

# GUIDE POUR ACCOMPAGNER LA MISE À L'ÉCHELLE DE PRATIQUES PROMETTEUSES DANS PLUSIEURS ÉTABLISSEMENTS

Soutien à l'implantation de pratiques  
prometteuses et au transfert  
de connaissances dans le réseau  
de la santé et des services sociaux



## ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN : 978-2-550-91224-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

# **Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements**

Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié un mandat scientifique pour produire une trousse d'outils en soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les personnes suivantes ont contribué à la production du Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements.

#### Direction

**Julie Lane**, Ph. D., M.A., professeure spécialisée en transfert des connaissances (TC) et en implantation de programmes probants, Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale, Faculté de l'éducation, et directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

#### Rédaction principale

**Marie Massuard**, professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

#### Collaboration à la coordination :

Direction de la recherche, MSSS

**Julie Couture**, directrice

**Florence Thériault-Tanguay**, conseillère en mobilisation des connaissances

**Nadine Gagnon**, conseillère en coordination de la recherche et en mobilisation des connaissances

**Jacques Rhéaume**, expert-conseil à la recherche et en transfert des connaissances

**Danielle Routhier**, conseillère en transfert de connaissances

**Myriam Dionne**, agente de secrétariat

**Anne Lauzon**, consultante

#### Remerciements

Nous souhaitons remercier l'équipe de mise en œuvre de la démarche québécoise *Optimiser les pratiques, les usages et les soins – Antipsychotiques* (OPUS-AP), qui a accepté que leur expérience soit documentée et qu'elle permette d'illustrer comment peuvent s'actualiser les stratégies de mise à l'échelle dans un contexte québécois réel. Merci à **Tanya MacDonald**, directrice Innovation et développement stratégique à Excellence en santé Canada (anciennement la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé [FCASS], avant sa fusion avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP]) et à **Diane Boyer**, cheffe du projet, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – CHUS pour la validation du contenu au sujet de la démarche OPUS-AP.

Les personnes ayant aussi contribué à la validation de ce guide sont nombreuses. Nous souhaitons les remercier pour leur intérêt, leur disponibilité et leur générosité. En ordre alphabétique :

**Marie-Claude Bélanger**, directrice, Direction des services multidisciplinaires (DSM), CISSS de Chaudière-Appalaches

**Charlie-Anne Bélanger-Simard**, agente de planification et de programmation de la recherche (APPR), DSM, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Maryse Berthiaume**, adjointe à la directrice, Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Pier B.-Lortie**, assistante à la coordination professionnelle, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Louis-Philippe Boulet**, professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université Laval et titulaire de la Chaire de transfert de connaissances, d'éducation et de prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ – Université Laval), Centre de recherche

**Véronique Boutier**, directrice administrative, Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DREU), CISSS de Chaudière-Appalaches

**France Charles-Fleury**, coordonnateur (jusqu'en 2021), Consortium interrégional de savoirs en santé et services sociaux (Consortium InterS4)

**Yves Couturier**, professeur titulaire, Département de travail social, Université de Sherbrooke, et directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne (Réseau-1 Québec)

**Audrey Doucet**, cheffe de service CRAIP et Info Social, DSM, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Karine Dumont**, conseillère-cadre au développement de la mission universitaire, DREU, CISSS de Chaudière-Appalaches

**Julie Dutil**, directrice générale adjointe, Humanov-is

**Myriam Gagné**, postdoctorante au St. Michael's Hospital, IUCPQ – Université Laval, Centre de recherche

**Jean-François Gagnon**, directeur de projets, innovation et développement, Humanov-is

**Marlène Galdin**, directrice, Direction de la mission universitaire, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Ariane Girard**, Ph. D., infirmière, chargée de cours, Université Laval et Université de Sherbrooke

**Chantal Gohier**, courtière de connaissances

**Marlène Gosselin**, adjointe à la DSM, CISSS de Chaudière-Appalaches

**Geneviève Grenier**, spécialiste en mobilisation et en transfert de connaissances, Direction de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Aurélien Hot**, spécialiste en mobilisation et en transfert de connaissances, Direction de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Andrée-Anne Houle**, Ph. D., ps.éd., professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

**Emmanuelle Jean**, coordonnatrice (depuis 2021) et agente de développement et courtière de connaissances, Consortium InterS4

**Anic Landry**, coordonnatrice clinico-administrative à l'innovation, Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche, CISSS de l'Outaouais

**Luiza Maria Manceau**, professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

**D<sup>e</sup> Élise Martel**, directrice de l'enseignement médical, CISSS de Lanaudière

**Stéphanie McMahon**, directrice, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Julie Racine**, APPR et assistante à la coordination professionnelle, DSM, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

**Carole Ralijaona**, APPR – coordination de la recherche, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CISSS de Lanaudière

**Louise Rousseau**, adjointe à la directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche, CISSS de Lanaudière

**Annie Sapin-Leduc**, adjointe au directeur, Direction de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Inji Yaghmour**, cheffe d'équipe p. i. du Bureau de l'innovation, MSSS

Nous souhaitons finalement remercier les personnes suivantes qui ont contribué à développer la réflexion au sujet de l'approche d'accompagnement et de transfert des connaissances au fil des années et qui ont collaboré à la rédaction du *Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques*, en plus de Julie Lane et Marie Massuard : Pier B.-Lortie, Jeanne Bazinet, Sophie Gaudreau, Chantal Gohier, Michelle Morin, Anne-Marie Royer, Josée Leblanc, Christine Giguère, Isabelle Côté, Normande Hébert, Michelle Archambault, Stéphanie Marengo, Sébastien Jacques, Guillaume Baillargeon et Sylviane Fumas.

#### **Pour citer ce document**

Marie Massuard, sous la direction de Julie Lane. Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements – Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023.



## Résumé

Au Québec comme ailleurs, les services de santé et les services sociaux doivent s'adapter à une demande croissante et à la complexité des besoins de la population. L'avancée dans les connaissances et les technologies de pointe poussent également les prestataires de soins et de services à l'amélioration continue des soins et des services qu'ils prodiguent et de leurs compétences pour adopter de nouvelles approches.

