendue de la contribution de ces différents acteurs a varié dans le temps et voire même, entre les établissements.

« La seule affaire, le bémol que j'ai là-dessus c'est que là quand on va arriver à la phase III, il va falloir que les directions de SAPA exercent un leadership beaucoup plus près de la démarche OPUS. [...] Et là en phase III, il va falloir qu'ils développent leur propre autonomie pour s'assurer qu'il y ait une pérennité dans la démarche OPUS. (E-2)

De plus, plusieurs répondants sont d'avis que la participation du PDG, de l'équipe responsable d'OPUS-AP et des chefs d'unités s'avère indispensable au succès d'OPUS-AP; leur prise en charge d'OPUS-AP permettant de déployer OPUS-AP et d'assurer le soutien des équipes de soins en CHSLD. Ces acteurs occupent donc à la fois une position de participants d'OPUS-AP (puisque'ils sont visés par les changements de pratiques de gestion) et de leaders formellement mandatés pour implanter OPUS-AP au sein de l'établissement (Damshroder et al., 2009).

Mettre à contribution les forces des acteurs impliqués

De façon unanime, les répondants soulignent que les caractéristiques des acteurs impliqués constituent l'une des clés les plus décisives de l'efficacité d'OPUS-AP. Ils nomment l'importance de la bonne connaissance de la vision, des objectifs et des pratiques d'OPUS-AP; de l'attitude positive envers OPUS-AP; de la croyance en ses capacités à remplir son mandat ou assumer ses rôles; de l'adhésion à OPUS-AP et d'un bon niveau de préparation (ex. formation, expérience); d'un niveau d'engagement à OPUS-AP élevé; de la présence des attributs personnels permettant

de remplir son mandat ou assumer ses rôles. Du côté des établissements, ils illustrent notamment ce constat avec les exemples suivants :

- Si le chargé de projet comprend bien OPUS-AP, perçoit sa pertinence et ses avantages, participe aux activités de soutien proposées et a les compétences ainsi que l'expérience nécessaire en gestion de projet pour déployer OPUS-AP alors il développe une perception positive d'OPUS-AP, se sent capable de remplir son mandat/assumer son rôle et s'y engage.
- Si le formateur OPUS-AP ne comprend pas son rôle ou ne correspond pas au profil recherché alors il ne se sent pas à l'aise d'assumer son rôle, n'est pas outillé pour le faire et donc, ne réalise pas d'actions de formation ou de mentorat.
- Si le personnel soignant en CHSLD ne perçoit pas OPUS-AP comme prioritaire ou avantageux ou se fait imposer d'y participer alors il n'est pas motivé à collaborer avec ses collègues (ex. absence aux caucus, non-participation au processus de déprescription ou à l'application des approches non pharmacologiques) et n'est pas prêt à recevoir des rétroactions du formateur OPUS-AP.

En ce qui a trait aux acteurs OPUS-AP, plusieurs répondants insistent sur l'importance d'avoir impliqué les bonnes personnes dès le départ. Ils nomment par exemple : 1) la bonne volonté (ex. avoir à cœur le projet) et la générosité des acteurs OPUS-AP; 2) la capacité à mettre en œuvre OPUS-AP et à atteindre les objectifs des PDG porteurs; 3) la qualité des réseaux (ou la présence de liens privilégiés avec les parties prenantes) de la chargée provinciale de projet; 4) l'adéquation et la qualité de la formation, l'expertise et les expériences du directeur de projet, de la cheffe de projet et de la cheffe territoriale; 5) la notoriété des experts au sein des comités Faculté et CoMesi. Ils nomment aussi les nombreux attributs personnels des acteurs OPUS-AP perçus comme favorables à l'implantation d'OPUS-AP, par exemple les aptitudes à planifier, organiser, prioriser, doser, coordonner, communiquer, écouter, aller chercher l'aval, solliciter, mobiliser, intégrer, réagir, soutenir, etc. Selon ces derniers, ce sont aussi ces qualités qui font d'eux des acteurs crédibles, dignes de confiance et aptes à remplir leur mandat/assumer leurs rôles.

3.2.5 Une stratégie d'application des connaissances intégrée porteuse

Selon les répondants, la mise à contribution des connaissances scientifiques, pratiques et expérientielles, le maillage insuffisant avec les initiatives en place, le peu d'indicateurs en soins de longue durée sur les situations à améliorer, la présence/l'absence de soutien (national et local), l'adéquation/inadéquation de la stratégie d'ACi mise de l'avant, la puissance des actions de formation et de mentorat en établissements, la mobilisation (ou non) des parties prenantes autour d'OPUS-AP ainsi que la qualité des ressources matérielles et techniques (adaptées vs à améliorer) ont influencé l'implantation de OPUS-AP (Figure 7). Ces mécanismes relevés par les répondants s'inscrivent en cohérence avec certains construits du CFIR qui influencent le processus de mise en œuvre d'une innovation (Damshroder et al., 2009). De façon plus

spécifique, ils s'inscrivent en cohérence avec l'influence : 1) du *Contexte externe*, plus spécifiquement des *Besoins des utilisateurs de services* de l'organisation; 2) du *Climat d'implantation*, particulièrement des *Objectifs* de l'innovation soumis aux parties prenantes et des *Rétroactions* sur les objectifs; 3) de la *Préparation à l'implantation* telle que définie par les *Ressources disponibles* et l'*Accès aux informations et connaissances* au sein de l'organisation; 4) des *Caractéristiques des individus* impliqués dans la mise en œuvre (Damshroder et al., 2009).

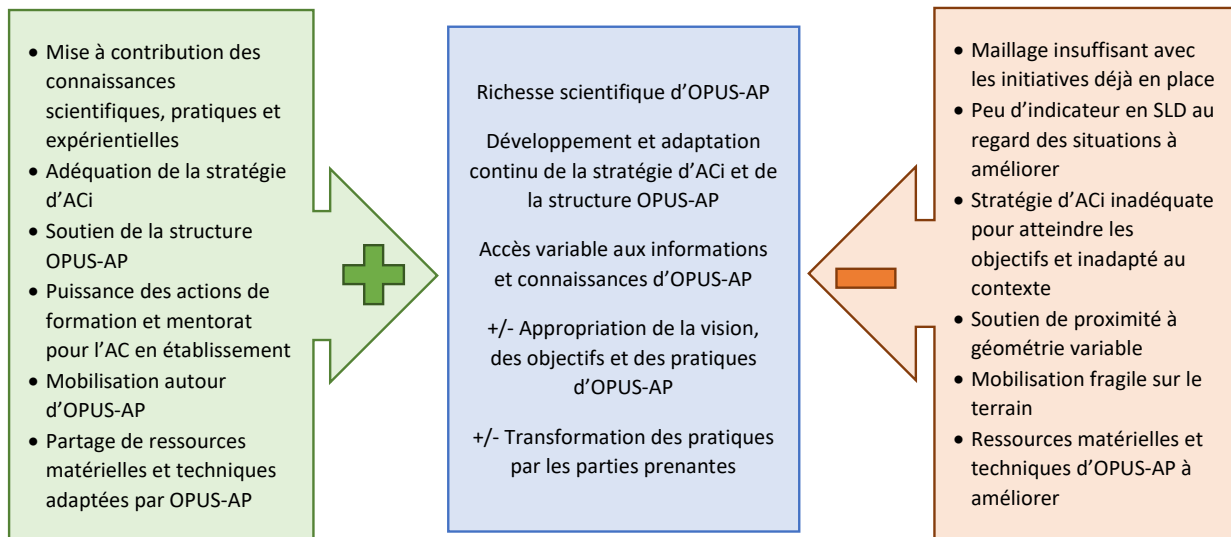


Figure 7. Mécanismes et effets perçus relatifs aux leviers pour une ACi

Mettre à contribution les connaissances scientifiques, pratiques et expérientielles

Dès la conception d'OPUS-AP, les situations à améliorer au regard du recours aux antipsychotiques dans les CHSLD ont été identifiées par les PDG porteurs, la chargée provinciale de projet ainsi que la cellule stratégique. Ces situations sont nommées au sein du *MOP*; le document officiel guidant l'implantation de la démarche OPUS-AP.

« Les situations à améliorer par ce projet sont les suivantes : Un besoin marqué d'évolution de la capacité à intégrer les nouvelles connaissances en CHSLD pour une adoption efficace des meilleures pratiques. Des pratiques souvent en silo des intervenants en CHSLD qu'il faut transformer en pratiques collaboratives et en recours optimisé des expertises. Une préoccupation marquée des intervenants et des proches des personnes hébergées face aux SCPD. Une prévalence élevée du recours inapproprié aux AP dans les CHSLD du Québec. Une variation importante des pratiques dans les divers sites. Un besoin de soutien pour un transfert de connaissances efficace en pratique clinique quant à la prise en charge efficace des SCPD dans les divers CHSLD, à la fois au chapitre de la déprescription, du recours approprié aux principes de communications de base et aux interventions non pharmacologiques de même qu'en matière de collecte/gestion d'informations à des fins d'amélioration des soins. La nécessité de favoriser un recours plus efficace

aux professionnels de la santé et des services sociaux impliqués, aux autres membres du personnel et d'assurer une participation accrue des usagers et de leurs proches (le soin prodigué au bon patient, au bon moment, par le bon intervenant). Le besoin de la mise en œuvre d'une véritable approche collaborative, médecin de famille-infirmière-pharmacien-famille, favorisant le développement et la mise en œuvre d'interventions intégrées. » (MOP, 2017)

Selon quelques répondants, ces situations sont bien connues du RSSS, mais peu d'indicateurs permettant de les apprécier étaient en place en soins de longue durée avant l'arrivée d'OPUS-AP. Les données colligées dans le cadre de la présente évaluation ne permettent pas de mesurer avec précision le degré selon lequel les besoins des utilisateurs de connaissances et des utilisateurs de services (ainsi que les facilitateurs et obstacles pour y répondre) étaient initialement connus et priorisés par le RSSS. Elles ne permettent également pas de mesurer l'influence de la présence (ou l'absence) de ces informations sur l'implantation d'OPUS-AP.

