



UNIVERSITÉ
LAVAL

Université
de Montréal



McGill

CRIR
Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal métropolitain



CIRRIS
Centre interdisciplinaire de recherche
en réadaptation et intégration sociale

ÉVALUATION DE LA PÉRENNISATION DE PRATIQUES CLINIQUES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES – PHASE 1

RAPPORT FINAL

Présenté au Comité directeur de la recherche en traumatologie
et au Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie

Marie-Eve Lamontagne, Ph. D., Université Laval, CIRRIS
André Bussièrès, Ph. D., Université McGill, UQTR, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Dahlia Kairy, Ph. D., Université de Montréal, CRIR
Sara Ahmed, Ph. D., Université McGill
Diana Zidarov, Ph. D., Université de Montréal, CRIR
Frédéric Messier (étudiant M.Sc.), Université Laval, CIRRIS
Serge Djossa, Ph. D, Université Laval, CIRRIS

2 octobre 2017

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ VULGARISÉ	I
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE	3
3 RÉSULTATS	5
3.1 PRATIQUE 1.1 : DÉVELOPPEMENT ET IMPLANTATION D'UN PROTOCOLE CLINIQUE POUR LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE LA DYSPHAGIE OROPHARYNGÉE CHEZ LES TRAUMATISÉS CRANIOCÉRÉBRAUX ET LES BLESSÉS MÉDULLAIRES	5
3.1.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées	5
3.1.2 Niveau de pérennisation	6
3.1.3 Facilitateurs et barrières rencontrées	7
3.1.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation	8
3.2 PRATIQUE 1.2 CRDP LE BOUCLIER : IMPLANTATION D'UNE MESURE D'ÉVOLUTION FONCTIONNELLE (LE MPAI-4) AU CRDP LE BOUCLIER	8
3.2.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées	9
3.2.2 Niveau de pérennisation	10
3.2.3 Facilitateurs et barrières rencontrées (Le Bouclier Laurentides)	10
3.2.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation	11
3.3 PRATIQUE 1.3. SYSTÉMATISER ET HARMONISER LES PRATIQUES ÉVALUATIVES DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES AYANT UNE LÉSION MÉDULLAIRE TRAUMATIQUE ET NON TRAUMATIQUE : IMPLANTATION D'UN NOUVEL OUTIL D'ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE	12
3.3.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées	12
3.3.2 Niveau de pérennisation	14
3.3.3 Facilitateurs et barrières rencontrées	14
3.3.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation	15
3.4 PRATIQUE 1.4 DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU RISQUE DE DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ADULTE ADMISE EN RÉADAPTATION À LA SUITE D'UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL	16
3.4.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées	16
3.4.2 Niveau de pérennisation	17
3.4.3 Facilitateurs et barrières rencontrées	17
3.4.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation	18
4 ANALYSE DES RÉSULTATS	19
5 FORCES ET LIMITES DU PROJET	22
6 BILAN DES DÉPENSES PAR RAPPORT AU BUDGET INITIAL	23
7 RAYONNEMENT	24
8 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	25
9 FORMULAIRE DES SIGNATURES	26

Résumé vulgarisé

Le Comité directeur de la recherche en traumatologie, dans le cadre de son Plan directeur en transfert de connaissances, a financé en 2013 et en 2015 deux phases d'implantation de pratiques fondées sur des données probantes (PFDP). Le présent rapport concerne la pérennisation des pratiques de la Phase I, soit 1 : Développement et implantation d'un protocole clinique pour le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les traumatisés crâniens-cérébraux et les blessés médullaires; 2 : Implantation d'une mesure d'évolution fonctionnelle (le MPAI-4) au CRDP Le Bouclier; 3 : Systématiser et harmoniser les pratiques évaluatives de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire traumatique et non traumatique : implantation d'un nouvel outil d'évaluation interdisciplinaire et 4 : Dépistage systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un traumatisme craniocérébral. Pour chacun de ces projets, quatre objectifs étaient visés soit :

1. Décrire les processus de pérennisation projetés et réalisés pour chaque site et analyser les différences entre ce qui était projeté et ce qui s'est réalisé;
2. Mesurer le niveau de pérennisation de la pratique pour chaque site, et la comparer avec le niveau d'implantation à la fin du projet d'implantation (Phase I);
3. Identifier les facteurs (facilitant/limitant) rencontrés lors du processus de pérennisation dans chaque site;
4. Intégrer, dans une analyse de triangulation, les résultats issus de la description des processus de pérennisation, des facteurs (facilitateurs et obstacles) à la pérennisation des PBDP et le niveau de pérennisation observé.

Un devis méthodologique mixte a été utilisé. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec les coordonnateurs des projets de la Phase I et les gestionnaires impliqués afin de décrire les processus de pérennisation réellement mis en œuvre dans le cadre de chacune des quatre PFDP (objectif 1). Les indicateurs utilisés lors de la Phase I ont servi à mesurer le niveau de pérennisation des PBDP deux ans après l'implantation finale de celles-ci (objectif 2). Des focus groups avec les intervenants et des entrevues individuelles avec les gestionnaires et les coordonnateurs ont été réalisés afin d'identifier les facteurs ayant contribué au degré de pérennisation des pratiques observé dans chaque site (objectif 3).

Les résultats démontrent que le monitoring de la pratique et/ou les audits de dossiers ont été identifiés par tous les sites comme des stratégies de pérennisation à mettre de l'avant, et ont été effectivement mis de l'avant avec des degrés de formalisation plus ou moins grand. Une seconde stratégie envisagée par trois programmes sur trois concerne la généralisation de la pratique à d'autres contextes ou clientèle, ou *scaling-up*. Seul un milieu, l'HSCM, semble avoir réussi un tel défi en généralisant la pratique à des clientèles potentielles par des cliniciens déjà formés et possédant une certaine expérience dans la réalisation de la PBDP. Enfin, il est intéressant de noter que les stratégies de pérennisation impliquant des activités supplémentaires (réunions, créations d'outils de suivi ou d'outils cliniques supplémentaires) n'ont pas été mises de l'avant, alors que les stratégies impliquant l'institutionnalisation, ou l'intégration de la pratique basée sur des données probantes au sein des routines organisationnelles existantes ont été implantées. Tous les milieux cliniques pour lesquels les données étaient disponibles ont pu maintenir un taux d'implantation similaire ou même supérieur à ce qui avait été observé en 2014, et ce, malgré des contextes difficiles et des stratégies de pérennisation actualisées à un niveau inférieur à ce qui avait été annoncé. Le contexte de changement important du réseau de la santé, entraînant pour deux sites sur quatre des bouleversements importants au niveau même de l'organisation des programmes, a été identifié à l'unanimité comme un défi

limitant la pérennisation des pratiques. Au niveau du contexte social plus large, la culture sociale générale en faveur de l'utilisation des PBDP a également été citée dans deux projets comme un facilitateur à la pérennisation des pratiques. Finalement, les caractéristiques de l'intervention et du processus d'implantation demeurent les plus souvent citées en termes de déterminant de la pérennisation. Ainsi, les intervenants qui œuvraient à l'implantation de PBDP qui répondait clairement à un besoin clinique fortement ressenti par les intervenants ont rapporté cet élément comme un facilitateur important à sa pérennisation, tandis que les milieux pour lesquels la pertinence de l'intervention était discutée ont eu plus de difficulté à maintenir l'énergie et l'investissement des cliniciens, notamment dans un contexte de grande demande de services. Également, les interventions plus ciblées et moins complexes, impliquant un nombre moins grand d'acteurs ou d'établissements, ont été moins sujettes aux influences des changements organisationnels et systémiques.

1 Introduction

Le Comité directeur de la recherche en traumatologie, dans le cadre de son Plan directeur en transfert de connaissances, a financé en 2013 et en 2015 deux phases d'implantation de pratiques fondées sur des données probantes (FDP). En partenariat avec le Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie, un financement a également été donné à deux projets de recherche visant à dégager des apprentissages utiles pour les établissements de traumatologie du Québec. L'étude de la Phase I (2013-2015) visait à évaluer l'efficacité des stratégies de transfert de connaissances (TC) dans quatre sites. L'étude de la Phase II (2015-2017) vise à évaluer les effets de quatre nouvelles pratiques (pratiques 5-8) sur les organisations, les cliniciens et les usagers, de même qu'à documenter la pérennisation des pratiques 1-4 de la Phase I. Le présent rapport concerne la pérennisation des pratiques 1-4.