Or, il est reconnu qu'un changement de pratique s'effectue rarement simplement en diffusant des résultats de recherche ou un ouvrage sur les bonnes pratiques à adopter. Les initiatives d'amélioration dans un vaste système de santé et de services sociaux s'inscrivent dans des milieux complexes et doivent s'adapter en continu aux défis qui émergent. Tout changement souhaité implique la mobilisation d'une multitude d'acteurs et d'organisations autour d'un objectif commun et l'amélioration des pratiques s'en trouvera accrue lorsqu'elle est accompagnée par des stratégies concertées.

À l'instar d'autres systèmes de santé et de services sociaux, le MSSS souhaite mobiliser les forces vives du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et propose un processus commun et clair de mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans l'ensemble des établissements du RSSS.

Ce guide propose une démarche pour accompagner la mise à l'échelle. Cette démarche compte huit grandes phases qui détaillent les stratégies issues des écrits en science de l'implantation et en transfert de connaissances. Des outils concrets permettant de mettre en application ces stratégies sont également proposés.





## Table des matières

Résumé .....	v
Introduction.....	1
Quel est l'objectif de ce guide?.....	2
À qui s'adresse ce guide? .....	3
D'où proviennent les stratégies et les actions proposées dans ce guide? .....	3
Que propose ce guide? .....	6
Comment est structuré ce guide?.....	7
Section 1.	
Synthèse de la démarche de mise à l'échelle .....	8
Structure de gouvernance proposée pour favoriser la mise à l'échelle .....	9
Schéma de la démarche de mise à l'échelle et des stratégies privilégiées.....	10
Aide-mémoire des stratégies et des actions pour chaque phase de mise à l'échelle .....	11
Aide-mémoire des références proposées pour chaque phase de mise à l'échelle .....	13
Section 2.	
Les phases de mise à l'échelle.....	14
A. Estimer le potentiel et planifier la mise à l'échelle.....	15
S'assurer du potentiel de mise à l'échelle.....	16
Convenir de la structure de gouvernance .....	18
Planifier le changement.....	19
Communiquer en début de démarche.....	20
Où trouver les outils proposés? .....	20
OPUS-AP – Qu'est-ce que la démarche conçue et implantée?.....	21
B. Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique .....	22
Planifier l'identification des besoins et des lacunes .....	23
Cerner les besoins et les lacunes en matière de connaissances .....	24
Raffiner la planification de la démarche de mise à l'échelle .....	25
Où trouver les outils proposés? .....	26
OPUS-AP – Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée? .....	27

C.	Adapter les connaissances au contexte .....	28
	Faire le choix des produits de connaissances .....	29
	Solliciter la contribution des acteurs visés par le changement .....	30
	Concevoir ou adapter les produits de connaissances .....	31
	Où trouver les outils proposés? .....	31
	OPUS-AP – Comment cette phase d’implantation a-t-elle été expérimentée? .....	32
D.	Déterminer les facteurs d’influence.....	33
	Établir des stratégies pour optimiser les facteurs favorables et pour surmonter les barrières.....	35
	Choisir le mode de mise à l’échelle .....	36
	Où trouver les outils proposés? .....	36
	OPUS-AP – Comment cette phase d’implantation a-t-elle été expérimentée? .....	37
E.	Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies .....	38
	Sélectionner et adapter les activités de transfert de connaissances .....	39
	Mettre en œuvre les activités de transfert de connaissances.....	41
	Où trouver les outils proposés? .....	42
	OPUS-AP – Comment cette phase d’implantation a-t-elle été expérimentée? .....	43
F.	Surveiller l’utilisation des connaissances et évaluer les retombées .....	44
	Favoriser l’engagement des instances et des acteurs.....	45
	Planifier le suivi et choisir les indicateurs.....	46
	Surveiller l’utilisation des connaissances et évaluer les retombées .....	47
	Où trouver les outils proposés? .....	47
	OPUS-AP – Comment cette phase d’implantation a-t-elle été expérimentée? .....	48

G.	Favoriser la pérennisation de l'utilisation de la pratique prometteuse .....	49
	Planifier la pérennisation.....	50
	Soutenir l'engagement des acteurs.....	51
	Soutenir la routinisation et l'institutionnalisation.....	52
	Où trouver les outils proposés? .....	53
	OPUS-AP – Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée? .....	54
	Conclusion.....	55
	Références .....	56
	Trousse d'outils pour soutenir l'implantation de pratiques prometteuses et le transfert de connaissances.....	62



## Introduction

Il est reconnu qu'un changement de pratique s'effectue rarement simplement en diffusant des résultats de recherche ou un ouvrage sur les bonnes pratiques à adopter<sup>1</sup>. Un changement de pratique souhaité dans un vaste système de santé et de services sociaux implique la mobilisation d'une multitude d'acteurs et d'organisations autour d'un objectif commun<sup>2</sup>.

Les initiatives d'amélioration dans les systèmes de santé et de services sociaux s'inscrivent dans des milieux complexes et doivent s'adapter en continu aux défis qui émergent. Il est difficile de bien comprendre l'ensemble des processus concernés par la mise à l'échelle d'une pratique prometteuse dans un système<sup>3</sup>. C'est en partie pour cette raison que les initiatives d'amélioration sont maintenues dans le temps seulement dans une faible proportion (40 % selon *Health Quality Ontario* et 30 % selon le *National Health Service*)<sup>3,4</sup>.

Pourtant, l'amélioration des pratiques peut être accrue lorsqu'elle est accompagnée par des stratégies concertées<sup>1, 2</sup>. Ce guide tend vers cet objectif, de sorte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)<sup>1, 5</sup> :

- veillent à ce que les soins et les services soient dispensés selon les meilleures pratiques et dans une perspective d'amélioration continue;
- rassurent les usagers et leurs proches quant à la qualité des soins et des services;
- trouvent des solutions à des problèmes vécus par plusieurs milieux de pratique;
- mettent fin à l'utilisation d'interventions inappropriées.