En cours d'implantation, force est de constater que beaucoup d'efforts ont été déployés par les acteurs OPUS-AP afin de préciser les approches et les pratiques à adopter pour améliorer les situations identifiées. Selon plusieurs répondants, la démarche OPUS-AP s'est inscrite en continuité avec les approches et pratiques démontrées efficaces ou reconnues prometteuses. Pour ce faire, les connaissances issues de la littérature scientifique et grise ainsi que des expertises des parties prenantes ont été mises à contribution. Nommons, à titre d'exemple, l'avis et les outils de transfert des connaissances produits par l'INESSS; la documentation produite dans le cadre de projets collaboratifs canadiens similaires soutenus par la FCASS ou d'autres initiatives québécoises (ex. outils et rapports du Plan Alzheimer Québec); les connaissances et compétences relatives à la prestation de soins cliniques ainsi qu'à la direction et au suivi de projets d'amélioration de la qualité en soins de longue durée des experts du RSSS. Pour certains répondants, la démarche OPUS-AP aurait toutefois pu bénéficier d'un maillage plus important avec les approches déjà en place (ou en voie de l'être) dans le RSSS, plus particulièrement en faisant des liens avec les pratiques proposées par les initiatives en CHSLD (ex. arrimage des formations avec celles du Plan Alzheimer Québec déployé en 1^{re} ligne).

« Il me semble que ça serait intéressant... et ça c'est plus je pense au niveau du Ministère ou une direction SAPA qui déciderait de faire ça comme ça, de dire... bien la formation par exemple pour la santé buccodentaire, on va jumeler ça à la formation pour les SCPD et on va jumeler ça avec la formation Alzheimer; il y a beaucoup de points en commun là-dedans. Et sur l'unité, ce sont les mêmes infirmières et les mêmes préposés qui vont faire les interventions, alors est-ce qu'il y a moyen qu'on voit ce que ça a en commun, qu'est-ce qu'on doit changer comme comportement, comme attitude, comme intervention. Et en faisant ça, bien on répond à A, B, C. Et en bonus, bien on est en train de préparer notre agrément de toute façon. » (E-5)

De la même façon, les connaissances issues de l'expérience des acteurs des établissements au regard de l'implantation d'OPUS-AP (ex. données colligées lors des observations, sondages et échanges liés au processus) ainsi que de l'évaluation de l'implantation et des effets d'OPUS-AP

(ex. données colligées dans le cadre de la recherche sur les modifications apportées et l'amélioration de la qualité de soins) ont été mises à contribution. Tel que mentionné précédemment, l'accès à ces informations a notamment permis de faire l'état des progrès d'OPUS-AP et de partager les expériences vécues par les participants ainsi qu'effectuer des ajustements en cours d'implantation d'OPUS-AP.

Pour plusieurs répondants, ces connaissances scientifiques, pratiques et expérientielles sont à la base de la richesse scientifique d'OPUS-AP; un élément déterminant de la structure OPUS-AP et de la stratégie d'ACi. De plus, quelques répondants expliquent que mettre à contribution l'expertise et le vécu des parties prenantes pour soutenir la transformation des pratiques s'est avéré mobilisant. Ils nomment avoir le sentiment que les outils et les contenus développés ou adaptés (par les acteurs OPUS-AP ou les acteurs des établissements) appartiennent aux parties prenantes de la démarche; cela les motivant à poursuivre leur implication et leurs efforts.

Proposer une stratégie d'ACi adéquate

Globalement, certains répondants jugent la stratégie d'ACi adéquate pour atteindre les objectifs visés par OPUS-AP. Plus précisément, ils la qualifient de complète et flexible, adaptée au contexte d'implantation et complémentaire aux activités d'application des connaissances des initiatives déjà en place. Lorsque ses modalités sont déployées à leur plein potentiel (ex. Bureau virtuel consulté, webinaires visionnés, outils utilisés, mentorat effectué, suivi réalisé, etc.), ces répondants en soulignent la capacité à favoriser l'appropriation de la vision, des objectifs et des pratiques d'OPUS-AP et ultimement, la transformation des pratiques par les parties prenantes.

D'autres répondants ne partagent pas ce point de vue et jugent la stratégie d'ACi inadéquate pour atteindre les objectifs d'OPUS-AP et inadaptée en contexte d'implantation. Ces derniers mentionnent que changer les pratiques est complexe et exigeant, et ce, surtout lorsque le climat n'y est pas favorable. Ils précisent qu'une réelle transformation des pratiques cliniques et de gestion de projets d'amélioration de la qualité en soins de longue durée nécessite plusieurs étapes d'appropriation sur le plan administratif et clinique qui ne sont pas prises en compte par la stratégie d'ACi d'OPUS-AP (réf. Section 3.2.3 *Climat d'implantation*).

Quelques répondants doutent aussi de la capacité d'entraîner et de maintenir des changements à court, moyen et long terme en misant principalement sur l'implication locale. Ils soulignent notamment l'instabilité des équipes responsables d'OPUS-AP dans les établissements, des formateurs OPUS-AP et des équipes de soins en CHSLD qui entraîne une perte des connaissances acquises au sujet d'OPUS-AP. Ils nomment aussi la pénurie de main-d'œuvre en CHSLD (ex. médecins, pharmaciens, préposés aux bénéficiaires) et les difficultés à libérer le personnel soignant (ex. incompatibilité avec l'horaire sur quart jour-soir-nuit et sur semaine-fin de semaine, temps supplémentaire obligatoire, réponse à d'autres priorités, enjeux syndicaux) qui limitent la participation aux activités d'OPUS-AP et donc, affectent l'efficacité de la stratégie d'ACi (ex. moins d'accès, moins d'appropriation).

« Il faudrait d'abord que la base soit là et la base n'est pas là, nos CHSLD, je m'excuse, mais ce n'est pas terrible. Il y a sûrement pire ailleurs là, mais ils sont en manque de personnel et tout ça, donc on veut bien faire des choses et tout le monde est en accord avec ça, mais c'est lourd et la base n'est même pas là. Alors [...] OK, mais il n'y a même pas assez de monde pour faire manger les patients comme du monde. Moi c'est plus cet écart-là que je trouve embêtant dans des gros projets comme ça. » (E-9)

« On savait que c'était une activité, une innovation qui requérait beaucoup d'effort de la part des gens du terrain. Et ça c'était pris en compte, mais pas du fait qu'il y avait d'autres innovations à mener. » (E-6)

Les sections suivantes abordent les différentes modalités de la stratégie d'ACi telles que proposées dans le cadre de la démarche OPUS-AP.

Soutenir l'implantation d'OPUS-AP

Telle que décrite précédemment, la structure OPUS-AP a été temporairement mise en place afin de diriger et soutenir la mise en œuvre de la démarche à l'échelle du Québec (réf. Section 3.1 *Description d'OPUS-AP*). Pour plusieurs répondants, cette structure a principalement veillé à l'élaboration de la stratégie d'ACi ainsi qu'à son déploiement et son suivi dans les établissements; ceci constituant le « cœur de la démarche OPUS-AP ». C'est donc par la réalisation de leurs mandats respectifs (réf. Section 3.2.4 *Implication et engagement*) que l'équipe de coordination, le comité scientifique, la Faculté, le CoMesi et l'équipe de 2^e ligne en soutien à la mesure du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ont contribué à soutenir la transformation des pratiques cliniques et de gestion de projets d'amélioration de la qualité en soins de longue durée. Cette contribution aura pris différentes formes, soit celles de travaux de revue de littérature; d'élaboration d'un curriculum de formation; de validation et adaptation de contenus; d'élaboration d'outils de formation et de mesure; de diffusion d'informations à divers niveaux dans le RSSS; d'actions de formation et de mentorat; de conseils et d'encadrement en réponse à des besoins particuliers; etc. Pour plusieurs, cette contribution, reposant sur la qualité et la complémentarité des acteurs OPUS-AP (réf. Section 3.2.4 *Implication et engagement*), a permis de favoriser l'accès aux informations et connaissances ainsi que l'appropriation de la vision, des objectifs et des pratiques d'OPUS-AP par les acteurs stratégiques, tactiques et opérationnels du RSSS.

« Les gens ont beau vouloir avoir les meilleures pratiques, si on ne se donne pas les moyens et s'il n'y a pas un accompagnement des chefs d'équipes, etc., de mentors sur place pour créer comme tout un processus de révision des pratiques et d'être capable de trouver des stratégies alternatives aux antipsychotiques et de diminuer la prescription, bien c'est difficile à faire sur le terrain. Alors tout cet accompagnement-là puis avec les webinaires, les journées de formation, mais aussi surtout l'imputabilité dans le fond des chefs d'équipes et des mentors sur place, de faire le suivi de ça je pense que c'est un moteur qui est plus puissant que juste une bonne volonté. » (E-15)

Au cours de la phase I du déploiement, des champions ont été formés pour soutenir l'implantation d'OPUS-AP dans chacun des établissements. Peu d'informations ont été colligées

à leur sujet dans le cadre de la présente évaluation. Elles ne permettent ni d'apprécier leur contribution ni de mesurer l'influence de leur présence (ou leur absence) sur l'implantation d'OPUS-AP.

Dans une perspective d'autonomisation, les établissements ont été invités à intensifier et formaliser leur participation (par le biais de l'équipe responsable d'OPUS-AP) en phase II. Selon quelques répondants, cette adaptation permettait aussi de faire face à l'accroissement du nombre d'unités de soins participantes à venir (en phase II et III) et au sentiment de surcharge en découlant. En plus de veiller au déploiement et au suivi d'OPUS-AP dans leur établissement (ex. planification des phases de déploiement, reddition de comptes), ces équipes ont alors pris en charge certaines modalités de la stratégie d'ACi, plus spécifiquement les actions de formation et de mentorat des équipes de soins en CHSLD. Selon les répondants, certains établissements auraient développé une responsabilité partagée entre les directions cliniques et de soutien représentées au sein de l'équipe responsable d'OPUS-AP. Toutefois, ils expliquent que ceci n'a pas nécessairement permis d'assurer la contribution de ressources dans le soutien d'OPUS-AP (ajout ou dilution des ressources en réponse aux nombreuses priorités).