La pérennisation est définie comme la continuité de l'utilisation d'un programme (ou d'une intervention) et de ses activités, dans le but de donner un caractère durable aux changements accomplis et aux résultats atteints dans la population (traduction libre)(1). Depuis plusieurs années, les évidences s'accumulent quant à la complexité(2) et au potentiel élevé d'échec(3) des activités d'implantation des pratiques fondées sur les données probantes (PFDP). De fait, certains auteurs avancent que jusqu'à 60 % des changements de pratique initiés échouent(3). Le processus de pérennisation est souvent dissocié du processus d'implantation en raison des délais restreints de la recherche (mécanisme de subvention) et des contraintes budgétaires et politiques observées lors de la pérennisation(4). Malgré la croissance depuis quelques années de la recherche dans ce domaine, les connaissances actuelles ne permettent pas de statuer clairement sur les stratégies de pérennisation à utiliser. En 2012, une revue systématique ayant pour thème l'analyse de la pérennisation d'interventions dans le domaine de la santé(5) a mis en évidence la faible qualité des études évaluées, souvent rétrospectives et de faible qualité. Peu d'études ont utilisé des méthodes rigoureuses d'évaluation (c'est-à-dire une évaluation objective, évaluation de la fidélité ou de la qualité, étude mixte, etc.), ne permettant pas de conclure quant aux facilitateurs, aux contraintes et aux facteurs de la pérennisation des interventions. Sans des processus de pérennisation efficaces, les effets de l'implantation de nouvelles interventions seront de courte durée et les retombées pour le système de santé sont limitées (6). La compréhension des processus de pérennisation afin de favoriser la poursuite des interventions à un niveau suffisant pour obtenir un effet sur l'état de santé est au moins aussi importante que de comprendre comment procéder à l'implantation des interventions(7). Une meilleure connaissance des facteurs de la pérennisation des interventions en réadaptation pourrait avoir un impact sur la qualité des soins et des services.

Entre septembre 2013 et janvier 2015, quatre pratiques fondées sur les données probantes (PBDP) (pratiques 1.1 – 1.4) ont été implantées avec succès dans des milieux québécois de traumatologie dans le cadre de la Phase I du Plan en transfert de connaissance du Comité directeur de la recherche en traumatologie.

Pratique 1.1 (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal) – Développement et implantation d'un protocole clinique pour le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les traumatisés crânien-cérébraux et les blessés médullaires

Pratique 1.2 (Centre de réadaptation en déficience physique – Le Bouclier) – Implantation d'une mesure d'évolution fonctionnelle (le MPAI-4) au CRDP Le Bouclier

Pratique 1.3 (Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Hôpital Juif de réadaptation) – Systématiser et harmoniser les pratiques évaluatives de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire traumatique et non traumatique : implantation d'un nouvel outil d'évaluation interdisciplinaire

Pratique 1.4 (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec) – Dépistage systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un traumatisme craniocérébral

Cette étude a comme but d'explorer la pérennisation de quatre PBDP – Phase 1 (2013-2015), dans des milieux québécois de traumatologie. Le projet de recherche est financé par Comité directeur de la recherche en traumatologie et le Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie.

Le projet visait quatre objectifs :

1. Décrire les processus de pérennisation projetés et réalisés pour chaque site et analyser les différences entre ce qui était projeté et ce qui s'est réalisé;
2. Mesurer le niveau de pérennisation de la pratique pour chaque site, et la comparer avec le niveau d'implantation à la fin du projet d'implantation (Phase I);
3. Identifier les facteurs (facilitant/limitant) rencontrés lors du processus de pérennisation dans chaque site;
4. Intégrer, dans une analyse de triangulation, les résultats issus la description des processus de pérennisation, des facteurs (facilitateurs et obstacles) à la pérennisation des PBDP et le niveau de pérennisation observé.

2 Méthodologie

Le modèle conceptuel qui a servi à structurer l'étude est celui de Shediak-Rizkallah et Bone [9]. Ce modèle stipule que les éléments qui influencent la pérennisation des programmes et/ou interventions peuvent être regroupés en trois catégories de facteurs, soit 1) la conception du projet et les stratégies d'implantation (processus de pérennisation); 2) l'environnement externe et interne et 3) le contexte organisationnel (facteurs de pérennisation).

L'utilisation de ce modèle a permis de faire le lien entre les différents éléments et de réaliser et l'analyse des informations collectées

Un devis méthodologique mixte a été utilisé. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec les coordonnateurs des projets de la Phase I et les gestionnaires impliqués afin de décrire les processus de pérennisation réellement mis en œuvre dans le cadre de chacune des quatre PFDP (objectif 1). Ces entrevues ont été enregistrées, retranscrites mot à mot puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide du logiciel Nvivo.

Les indicateurs utilisés lors de la Phase I ont servi à mesurer le niveau de pérennisation des PBDP deux ans après l'implantation finale de celles-ci (objectif 2). Ces indicateurs sont les suivants :

Pratique 1.1 (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal) : % d'utilisateurs ayant une blessure médullaire ou traumatisme crânio-cérébral ayant bénéficié du dépistage de la dysphagie oropharyngée.

Pratique 1.2 (Centre de réadaptation en déficience physique – Le Bouclier) : % d'utilisateurs ayant un traumatisme crânio-cérébral évalué à deux reprises avec le MPAL.

Pratique 1.3 (Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Hôpital Juif de réadaptation) : % d'utilisateurs ayant une blessure médullaire évalué avec le nouveau protocole de douleur à deux reprises

Pratique 1.4 (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec) : % d'utilisateurs ayant un traumatisme crânio-cérébral admis en réadaptation évalué pour le risque de dénutrition; % des utilisateurs à risque référés en nutrition

Les données ont été collectées sur la période de janvier-février 2017 par les coordonnateurs de projet puis acheminées à l'équipe de recherche. Ces données ont été comparées aux indicateurs collectés en 2015 afin de tirer des conclusions quant au degré de pérennisation des pratiques. Pour ce faire, une analyse descriptive (n; %) pour décrire les différences observées, a été réalisée.

Des focus groups avec les intervenants et des entrevues individuelles avec les gestionnaires et les coordonnateurs ont été réalisés afin d'identifier les facteurs ayant contribué au degré de pérennisation des pratiques observé dans chaque site (objectif 3).

Le schéma d'entrevue est basé sur le modèle conceptuel Shediak-Rizkallah et Bone afin de permettre une analyse exhaustive des facteurs rencontrés et des principaux changements : Perception de l'efficacité, durée,

financement, type de projet, formation continue, établissement, intégration dans le programme actuel, présence de champion, environnement politique et socioéconomique). Les focus groups ainsi que les entrevues ont été enregistrés et transcrits mot à mot. Une analyse qualitative mixte (de contenu et basé sur le cadre conceptuel) avec double codification pour 10 % des données.

3 Résultats

3.1 *Pratique 1.1 : Développement et implantation d'un protocole clinique pour le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les traumatisés craniocérébraux et les blessés médullaires*

3.1.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées

Encadré 1. Stratégies de pérennisation prévues par l'HSCM dans le rapport final (2014)

Afin de s'assurer de l'application continue du dépistage précoce de la dysphagie et de répondre aux questions du personnel en temps opportun, des **audits de pratique** seront effectués tous les mercredis à compter de janvier 2015. Ces audits seront réalisés par l'infirmière à la gestion de l'épisode de soins pour la clientèle blessée médullaire, par la conseillère clinique en traumatologie et par le conseiller en soins infirmiers pour la clientèle TCC, sur les unités des soins intensifs et de soins intensifs-intermédiaires, de même que par la conseillère clinique en neurosciences pour l'unité de soins de neurochirurgie. La grille utilisée pour la collecte de données dans le cadre du projet d'implantation de la nouvelle pratique sera utilisée pour réaliser les audits. Les assistantes infirmières-chefs seront aussi mises à contribution en identifiant les usagers présentant les critères requis au dépistage et en rappelant aux infirmières d'effectuer le dépistage.

Une **mise en commun mensuelle** des résultats obtenus lors de la collecte sera effectuée et les résultats seront communiqués aux équipes **sous forme de tableaux**. Les résultats seront aussi **partagés avec les membres du comité local de traumatologie** dans la rubrique – Qualité des soins – lors de chacune des rencontres. Nous prévoyons effectuer des **audits hebdomadaires pour une période de trois mois, puis un suivi mensuel sera par la suite réalisé. Cependant, la fréquence des audits et leur durée dans le temps pourront être révisées selon les résultats** obtenus.

Parallèlement, le fait d'**élargir l'utilisation de l'outil de dépistage précoce de la dysphagie auprès d'autres clientèles** facilitera la pérennité de la pratique implantée. De fait, l'utilisation de l'outil auprès de davantage d'usagers permettra de **standardiser la pratique reliée au dépistage précoce de la dysphagie dans l'établissement** et par conséquent, son intégration dans la pratique quotidienne des intervenants impliqués.

De plus, la **formation** sur le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez les usagers présentant un TCC modéré à sévère et les blessés médullaires avec atteinte cervicale a été introduite officiellement dans la grille horaire du programme de résidence pour les infirmières intégrant les soins critiques dans l'établissement. La cohorte d'infirmières et de CEPI qui commencera le programme de résidence en janvier 2015 aura donc la formation, et il en sera ainsi dans l'avenir pour toutes les nouvelles infirmières de soins critiques.

1- Audits de pratique : Les audits de pratique ont été réalisés de façon hebdomadaire jusqu'en novembre 2016, puis poursuivis de façon mensuelle – les résultats ont servi pour des rétroactions individuelles plutôt qu'être compilés sous forme de tableaux et diffusés pour effectuer de la rétroaction tel que prévu. Ils ont également été élargis à l'ensemble de la clientèle des unités, donc non limités à la clientèle blessée médullaire ou traumatisée craniocérébrale.