### Qu'est-ce que la mise à l'échelle?

La mise à l'échelle est un processus par lequel une pratique clinique ou organisationnelle implantée localement est amenée à être implantée dans un vaste système<sup>3</sup>. Elle a habituellement lieu une fois que la pratique prometteuse est maintenue avec succès dans divers contextes<sup>2</sup>.

**La mise à l'échelle implique nécessairement une infrastructure de soutien et l'utilisation d'une approche structurée<sup>6</sup>.**

Les composantes fondamentales pour une mise à l'échelle réussie sont<sup>2, 3, 7, 8</sup> :

- **l'identification commune de quelques changements clés** qui peuvent faire une grande différence;
- **le développement d'un leadership distribué;**
- **l'engagement actif des parties prenantes et la reddition de comptes** pour assurer la pérennité de la pratique;
- **une infrastructure de soutien** avec une équipe qualifiée;
- **l'amélioration ou la transformation des processus** de communication et des systèmes de gestion et de partage des données;
- **des boucles de rétroactions régulières** avec les acteurs visés par le changement et les décideurs;
- **le suivi régulier** à l'aide de cycles rapides d'amélioration (*Plan-Do-Study-Act* ou PDSA).

En plus du présent guide, trois autres outils ont été produits :

- *Référentiel des infrastructures de transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux;*
- *Guide de mise en œuvre d'une infrastructure de soutien à l'implantation et au transfert de connaissances;*
- *Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement.*

L'ensemble de ces outils visent le soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux.

### Qu'est-ce qu'une infrastructure de transfert de connaissances (TC)?

Avant tout composée de ressources humaines et financières, une infrastructure en transfert de connaissances se définit comme un ensemble de composantes interreliées. Elle dispose notamment d'une gouvernance, de la collaboration entre acteurs clés, de lieux d'échange, de stratégies, de processus, d'activités de TC, etc. Le cumul de ces composantes favorise le TC en stimulant les échanges entre les différents acteurs (des chercheurs aux utilisateurs de connaissances) et facilite l'utilisation des connaissances issues de la recherche afin d'en maximiser les retombées<sup>9</sup>.

Les objectifs d'une telle infrastructure sont<sup>10</sup> :

- **l'amélioration de la qualité** des soins et des services en santé et services sociaux;
- **l'adoption de pratiques cliniques et organisationnelles fondées sur des données de qualité;**
- **le rehaussement des connaissances et des compétences** des équipes sur le plan organisationnel et clinique.

### Quel est l'objectif de ce guide?

L'objectif de ce guide est de favoriser l'utilisation de stratégies réputées efficaces lorsqu'il s'agit d'implanter une pratique prometteuse dans plusieurs établissements ou dans l'ensemble du RSSS.

Ainsi, ce guide propose une démarche optimale de mise à l'échelle de pratiques prometteuses adaptée à la réalité du RSSS. Les acteurs du domaine pourront s'inspirer des stratégies décrites dans ce guide pour augmenter les chances que ces pratiques entraînent des retombées réelles et pérennes au bénéfice de la population et des usagers des soins et des services, de leurs proches et de leur famille.

Plusieurs infrastructures de TC du Québec possèdent les expertises nécessaires pour accompagner de vastes changements. Ce guide favorise ainsi un langage commun entre les acteurs et les instances du RSSS qui accompagnent le MSSS dans les démarches de mise à l'échelle.

## À qui s'adresse ce guide?

Le guide s'adresse aux acteurs du MSSS, des établissements et des infrastructures qui offrent des services en TC et qui sont en soutien à l'implantation de pratiques prometteuses au sein du RSSS.

## D'où proviennent les stratégies et les actions proposées dans ce guide?

Les pratiques et pistes d'action proposées dans ce guide sont issues de recensions thématiques non exhaustives d'écrits en TC et en science de l'implantation.

Dans un premier temps, les infrastructures de TC nationales en soutien à l'implantation à large échelle reconnues pour leur efficacité ont été recherchées. La documentation publiée par ces infrastructures et au sujet d'elles a permis de saisir les composantes essentielles d'une démarche de mise à l'échelle.

## Qu'est-ce qu'une pratique prometteuse?

Dans ce guide, le terme « pratique » est utilisé au sens large pour désigner toute pratique clinique ou de gestion, une intervention psychosociale, un programme ou une orientation ministérielle<sup>1</sup>. Il peut s'agir d'une modification d'un élément existant ou de l'implantation d'une initiative complètement nouvelle.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASCP)<sup>11</sup> et le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis utilisent des critères similaires pour déterminer si une pratique possède les caractéristiques d'une pratique prometteuse. Une pratique prometteuse doit posséder minimalement<sup>11</sup> :

- **un effet moyen ou élevé** : des changements positifs vers l'atteinte des objectifs souhaités doivent être constatés;
- **un fort potentiel d'adaptabilité** : la possibilité élevée de produire des résultats positifs semblables dans d'autres contextes;
- **des données probantes de qualité correcte** : une pratique prometteuse est souvent aux premières étapes d'évaluation.

Le Portail canadien des pratiques exemplaires de l'ASCP propose une méthodologie et une liste détaillée des pratiques prometteuses.

---

1. Une pratique prometteuse se différencie de la notion d'innovation. Selon l'OCDE, l'innovation fait référence à un produit ou un processus (ou une combinaison des deux), nouveau ou amélioré qui diffère sensiblement des produits ou processus précédents d'une unité et a été mis à la disposition d'utilisateurs potentiels (produit) ou mis en œuvre par l'unité (processus)<sup>66</sup>.

Dans un deuxième temps, une recherche dans les banques de données a été menée pour chaque phase de la démarche de mise à l'échelle. Cela a permis de raffiner les stratégies à privilégier et de repérer des outils utiles pour soutenir l'implantation et la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans un vaste réseau comme celui du Québec.

Finalement, plusieurs guides et outils pour soutenir la mise à l'échelle publiés par des infrastructures en TC et en science de l'implantation ont inspiré la conception du présent guide.

### **Quelle approche privilégier pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses?**

Il est suggéré que les personnes qui soutiennent l'implantation de pratiques prometteuses se positionnent en facilitateur. Ce rôle consiste à inviter les personnes accompagnées à mobiliser leurs forces et leur autonomie » (p. 5)<sup>15</sup>. Au lieu de mettre à profit rapidement leur expertise, par ce rôle de soutien, elles tentent d'activer l'expertise et les connaissances des personnes accompagnées.