En phase II, les acteurs OPUS-AP se sont donc repositionnés en 2^e ligne et ont proposé une nouvelle formule aux établissements, plus particulièrement la formation de formateurs OPUS-AP et des suivis réguliers en soutien à leurs actions de formation et de mentorat. Face aux difficultés relatives à cette nouvelle formule (ex. offre variable de formation et de mentorat, participation variable au suivi), les acteurs OPUS-AP ont personnalisé le soutien offert par la cheffe territoriale à chaque établissement. Cette personnalisation a permis de prendre en compte leur réalité (ex. besoins en soutien clinique et disponibilités des formateurs OPUS-AP) dans l'adaptation des modalités (ex. type et fréquence de suivi, personne-contact – chargé de projet vs formateur OPUS-AP). Les données colligées dans le cadre de la présente évaluation ne permettent pas d'apprécier les effets perçus de ces adaptations.

Mettre en place une structure de soutien de proximité dans les établissements

Parmi les modalités proposées, la majorité des répondants s'entendent sur la force des actions de formation et de mentorat pour l'application des connaissances, plus particulièrement celles à l'intention des équipes de soins en CHSLD. Comme décrites précédemment, ces actions ont d'abord été réalisées par les acteurs OPUS-AP en collaboration avec les champions identifiés au sein des établissements (phase I) et ensuite, par les établissements avec la participation des formateurs OPUS-AP (phase II).

Malgré les nombreux efforts investis tant sur les plans provincial et régional, plusieurs répondants mentionnent une variabilité dans l'accès aux informations et connaissances et l'appropriation d'OPUS-AP au sein des établissements. Différentes raisons sont évoquées par les répondants pour expliquer ce constat. Nommons, à titre d'exemple, la nature et la qualité des liens et des interactions entre les instances/acteurs des établissements (ex. directions cliniques

et de soutien, équipe des soins et formateurs OPUS-AP, professionnels des équipes de soins et proches des résidents) qui limitent la diffusion des informations et connaissances ainsi que la possibilité d’offrir ou de recevoir le soutien nécessaire. Quelques répondants mentionnent aussi l’absence de liens avec certains services ou professionnels, tels que les services hospitaliers qui ne connaissent pas nécessairement OPUS-AP (réf. Section 3.2.2 *Communications et réseaux*). En ce sens, quelques répondants expliquent qu’un faible lien de proximité peut résulter d’une présence insuffisante du formateur OPUS-AP auprès des équipes de soins en CHSLD (ex. s’il a une charge trop élevée, s’il n’est pas libéré, s’il ne peut suivre le rythme imposé) ou d’une connaissance insuffisante de la réalité des équipes qu’il doit soutenir.

Nommons aussi, les caractéristiques individuelles des acteurs impliqués qui influencent le potentiel de transformation des pratiques (réf. Section 3.2.4 *Implication et engagement*). Selon quelques répondants, le statut professionnel (ex. médecins autonomes dans leur cursus d’amélioration continue vs infirmiers et préposés aux bénéficiaires encadrés par des balises de formation) et les croyances/attitudes du personnel soignant envers les pratiques proposées ou les activités de formation et de mentorat offertes influencent leur disposition à demander ou recevoir du soutien (ex. solliciter ou non le formateur OPUS-AP, accepter ou refuser les rétroactions, recourir ou non à d’autres intervenants – formateur ARS, équipe SCPD). Dans le même sens, la compréhension du rôle, le sentiment d’efficacité et les attributs personnels des formateurs OPUS-AP au regard de la formation et du mentorat influencent leur capacité à assumer leur rôle et donc, à partager les pratiques d’OPUS-AP avec les équipes de soins en CHSLD.

« Et ce n’est pas un rôle facile [rôle de formateur OPUS-AP] parce que les autres vont dire... oui, mais tu n’es pas à notre place sur le plancher, on n’est pas assez et on court et on rush et on est à moins deux et moins trois sur l’unité. Et ça dépend toujours comment c’est amené, mais... alors ce sont ces rôles-là de formateurs effectivement qui descendent la formation, qui font le transfert de connaissances, qui font du soutien et de l’écoute active aussi au travers. Ça c’était je pense plus par-là que ça devait passer. Et encore là on revient à un manque de ressources c’est sûr. » (E-9)

Mobiliser les acteurs des établissements autour d’OPUS-AP

En cours de déploiement, les modalités de la stratégie d’ACi devaient permettre de mobiliser les acteurs des établissements autour de la démarche OPUS-AP. Selon plusieurs répondants, la mise en place d’une structure de gouverne et de soutien (tant à l’échelle provinciale que régionale) a contribué à la mobilisation de ces acteurs. Nommons, à titre d’exemple, le soutien offert par l’équipe de coordination au regard de l’intégration d’OPUS-AP aux processus de gestion habituels par les équipes responsables d’OPUS-AP des établissements qui permet de susciter un sentiment de confiance chez ces derniers. Ce sentiment les a mobilisés autour d’OPUS-AP et motivés à l’implanter. À l’inverse, nommons aussi, l’absence de soutien du formateur OPUS-AP aux équipes de soins en CHSLD qui entraîne une perte de sens (ou de pertinence) ou une perception de surcharge chez ces derniers, ce qui fragilise la mobilisation sur le terrain.

Selon certains répondants, les ateliers de lancement et les formations (ex. formation des champions ou des formateurs OPUS-AP, webinaires) réalisés à l'échelle du Québec ont permis d'engendrer une grande motivation chez les participants (ex. membres des équipes responsables d'OPUS-AP, chefs d'unités et personnel des équipes de soins en CHSLD) en plus de diffuser les informations et connaissances jugées essentielles. En ce sens, d'autres mentionnent aussi les capsules de formation produites en collaboration avec la FMOQ à l'intention des médecins. Face au défi de mobiliser ces acteurs clés, ces capsules auraient capté leur intérêt puisqu'elles étaient offertes par leurs pairs et en échange de crédits de formation. Les données colligées dans le cadre de la présente évaluation ne permettent toutefois pas de mesurer leur influence sur leur appropriation d'OPUS-AP et la transformation de leurs pratiques en CHSLD.

Tel que mentionné précédemment, les rétroactions effectuées à partir de données issues de la mesure (suivi et recherche) ont permis aux parties prenantes d'apprécier les progrès réalisés (réf. Section 3.2.1 *Démarche intégrée, collaborative et probante*). Quelques répondants expliquent qu'une perception positive du processus ainsi que des résultats de la déprescription et de l'application des approches de base et d'interventions non pharmacologiques individualisées génère un sentiment de confiance qui motive les acteurs des établissements à poursuivre leurs efforts d'implantation d'OPUS-AP (tant pour l'intervention que la mesure). En ce qui a trait précisément aux équipes de soins en CHSLD, d'autres répondants mentionnent l'importance de souligner les succès; la perception de gains permettant aussi le développement d'une vision commune autour des résidents ciblés par OPUS-AP et engendrant un sentiment d'accomplissement et de fierté.

Peu de données ont été colligées dans le cadre de la présente évaluation quant à l'utilisation des données issues de la mesure (ex. rapports REDCap) au sein des établissements. Quelques répondants mentionnent cependant avoir l'impression que ces dernières ne sont que faiblement transmises auprès des équipes de soins en CHSLD.

Instrumenter grâce à des ressources matérielles et techniques

La présente évaluation s'est plus particulièrement intéressée à la plateforme d'apprentissage en ligne (ou Bureau virtuel) et aux webinaires étant donné que ces deux modalités de la stratégie d'ACi ont le potentiel de rejoindre un large public cible. Le cadre d'analyse *TransFormation* (Lane et Gagné, 2009) a été utilisé pour faire ressortir les ingrédients intégrés ou non dans ces activités et cibler des éléments pouvant être ajoutés ou améliorés pour favoriser la transformation des pratiques cliniques. Les résultats présentés ci-dessous ont été partagés à la Faculté à l'automne 2019.

Bureau virtuel OPUS-AP

Selon l'entente avec OPUS-AP, le Bureau virtuel était d'abord pris en charge par la FCASS pour la durée de l'implantation, et ce, à partir d'un modèle existant utilisé pour soutenir d'autres

initiatives canadiennes. Cette dernière a donc pris en charge l'hébergement et la mise à jour du Bureau virtuel, le soutien technique, la gestion des accès des utilisateurs et l'animation du forum de discussion. En fin de projet, le MSSS serait le propriétaire du contenu. Lors de la rédaction de ce rapport, des réflexions étaient en cours afin de prévoir le transfert vers un autre serveur. Rien n'avait encore été déterminé à propos de l'attribution de l'administration du Bureau virtuel.

Le Bureau virtuel contenait une multitude de documents pour informer, former, outiller sur le plan organisationnel et clinique. Il offrait un onglet de référence pour les établissements qui ont vécu l'implantation à la phase I et un onglet pour ceux qui ont vécu les phases II et III. Le Bureau virtuel s'adressait donc à plusieurs profils d'utilisateurs qui jouent un rôle dans l'implantation tels que les chargés de projets, les formateurs OPUS-AP, les chefs d'unités et potentiellement les équipes de soins. Un forum de discussion était prévu afin de stimuler l'entraide entre les établissements qui pouvaient vivre les mêmes enjeux ou avoir les mêmes préoccupations. Après quelques mois de soutien et d'effort d'animation de la part de la FCASS, le forum de discussion a été fermé en raison du trop faible achalandage.