Évaluation : Partiellement réalisé.

2- Généralisation de l'utilisation de l'outil : La pratique a été standardisée et intégrée dans d'autres services (aux urgences par exemple) à la hauteur des capacités et ressources de l'établissement. L'adoption dans

d'autres contextes a présenté certains défis, notamment en raison du niveau moindre de support disponible et de l'adaptation nécessaire de la pratique à de nouvelles clientèles et contextes.

Évaluation : Réalisé.

3- Formation : La formation a été intégrée dans les journées d'orientation des nouveaux et des étudiants de l'unité; il n'y a pas eu de formation généralisée destinée à l'ensemble des intervenants des unités concernées.

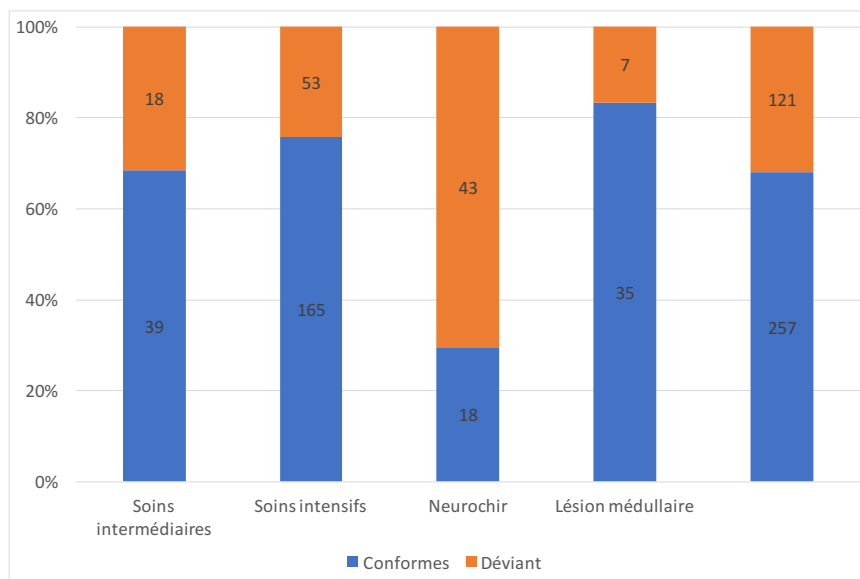
Évaluation : Réalisé.

La totalité des trois stratégies de pérennisation planifiées a donc été implantée partiellement ou complètement.

3.1.2 Niveau de pérennisation

Les audits de dossiers ont été initiés dès la fin du projet d'implantation et se sont poursuivis selon une fréquence variable jusqu'à l'automne 2016. Les résultats sont présentés à la Figure 1. Ils concernent l'ensemble de la clientèle des unités, et non seulement les personnes blessées médullaires ou traumatisées craniocérébrales. La comparaison entre les données de 2014 et 2017 doit donc être faite avec prudence.

Figure 1. Taux de pérennisation de la pratique d'évaluation de la dysphagie, selon les unités et au total.



De façon générale, 68 % des usagers admissibles pour l'évaluation de la dysphagie auraient été effectivement évalués, ce qui est inférieur au 80 % rapporté dans le rapport final du projet d'implantation. Ces taux varient en fonction des unités examinées, allant jusqu'à 83,3 % d'implantation; une seule unité présente un taux d'implantation (29,5 %) qui semble problématique, lequel reflète une situation de manque de personnel dans l'unité (situation temporaire) qui a également causé l'arrêt de la réalisation des audits. Il est donc impossible de vérifier si la situation s'est améliorée par la suite.

Il convient toutefois de rappeler que ce niveau d'implantation (68 %) est par ailleurs excellent considérant l'élargissement de la pratique à d'autres clientèles (par exemple, aux personnes âgées), et que si des données ont été recueillies pour 41 usagers lors du projet initial d'implantation, les audits ont été ici réalisés pour 694 usagers, dont 378 étaient admissibles à la pratique et 257 ont effectivement reçu le dépistage. Un nombre d'usagers représentant près de 10 fois le volume de patients impliqués dans le projet initial d'implantation a donc bénéficié de la pratique depuis la fin du projet actif d'implantation.

3.1.3 Facilitateurs et barrières rencontrés

Facilitateurs à la pérennisation de la pratique

Facilitateurs liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- Les intervenants voient dans la réalisation du dépistage un certain pouvoir, celui d'aider les patients, d'écourter leur temps d'attente; l'avantage perçu est parfois important pour les professionnels, par exemple pour les infirmières;
- Les intervenants savent que la pratique est bénéfique pour les patients (avantage perçu);
- La pratique est simple et rapide, et le protocole clair et facile;

Facilitateurs liés à l'organisation (*organizational setting*)

- Tout le matériel est toujours disponible sur les unités (maintien de la structure physique organisationnelle)
- Considérant le faible coût de l'intervention et le matériel créé pendant le projet d'implantation, les ressources financières de l'établissement sont suffisantes pour accompagner l'élargissement à d'autres services. Les personnes ressources (celles qui étaient à l'implantation) sont toujours présentes dans l'établissement et disponibles pour répondre à des questions ou pour réfléchir à la généralisation au besoin;
- Plusieurs acteurs clés ont cru au projet et s'y sont engagés. Ils ont mis en place un bon leadership (Conseillères en soins, assistantes infirmières-chefs, directrices des soins infirmiers, médecins, etc.) qui s'est maintenu dans le temps;
- Les intervenants ne se voient pas arrêter la pratique pour le moment (pertinence encore perçue), sauf si de nouvelles évidences scientifiques en démontrent le changement.

Facilitateurs liés au contexte élargi (*broader context environment*)

- Certains intervenants tirent une certaine fierté à être reconnu au niveau provincial pour l'implantation de cette pratique dans leur milieu. Ce sentiment incite au maintien de la pratique.

Obstacles à la pérennisation de la pratique

Obstacles liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- Certains médecins/résidents n'étant pas formés/informés du protocole de cette nouvelle pratique, ou encore simplement ne prescrivent volontairement pas le dépistage. Il faut maintenir une certaine pression organisationnelle pour que se maintienne l'implantation de la pratique;

Obstacles liés à l'organisation (*organizational setting*)

- L'élargissement à d'autres services et à d'autres clientèles met en présence de nouveaux groupes d'acteurs, ce qui augmente le niveau de complexité sans que le support disponible pour la mise en place initiale de la pratique ne soit disponible;
- La demande de soutien pour les personnes ressources en début de projet est devenue trop grande après l'élargissement à d'autres services;
- Le manque de ressources humaines adéquates (nutritionniste par exemple) dans les nouvelles unités de soins impliquées après l'élargissement de la pratique limite parfois l'application fidèle de la pratique.

Obstacles liés au contexte élargi (*broader context environment*)

- La réorganisation du système de santé a entraîné des changements du contexte organisationnel et des modifications dans les équipes, des affectations de ressources humaines et une désorganisation du leadership en place au début du projet.

3.1.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation

En premier lieu, il faut noter que la majorité (2/3) des stratégies de pérennisation prévues dans le rapport final de l'HSCM ont été implantées tel que prévu, et qu'une dernière stratégie (les audits de dossiers et leur diffusion aux équipes cliniques) a été partiellement mise de l'avant. L'actualisation presque intégrale des activités de pérennisation prévues semble avoir eu un effet paradoxal sur les niveaux de pérennisation de la pratique. D'une part, il semble avoir soutenu le maintien de la pratique à un niveau similaire, quoiqu'un peu plus bas que ce qui était mesuré à la fin du projet d'implantation. D'autre part, l'élargissement de la pratique à d'autres clientèles et à d'autres départements semble avoir causé certains défis aux intervenants, ce qui peut expliquer le taux d'implantation légèrement plus bas observé dans les audits de dossiers dans trois départements sur quatre. Ainsi, s'il facilite d'une part le raisonnement clinique et l'institutionnalisation de la pratique, le dépistage systématique de la dysphagie pour toutes les clientèles, en raison de sa moins grande spécificité, pourrait présenter des niveaux d'implantation plus bas.

Par ailleurs, le faible niveau de complexité de la pratique et son avantage perçu par une grande majorité d'intervenants semblent avoir facilité son maintien et sa généralisation à d'autres unités de l'établissement et sa pérennisation dans un contexte difficile de changement dans le réseau de la santé.

3.2 Pratique 1.2 CRDP Le Bouclier : Implantation d'une mesure d'évolution fonctionnelle (le MPAI-4) au CRDP Le Bouclier

Il convient de souligner que suite à l'implantation des CIUSSS, les quatre points de services impliqués dans le projet d'implantation initial du MPAI ont été cooptés par deux organisations (CIUSSS/CISSS) différentes. La pérennisation de la pratique s'est donc effectuée de façon variable selon les points de services concernés.