### **Qu'est-ce que la science de l'implantation?**

La « science de l'implantation » favorise la mise en œuvre de programmes en contexte réel<sup>12</sup>. Ainsi, elle propose une approche structurée pour favoriser l'utilisation des résultats issus de la recherche en les intégrant dans les pratiques courantes. Elle vise à soutenir l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et des services de santé et de services sociaux<sup>13</sup>.

La science de l'implantation combine :

- **une approche systématique** où l'accent est mis sur les méthodes permettant la standardisation et la réplique de pratiques<sup>6, 14</sup>;
- **des approches en sciences humaines** où l'accent est mis sur les facteurs sociaux et individuels<sup>6, 13</sup>;
- **la science de la complexité** où l'accent est mis sur le caractère imprévisible inhérent aux systèmes et à la nécessité d'utiliser des approches flexibles<sup>6</sup>.



Les principes à la base de l'approche de l'accompagnement<sup>15</sup> sont en cohérence avec les stratégies privilégiées en science de l'implantation et avec les principes en application des connaissances intégrée :

- Impliquer dès le début les acteurs concernés par le changement;
- Encourager la concertation tout au long de la démarche;
- Stimuler l'autonomie des milieux et les adaptations aux contextes tout en assurant le respect des processus et des structures du RSSS.

### Qu'est-ce que le transfert de connaissances?

L'expression « transfert de connaissances » (TC) est utilisée comme synonyme d'« application des connaissances » (AC)<sup>16</sup>, dont la définition provient des Instituts de recherche en santé du Canada<sup>17</sup>. L'AC est définie comme un « processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application des connaissances dans le but d'améliorer la santé des usagers, d'offrir des soins et services de santé, et de renforcer le système de santé [...] » (p. 1)<sup>17</sup>.

L'expression « application des connaissances intégrée » (ACi) est toutefois plus près de ce qui est privilégié dans le présent guide de même qu'en science de l'implantation. Dans l'ACi, les principes de l'AC sont appliqués en plus de ceux-ci : « la participation des utilisateurs des connaissances en tant que partenaires donnera lieu à une recherche plus pertinente 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 [...] » (p. 2)<sup>17</sup>.

## Que propose ce guide?

Ce guide est principalement structuré à partir du modèle *Knowledge to Action* (KTA) de Graham et autres<sup>44, 45</sup> (voir Figure 1). Lorsque des connaissances sont produites, le modèle KTA suggère des phases itératives pour augmenter les chances que les acteurs concernés intègrent ces connaissances dans leur pratique. Le modèle KTA inclut la détermination des besoins et des lacunes en matière de connaissances, l'adaptation des connaissances et des stratégies d'implantation en fonction du contexte, le suivi, l'évaluation et le maintien de la pratique pour ensuite retourner vers la création de nouvelles connaissances issues de la recherche et de l'expérience.

Dans ce guide, deux phases préliminaires ont été greffées au modèle KTA pour l'adapter à la mise à l'échelle : l'estimation du potentiel de mise à l'échelle et la planification de la démarche. Pour chaque phase de la démarche de mise à l'échelle, les éléments suivants sont présentés :

- Une brève introduction annonce l'objectif, présente les stratégies et propose des collaborateurs à impliquer.
- Des tableaux précisent les actions permettant de mettre en œuvre les stratégies privilégiées.
- Des références vers des outils sont proposées pour mettre en place certaines stratégies.

Un exemple tiré de l'expérience de la démarche québécoise *Optimiser les pratiques, les usages et les soins – Antipsychotiques* (OPUS-AP) illustre comment peuvent s'actualiser les stratégies dans un contexte québécois réel.

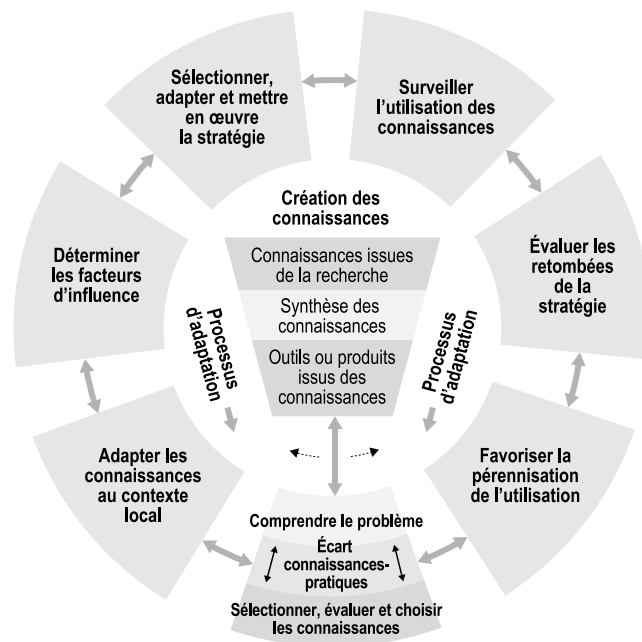


Figure 1. Adaptation du modèle Knowledge to action<sup>44, 45</sup>

## Comment est structuré ce guide?

Le guide est divisé en deux sections principales.

La première section est une synthèse de l'ensemble de la démarche de mise à l'échelle. S'y trouvent les éléments suivants :

- La structure de gouvernance proposée;
- Le schéma des phases de la démarche de mise à l'échelle et des stratégies privilégiées;
- Un aide-mémoire des stratégies et des actions;
- Un aide-mémoire des références proposées pour chaque phase.

La deuxième section présente les stratégies privilégiées pour chaque phase d'implantation ainsi que les actions pour mettre en œuvre ces stratégies. Les phases d'implantation sont les suivantes :

- A. Estimer le potentiel et planifier la mise à l'échelle
- B. Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique
- C. Adapter les connaissances au contexte
- D. Déterminer les facteurs d'influence
- E. Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies
- F. Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées
- G. Favoriser la pérennisation



Une démarche de mise à l'échelle implique un processus itératif lors du déploiement des phases afin d'adapter les actions selon les événements et la réalité des milieux.