Les documents déposés sur le Bureau virtuel, lorsque pris individuellement, semblaient généralement bien adaptés à la réalité du travail en CHSLD et appuyés par des données probantes. Les observations s'appliquant à une majorité de documents sont d'abord le peu d'information quant au lecteur/auditeur cible et ensuite, l'absence d'information au sujet de l'objectif visé par la lecture ou l'utilisation du document. Pour optimiser leur utilisation dans la pratique, certains documents gagneraient donc à être introduits par une mise en contexte ou un paragraphe explicatif. Par ailleurs, le document *Plan de formation* est essentiel aux acteurs des établissements ayant la responsabilité de planifier les formations des équipes de soins en CHSLD (ex. qui cibler pour les formations, combien de temps les libérer, à quel moment dans le déploiement, etc.). Lors de la rédaction de ce rapport, le *Plan de formation* proposait 47 liens vers des capsules, conférences et webinaires de diverses provenances, en mentionnant la durée de l'activité et si elle s'adressait à tous, aux PDG ou aux cliniciens (médecins, pharmaciens, professionnels). Plusieurs activités se recoupaient dans les thèmes et les objectifs ou compétences ciblés n'étaient pas mentionnés.

Un regard a aussi été porté sur le Bureau virtuel dans son ensemble, c'est-à-dire, la structure du Bureau virtuel et l'organisation des informations. La cohérence ainsi que l'organisation de la connaissance sont les deux ingrédients majeurs à peaufiner pour un Bureau virtuel optimal. Tout d'abord, la navigation sur le Bureau virtuel pourrait être facilitée en illustrant le processus d'implantation d'OPUS-AP à l'aide d'un schéma intégrateur et guider l'utilisateur vers les contenus appropriés (ex. planifier l'implantation dans mon établissement, offrir la formation aux équipes de soins en CHSLD, mesurer les progrès de mon établissement). Les documents relatifs aux pratiques de gestion et cliniques pourraient aussi être séparés dans des catégories

différentes. Étant donné le nombre élevé de documents déposés sur le Bureau virtuel, la sélection de documents incontournables pourrait favoriser leur utilisation.

Webinaires OPUS-AP

Au cours de la phase II, les établissements étaient invités à participer à 13 webinaires OPUS-AP, dont six portaient sur la mesure (procédures de collecte de données et résultats). Les webinaires s'adressaient aux personnes qui ont des fonctions différentes dans les établissements (ex. gestionnaire tactique ou opérationnel, personnel soignant, etc.) ainsi que des rôles différents dans le cadre de l'implantation de la démarche OPUS-AP (champion, formateur OPUS-AP, soutien à la mesure, etc.). Ces webinaires ont été conçus et animés par les experts de la Faculté. La formule webinaire a pour avantage de rejoindre un grand nombre de personnes. En contrepartie, un de ses inconvénients est de présenter un contenu général, moins personnalisé.

Parmi les dix ingrédients, *Préciser la cible*, *Assurer la cohérence* et *Mettre à profit les connaissances antérieures* sont les trois ingrédients qui gagneraient à être améliorés pour favoriser l'application des connaissances. Par exemple, il a été proposé au comité de la faculté :

- 1) de définir des objectifs communs et s'attarder uniquement à l'information utile à l'ensemble des profils des participants dans le cas des webinaires qui s'adressent à tous (gestionnaire, chargé de projet, médecin, infirmier, etc.) ;
- 2) de préciser davantage les objectifs des webinaires de manière à ce qu'ils soient traduits en comportements à adopter en milieu de travail (savoir-agir) ;
- 3) d'adapter le contenu afin qu'il soit en cohérence avec les rôles et responsabilités en CHSLD ;
- 4) de mettre à profit les connaissances antérieures qui sont propres aux profils des participants (au chef de service, à l'infirmier clinicien, au chargé de projet, etc.), ce qui est déjà appliqué et qui sera utile dans ce que propose la démarche OPUS-AP.

Rendre les participants actifs et *Stimuler leur métacognition* sont des actions souvent périlleuses en contexte de présentation à distance, avec des participants aux profils variés et qui se trouvent physiquement à plusieurs endroits. Les animateurs des webinaires ont déployé plusieurs stratégies favorables qui certes, n'ont pas le même pouvoir qu'une formation en présentiel, mais qui ont probablement contribué à l'adhésion des participants dans la démarche. Par exemple, à plusieurs reprises les webinaires ont favorisé les occasions où les participants sont appelés à se positionner quant à une pratique ou à répondre en direct à des questions. Cette stratégie d'animation dynamique qui invite à partager des défis ou des solutions potentielles amène les participants à porter un regard sur leur propre expérience et éventuellement à réajuster une pratique. Dans le même ordre d'idée, l'intégration de sondages en temps réel rejoint plusieurs bonnes pratiques en transfert des apprentissages : mettre en action les participants, stimuler la motivation, permettre un réajustement, agir sur le sentiment de compétence, etc. Finalement, le fait de présenter les résultats des temps de mesure offre une occasion aux participants de prendre conscience de l'effet de leur pratique sur l'état de santé des résidents.

Certains éléments essentiels en transfert des apprentissages sont plus difficiles à intégrer dans le cadre de présentations de type séminaire par Internet, et ce, surtout lorsqu'elles ont été conçues à partir d'un modèle de présentation où la communication est principalement unidirectionnelle (du présentateur vers les participants). Si on la regarde dans son ensemble, la stratégie d'ACi d'OPUS-AP permet toutefois de combler les limites de la formule du webinaire grâce à plusieurs autres modalités. La formule du webinaire « Étude de cas », ajoutée en phase II, permet aux participants de se placer dans un contexte d'apprentissage concrètement en lien avec les tâches qu'ils accomplissent en milieu de travail (Ouellet, 2016). Par exemple, les interactions avec les participants, la rétroaction et la métacognition pouvaient être favorisées par le biais du soutien de la cheffe de projet et la cheffe territoriale, des champions, des formateurs OPUS-AP, etc. Ces activités de formation et de mentorat ont pu fournir des occasions réalistes et concrètes de planifier et d'assurer le transfert des apprentissages dans la pratique quotidienne.

Au cours de la phase II, quatre webinaires ont inclus des questions portant sur l'application des connaissances au sondage à la fin du webinaire. En rappel, voici les cinq éléments visant des facteurs prédictifs du transfert des apprentissages (Lauzier et al., 2016) : 1) le niveau de maîtrise de l'objectif du webinaire; 2) le sentiment de capacité d'effectuer les apprentissages acquis durant le webinaire; 3) le sentiment d'être en mesure de mettre en application les apprentissages acquis durant le webinaire; 4) l'utilité perçue des apprentissages acquis durant le webinaire et 5) le sentiment d'être soutenu par le supérieur immédiat dans la mise en application des nouveaux apprentissages. Pour répondre aux questions, les participants étaient invités à se positionner sur une échelle de 0 à 10 (0 = totalement en désaccord, 10 = totalement en accord). Les onze niveaux de réponses ont été regroupés en quatre niveaux de manière à faciliter la présentation des résultats (ex. : 0 à 2 = totalement en désaccord; 3 à 5 = plutôt en désaccord; 6 à 8 = plutôt en accord; 9 à 10 = totalement en accord).

Les thèmes abordés dans ces quatre webinaires sont : « Étude de cas », « Présentations d'équipes », « Les résultats du T3 » et « Les résultats du T6 ». Les webinaires portant sur les résultats du T3 et T6 avaient pour objectifs de : 1) présenter les faits saillants et 2) connaître les difficultés vécues par les équipes lors de la saisie des données via des questions posées en direct en vue d'améliorer la mesure. Puisque ces deux webinaires n'ont pas été conçus dans un objectif d'application des connaissances, les résultats du sondage n'ont pu être considérés.

Les objectifs du webinaire « Étude de cas » étaient : 1) initier une discussion sur une situation clinique et 2) parcourir le processus de gestion des SCPD. Cette activité était construite autour de l'application des connaissances et offrait de nombreuses occasions de réflexions et d'ajustements aux participants. Des 59 participants au webinaire, une moyenne de 37 % ont répondu aux cinq éléments de réflexion. Il y a 95 % des répondants qui estiment que leur niveau de maîtrise de l'objectif est « plutôt élevé », 91 % sont « en accord » (n= 11) ou « totalement en accord » (n= 10) pour dire qu'ils s'estiment en mesure de mettre en application les

apprentissages acquis dans l'activité. L'ensemble des répondants (n= 22) estiment que les apprentissages seront « plutôt utiles » ou « énormément utiles » dans leur travail. Finalement, 60 % estiment qu'ils sont « énormément soutenus » par leur supérieur immédiat dans la mise en application des nouveaux apprentissages faits dans l'activité.

Les objectifs du webinaire « Présentation d'équipes » étaient de : 1) présenter les expériences des équipes engagées dans la démarche OPUS-AP; 2) partager les bons coups et 3) partager les difficultés. Cette activité était conçue dans une optique de partage et indirectement, les participants pouvaient porter un regard sur leurs propres pratiques. Des 119 participants, une moyenne de 30 % a répondu aux cinq éléments de réflexion. Il y a 70 % des répondants qui estiment avoir un niveau de maîtrise de l'objectif de l'activité « plutôt élevé ». Près de 60 % des répondants sont « en accord » et 22 % « en désaccord » pour dire qu'ils s'estiment en mesure de mettre en application les apprentissages acquis dans l'activité. Il y a 89 % des répondants qui estiment que les apprentissages faits dans l'activité seront « plutôt utiles » ou « énormément utiles » dans leur travail. Un peu moins de la moitié des répondants estiment qu'ils sont « plutôt soutenus » par leur supérieur immédiat pour mettre en application de nouveaux apprentissages faits dans l'activité et 34 % s'estiment « énormément soutenus ».

4. Discussion

Les deux premières phases d'implantation de la démarche OPUS-AP tendent à démontrer le succès d'un vaste changement de pratiques au Québec. La présente évaluation a permis d'identifier les éléments qui contribuent à ce succès, mais aussi à prendre en considération afin que les changements de pratiques soient maintenus par les établissements et les équipes de soins et que la mise à l'échelle de l'implantation d'OPUS-AP à l'ensemble des CHSLD du Québec soit facilitée.