3.2.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées

Encadré 2. Stratégies de pérennisation prévues par le Bouclier dans le rapport final (2014)

Le CRDP Le Bouclier préconise et soutien la poursuite de l'utilisation du MPAI-4 pour la clientèle TCC modéré et grave. Dans le contexte de la transformation du réseau, l'orientation retenue est d'**harmoniser l'intégration de l'outil dans les pratiques cliniques des équipes par région**. De plus, la possibilité d'**élargir l'utilisation de cet outil à toute la clientèle TCC** pour toutes les sévérités et tous les âges sera explorée.

Une **rencontre post projet est prévue en début d'année 2015** avec les chefs de programmes de chacune des équipes et les directions concernées pour mettre en œuvre la suite. Il est également prévu de **maintenir certaines structures afin d'assurer le suivi**. De plus, il est prévu de compiler et de diffuser les résultats des évaluations aux équipes concernées.

1- Harmoniser l'intégration de l'outil dans les pratiques : l'harmonisation de l'intégration de l'outil dans les pratiques n'a pas eu lieu de la façon prévue. Dans les sites des Laurentides, l'utilisation de l'outil a été abolie sur l'un des sites où il y avait très peu d'individus concernés (un ou deux par années). Sur l'autre site où la volumétrie était plus importante, il y a eu adaptation au contexte interne de l'équipe puisque seulement une échelle de l'outil a été jugée plus pertinente et adoptée, soit l'échelle de la participation sociale.

Évaluation : Partiellement réalisé.

2- Élargir l'utilisation de l'outil : l'utilisation de l'outil a été élargie à la clientèle ayant un TCC léger, mais avec une modification, soit de faire remplir les formulaires les usagers eux-mêmes. La validité de cette façon de remplir l'instrument de mesure n'a pas été investiguée. La généralisation à cette autre clientèle s'est faite de façon davantage informelle, aucune activité structurée d'implantation n'ayant été mise de l'avant. Les acteurs interrogés ne peuvent se prononcer sur le maintien de cette pratique pour la clientèle ayant un TCC léger.

Évaluation : Partiellement réalisé.

3- Rencontre post projet en début 2015 : Il y a vraisemblablement eu des retours formels sur le projet d'implantation dans le cadre par exemple de rencontres de programme, mais aucune rencontre formelle dédiée à la mise en œuvre d'action ultérieure n'a été rapportée.

Évaluation : Non réalisé.

4- Maintenir certaines structures afin d'assurer le suivi : une coordonnatrice a été mandatée pour assurer un suivi sur le maintien de l'implantation du MPAI, mais aucune stratégie formalisée n'a été rapportée par les participants. Les tableaux de suivi sont encore compilés pour les points de service de Lanaudière.

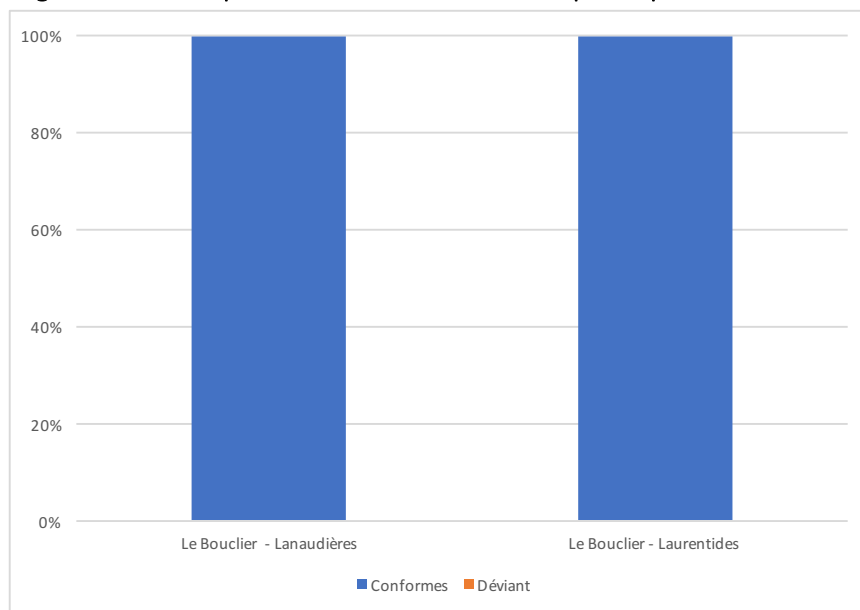
Évaluation : Partiellement réalisé

Au total, trois des quatre stratégies de pérennisation proposées ont été partiellement/informellement réalisées, tandis qu'une dernière n'a pas été actualisée.

3.2.2 Niveau de pérennisation

Dans le cadre du projet d'évaluation, 41 évaluations avaient été réalisées, soit 28 au PII initial et 13 au PII. En tout, cinq patients (12,2 %) avaient été évalués aux deux moments (PII initial et final) tandis que les autres l'ont été au PII initial ou au PII final. Les données collectées entre janvier et avril 2017 et illustrées à la Figure 2 démontrent, au Bouclier- Lanaudière, que huit usagers ont été suivis au programme, et que ces huit individus (100 %) ont été évalués au début et à la fin de l'intervention en utilisant cependant seulement l'échelle de participation sociale. Dans les Laurentides, pour la même période, 10 clients ont intégré le programme, 7 MPAI ont été complétés, 3 n'ont pas été complétés exclusivement en raison du fait que seule une intervention disciplinaire a été effectuée. 5 clients ont quitté le programme. Tous (100 %) se sont vus administrer un MPAI. Si les deux établissements sont considérés de façon commune, il est possible d'affirmer que le taux d'implantation est passé de 12 à 100 %.

Figure 2. Taux de pérennisation de l'évaluation pré et post avec le MPAI.



3.2.3 Facilitateurs et barrières rencontrées (Le Bouclier Laurentides)

En raison des changements organisationnels initiés et de la difficulté à localiser les partenaires à interpeller dans un contexte de réorganisation des services, seuls les intervenants de l'équipe du Bouclier Laurentides ont été en mesure de participer à cette collecte de données.

Facilitateurs à la pérennisation de la pratique

Facilitateurs liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- La volonté et l'engagement des acteurs, qui tiennent à offrir la meilleure qualité de service à leur clientèle malgré des contextes parfois contraignants
- L'équipe est relativement stable : il n'y a pas eu de besoin significatif en formation sur le MPAI au fil du temps

- La diffusion de résultats présentant une amélioration significative de la participation sociale après une 1^{re} analyse des données compilées a rendu le contexte plus positif pour les participants
- L'adoption d'une version courte de l'outil (la section sur la participation sociale) a réduit le temps requis pour l'utiliser

Facilitateurs liés à l'organisation (*organizational setting*)

- La coordonnatrice a agi comme championne dans la pérennisation de la pratique, veillant à ce que l'outil soit utilisé et effectuant du renforcement auprès des cliniciens impliqués
- Le bon climat de travail présent au sein de l'équipe clinique et sa capacité à faire consensus rapidement quant au maintien de la pratique
- La chef de programme a valorisé et soutenu le maintien de la pratique dans son équipe
- La direction de l'établissement a clairement signifié ses attentes quant au maintien et à la pérennisation de l'utilisation du MPAI dans les programmes

Facilitateurs liés au contexte élargi (*broader context environment*)

- L'importance de pratiques basées sur des évidences scientifiques prônée notamment par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux stimule les intervenants à poursuivre cette pratique.

Obstacles à la pérennisation de la pratique

Obstacles liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- Les cliniciens en présence perçoivent très peu de valeur ajoutée et d'utilité clinique pour le MPAI, notamment en raison du fait qu'ils sont pour la plupart très expérimentés (10 ans et plus d'expérience) auprès de la clientèle TCC. Ils ne le trouvent pas très sensible au changement (à l'exception du volet participation sociale) et ils n'en voient pas la valeur ajoutée. Il leur est ainsi parfois difficile de consentir du temps d'intervention pour remplir cet outil alors que ses résultats contribuent peu à la réflexion disciplinaire.

Obstacles liés à l'organisation (*organizational setting*)

- Manque de temps et ressources à l'interne pour traiter et analyser les données au niveau du programme, qui perdent alors de leur sens pour les cliniciens
- Changement de la personne en charge du projet suite à une réorganisation (interne ou plus large au niveau du système de santé), de ce fait, les stratégies de pérennisation n'ont pas été mises de l'avant

3.2.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation

De façon générale, les bouleversements récents du réseau de la santé et des services sociaux ont représenté un obstacle important à la mise en place des stratégies de pérennisation au centre de réadaptation Le Bouclier. Notamment, le départ pour d'autres fonctions de la personne qui était responsable de coordonner les activités d'implantation et la scission entre deux établissements différents semblent avoir créé des bris de continuité tant au niveau de l'expertise sur l'implantation du MPAI qu'au niveau des stratégies de pérennisation à actualiser.

Malgré l'actualisation informelle et partielle des stratégies de pérennisation initialement proposées, la pratique, adaptée pour certains, semble s'être maintenue à un niveau exemplaire dans trois des quatre points de services initialement impliqués. Ce maintien semble dû en grande partie à l'implication et à la volonté des cliniciens, coordonnateurs et gestionnaires impliqués ainsi qu'à des orientations fermes de la direction de l'établissement quant au maintien de l'utilisation du MPAI dans les programmes.