Chaque démarche de mise à l'échelle mettra ainsi à profit des actions qui varieront en fonction du contexte.

## **Section 1. Synthèse de la démarche de mise à l'échelle**

Cette section est une synthèse de l'ensemble de la démarche de mise à l'échelle. S'y trouvent les éléments suivants :

- **La structure de gouvernance proposée**
- **Le schéma de la démarche de mise à l'échelle et des stratégies privilégiées**
- **Un aide-mémoire des stratégies et des actions**
- **Un aide-mémoire des références proposées pour chaque phase**

## Structure de gouvernance proposée pour favoriser la mise à l'échelle

La mise à l'échelle d'une pratique prometteuse dans le RSSS doit nécessairement être soutenue et coordonnée<sup>6, 18</sup>. Pour faciliter la mise à l'échelle, une structure de gouvernance flexible aurait avantage à être instaurée au début d'une démarche. La structure de gouvernance pourrait être inspirée des éléments du tableau suivant.

	Type de rôle	Acteurs
<b>Comité stratégique</b>	<b>Décisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestionnaire de la direction du MSSS propriétaire de la démarche de mise à l'échelle;</li> <li>▪ Gestionnaire de l'équipe de soutien à l'implantation et au transfert de connaissances de la Direction de la recherche et de la coordination interne du MSSS;</li> <li>▪ Gestionnaire de l'équipe d'accompagnement du CISSS ou CIUSSS mandaté.</li> </ul>
<b>Équipe d'accompagnement à la mise à l'échelle</b>	<b>Facilitateur Courtage de connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Professionnels du CISSS ou CIUSSS mandaté par la direction du MSSS propriétaire de la démarche de mise à l'échelle;</li> </ul> <p>Lorsque le projet entraîne des changements dans les pratiques cliniques, il convient de mobiliser diverses parties prenantes, en concertation avec les directions du MSSS concernées par la démarche, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acteurs et instances du RSSS concernés par la pratique à implanter (ex. : INESSS, INSPQ, tables nationales de coordination du RSSS, différentes directions des CISSS ou CIUSSS);</li> <li>▪ Organismes communautaires;</li> <li>▪ Ordres professionnels et associations de professionnels;</li> <li>▪ Regroupements de patients;</li> <li>▪ Universités affiliées au RSSS, instituts et centres de recherche, organisations spécialisées en TC, etc.</li> </ul>
<b>Comité de travail mis en place en fonction des besoins et du contexte</b>	<b>Conseiller</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usagers et leurs représentants;</li> <li>▪ Organisations partenaires du RSSS;</li> <li>▪ Experts-chercheurs intervenants et professionnels en lien avec la pratique prometteuse;</li> <li>▪ Experts en mesure et évaluation.</li> </ul>

## Schéma de la démarche de mise à l'échelle et des stratégies privilégiées

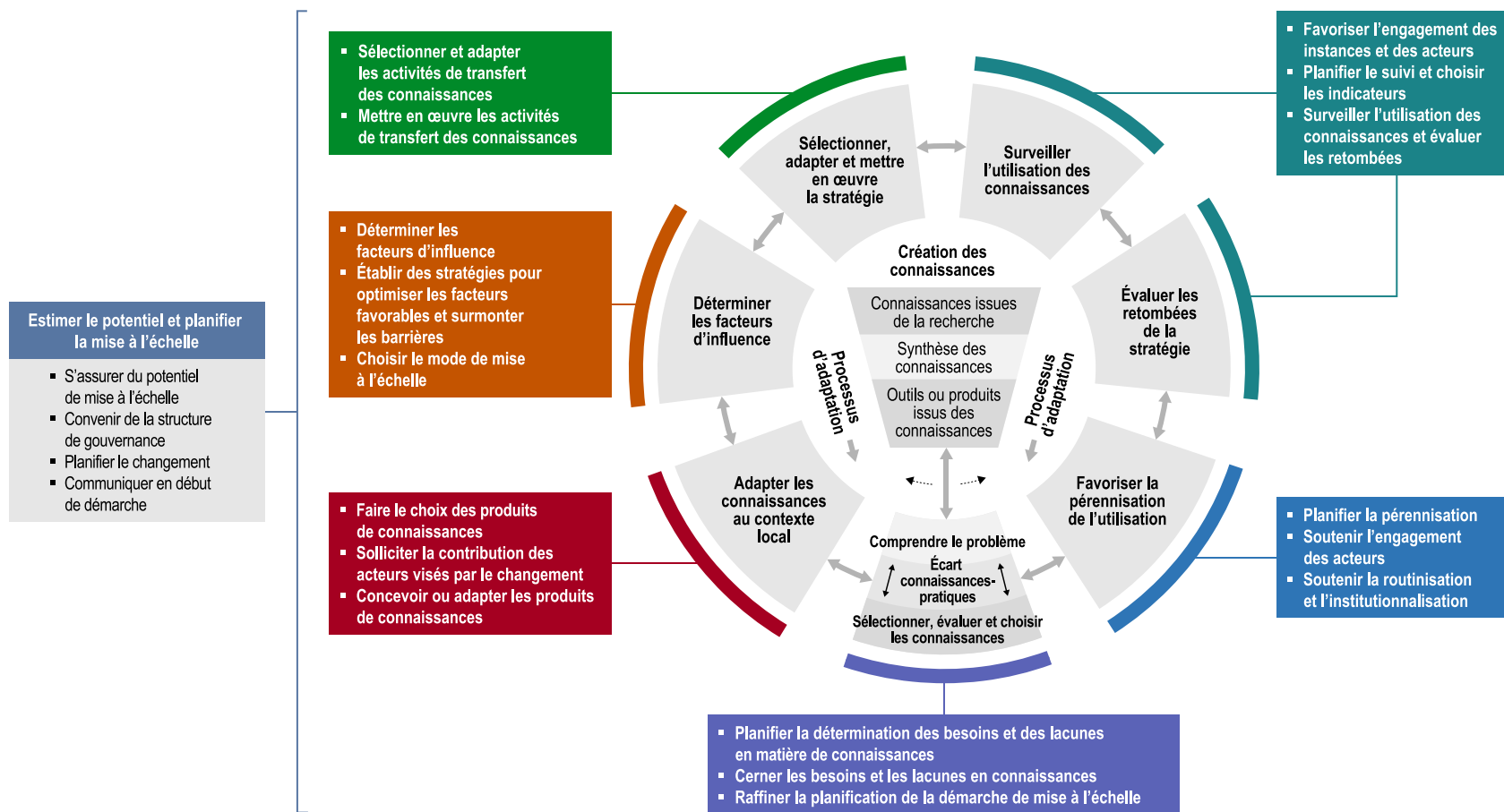


Figure 2. Schéma récapitulatif de la démarche de mise à l'échelle et des stratégies privilégiées  
Adaptation du modèle Knowledge to action<sup>44, 45</sup>