4.1 Une posture de collaboration qui fait une différence

Dans le cadre de la démarche OPUS-AP, les acteurs OPUS-AP ont privilégié une posture collaborative dès son démarrage et en cours d'implantation en adoptant une approche de proposition plutôt que d'imposition. Visant une transformation à large échelle, la mise en place de la structure OPUS-AP a permis d'activer la mobilisation et la mise en réseau de représentants de hautes instances et de gestionnaires intermédiaires du RSSS, d'acteurs cliniques des établissements et d'acteurs scientifiques œuvrant dans les quatre RUISSS. Il est ainsi possible de constater que les activités proposées par Agranoff et McGuire (2001) dans de telles démarches visant des changements de pratiques ont été réalisées : 1) interpellé et intégré les bons acteurs aux bons moments/endroits et préciser la contribution de chacun à la démarche (activités d'activation); 2) façonner les modalités de collaboration des parties prenantes d'OPUS-AP dans le respect de la posture privilégiée (activités d'encadrement); 3) mettre en place des processus permettant de favoriser le partage et l'utilisation des ressources du RSSS (particulièrement de

ressources humaines et des connaissances et à hauts niveaux) (activités de mobilisation); 4) établir les conditions facilitant les interactions et l'établissement de liens entre les parties prenantes d'OPUS-AP (activités de synthèse). L'établissement de ces conditions s'inscrit également en cohérence avec les travaux de Tannebaum et al. (2019). Face à l'ampleur et l'excellence des actions réalisées pour activer la mise en réseau, outre les efforts de pérennisation, seules quelques améliorations pourraient être envisagées à cette étape de la démarche OPUS-AP. Ces améliorations concernent d'une part l'importance d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés par la démarche OPUS-AP. Une attention particulière aurait avantage à être portée à la représentation de certains services (ex. direction DSI) ou professionnels (ex. médecin de famille) ainsi que des résidents et leurs proches ayant été sous-représentés ou non représentés. D'autre part, elles concernent les arrimages possibles entre les différentes initiatives en cours alors que ces dernières sont perçues comme cohérentes et en continuité avec la démarche OPUS-AP (ex. Plan Alzheimer, 21 Bonnes pratiques en CHSLD, Santé buccodentaire, etc.). Ces arrimages gagneraient à être bonifiés en misant sur la coordination de ces initiatives aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel; la structure OPUS-AP occupant une position privilégiée dans la facilitation de cette coordination dans le RSSS.

Soutenue adéquatement par des réseaux externes/internes à OPUS-AP de grande qualité (Li et al., 2018), la mise en réseau des parties prenantes autour des cibles d'OPUS-AP constitue une force importante de la démarche OPUS-AP. Cette mise en réseau s'inscrit en cohérence avec les déterminants soulevés par certains auteurs (Damshroder et al., 2009; Tannebaum et al., 2019). La reconnaissance et la mise à contribution des expertises scientifiques et pratiques de chacun, jointes aux connaissances issues de l'appréciation de l'expérience des participants et de la recherche, sont à la base de la richesse scientifique d'OPUS-AP. Vécue comme un grand succès, la démarche OPUS-AP a sans aucun doute contribué à combler le fossé entre les connaissances issues de la recherche et l'utilisation dans la pratique. En effet, l'intégration de la mesure (suivi et recherche) à ce projet d'intervention en CHSLD constitue l'une des grandes forces d'OPUS-AP. En plus de permettre de mesurer les effets de l'implantation d'OPUS-AP, ceci a permis d'en apprécier les succès et de réaliser les ajustements nécessaires au regard des processus de gestion et de prestation des soins ainsi que de l'amélioration de l'expérience des établissements. Malgré les défis associés à la mesure (ex. mise en place d'un système informatique temporaire), l'importance et l'utilité des données issues de la mesure ont été soulevées à maintes reprises (ex. faire état des progrès pour mobiliser les parties prenantes, réaliser des boucles de rétroactions). Des études portant sur les freins et facilitateurs au changement de pratique chez les infirmières soulignent que l'adoption d'une pratique réputée efficace repose, entre autres, sur la valeur ajoutée, la perception de pertinence et d'utilité de la pratique proposée et sur la confiance que cela a un effet positif sur le patient (Thiruvinalmalai, et al., 2019; Matheson, Grande, Luker, 2018; Turner et al., 2016).

À long terme, la poursuite de la mesure (ex. calcul du taux d'antipsychotiques, de benzodiazépines et d'antidépresseurs, suivi des SCPD et des chutes, suivi des approches de base adoptées et des interventions non pharmacologiques individualisées réalisées) contribuerait à veiller à l'intégrité des pratiques telles qu'elles ont été réfléchies et implantées ainsi qu'à leur pérennité. Essentielles à la réalisation de boucles de rétroactions auprès des équipes de soins, ces données découlent de la collaboration du milieu clinique et de la recherche.

4.2 Des acteurs crédibles pleinement investis dans le changement

Compte tenu de la posture collaborative d'OPUS-AP, des rôles formels de leaders ont été attribués aux différents niveaux décisionnels (Best et al., 2012; Li et al., 2018). Au-delà de ces leaders qui agissent selon leurs rôles respectifs, les écrits sur les théories du leadership permettent de conclure qu'OPUS-AP a su miser sur le leadership dans trois perspectives de leadership : 1) leadership administratif – axé sur la hiérarchie, la planification et le contrôle; 2) leadership facilitateur – axé sur la mise en place de conditions facilitant l'adaptation et l'apprentissage et l'enchevêtrement des perspectives administrative et adaptatives; 3) leadership adaptatif – axé sur les dynamiques qui engendrent le changement (Uhl-Bien, Marion et McKelvey, 2007).

Du côté des acteurs OPUS-AP, en plus d'avoir été formellement mandatés pour mettre en œuvre la démarche, les PDG porteurs du RUISSS de l'Université de Sherbrooke, la chargée provinciale de projet et les acteurs de la cellule stratégique et puis de la structure de gouverne et de soutien OPUS-AP ont été identifiés, par plusieurs des répondants de cette étude, parmi les champions de la démarche. C'est principalement en raison de leur grande qualité que les acteurs OPUS-AP ont pu exercer un leadership dit inspirant et contaminant. Perçus comme crédibles (dû à leurs expertises et expériences), disponibles pour soutenir leurs pairs ou les participants d'OPUS-AP et dignes de confiance, ces derniers ont pu rallier les acteurs du RSSS autour de la vision collective et intégratrice d'OPUS-AP. Plus particulièrement, la qualité et la complémentarité des médiateurs suivants ont été identifiées comme une force essentielle à la mise en œuvre de la démarche OPUS-AP : les deux PDG porteurs et la chargée provinciale de projet (politique), le directeur de projet (politique-scientifique), la cheffe de projet et la cheffe territoriale (scientifique-pratique), l'expert de la recherche responsable du CoMesi (scientifique) ainsi que la représentante de la FCASS (politique-méthodologique).

L'importance et la valeur ajoutée de la présence de champions comme les acteurs OPUS-AP cités ci-haut n'est plus à démontrer. Elle constitue l'un des déterminants les plus forts et consistants de l'utilisation d'un nouveau modèle de prestation de services (Li et al., 2018). En se consacrant à l'adhésion, la diffusion, la conduite de l'implantation et au surpassement des résistances, les champions influencent d'autres déterminants de la mise œuvre d'une innovation et donc, façonnent l'innovation, le contexte, les acteurs impliqués et le processus (Damshroder et al., 2009; Rycroft-Malone et al., 2016; Li et al., 2018). En ce sens, il n'est pas surprenant que les

acteurs OPUS-AP aient notamment contribué à cultiver un climat d'implantation favorable au niveau stratégique du RSSS ou encore, à préparer les acteurs tactiques et opérationnels des établissements à l'implantation d'OPUS-AP (cette influence étant associée au leadership facilitateur) (Uhl-Bien, Marion et McKelvey, 2007). Pour ce faire, ils ont su miser sur la nature et la qualité de leurs interactions et liens privilégiés ainsi que sur leur agilité à naviguer et négocier au sein du RSSS pour positionner la démarche en priorité et bénéficier des ressources nécessaires à son implantation. Ces actions sont à la base de la réactivité d'OPUS-AP et rejoignent les travaux de Damshroder et al. (2009).

Force est de constater que l'équipe de coordination d'OPUS-AP a déployé de nombreux efforts pour catalyser le leadership adaptatif au sein du RSSS (cette influence étant associée au leadership facilitateur selon Uhl-Bien, Marion et McKelvey (2007). Gardiens de l'alignement du déploiement d'OPUS-AP avec la vision, les objectifs et les pratiques proposés, ils ont notamment facilité l'intégration des frontières inter-sectorielles (cliniques et scientifiques) et intra-organisationnelles (administratives et cliniques) à différents niveaux (stratégique, tactique et opérationnel ainsi qu'à leurs interfaces) (Rycroft-Malone et al., 2016).

Dans leur rôle de leader d'opinion, les hauts dirigeants du MSSS et les PDG des établissements ont représenté un moteur de réussite et un levier pour faire face aux résistances, plus particulièrement au regard de la planification, la vision et l'attribution de ressources au sein du RSSS (cette influence étant associée au leadership administratif selon Uhl-Bien, Marion et McKelvey (2007)). L'adoption à l'unanimité de la démarche OPUS-AP par les PDG constitue donc un pilier important de la démarche OPUS-AP.