3.3 Pratique 1.3. Systématiser et harmoniser les pratiques évaluatives de la douleur chez les personnes ayant une lésion médullaire traumatique et non traumatique : implantation d'un nouvel outil d'évaluation interdisciplinaire

Ce projet, comme les autres, a ressenti les impacts de la reconfiguration du réseau. Les programmes de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal et du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau seront sous peu fusionnés, ce qui a créé des changements majeurs au niveau du personnel notamment le changement de poste pour tous les physiothérapeutes en poste dans ce milieu. Ces changements ont influencé la réalisation de l'étude, puisque la grande majorité des acteurs en présence au moment de l'implantation n'étaient plus présents au moment de l'évaluation de la pérennisation.

3.3.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées

Encadré 3. Stratégies de pérennisation prévues par le Bouclier dans le rapport final (2014)

Afin d'assurer la pérennité de l'évaluation de la douleur dans les trois établissements, l'équipe de direction et les équipes de site ont été soucieuses d'**arrimer autant que possible la nouvelle pratique à leur structure tout au long du projet**. De plus, d'autres moyens ont été envisagés pour assurer pérennité de la pratique notamment en ayant recours à du **coaching** pour assurer la formation des nouveaux intervenants et l'utilisation de l'outil à long terme, en établissant un **protocole de pratique (guideline)**, en organisant une **rencontre inter-établissement** pour examiner la fluidité de l'outil d'un établissement à l'autre, en mettant en place un mécanisme **commun de suivi (compilation de données)**. De plus, il avait été prévu initialement qu'au terme de la première phase de l'implantation, un **répondant par site soit nommé par le chef de programme pour suivre la nouvelle pratique et en assurer la pérennité**. Il devait notamment être responsable de vérifier la complétion des formulaires en procédant à des **audits annuels**. Les détails concernant cette phase de pérennité seront précisés ultérieurement par les équipes de direction et de coordination. La prochaine section précisera les mécanismes spécifiques à chaque site.

À l'IRGLM, certains aspects de la pratique sont en cours de révision tels que recommandés pour l'implantation finale (cycle « PDSA :Plan Do Study Act » du NIRN). Par exemple, nous revoyons l'attribution de la responsabilité de remplir chacune des sections pour faciliter la complétion, le meilleur format de l'évaluation pour éviter tout dédoublement dans les dossiers, l'arrimage du projet SCI KMN à ce projet puisque nous aurons à ajouter une pratique sur la douleur, et l'ajout d'éléments diagnostiques pour les médecins pour bonifier leur section. De plus, pour assurer la pérennité de la pratique, nous avons apporté une **modification à la structure des réunions de suivi hebdomadaire** de façon à ce que la douleur soit discutée régulièrement pour chacune des personnes admises. Ainsi les résultats de l'évaluation initiale faite par les différents cliniciens pourront être discutés tout au long du séjour. Cette structure sert également de rappel pour s'assurer que l'évaluation a été complétée. De plus, les programmes lésion médullaire de l'IRGLM et du CRLB font partie du registre des personnes blessées médullaires Rick Hansen. **L'évaluation de la douleur se doit d'être complétée au congé de ces institutions à l'aide du même outil pour toutes les personnes ayant donné leur consentement au registre**. Bien que les données de l'évaluation initiale ne soient pas colligées, il demeure que le coordonnateur de ce projet est en mesure d'estimer si la pratique demeure en place au fil du temps et d'en informer l'équipe de direction en conséquence.

Au CRLB, la **coordonnatrice assure présentement le suivi de l'implantation de cette pratique**. Il est prévu qu'à la fin de la présente initiative, un **porteur de dossier sera nommé en physiothérapie**.

À l'HJR, la **coordonnatrice clinique de l'équipe LM aura la responsabilité de s'assurer que l'outil soit complété pour toute nouvelle admission, et ce, avant le plan d'intervention individualité (PII) et au congé**. La coordonnatrice, assurant également l'animation des PII, pourra vérifier si l'outil a été complété et **assurer par le fait même un suivi longitudinal sur sa complétion**. Elle aura également la responsabilité de s'assurer que tous les nouveaux intervenants qui intègrent le programme **soient au courant de la présence de l'outil et de son utilisation**. Il a finalement été prévu que **la collecte des indicateurs d'implantation, tels que le nombre d'évaluations initiales sur le nombre total d'admissions, sera poursuivie après la fin du projet**.

1- Coaching : Il est possible que cette stratégie de coaching ait été utilisée de façon informelle, mais aucune formalisation de l'accompagnement n'a été rapportée par les personnes interrogées.

Évaluation : Non réalisé.

2- Création d'un protocole de pratique : En raison des bouleversements organisationnels et du retrait de la personne responsable de son rôle de Spécialiste en Application et Generalisation de l'Expertise (SAGE), aucune suite n'a été donnée à cette stratégie de pérennisation.

Évaluation : Non réalisé.

3-5 Rencontre interétablissement/mécanisme de compilation de suivi interétablissement/nomination d'un répondant : En raison des bouleversements organisationnels, aucune de ces stratégies de pérennisation n'a été mise de l'avant. Notamment au site Lucie-Bruneau, la priorité est mise sur la stabilisation de l'équipe en place et l'acquisition d'une expertise nouvelle auprès de la clientèle, après quoi l'évaluation systématisée de la douleur pourrait être identifiée de nouveau comme une priorité.

Évaluation : Non réalisées

6- Modification de la structure des réunions de suivi : À l'IRGLM, les réunions hebdomadaires de suivi ont été modifiées de façon à inclure un point DEP (Douleur – Élimination – Peau) permettant de couvrir les déficiences secondaires à une blessure médullaire souvent présente chez cette population. Cette façon de faire a généré un besoin renouvelé pour une évaluation systématique de la douleur et a ajouté à la pertinence et à l'utilité clinique de cette pratique.

Évaluation : Réalisé.

7- Utilisation du registre des personnes blessées médullaires Rick Hansen : Les données du registre sont toujours compilées à l'IRGLM et leur suivi permet aux responsables de vérifier si l'évaluation systématique de la douleur est toujours en place.

Évaluation : Réalisé.

Globalement, la majorité des stratégies de pérennisation qui étaient prévues n'a pas été mise de l'avant. Deux stratégies qui avaient trait à l'institutionnalisation de la pratique soit à son intégration ou harmonisation avec les déterminants locaux ont cependant pu être implantées.

3.3.2 Niveau de pérennisation

Les taux d'évaluation de la douleur effectuée à l'admission des usagers entre mai et septembre 2014 étaient de 66 % (38/58) à l'IRGLM, 64 % (9/14) au CRLB et 100 % (4/4) à l'HJR. Les taux d'évaluation effectués au congé des usagers durant cette période étaient de 0 % à l'IRGLM (pas encore en place), de 30 % (3/10) au CRLB et de 100 % (2/2) à l'HJR.

En septembre 2017, les données étaient disponibles seulement pour l'établissement ayant la plus grosse volumétrie soit l'IRGLM.

Du 1er novembre 2016 au 28 février 2017, 43 personnes ont été admises avec une LM et 40 personnes étaient éligibles pour l'évaluation. Sur les 40, 31 présentaient de la douleur à l'admission. Sur ces 31 individus :

- Neuf personnes (29 %) ont été évaluées de façon complète à l'admission et au congé;
- Quinze personnes (48 %) ont été évaluées à l'admission et au congé, mais de façon incomplète;
- L'évaluation était absente pour au moins un temps de mesure pour quatre individus (13 %);
- Les données étaient manquantes pour deux individus (6,5 %).

On note donc une amélioration marquée (67 % vs 94 %) du taux d'évaluation à l'admission, une amélioration marquée (41,7 % vs 77,4 %) du taux d'évaluation au congé et l'occurrence d'une mesure d'évaluation pré-post pour 77 % de l'échantillon (donnée indisponible pour le T1). L'ensemble de ces taux d'implantation indique le maintien et même l'amélioration du taux d'implantation de la pratique, du moins pour l'établissement de l'IRGLM.

3.3.3 Facilitateurs et barrières rencontrés

Facilitateurs à la pérennisation de la pratique

Facteurs liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- La pratique telle qu'elle est implantée répond à plusieurs impératifs organisationnels, ce qui réduit de façon importante les redondances et simplifie le travail des cliniciens;
- Les physiothérapeutes se sont montrés ouverts à cette pratique et l'ont facilement adoptée;
- La pratique répond toujours à un besoin de la clientèle clairement identifié et sur lequel les cliniciens estiment important d'agir. Ainsi, l'évaluation systématique de la douleur est significative pour les intervenants qui y attachent de l'importance;
- La douleur est discutée lors des réunions de suivi, ce qui rend plus importante son évaluation systématique par les personnes impliquées.

Facteurs liés au contexte élargi (*broader context environment*)

- La pratique cohérente avec les exigences des ordres professionnels, ce qui simplifie de façon globale la tâche pour les intervenants.

Obstacles à la pérennisation de la pratique

Obstacles liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- Même à la fin du projet d'implantation, certains intervenants demeuraient réticents à l'évaluation systématique de la douleur.