## Aide-mémoire des stratégies et des actions pour chaque phase de mise à l'échelle

Commenter ou cocher selon les décisions et les actions

### A. Estimer le potentiel et planifier la mise à l'échelle

#### S'assurer du potentiel de mise à l'échelle

- La démarche est autorisée au niveau hiérarchique
- L'impact de la pratique prometteuse (PP) et sa qualité ont été évalués
- La démarche d'implantation est cohérente avec le plan stratégique
- La PP a une portée et un potentiel d'adoption élevés
- Le système a la capacité de soutenir la mise à l'échelle de la PP
- Le potentiel de mise à l'échelle est jugé de manière globale

#### Convenir de la structure de gouvernance

- Une équipe d'accompagnement est mandatée
- Les instances stratégiques et tactiques sont désignées
- Les infrastructures déjà en place sont désignées et sollicitées

#### Planifier le changement

- Les attentes quant au changement sont circonscrites
- Les étapes nécessaires à la mise à l'échelle sont estimées
- Les facteurs d'influence sont estimés de manière préliminaire
- Le suivi et l'évaluation de la mise à l'échelle sont planifiés

#### Communiquer en début de démarche

- Un plan de mise à l'échelle de la PP est rédigé et validé
- Un plan de communication est rédigé

### B. Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique

#### Planifier l'identification des besoins et des lacunes

- L'angle d'analyse des écarts en matière de connaissances est choisi
- Des indicateurs pour mesurer les écarts et les besoins sont ciblés

#### Cerner les besoins et les lacunes en matière de connaissances

- Les personnes visées par le changement sont impliquées
- L'ampleur et la nature des écarts et des besoins sont précisées
- Un choix a été fait quant aux connaissances à transférer

#### Raffiner la planification de la démarche de mise à l'échelle

- Un budget réaliste a été estimé
- Le changement est légitimé par les instances
- Le changement est légitimé par les acteurs visés par le changement
- La planification est modifiée s'il y a lieu
- La pérennisation est planifiée

### C. Adapter les connaissances au contexte

#### Faire le choix des produits de connaissances

- Les produits de connaissances existants sont explorés
- Les produits de connaissances sont sélectionnés

#### Solliciter la contribution des acteurs visés par le changement

- Les acteurs contribuent à choisir les produits de connaissances
- Les milieux visés par le changement sont informés régulièrement

#### Concevoir ou adapter les produits de connaissances

- Les produits de connaissances sont conçus ou adaptés

## D. Déterminer les facteurs d'influence

### Déterminer les facteurs d'influence

- Les facteurs qui influencent la mise à l'échelle sont déterminés
- Des informations sont recherchées pour compléter la détermination des facteurs

### Établir des stratégies pour optimiser les facteurs favorables et surmonter les barrières

- Un bilan des facteurs d'influence a été rédigé
- Les barrières relatives à l'adhésion sont liées à des interventions particulières

### Choisir le mode de mise à l'échelle

- Les étapes de mise à l'échelle ont été réévaluées
- Les établissements participants ont été sélectionnés

## E. Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies

### Sélectionner et adapter les activités de TC

- Les acteurs cibles et les objectifs des activités de TC sont précisés
- Un plan de TC est conçu
- Les activités de TC ont été conçues
- Les stratégies TC ont été décrites

### Mettre en œuvre les activités de TC

- Des activités agissent sur le plan systémique
- Des activités agissent sur la mobilisation
- Des activités agissent sur le sentiment de crédibilité
- Des activités agissent sur le sentiment de cohérence
- Des activités agissent sur la compréhension de la pratique
- Des activités agissent sur l'accessibilité de l'information

## F. Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées

### Favoriser l'engagement des instances et des acteurs

- Les forces vives des établissements collaborent au suivi et à l'évaluation
- La rigueur du plan de suivi et d'évaluation est assurée

### Planifier le suivi et choisir les indicateurs

- Les moyens qui permettent le suivi et l'évaluation sont déterminés
- Les critères pour sélectionner les indicateurs sont déterminés
- Les indicateurs liés à la démarche d'implantation sont déterminés
- Les indicateurs liés à l'application de la PP sont déterminés

### Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées

- Des conditions favorisant l'utilisation des données sont mises en place
- Les résultats sont communiqués aux acteurs concernés

## G. Favoriser la pérennisation de l'utilisation de la pratique prometteuse

### Planifier la pérennisation

- Le mandatement et les modalités de communication sont planifiés
- Les indicateurs permanents de la mesure sont définis

### Soutenir l'engagement des acteurs

- L'engagement des prestataires de soins et de services est favorisé
- L'engagement des décideurs et des champions est favorisé

### Soutenir la routinisation et l'institutionnalisation

- La capacité de pérennisation est mesurée
- Le suivi de la PP est efficace et utile
- L'adaptation de la PP au contexte est assurée
- La cohérence de la PP avec les priorités et la culture est assurée
- Une infrastructure de soutien à l'application de la PP est présente