Au sein des établissements, c'est sur l'équipe responsable d'OPUS-AP (particulièrement la direction SAPA et le chargé de projet) et les chefs d'unités que reposait la démarche OPUS-AP. Aussi visés par les changements de pratiques de gestion et cliniques d'OPUS-AP, ces acteurs indispensables occupaient à la fois une position de leaders formellement mandatés pour sa mise en œuvre et de participants au sein de l'établissement. À titre de participants, ils étaient supportés par l'équipe de coordination d'OPUS-AP afin qu'ils puissent gagner en efficacité dans la traduction des orientations stratégiques vers le niveau opérationnel et la communication des changements opérés au niveau opérationnel vers le niveau stratégique. Malgré les nombreux efforts investis de part et d'autre, force est de constater que le passage entre un leadership administratif et un leadership facilitateur demeure un défi (Uhl-Bien, Marion et McKelvey, 2007). Puisqu'il semble que l'étendue de leur engagement et implication ait varié dans le temps et entre les établissements, des améliorations pourraient être apportées sur ce plan. Soutenir l'engagement de ces précieux acteurs que sont l'équipe responsable de l'implantation d'OPUS-AP et les chefs d'unités permettrait de conduire à une utilisation plus complète et plus précise des pratiques proposées par OPUS-AP (Li et al., 2018) et ce, tant sur le plan de leurs propres pratiques de gestion que des pratiques cliniques que doivent mettre en place les équipes de soins

en CHSLD. Comme l'engagement est fortement associé aux sentiments de rejoindre ses propres objectifs organisationnels et de contribuer à la prise de décision (Damshroder et al., 2009), c'est sur ce sentiment que de nouveaux efforts gagneraient à être investis à cette étape de la démarche. L'équipe de coordination d'OPUS-AP a d'ailleurs récemment proposé au MSSS que les chargés de projet actuels deviennent des responsables de la démarche non pharmacologique en continu.

4.3 Une démarche d'implantation solide

L'évaluation de la démarche OPUS-AP, sa structure de gouverne et de soutien et sa stratégie d'ACi, permet de constater que le processus de conception et de déploiement de la démarche s'inscrit généralement en cohérence avec les écrits dans le domaine de la science de l'implantation, dont le cadre de référence *Knowledge to Action* de Straus, Tetroe et Graham (2013). On peut facilement reconnaître les efforts des acteurs OPUS-AP dans la mise en forme des connaissances, leur adaptation à la réalité du Québec et le monitoring de l'application des connaissances (ex. temps de mesure, sondages, etc.).

En ce qui a trait au soutien offert sur le plan national, les comités mis en place dans le cadre d'OPUS-AP ont joué et jouent toujours un rôle central, notamment par leur disponibilité, leur flexibilité à apporter des changements, leur écoute des besoins des différents acteurs des établissements, etc. La structure OPUS-AP a été conçue dans l'esprit de la logique du RSSS, mais elle n'est pas parfaitement enchâssée dans les instances déjà en place dans le RSSS. Si l'on prend l'exemple de l'équipe de coordination d'OPUS-AP, cette dernière relève du comité directeur de la démarche OPUS-AP pendant la durée du financement de la FCASS et du MSSS (la structure de gouverne et de soutien étant temporaire). Dans une optique de pérennisation, il serait préférable de rattacher cette équipe à un établissement du RSSS dont le mandat est d'accompagner ou coordonner de telles démarches.

La stratégie d'ACi proposée par OPUS-AP rejoint plusieurs actions reconnues efficaces dans les écrits du domaine de l'application des connaissances : champions, formation de formateurs OPUS-AP, audit et rétroaction, outils cliniques et administratifs faciles à utiliser, etc. (Best et al., 2012; Li et al., 2018). Pourtant, cette stratégie ne semble pas suffisamment ancrée dans la logique organisationnelle des établissements quant au développement des compétences, de formation et de soutien du personnel dans le RSSS. Quoique le personnel de soins soit au cœur du changement souhaité par OPUS-AP, c'est plutôt dans le contexte organisationnel dans lequel le changement évolue que s'inscrit la volonté de transformer les pratiques (Tannebaum et al., 2019; Li et al., 2018; Howarth et al., 2016). Certains établissements ont été confrontés à des difficultés pour soutenir les formateurs OPUS-AP ou pour libérer du personnel dans le cadre de formations. Des auteurs observent ces difficultés dans des contextes où les décideurs ne sont pas assez engagés ou encore lorsque les ressources dédiées à soutenir le changement sont insuffisantes (Rycroft-Malone et al., 2016). Une clé à l'implantation est en effet liée à la formation du

personnel : les formations soutenues et de qualité, la présence régulière de ressources pour monitorer et accompagner le changement sur le terrain de même que la transition souple vers les nouvelles pratiques sont des conditions qui semblent essentielles pour optimiser le succès d'une implantation (Li et al., 2018). Des défis vécus en CHSLD dont certainement le roulement, l'instabilité et le manque de personnel de soins pourront nuire considérablement à l'implantation et au maintien des pratiques (Li et al., 2018).

L'opportunité de financement et les taux élevés de prescription d'antipsychotiques ont été des éléments moteurs dans l'engagement unanime des PDG à implanter OPUS-AP. La pertinence et l'importance d'agir pour changer la situation en CHSLD semblent avoir été partagées tant par les décideurs, au CGR et au MSSS, que par les équipes de soins qui ont participé à la phase I de la démarche. Si l'on observe une unanimité au sujet de la perception de la pertinence dès l'annonce de la démarche, ce qui a été vécu en cours d'implantation est venu nuancer le niveau de participation (ex. absence de formateurs OPUS-AP aux rencontres de suivi) et de transformation des pratiques cliniques (ex. participation aux caucus, application des approches non pharmacologiques). Le climat d'implantation étant un construit phare du CFIR, il est reconnu pour avoir une influence majeure sur le succès ou non d'une initiative (Damshroder et al., 2009). Il peut être défini comme étant la perception selon laquelle l'innovation est soutenue, valorisée et attendue dans l'organisation (Turner, Trogdon, Weinberger et al., 2018).

Pour être perçues comme valorisées, soutenues et attendues, les équipes de soins en CHSLD doivent être persuadées que le changement demandé est aligné de manière formelle avec les objectifs de la haute direction de l'établissement et du MSSS (Treuer et al., 2018; Li et al., 2018). La perception selon laquelle le but et le message de l'innovation sont en cohérence avec les valeurs privilégiées dans l'organisation et par les personnes visées viendrait agir comme modérateur sur le succès de l'implantation (Turner, Trogdon, Weinberger et al., 2018). Étant donné qu'il est possible d'agir en cours d'implantation sur la manière de transmettre les fondements et le but d'OPUS-AP, les personnes responsables de l'implantation de la démarche en phase III pourraient ajuster le message central d'OPUS-AP en misant sur la « construction du sens » (Bosset et Bourgeois, 2016) en faveur des approches non pharmacologiques. De cette manière, la tendance de certains établissements à déprescrire les antipsychotiques sans introduire les approches de base et les interventions non pharmacologiques individualisées pourrait être révisée; car la bonne pratique proposée par les guides cliniques sur l'usage des antipsychotiques en soins de longue durée (Bjerre et al., 2018) et dans l'avis de l'INESSS (2017) est plutôt la mise en place d'alternatives non pharmacologiques permettant d'entraîner une diminution des doses ou une cessation de la prise d'antipsychotiques.

Une attention particulière aurait été nécessaire afin de mieux tenir compte de l'écart entre les pratiques cliniques actuelles des équipes de soins et les pratiques réputées efficaces (Straus, Tetroe et Graham, 2013; Colquhum et al., 2017). La prochaine phase d'implantation d'OPUS-AP

pourrait adapter certaines activités (ex. webinaires) en fonction des rôles spécifiques des acteurs clés (chargé de projet, champions, chefs d'unités, etc.) et des modalités de soutien clinique déjà en place dans les milieux (coaching, mentorat, soutien post-formation) (Harrison, 2019). L'accès aux connaissances au sujet de l'innovation à implanter et la disponibilité des ressources sont significativement et positivement associés au succès de l'implantation et de l'accompagnement du changement de pratique (Treuer et al., 2018; Turner, Trogdon, Weinberger et al., 2018). Pour la phase III, les acteurs OPUS-AP font notamment des travaux en vue d'intégrer les différentes formations prévues aux mêmes équipes de soins afin de consolider la construction du sens en faveur des pratiques cliniques qui s'entrecroisent (ex. formation SCPD et OPUS-AP).

L'agilité et la flexibilité de la structure de gouverne et de soutien et des acteurs OPUS-AP qui s'y sont investis ont contribué à la mise en place de boucles de rétroactions régulières et efficaces avec les établissements (ex. temps de suivi planifié au CGR, appels fréquents avec les chargés de projets dans les établissements). Roger (1988) souligne qu'un projet sera plus facilement adopté si on le voit, si on sait qu'il existe et si l'on constate qu'il est un volet d'un plus vaste projet dont on entend parler. Les boucles de rétroactions ont probablement permis de créer un lien de confiance entre les établissements qui ont participé aux phases I et II puisqu'ils étaient en mesure de suivre l'évolution de la démarche et d'y apporter des propositions de modifications (Li et al., 2018). Le fait d'avoir été en contact régulier avec les responsables de l'implantation dans les établissements a permis à OPUS-AP de réajuster des activités de soutien (ex. soutien aux formateurs, outils pour mettre en place les caucus) pour s'adapter aux besoins des milieux.

4.4 Des mesures structurelles à privilégier pour assurer la pérennité du changement

Le MSSS devrait soutenir la mise en œuvre des mesures structurelles transversales au sein du RSSS pour que la déprescription des antipsychotiques et l'utilisation d'approches non pharmacologiques demeurent des priorités dans les prochaines phases du déploiement et en prévision du retrait de la structure OPUS-AP temporaire. Une des forces de la démarche d'OPUS-AP est d'avoir conjuguée une approche du haut vers le bas et une approche du bas vers le haut. À cette étape de la démarche, afin que cette démarche demeure une priorité du RSSS, des mesures structurelles (de bas en haut) doivent être mises en place par le MSSS pour entraîner des changements de pratiques dans une optique de pérennisation, et ce, en cohérence avec Langford, Chen, Robert et Schneider (sous presse) et Charter (1973). Le MSSS gagnerait à réaliser des actions concrètes afin que la déprescription des antipsychotiques et l'utilisation d'approches non pharmacologiques en CHSLD se retrouvent parmi les priorités nationales qui se traduisent ensuite en priorités des établissements (présentement aucun objectif de la planification stratégique du MSSS 2019-2023 n'y est lié).