Facteurs liés à l'organisation (*organizational setting*)

- En septembre 2016, la personne qui avait le rôle de Spécialiste en Application et Generalisation de l'Expertise (SAGE) et qui avait accompagné l'équipe dans l'implantation de la pratique a été amenée à occuper d'autres fonctions. Cela a limité l'implantation de plusieurs des stratégies de pérennisation qui avait été planifiée, notamment dans l'accompagnement des équipes pour compiler et analyser les données.
- La fusion des deux programmes et le changement de personnel qui s'en est suivi au centre de réadaptation Lucie-Bruneau ont fait reculer de beaucoup le besoin relatif perçu pour cette pratique. Les intervenants en sont à stabiliser l'équipe et à s'approprier une expertise nouvelle et bien que la douleur soit encore probablement évaluée de façon informelle, la pratique formalisée et systématisée n'est pas fonctionnelle actuellement.

Facteurs liés au contexte élargi (*broader context environment*)

- Les changements importants au niveau du système de santé en général ont été des obstacles importants au maintien du climat d'implantation positif qui régnait en 2014. Les énergies des équipes et des établissements sont mobilisés à s'adapter à leur nouvelle réalité et la l'adaptation et la pérennisation de pratiques initiées ultérieurement est une préoccupation secondaire.

3.3.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation

L'application des stratégies de pérennisation prévues au rapport de projet final produit en 2014 a été considérablement compliquée par une importante réorganisation des services occasionnée par l'arrivée des centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec, qui au niveau régional s'est soldé par la fusion de deux établissements de réadaptation auparavant autonomes. Pour ces programmes, ce sont tant les environnements externes qu'internes mêmes qui ont été modifiés, avec notamment des départs massifs pour les cliniciens de l'ancien centre de réadaptation Lucie-Bruneau et une réaffectation de la SAGE en charge du projet d'implantation initial. Les stratégies actives impliquant par exemple des rencontres ou des formations n'ont ainsi tout simplement pas été actualisées, tandis que celles plus passives qui impliquant une institutionnalisation ou une modification relativement simple de structures en place ont plus facilement été mises à jour.

Malgré des stratégies de pérennisations moins ambitieuses que celles prévues, le niveau d'implantation des pratiques d'évaluation systématique de la douleur s'est, du moins pour l'établissement ayant le plus de

volumétrie, maintenu et même amélioré dans le temps. Ce résultat peut être hypothétiquement relié à deux facteurs. Le premier est celui de la pertinence perçue de la pratique pour les acteurs en place, les cliniciens étant de plus en plus convaincus de l'importance de tenir compte des phénomènes douloureux lors de la réadaptation et de les gérer. Le deuxième facteur expliquant la pérennisation de la pratique est l'institutionnalisation de la pratique d'évaluation de la douleur au sein des autres routines cliniques, notamment d'en faire un point de discussion dans le cadre des réunions de suivis et d'alimenter le registre des personnes blessées médullaires Rick Hansen. Ces deux éléments ont ajouté à la cohérence de la pratique et ont facilité son intégration dans les routines cliniques courantes.

3.4 *Pratique 1.4 Dépistage systématique du risque de dénutrition de la personne adulte admise en réadaptation à la suite d'un traumatisme craniocérébral*

3.4.1 Stratégies de pérennisation prévues et réalisées

Encadré 4. Stratégies de pérennisation prévues par l'IRDPQ dans le rapport final (2014)

Un plan de pérennisation a été élaboré et est en cours d'actualisation. Les principaux moyens pour soutenir la pérennité de la pratique sont les suivants :

Monitoring des effets de la pratique

- Formation d'un **comité de pilotage** (infirmière clinicienne, nutritionniste, chargée de projet) ;
- Poursuite en 2015 de la **collecte des données cliniques** et de conformité à la procédure mise en place ;
- **Analyse des données par le comité de pilotage (rencontre mensuelle) ;**
- **Rétroaction et rappels au personnel impliqué.**

Intégration des activités découlant de la pratique aux activités courantes

- **Clarifications à apporter à la procédure** (outil de dépistage et aux consignes) ;
- Développement d'un **aide-mémoire clinique** pour la nutritionniste et l'infirmier concernant les tâches et l'échéancier relatifs à la démarche.

Implantation des stratégies de pérennisation prévues

1- Comité de pilotage : Le comité n'a pas été créé de façon formelle, mais il semble que deux intervenants continuent à s'assurer de la bonne implantation de la pratique depuis la fin du projet actif d'implantation en 2015

Évaluation : Partiellement réalisé.

2- Poursuite de la collecte de données : une compilation de données sur le taux de dépistage est réalisée sur une base continue. Aucune analyse formelle ou aucune activité de reddition de compte n'est associée à cette collecte de données.

Évaluation : Réalisé.

3- Rencontres mensuelles et rétroactions et rappels au personnel impliqué : les rencontres mensuelles sont tenues par l'assistante infirmière-chef et la nutritionniste pour examiner les données collectées et s'assurer

de l'application adéquate de la procédure de dépistage. Au besoin, des rétroactions sont effectuées de façon informelle et individuelle au personnel impliqué, mais aucune rétroaction systématique/rappels n'est faite de façon systématique à l'équipe de soins.

Évaluation : Réalisé.

3- Clarifications à apporter à la procédure : des clarifications mineures ont été apportées pour rendre l'utilisation de l'outil plus simple à utiliser. La version adaptée est toujours celle utilisée à ce jour.

Évaluation : Réalisé.

4- Développement d'un aide-mémoire clinique : les participants n'ont pas rapporté le développement d'un aide-mémoire clinique, la simplicité de la pratique ne justifiant pas cliniquement ce besoin.

Évaluation : Non réalisé.

De façon générale, trois des quatre stratégies de pérennisation proposées, impliquant essentiellement le maintien du monitoring de la pratique, ont été implantées et maintenues. La quatrième stratégie de pérennisation a été abandonnée en l'absence de besoin perçu.

3.4.2 Niveau de pérennisation

En 2015, 100 % (43/43) des usagers admis avaient bénéficié du dépistage (dont 94 % à l'intérieur de 48 heures tel que prévu); 85 % (11/13) des usagers considérés à risque avaient été référés à la nutritionniste.

Entre le début décembre 2016 et la fin janvier 2017 (2 mois), 18 personnes ont été admises à l'unité TCC, dont 17 étaient éligibles pour le dépistage. Seize dépistages ont été réalisés (94 %); cinq des usagers présentaient effectivement un risque de dénutrition. Les cinq usagers à risque de dénutrition ont été référés en nutrition clinique (100 %). Les données récoltées à l'IRDPQ démontrent donc une très bonne pérennisation de l'intervention, avec l'omission d'un seul dépistage. La variation de 6 % du taux d'implantation observée est inférieure au critère de 10 % fixé par l'équipe de recherche.

3.4.3 Facilitateurs et barrières rencontrés

Facilitateurs à la pérennisation de la pratique

Facilitateurs liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- Les acteurs impliqués perçoivent la pertinence de la pratique et sont convaincus de sa valeur ajoutée pour la clientèle ayant un TCC.
- La pratique a été intégrée dans la routine clinique d'un petit nombre d'individus en place, sans nécessiter des ressources supplémentaires. Son caractère économique et sa bonne intégration dans les routines cliniques en place ont facilité son maintien après la fin de l'implantation active;
- Malgré les bouleversements importants dans le réseau de la santé, l'équipe en place et notamment les principaux acteurs cliniques concernés (assistante infirmière-chef et nutritionnistes) sont demeurés les mêmes, ce qui diminue les besoins de formation et d'apprentissage;

- La pratique concerne un petit nombre d'intervenants, pratiquant au sein d'une unité de taille moyenne. Cette proximité et le caractère spécifique de la pratique facilitent également son maintien et la réalisation des rencontres et la communication (mais paradoxalement pourraient aussi représenter des limites à sa pérennisation).

Obstacles à la pérennisation de la pratique

Obstacles liés à l'intervention de dépistage et à son implantation ultérieure (*Intervention design and implementation factors*)

- Tout le projet repose sur le leadership de deux acteurs-clés complémentaires. La pérennisation serait certainement remise en question advenant l'absence ou le départ de l'une de ces deux ressources

Obstacles liés à l'organisation (*organizational setting*)

- Le projet prévoyait initialement l'exploration de la généralisation dans d'autres unités pour faire de la pratique de dépistage de la dénutrition une pratique institutionnelle. Toutefois, certaines résistances sont apparues au moment d'envisager cette généralisation, du fait notamment de manque de personnel pour couvrir une charge de travail déjà importante au niveau des autres unités. La généralisation a été abandonnée pour le moment et la pratique reste confinée à l'unité TCC

Obstacles liés au contexte élargi (*broader context environment*)

- Les participants jugent que, malgré un discours général favorisant la pratique basée sur les données probantes, le contexte est défavorable à cette pratique. Les changements dans le réseau de la santé ont également entraîné des changements des priorités des équipes cliniques et dans leur capacité à l'investir dans de telles pratiques

3.4.4 Analyse des liens entre les processus, les facteurs et le niveau de pérennisation

La pratique de dépistage de la dénutrition et sa pérennisation se distinguent par leur spécificité et leur robustesse. Une stratégie de pérennisation basée essentiellement sur la poursuite d'un monitoring simple a été mise de l'avant par deux acteurs clés du programme, lesquels s'assurent du respect de la pratique de dépistage et de référence. Des modifications mineures ont été apportées à la pratique depuis la fin de son implantation active. Dans les faits, cette approche pragmatique a démontré son succès, puisque la pratique se maintient à un niveau similaire à celui observé en 2014. Le caractère localisé de la pratique et son confinement à une équipe clinique stable l'ont, dans une certaine mesure, protégé des bouleversements importants ressentis dans les projets plus complexes impliquant plus d'unités ou d'établissements lors de la réorganisation du réseau de la santé. Paradoxalement, la simplicité de la pratique représente aussi une faiblesse pour sa pérennisation, puisque l'absence ou le départ d'une des deux ressources clés dans le processus pourrait grandement mettre en péril sa réalisation. Une certaine institutionnalisation ou intégration plus formalisée des stratégies de pérennisation dans les routines du programme pourrait garantir une stabilisation de la pratique.