**Aide-mémoire des références proposées pour chaque phase de mise à l'échelle**


Modèles, cadres de référence et outils	Phases de l'implantation						
<b>Assessment of scalability of evidence-based innovations in community-based primary health care : a cross-sectional study</b> <sup>39</sup> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221806/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221806/</a>	A						
<b>Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance (RE-AIM)</b> <sup>19, 20</sup> <a href="https://www.re-aim.org/">https://www.re-aim.org/</a>	A						G
<b>Référentiel des infrastructures de transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux</b> <sup>21</sup>	A						
<b>The Implementation Research Logic Model : a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects</b> <sup>22</sup> <a href="https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01041-8#Abs1">https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01041-8#Abs1</a>	A			D	E	F	
<b>Pour des trajectoires de soins et de services performantes – Un outillage pour l'analyse et la mesure</b> <sup>23</sup>		B					
<b>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation Instrument for Health System</b> <sup>24</sup> <a href="https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-hs/">https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-hs/</a>			C				
<b>Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux</b> <sup>25</sup> <a href="https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/cadre-delaboration-des-guides-de-pratique-dans-le-secteur-des-services-sociaux.html">https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/cadre-delaboration-des-guides-de-pratique-dans-le-secteur-des-services-sociaux.html</a>			C				
<b>Élaboration et adaptation des guides de pratique</b> <sup>26</sup> <a href="https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/elaboration-et-adaptation-des-guides-de-pratique-2.html">https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/elaboration-et-adaptation-des-guides-de-pratique-2.html</a>			C				
<b>Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)</b> <sup>27</sup> <a href="https://cfirguide.org/">https://cfirguide.org/</a>				D			
<b>Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT)</b> <sup>28</sup> <a href="http://www.ijhpm.com/article_3474.html">http://www.ijhpm.com/article_3474.html</a>				D			
<b>Grille d'analyse SACO</b> <sup>29</sup> <a href="http://www.saco.uqam.ca/">http://www.saco.uqam.ca/</a>					E		
<b>Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances</b> <sup>30</sup> <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf</a>					E		
<b>Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques</b> <sup>15</sup> <a href="https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/connaissances/transfert-connaissances/guides-outils-et-liens-utiles/">msss.gouv.qc.ca/professionnels/connaissances/transfert-connaissances/guides-outils-et-liens-utiles/</a>					E		
<b>Utilization-Focused Evaluation Checklist</b> <sup>31</sup> <a href="https://www.betterevaluation.org/resource/guide/UFE_checklist">https://www.betterevaluation.org/resource/guide/UFE_checklist</a>						F	
<b>Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services</b> <sup>32</sup>						F	
<b>Program Sustainability Assessment Tool</b> <sup>33</sup> <a href="https://www.sustaintool.org/psat/">https://www.sustaintool.org/psat/</a>							G
<b>Normalization Process Theory Toolkit</b> <sup>34, 40</sup> <a href="http://www.normalizationprocess.org/npt-toolkit/">http://www.normalizationprocess.org/npt-toolkit/</a>							G

## **Section 2. Les phases de mise à l'échelle**

Cette section présente en détail les stratégies de chaque phase d'une mise à l'échelle. Elle inclut les phases suivantes :

- A. Estimer le potentiel et planifier la mise à l'échelle**
- B. Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique**
- C. Adapter les connaissances au contexte**
- D. Déterminer les facteurs d'influence**
- E. Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies**
- F. Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées**
- G. Favoriser la pérennisation**

## A. Estimer le potentiel et planifier la mise à l'échelle

### Quel est l'objectif de l'estimation du potentiel et de la planification de la mise à l'échelle?

Il s'agit d'abord de prendre une décision éclairée quant à la valeur ajoutée de la pratique prometteuse proposée pour les usagers, la population et l'ensemble du RSSS et quant à la capacité du RSSS à mobiliser et à investir les ressources nécessaires à sa mise en œuvre et à son maintien dans le temps.

Il s'agit ensuite de clarifier les objectifs et de déterminer l'ensemble des ressources qui devront être mises à contribution pour les atteindre.

### Pour bien se comprendre...

Le potentiel de mise à l'échelle (*scalability*) est la capacité d'une pratique dont l'efficacité a été démontrée à petite échelle ou dans des conditions contrôlées à être étendue dans des conditions réelles pour atteindre une plus grande proportion de la population, tout en conservant son efficacité<sup>35</sup>.

En plus du potentiel de mise à l'échelle, la durée et la qualité de chaque phase de la démarche d'implantation est dépendante<sup>12, 27, 36, 37</sup> :

- du leadership au MSSS et dans chaque établissement (ex. : formel et informel, engagement des décideurs et des gestionnaires intermédiaires ainsi que les gestes concrets qu'ils posent);
- des mécanismes adoptés (ex. : communication, collaboration, planification, suivi et rétroaction);
- des systèmes en soutien (ex. : système informationnel de gestion et de partage des données, infrastructures de soutien à la pérennité).





Un défi lié à l'estimation du potentiel de mise à l'échelle est de trouver un juste équilibre entre la nécessité de conserver la preuve de principe à l'origine de la pratique prometteuse et la nécessité de concevoir une formule adaptée à la mise à l'échelle<sup>38</sup>.

Un second défi concerne la nature imprévisible des réactions aux changements, ce qui implique une adaptation constante de la part des acteurs qui accompagnent la mise à l'échelle et des acteurs clés<sup>3</sup>.


Un troisième défi est l'intégration de l'amélioration des conditions de pérennisation dès la planification. Lorsque le maintien de la pratique est envisagé à la fin de la démarche, il est souvent trop tard pour être en mesure d'apporter les changements nécessaires pour maximiser le potentiel de pérennisation<sup>4</sup>.