Le MSSS gagne à poursuivre les démarches visant à mettre en place une structure de soutien et d'encadrement cliniques dans les établissements (projet initié par la Table nationale de concertation des services généraux) et s'assurer qu'elle se mette en place dans les CHSLD. Le

Bureau virtuel et les activités de la stratégie d'ACi gagneraient également à être rattachés à l'initiative de Formation continue partagée (FCP) du MSSS. La FCP vise à améliorer et centraliser l'offre de formation continue. Par la création d'un répertoire national, la FCP propose une offre élargie de formations conçues par des experts cliniques et administratifs et des spécialistes en formation. Ce rattachement permettrait de bénéficier gratuitement de l'expertise des ressources dédiées à la FCP dont les ressources en soutien et encadrement cliniques (des DSI et DSM), les ressources en andragogie, en techno pédagogie pour la conception de formations en ligne et l'animation de communauté de pratique virtuelle, etc.

Le MSSS gagnerait aussi à effectuer des démarches afin que la déprescription des antipsychotiques et l'utilisation d'approches de base et d'interventions non pharmacologiques individualisées en CHSLD deviennent une pratique organisationnelle requise dans le cadre de démarches d'agrément. Le MSSS gagne aussi à poursuivre ses démarches qui contribuent à la mise en place de conditions facilitant le déploiement de la démarche OPUS-AP : le soutien financier à OPUS-AP dans les prochaines années en gardant à l'esprit que l'accompagnement de tels changements de pratiques requière de nombreuses années (jusqu'à neuf ans selon Tija et al., 2015); les démarches de consolidation des ressources humaines supplémentaires en CHSLD; les démarches pour stimuler l'implication des pharmaciens (ex. embauche et révision du rôle de technicien et pharmacien d'établissement ou communautaire - révision de la pharmacothérapie en CHSLD) et la collaboration interprofessionnelle en CHSLD (Harrison et al., 2019). La présence active d'un pharmacien dans les équipes interprofessionnelles/interdisciplinaires aurait un effet significatif positif sur le nombre de médicaments potentiellement inapproprié, sur la diminution des doses et sur les échanges dans l'équipe au sujet de la déprescription (Ammerman, Simpinks, Warman et Downs, 2018).

Étant donné l'envergure de la démarche OPUS-AP, le MSSS, soutenu par les ordres et les associations professionnels, gagne également à coordonner les communications nationales transversales qui sont actuellement absentes. Des communications, valorisant cette démarche et témoignant de l'ampleur du changement de pratiques qu'elle entraîne, contribueraient à faciliter les prochaines phases d'implantation et l'adhésion des prochains CHSLD dans cette vaste démarche. De telles communications sont essentielles dans une vaste démarche de changement comme OPUS-AP et qui touche l'ensemble d'un réseau, car elles permettent de cultiver une culture organisationnelle de l'innovation (Tannebaum, et al., 2019; Li et al., 2018) et faciliter l'adoption en permettant aux acteurs de constater qu'ils sont partie prenante d'un vaste mouvement Roger, 1988).

Dans le cadre d'un changement de pratiques lié à l'utilisation appropriée des médicaments qui, d'une part sollicite la collaboration active des pharmaciens et des équipes de soins en CHSLD et d'autre part est perçu comme un moyen d'amélioration de la qualité et de la performance des soins et services par les directions SAPA, les mécanismes de collecte doivent nécessairement être

routinisés et l'outil de collecte de données cliniques et pharmacologiques efficace et uniformisé. Les acteurs OPUS-AP ont compensé temporairement l'absence d'un tel outil en phases I et II de l'implantation en attendant que le MSSS convienne d'un système d'information parmi ceux déjà utilisés par les pharmaciens et qui serait partagé avec les CHSLD. Le suivi des pratiques (ex. taux de prescription des antipsychotiques) et les boucles de rétroactions faites aux équipes de soins sont les éléments de la démarche OPUS-AP qui sont reconnus comme incontournables par les acteurs impliqués et la littérature vient appuyer ces pratiques qui contribuent aux chances que le personnel maintienne le changement de pratiques dans le temps (Li et al., 2018).

5. Conclusion

La présente évaluation a permis de documenter le processus d'implantation de la démarche ainsi qu'identifier des déterminants pouvant soutenir l'implantation de pratiques cliniques réputées efficaces en contexte de CHSLD pour optimiser l'usage des antipsychotiques. Un large éventail de caractéristiques et d'attributs propres à OPUS-AP, inhérents au contexte d'implantation et aussi, basés sur les perceptions des acteurs impliqués ont influencé l'adoption, la mise en œuvre et l'institutionnalisation des pratiques de gestion et cliniques proposées par OPUS-AP. Parmi ces derniers, une relation de travail basée sur la mise en réseau et la collaboration entre les instances/acteurs des milieux cliniques et de la recherche aura eu un effet positif majeur dans la démarche OPUS-AP. Le leadership inspirant des promoteurs de la démarche ainsi que des responsables de l'implantation de l'intervention et de la mesure fait indéniablement partie des éléments de succès. De plus, sans l'intégration de la mesure, l'appréciation des succès vécus et les ajustements permettant de résoudre les enjeux observés n'auraient pas été possibles.

Le changement des pratiques pour optimiser l'usage des antipsychotiques en CHSLD exige un effort de la part des instances et des acteurs de l'ensemble du RSSS, soit au MSSS, dans plusieurs directions cliniques et de soutien des établissements et dans les unités de soins. La démarche OPUS-AP a permis de soutenir cette transformation grâce à un investissement de ressources humaines dédiées et un fonds de démarrage permettant de faire face aux changements et adaptations que suppose le processus d'innovation. L'implantation d'OPUS-AP dans l'ensemble des CHSLD de même que le maintien du changement ne pourront se réaliser sans un soutien à plus long terme de la part du MSSS ou d'une instance mandatée, notamment au regard de la priorisation d'OPUS-AP ainsi que du suivi et de la résolution des enjeux.

Cette évaluation a aussi comme retombée de mettre en lumière le potentiel de la démarche OPUS pour inspirer des démarches similaires d'implantation de pratiques cliniques réputées efficaces dans le RSSS. Certaines conditions organisationnelles et structurelles seraient nécessaires avant d'entreprendre d'autres vastes changements. La présence et l'application d'une politique organisationnelle claire au sujet de l'approche de collaboration interprofessionnelle (ex. médecin, pharmacien, infirmier, ergothérapeute, préposés aux bénéficiaires, etc.) en est une fondamentale. L'arrimage avec le projet PEPS semble aller en ce

sens (ex. élaboration d'une politique ou un guide pour clarifier les rôles dans le cadre du regroupement d'OPUS-AP et PEPS). Le soutien clinique interactif et régulier et la formation qui prévoit des moments de rétroaction post-formation sont essentiels pour favoriser l'utilisation d'outils/guides cliniques et optimiser la révision de la pharmacothérapie. Ce soutien clinique faisait partie de la démarche OPUS-AP et devra être davantage structuré au MSSS de manière à avoir un effet réel à long terme sur les pratiques cliniques. La démarche OPUS-AP permet d'illustrer la puissance de la collaboration active et intégrée de la recherche pour monitorer et ajuster les activités en cours d'implantation. Ce partenariat réel de la recherche en science de l'implantation favorise l'adoption de stratégies optimales par les instances décisionnelles et la prise de décision basée sur les preuves.

Une des principales limites de cette évaluation est l'absence de point de vue de certaines parties prenantes de la démarche OPUS-AP. En effet, les participants rencontrés sont principalement des personnes impliquées dans la structure de gouverne et de soutien OPUS-AP. Seuls deux répondants sont externes à la mise en œuvre de la démarche OPUS-AP. Aucun chef d'unité, membre du personnel soignant, résident ou proche n'a été interviewé. Cibler ces parties prenantes aurait permis d'enrichir les analyses.

Finalement, étant donné le potentiel de la démarche OPUS-AP pour inspirer d'autres démarches d'implantation de pratiques, un outil d'aide à l'implantation de pratiques cliniques réputées efficaces sera publié à la suite de cette recherche évaluative. L'objectif de cet outil sera de soutenir les décideurs et leurs partenaires à l'amélioration des processus d'implantation de pratiques cliniques et des stratégies d'application des connaissances dans le RSSS.

Liste des références

Agranoff R et McGuire M (2001). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Jul. 11(3):295–326.
doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a003504

Anca Boboc A et Metzger JL (2016). La formation professionnelle à distance à la lumière des organisations capacitantes. *Distances et médiations des savoirs* [En ligne], consulté le 18 septembre 2019. <https://journals.openedition.org/dms/1447>

Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I (201). Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ*. 4(12). doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544

Ammerman CA, Simpkins BA, Warman N, et Downs TN (2019). Potentially Inappropriate Medications in Older Adults: Deprescribing with a Clinical Pharmacist. *J Am Geriatr Soc*. 67:115–118. doi.org/10.1111/jgs.15623

Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, et Vander Stichele RH (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res Rev*. janv 11(1):78-86. doi.org/10.1016/j.arr.2011.07.002

Bauer MS et al. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*. Sep. 16(3):32. doi: 10.1186/s40359-015-0089-9

Best A et al. (2012). Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *The Milbank Quarterly*. 90(3): 421–456. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x

Birken SA, Powell BJ, Shea CM et al. (2017). Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: results from an international survey. *Implementation Science*. 12 (124). doi.org/10.1186/s13012-017-0656-y

Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L et al. (2018). Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 64(1):17-27. PMID:PMC5962971

Bosset I et Bourgeois E (2016). « Modes de régulation et motivation à transférer d'adultes en formation continue face au soutien organisationnel perçu à la formation » (65-100), In *Accroître le transfert des apprentissages: Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 382 pages.