4 Analyse des résultats

Les résultats issus de l'étude de la pérennisation des pratiques basées sur des données probantes de la Phase I du Plan en transfert de connaissances présentent certaines similitudes et divergences. Il convient en premier lieu de rappeler que la pérennisation des PBDP s'est actualisée dans un contexte systémique difficile, en plein milieu d'un des bouleversements les plus importants qu'a connu le système de santé québécois depuis sa création en 1971, soit l'instauration des Centres intégrés (universitaires ou non) en santé et en services sociaux. Une partie importante de l'énergie des individus, programmes et organisations en cause a donc été consacrée à l'adaptation à ce changement majeur, laissant en second plan la mise sur pied de stratégies de pérennisation pour lesquelles aucune ressource supplémentaire n'avait prévue et qui n'étaient assujetties à aucune obligation.

Bien que le nombre, la nature, le degré de précision et la complexité des stratégies proposées ont varié de façon importante entre les projets, certaines similitudes ont pu être identifiées. En premier lieu, le monitoring de la pratique et/ou les audits de dossiers ont été identifiés par tous les sites comme des stratégies de pérennisation à mettre de l'avant, et ont été effectivement mis de l'avant avec des degrés de formalisation plus ou moins grand. Il est intéressant de noter que ces stratégies d'audits et de rétroaction gagnent en popularité en raison de leur efficacité pour modifier le comportement des professionnels de la santé (8) et pour engendrer ainsi des résultats positifs chez les usagers. Toutefois, elles culminent en efficacité lorsqu'un retour constructif et continu est offert aux cliniciens ou aux équipes sur leur comportement, ce qui a été surtout fait de façon individuelle ou informelle. L'utilisation des audits et rétroaction aurait pu être réalisée de façon robuste pour optimiser son effet sur la motivation des équipes cliniques et sur les niveaux d'implantation des PBDP.

Une seconde stratégie envisagée par trois programmes sur trois concerne la généralisation de la pratique à d'autres contextes ou clientèle, ou *scaling-up*. Seul un milieu, l'HSCM, semble avoir réussi un tel défi en généralisant la pratique à des clientèles potentielles par des cliniciens déjà formés et possédant une certaine expérience dans la réalisation de la PBDP. La généralisation, quoiqu'intuitive, n'est pas sans poser des défis importants puisqu'elle représente souvent la réplication, impliquant moins de ressources d'une intervention implantée avec succès dans un contexte différent. Les adaptations à réaliser et les efforts à consentir pour généraliser la pratique sont souvent sous-estimés. Yamey (9) a suggéré cinq éléments importants pour assurer le succès de telles initiatives, incluant le choix d'une intervention reconnue et positivement perçue, la présence d'une gouvernance et d'un leadership fort, l'engagement actif des acteurs dans un processus d'implantation, l'adaptation de l'intervention au nouveau contexte ou à la nouvelle population et l'évaluation du processus de *scaling-up*. Il est de plus en plus reconnu que la généralisation est un processus ambitieux (10) qui devrait être proposé avec circonspection. Il est probable que cette stratégie ait, dans un contexte de changements importants, été trop énergivore pour être implantée avec succès par les équipes cliniques en place sans l'ajout de ressource supplémentaire.

Enfin, il est intéressant de noter que les stratégies de pérennisation impliquant des activités supplémentaires (réunions, créations d'outils de suivi ou d'outils cliniques supplémentaires) n'ont pas été mises de l'avant, alors que les stratégies impliquant l'institutionnalisation, ou l'intégration de la pratique basée dans les données probantes au sein des routines organisationnelles existantes ont été implantées. Cette institutionnalisation a été identifiée par Schreier (7) et Schediak-Rizzkallah (11) comme une caractéristique

importante des interventions de santé pérennes, puisqu'elles suscitent généralement l'adhésion des cliniciens et améliorent l'efficacité des pratiques basées sur des données probantes.

Concernant les niveaux d'implantation observés deux ans après la fin de la période d'implantation active, il est extrêmement intéressant de constater que tous les milieux cliniques pour lesquels les données étaient disponibles ont pu maintenir un taux d'implantation similaire ou même supérieur à ce qui avait été observé en 2014, et ce, malgré des contextes difficiles et des stratégies de pérennisation actualisées à un niveau inférieur à ce qui avait été annoncé. L'établissement qui a vu baisser son taux d'implantation au deçà du seuil de 10 % a, en contrepartie, réussi le défi de la généralisation de la pratique à d'autres clientèles. Deux des équipes ont légèrement modifié la pratique. Il est intéressant de noter selon Schreier (12) que la définition de la pérennisation généralement rapportée dans les études, concerne la persistance d'activités reliées à un programme, habituellement exprimées en nombre ou proportion de sites encore actifs, et non la proportion d'activité clinique réalisée. La mesure beaucoup plus fine utilisée trouve peu de comparatifs dans la littérature, mais permet de souligner l'efficacité des efforts déployés dans la phase I pour l'adaptation et l'implantation des PBDP dans leurs contextes respectifs.

Certains déterminants (facilitateurs et obstacles) ont été rencontrés dans plusieurs milieux. Conformément à ce qui était attendu, le contexte de changement important du réseau de la santé, entraînant pour deux sites sur quatre des bouleversements importants au niveau même de l'organisation des programmes, a été identifié à l'unanimité comme un défi limitant la pérennisation des pratiques. Au niveau du contexte social plus large, la culture sociale générale en faveur de l'utilisation des PBDP a également été citée dans deux projets comme un facilitateur à la pérennisation des pratiques, ce qui est cohérent avec les résultats de Shreier (12), qui souligne l'importance des organisations externes et de leur support dans la pérennisation des pratiques. Toutefois, l'absence de soutien financier pour concrétiser cette vision peut selon une équipe créer une tension entre ce qui est souhaité et ce qui est possible, ajoutant une pression non souhaitée sur les équipes cliniques.

Peu de déterminants ont été identifiés par les répondants au niveau organisationnel général; lorsque c'était le cas, il s'agissait souvent de difficulté à obtenir le support ou les ressources requises pour soutenir la pérennisation de la pratique, ou des qualités de leaderships et du soutien apportés par des intervenants, des coordonnateurs ou des gestionnaires. De façon notable, malgré que deux des coordonnateurs initiaux des projets d'implantation présents en 2014 et souvent identifiés comme des champions requis pour la pérennisation des pratiques (12) aient changé de fonction (IRGLM et IRDPQ), le niveau de pérennisation a tout de même été maintenu dans ces milieux. On peut conclure soit à une transmission du leadership à d'autres acteurs cliniques (ce qui représente une excellente stratégie de pérennisation(13)) ou encore à une institutionnalisation remarquable de la pratique, nécessitant moins de support de la part d'individus responsables. Ainsi, l'institutionnalisation des pratiques représenterait une stratégie de pérennisation plus fiable dans les contextes de changement et de roulement de personne où les leaders de pratique pourraient être amenés à changer de fonctions.

Finalement, les caractéristiques de l'intervention et du processus d'implantation demeurent la catégorie du modèle de Shediak- Rizzkallah le plus souvent citée en termes de déterminant de la pérennisation. De façon notable et en concordance avec la littérature, l'avantage ou l'efficacité perçue d'une intervention sera un déterminant important de sa pérennisation. Ainsi, les intervenants qui œuvraient à l'implantation de PBDP qui

répondaient clairement à un besoin clinique fortement ressenti par les intervenants ont rapporté cet élément comme un facilitateur important à sa pérennisation, tandis que les milieux pour lesquels la pertinence de l'intervention était discutée ont eu plus de difficulté à maintenir l'énergie et l'investissement des cliniciens, notamment dans un contexte de grande demande de services. Également, les interventions plus ciblées et moins complexes, impliquant un nombre moins grand d'acteurs ou d'établissements, ont été moins sujettes aux influences des changements organisationnels et systémiques. En effet, dans le cas des interventions complexes, un changement intervenu dans l'une des équipes (p. ex. renouvellement du personnel en place) peut générer des modifications majeures à la pratique, lesquels influenceront son degré de pérennisation. Les attentes liées à la pérennisation des pratiques basées sur des données probantes devraient donc tenir compte de la complexité de ces pratiques et de la capacité des organisations de s'adapter rapidement si des changements contextuels surgissaient.