Choisir avec soin (s.d.). Soins de longue durée - Les six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. [En ligne], consulté le 28 avril 2020. <https://choisiravecsoin.org/soins-de-longue-duree/>

- Cook JM et al. (2012) Measurement of a model of implementation for health care: toward a testable theory. *Implementation Science*. Jul. 3;7:59. doi: 10.1186/1748-5908-7-59
- Chauhan BF et al. (2017). Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals practice. An overview of reviews. *Implementation Science*. Jan 5. 12(1):3. doi: 10.1186/s13012-016-0538-8
- Cossette B et al. (2020). Optimizing Practices, Use, Care and Services—Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-term Care Centers in Québec, Canada: A Strategy for Best Practices. *Journal of the American Medical Directors Association*. 21(2):212-219. doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.027
- Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Steler C (2012). Effectiveness-implementation hybrid design. *Med Care*. March. 50(3): 1-20. doi: 10.1016/j.psychres
- Davies LE et al. (2020). Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. *Journal of the American Medical Directors Association*. 21(2):181-187. doi: 10.1016/j.jamda.2019.10.022
- Damschroder L et al. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): progress to date, tools and resources, and plans for the future. *Implementation Science*. 10(Suppl. 1):A12. doi: 10.1186/1748-5908-10-S1-A12
- Denzin NK et Lincoln YS (2011). *Handbook of Qualitative Research*. 4e éd., Sage Publication, 766 pages.
- Deschesnes M et al.(2008). *Rapport de recherche. Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*. Institut national de santé publique du Québec, Université du Québec en Outaouais, 226 pages.
- FCASS. Projet collaboratif à la réduction des antipsychotiques – résultats. [En ligne], consulté le 12 septembre 2019. <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/reducing-antipsychotic-medication-use-collaborative/results>
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM et Wallace F (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 125 pages.
- Fournier M (2011). *La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS*. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Gouvernement du Québec, 22 pages.
- Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG (2012). Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview. *J Am Med Assoc*. Nov. 308(19):2020-9. doi: 10.1001/jama.2012.36918

Graham ID et al. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map?. *Journal of Continuing Education in Health Professions*. 26:13-24. doi: 10.1002/chp.47

Green LW and Kreuter MW (2005) Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill, 600 pages.

Greenhalgh T et al. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review. *The Milbank Quarterly*. 82(4):581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Grossman R et Salas E (2011). The transfer of training, what really matters. *International Journal of training and Development*. 15(2):103-120. doi.org/10.1111/j.1468-2419.2011.00373.x

Gurwitz JH, Bonner A et Berwick DM (2017). Reducing excessive use of antipsychotic agents in nursing homes. *JAMA*. 318(2):118-119. doi:10.1001/jama.2017.7032

Harrison SL et al. (2019). Approaches to Deprescribing Psychotropic Medications for Changed Behaviours in Long-Term Care Residents Living with Dementia. *Drugs and Aging*. 36(2):125-136. doi: 10.1007/s40266-018-0623-6

Howarth E et al. (2016). « Contextual issues and qualitative research », In Raine R, Fitzpatrick R, Barratt H, et al.(dir.), *Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health*, Health Services and Delivery Research, No. 4.16, Southampton (UK): NIHR Journals Library doi: 10.3310/hsdr04160-105

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Rapport rédigé par Breton MC, Carpentier G, Gernigon G, Robitaille G, Saury S et Tessier A. Québec, Québec, 100 pages.

Jessop T et al. (2017). Halting Antipsychotic Use in Long-Term care (HALT): a single-arm longitudinal study aiming to reduce inappropriate antipsychotic use in long-term care residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*. 29(8):1391-1403. doi: 10.1017/S1041610217000084

Kitson A, Harvey G et McCormack B (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*. 7:149-158. doi: 10.1136/qshc.7.3.149.

Khalil H (2016). Knowledge translation and implementation science: what is the difference?. *Int J Evid Based Healthc*. Jun. 14(2):39-40. doi: 10.1097/XEB.0000000000000086.

Lacouture A, Breton E, Guichard A et Ridde V (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*. 10(153). doi: 10.1186/s13012-015-0345-7

Lane J, Michaud G et Lessard MH (2007). Chapitre 3. *Le cadre de référence « Transformation »* (67-90), In Michaud G, Lane J, Lessard MH et Brien A. *Revue de pratiques prometteuses de formation en entreprise*. Service de formation de la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), Montréal.

Lane J et Gagné S (2009). *Le cadre de référence « Transformation »*, version rehaussée. Service de formation de la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), Montréal.

Langford AV, Chen TF, Robert C et Schneider CR (2019). Measuring the impact of system level strategies on psychotropic medicine use in aged care facilities: A scoping review. *Res Social Adm Pharm*. Aug 20. pii: S1551-7411(19):30211-6. doi: 10.1016/j.sapharm.2019.08.035

Lauzier M, Annabi D, Mercier G et Des Rochers G (2016). « Mieux prédire le transfert des apprentissages. Mesurer ce qui compte vraiment » (341-372), In *Accroître le transfert des apprentissages: Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 382 pages.

Laver K, Cumming RG, Dyer SM, Agar MR, Anstey KJ, Beattie E et al. Clinical practice guidelines for dementia in Australia. *Med J Aust*. 2016;204(5):191-3. doi: 10.5694/mja15.01339

Lemire N, Souffez K et Laurendeau MC (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances, bilan des connaissances et outils d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec, 69 pages.

Miles MB et Huberman AM (2014). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications, 338 pages.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2018). *Bureau de l'innovation en santé et services sociaux*. [En ligne], consulté le 12 septembre 2019. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-741-01_guide.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence - Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Gouvernement du Québec. [En ligne], consulté le 12 septembre 2019. [cité 29 août 2017]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000869/>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2011). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec. [En ligne], consulté le 12 septembre 2019. [cité 29 août 2017]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001081/>

Ouellet S (2016). « Grandeur et misère du rôle du formateur dans le processus de transfert, le cas d'une formation à la découpe de viande », In *Accroître le transfert des apprentissages: Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 382 pages.

OPUS-AP (2019). Bilan de la Démarche OPUS-AP Phase I, présentée au MSSS et à la FCASS, 37 pages.

OPUS-AP (2020). Bilan de la Démarche OPUS-AP Phase II [En préparation].

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2012). Antipsychotiques et antidépresseurs (trazodone) conventionnels et atypiques destinés au traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence. [En ligne], consulté le 12 septembre 2019. [cité 30 août 2017].

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/q3/fr/

Patton M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3e éd., Thousand Oaks, California: Sage Publication, 832 pages.

Ramalho Marques JM et al. (2019). The relationship between organizational commitment, knowledge transfer and knowledge management maturity. *Business, Management and Education*. 17(2):248-268. doi.org/10.3846/bme.2019.11284

Reeve E, Bell JS, Hilmer SN. Barriers to optimising prescribing and deprescribing in older adults with dementia: a narrative review. *Curr Clin Pharmacol*. 2015;10(3):168–77. 101. Anderson K, Stowasser D,

Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD et al. (2016). The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients with Dementia. *Am J Psychiatry*. May. 173(5):543-6. doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.173501

Robert E, Ridde V, Rajan D et al. (2019). Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing: a protocol. *BMJ*. Jan. 9(1):e022345. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022345

Roussel JF (2016). « Le transfert éloigné des apprentissages : une perspective adaptative qui met en lumière le rôle primordial de l'apprenant » (41-64), In *Accroître le transfert des apprentissages: Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 382 pages.

Rogers, EM (1971). *Communication of Innovations: A Cross-Cultural Approach*. The Free Press : New York, 476 pages.

Santé Canada (2017). *Guide de planification de l'application des connaissances*. Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé : Ottawa, 44 pages.

Schoeb G, Courcy F et Lauzier M (2016). « *Soutien du supérieur immédiat comme levier au transfert des apprentissages*, In *Accroître le transfert des apprentissages: Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 382 pages.

Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC et al. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. Feb. 23(2):170-7. doi: 10.1002/gps.1858

Straus S, Tetroe J et Graham I (2013). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice, 2nd Edition*. BMJ Books, 424 Pages

Straus SE, Tetroe JM et Graham ID (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol*. 64(1):6-10. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.08.01

Szczepura A, Wild D, Khan AJ et al. (2016). Antipsychotic prescribing in care homes before and after launch of a national dementia strategy: An observational study in English institutions over a 4-year period. *BMJ*. 6(9). doi: 10.1136/bmjopen-2015-009882

Tannenbaum C et al. (2017). An Ecological Approach to Reducing Potentially Inappropriate Medication Use: Canadian Deprescribing Network. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 36(1): 97-107. doi: 10.1017/S0714980816000702

Tadrous M, Martins D, Herrmann N, Fernandes K, Yao Z, Singh S et al. (2015). Antipsychotics in the Elderly. Ontario Drug Policy Research Network, 54 pages.

Thiruvinalmalai, S et al. (2019). Deprescribing as a Clinical Improvement Focus. *Journal of the American Medical Directors Association*. 21(3):355-360. doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.031

Tija J, Field T, Mazor K et al. (2015). Dissemination of Evidence-Based Antipsychotic Prescribing Guidelines to Nursing Homes: A Cluster Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 63(7):1289-1298. doi:10.1111/jgs.13488

Tremblay D et al. (2019). Collaborative governance in the Quebec Cancer Network: a realist evaluation of emerging mechanisms of institutionalization, multi-level governance, and value creation using a longitudinal multiple case study design. *BMC Health Services Research*. 19(752):752. doi: 10.1186/s12913-019-4586-z

Turner JP, Edwards S, Stanners M, Shakib S et Bell JS (2016). What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals. *BMJ*. 6(3):e009781. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009781

Turner K, Trogdon JG, Weinberger M. et al (2018). Testing the organizational theory of innovation implementation effectiveness in a community pharmacy medication management program: a hurdle regression analysis. *Implementation Science*. 13(105). doi.org/10.1186/s13012-018-0799-5

Trudel JF et Doyon H (2011). *Étude sur l'utilisation des médicaments psychotropes en soins de longue durée*. Comité d'Évaluation de l'Acte Médical, Dentaire et pharmaceutique du CSSS-IUGS.

Weiner BJ (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*. 4(67). doi.org/10.1186/1748-5908-4-67

Zwijssen SA, Kabboord A, Eefsting JA, Hertogh CPM, Pot AM, Gerritsen DL et al. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. Apr. 29(4):384-91. doi: 10.1002/gps.4014





Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