5 Forces et limites du projet

Comme toute recherche, ce projet comporte des forces et des limites importantes à considérer dans la considération des résultats présentés. En premier lieu, la stratégie méthodologique mixte privilégiée permet de combiner la perspective d'acteurs clés à la mesure objective du processus de pérennisation dans chacun des milieux. Cette stratégie permet de mesurer les niveaux de pérennisation, mais également de proposer des explications aux phénomènes mesurés. Dans la mesure du possible, des indicateurs similaires à ceux utilisés en 2014, collectés de la même façon et par les mêmes intervenants, auront permis d'obtenir une mesure fidèle et fine du phénomène observé. L'utilisation d'un modèle conceptuel reconnu permet également une compréhension éclairée du phénomène étudié et la considération de l'ensemble des facteurs pouvant l'influencer.

Cependant, les bouleversements importants dans le réseau de la santé ont favorisé un roulement plus important qu'à l'habitude du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, et rendu plus difficile et parfois sous optimale l'identification des participants détenant une information pertinente sur le processus de pérennisation étudié. La mesure de certains indicateurs, notamment dans le milieu où un processus de généralisation a été réussi, a été modifiée pour inclure des usagers non admissibles lors du projet d'implantation. Il est possible que les taux réels d'implantation pour les clientèles spécifiques visées par les projets de la Phase I soient plus élevés que ceux présentés dans ce rapport. Finalement, l'ensemble des propos des participants peut être affecté par un biais de mémoire, l'étude couvrant les éléments et les influences s'étant produits au cours des deux dernières années.

6 Bilan des dépenses par rapport au budget initial

		Montant prévu	Montant dépensé	Justifications
Professionnelle de recherche	14 h sem. * 23 sem. * 28 \$ + 24 %	11164 \$	11360 \$	-
Transcription des focus groups	4 focus groups * 150 \$	600 \$	950 \$	Les entrevues individuelles ont été transcrites en plus des focus groups
Déplacements dans les projets	4 focus groups * 250 \$ (déplacement pour deux personnes, repas)	1000 \$	478 \$	Les déplacements n'ont pas été requis pour les FG tenus à Québec; un autre a été réalisé par téléphone
Papeterie, matériaux divers	Photocopies, documents	200 \$	198 \$	À percevoir par le CIRIS en mars 2018
Transfert de connaissances	Inscription à un événement scientifique québécois Article vulgarisé.	500 \$ 0 \$	625 \$	Tarif d'inscription au congrès de l'Association canadienne sur les services et les politiques de santé qui se tiendra à Montréal en mai 2018; les frais excédentaires seront couverts par la chercheuse principale.
Frais de communication	Conférence téléphonique, interurbains	100 \$	100 \$	-
Frais indirects de la recherche		6000 \$	6000 \$	À percevoir par le CIUSSS-CN en mars 2018
TOTAL		20 000 \$	19711 \$	

7 Rayonnement

Considérant l'obtention tardive des dernières données par l'équipe de recherche, peu d'activité de rayonnement n'a encore été réalisée.

Une première présentation des résultats partiels de ce projet a été réalisée lors du Congrès québécois de la recherche en adaptation-réadaptation. Une centaine de personnes ont assisté à cette présentation (Lamontagne ME, Kairy D, Bussière A, Gagnon C, Ahmed S, Zidarov D, Brière A, Lévesque D, Bérubé M, Laramée MT, Lemay JF, Prévillle K, Voyer M, Rodrigue N, Cantin ME, Bastien G. [2017]. Transfert de connaissances : Études des processus, des effets et de la pérennisation de l'implantation de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie. 2e congrès québécois de recherche en adaptation-réadaptation, Montréal, Québec).

Les résultats finaux du projet seront présentés sous forme d'affiche en mai 2018 au Congrès canadien de la recherche sur les services et les politiques de santé. Ce congrès se tiendra à Montréal.

Enfin, un article vulgarisé sera élaboré pour l'infolettre du FECST en novembre 2017 afin de présenter les principaux résultats de la recherche, et un article scientifique sera soumis au Journal of Health Services Research au cours du printemps 2018.

8 Conclusion et recommandations

Cette étude visait à explorer la pérennisation de quatre PBDP – Phase 1 (2013-2015), dans des milieux québécois de traumatologie. Malgré une actualisation variable des stratégies de pérennisation initialement proposées, des taux de pérennisation comparables ou supérieurs à ceux mesurés en 2014 ont pu être observés dans l'ensemble des milieux étudiés. Les résultats mettent en lumière les facilitateurs en lien avec la nature de l'intervention (complexité, avantage perçu) et des obstacles perçus davantage au niveau de l'organisation externe.

Considérés dans l'ensemble, ces résultats mènent à formuler les recommandations suivantes :

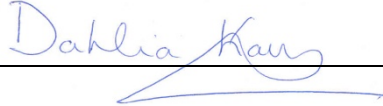
1. Les stratégies de pérennisation semblent soutenir adéquatement le maintien de pratiques basées sur des données probantes. Leur choix devrait se faire de façon réfléchie, en considérant notamment les ressources en place, la réceptivité de l'environnement organisationnel élargi et l'existence de routines organisationnelles établies. Lorsque possible, des ressources devraient être dédiées à l'actualisation de ces mécanismes de pérennisation et des mécanismes de reddition de comptes flexibles et informatifs devraient être instaurés pour soutenir la pérennisation de ces pratiques;
2. La généralisation des pratiques devrait être une stratégie de pérennisation abordée avec prudence puisqu'elle présente des enjeux importants au niveau des ressources, de l'adaptation de l'intervention et des stratégies de généralisation mises de l'avant qui la rendent presque aussi demandante qu'une implantation de nouvelle pratique;
3. L'institutionnalisation des pratiques à l'intérieur de routines organisationnelles existantes ou pouvant être modifiées à faible coût représente une stratégie efficiente de pérennisation des PBDP;
4. La mesure de la pérennisation des pratiques basées sur des données probantes devrait être, dans une certaine mesure, systématisée. Toutefois, une réflexion s'impose quant aux moyens et à la fréquence de mesures permettant de fournir une rétroaction optimale aux équipes cliniques pour leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à la modification, au maintien ou à l'abandon de la pratique au profit d'une autre jugée plus profitable pour la clientèle ou pour l'organisation;
5. Considérant simultanément l'influence majeure du contexte sur la pérennisation des pratiques et l'importance décrite du leadership et de l'expertise pour leur maintien, les stratégies de pérennisation ne doivent pas reposer sur un nombre limité d'intervenants, mais plutôt être réparties à travers les multiples parties prenantes pouvant avoir un pouvoir d'action sur une pratique basée sur les données probantes.


9 Formulaire des signatures


Membres de l'équipe de recherche :

Signature :  _____ 24 octobre 2017
Nom : Marie-Eve Lamontagne Date
Affiliation : Université Laval, CIRRS

Signature :  _____ 24 octobre 2017
Nom : André Bussière Date
Affiliation : Université McGill, CRIR

Signature :  _____ 24 octobre 2017
Nom : Dahlia Kairy Date
Affiliation :

Signature :  _____ 24 octobre 2017
Nom : Diana Zidarov Date
Affiliation : Université McGill, CRCL, CRIR

Signature :  _____ 7 septembre 2017 _____
Nom : Sara Ahmed 24 octobre 2017 _____
Affiliation : Université McGill, CRIR Date

10 Références

1. Scheirer M, Dearing J. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *Am J Public Health*. 2011;101(11):2059 - 67.
2. Bhattacharyya O, Reeves S, Zwarenstein M. What is implementation research? Rationale, concepts, and practices. *Research on Social Work Practice*. 2009;19(5):491-502.
3. Burnes B. Emergent change and planned change-competitors or allies? The case of XYZ construction. *International Journal of Operations & Production Management*. 2004;24(9):886-902.
4. Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*. 2013;8(1):1.
5. Stirman SW, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charns M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*. 2012;7(1):1.
6. Aarons GA, Green AE, Willging CE, Ehrhart MG, Roesch SC, Hecht DB, et al. Mixed-method study of a conceptual model of evidence-based intervention sustainment across multiple public-sector service settings. *Implementation Science*. 2014;9(1):1.
7. Scheirer M. Linking sustainability research to intervention types. *Am J Public Health*. 2013;14(2013):e1 - 8.
8. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young J, Odgaard-Jensen J, French S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6:CD000259.
9. Yamey G. Scaling up global health interventions: a proposed framework for success. *PLoS medicine*. 2011;8(6):e1001049.
10. Mangham LJ, Hanson K. Scaling up in international health: what are the key issues? *Health policy and planning*. 2010;25(2):85-96.
11. Shediach-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research*. 1998;13(1):87-108.
12. Scheirer MA, Dearing JW. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health*. 2011;101(11):2059-67.
13. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and program planning*. 2004;27(2):121-33.