## S'assurer du potentiel de mise à l'échelle



	Actions
<p><b>Obtenir l'autorisation hiérarchique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtenir l'autorisation hiérarchique afin que la direction propriétaire de l'initiative de la mise à l'échelle du MSSS soit légitimée de déployer les ressources permettant : <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'évaluer la possibilité de mener une démarche de mise à l'échelle;</li> <li>– de solliciter les conseils de l'équipe de soutien à l'implantation et au TC du MSSS, dont le rôle consiste à soutenir les directions du MSSS dans la coordination de démarches visant l'implantation et la mise à l'échelle des pratiques prometteuses dans le RSSS;</li> <li>– de déterminer l'infrastructure en TC du RSSS ayant l'expertise pour être mandatée et pour accompagner la direction propriétaire de la démarche.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>S'assurer des impacts positifs de la pratique et de sa qualité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que la pratique est crédible et qu'elle rejoint les critères de qualité d'une pratique pouvant être déployée à grande échelle dans de multiples contextes<sup>11, 18, 39, 41</sup>. Par exemple, la pratique : <ul style="list-style-type: none"> <li>– a été mise en œuvre dans au moins un établissement;</li> <li>– a fait l'objet d'une évaluation et atteint au moins la moitié des objectifs fixés par le projet d'origine;</li> <li>– rend disponibles des résultats fiables au sujet de l'effet de la pratique : l'efficacité dans un contexte optimal et l'efficacité dans un contexte réel;</li> <li>– démontre des effets positifs durant la période d'implantation (au moins 6 mois) pour la population ou pour l'organisation sur le plan de la qualité et de la performance;</li> <li>– repose sur un modèle théorique ou conceptuel établi;</li> <li>– est intégrée dans la routine des équipes ayant adopté la pratique (au moins durant les mois où le projet d'origine s'est déroulé).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>S'assurer de l'alignement stratégique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer si la pratique proposée est en cohérence avec les priorités et les orientations nationales<sup>18, 41, 42</sup>. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans quelle mesure le sentiment d'urgence pour régler le problème est-il partagé?</li> <li>– Dans quelle mesure l'engagement pour le changement est-il soutenu par un fort leadership?</li> <li>– Dans quelle mesure existe-t-il un engagement fort pour assurer le suivi de la mise à l'échelle?</li> </ul> </li> <li>▪ S'assurer du potentiel de financement adéquat durant les années de mise à l'échelle au MSSS et d'implantation dans les établissements<sup>18, 41</sup>.</li> <li>▪ S'assurer que la pratique proposée est compatible avec celles déjà utilisées dans les établissements<sup>18, 39, 41</sup>.</li> <li>▪ S'assurer que la pratique comporte des avantages tangibles et explicites si elle remplace une intervention déjà acquise<sup>18, 41</sup>.</li> </ul>

	Actions
<p><b>S'assurer de la portée de la pratique et de son potentiel d'adoption</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser le cadre de référence RE-AIM<sup>19, 20</sup> pour soutenir l'estimation de la portée et du potentiel d'adoption. </li> <li>▪ Déterminer la proportion et la représentativité de la population ciblée qui<sup>20</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– serait touchée par l'intervention telle que proposée par la pratique;</li> <li>– serait encline à recevoir l'intervention telle que proposée.</li> </ul> </li> <li>▪ S'assurer que la pratique prometteuse permet d'atteindre près de 80 % de la population qui en a besoin.</li> <li>▪ Déterminer la proportion d'établissements et des équipes directement visées qui seraient enclins à implanter la pratique proposée<sup>20</sup>.</li> </ul>
<p><b>S'assurer de la capacité du système</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer la capacité du MSSS et du RSSS à soutenir la mise à l'échelle et à maintenir les efforts pour assurer la routinisation et l'institutionnalisation de la pratique<sup>1, 18, 39, 42</sup>. Considérer :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– les coûts estimés et les sources de financement disponibles pour la mise à l'échelle et le maintien de la pratique;</li> <li>– les ressources humaines nécessaires à tous les niveaux;</li> <li>– la possibilité d'implanter en utilisant les systèmes et les infrastructures déjà en place;</li> <li>– la disponibilité en temps et en efforts de la direction propriétaire au MSSS, de l'infrastructure de coordination, des établissements et des équipes visées par le changement;</li> <li>– l'acceptabilité et l'engagement des acteurs clés stratégiques et visés par le changement.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Juger globalement du potentiel de mise à l'échelle avant d'amorcer la démarche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser la grille synthèse des critères proposés par la revue systématique de Ben Charif et ses collaborateurs<sup>39</sup>. </li> <li>▪ Prendre le temps d'améliorer le potentiel de mise à l'échelle avant de passer à sa planification<sup>38</sup>. Par exemple :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– favoriser l'adhésion des acteurs stratégiques en les informant mieux ou davantage;</li> <li>– rechercher plus de soutien de financement.</li> </ul> </li> <li>▪ Décider de ne pas mettre à l'échelle la pratique si son potentiel est limité (ex. : trop coûteux, indisponibilité des ressources, intervention trop complexe, etc.)<sup>43</sup>.             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estimer la possibilité de tester et de mettre à l'échelle une autre pratique qui répondrait aux mêmes besoins.</li> </ul> </li> </ul>

## Convenir de la structure de gouvernance

	Actions
<p><b>Mandater l'équipe d'accompagnement de la mise à l'échelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rechercher une équipe dans le RSSS ayant une expertise en facilitation et en courtage des connaissances. Cette équipe possède des caractéristiques comme<sup>43</sup> :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– une crédibilité reconnue dans le RSSS;</li> <li>– une bonne compréhension du contexte politique et culturel du RSSS ainsi que de ses forces et limites;</li> <li>– une capacité à mobiliser les décideurs, les bailleurs de fonds potentiels et les personnes visées par le changement;</li> <li>– une capacité à soutenir et à coordonner les activités de mise à l'échelle pendant une longue période.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Convenir des instances stratégiques et tactiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convenir du comité stratégique qui :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– sera l'instance responsable de la mise à l'échelle de la pratique proposée;</li> <li>– sera imputable de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la démarche.</li> </ul> </li> <li>▪ Convenir des comités de travail nécessaires à l'avancement des travaux et adapter la composition des acteurs présents en fonction des besoins.</li> </ul>
<p><b>S'insérer dans les infrastructures déjà en place</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repérer les instances et les comités déjà en place. Vérifier si l'utilisation de ces lieux de discussion et de décision pourrait être pertinente et possible<sup>42</sup>.</li> <li>▪ Vérifier si le RSSS fait face à des démarches de changements en parallèle, si des projets partagent des objectifs similaires ou visent les mêmes utilisateurs. Tenter de coordonner les divers travaux<sup>42</sup>.</li> <li>▪ Repérer les infrastructures du RSSS possédant l'expérience et les compétences liées à la pratique proposée, au travail collaboratif, à l'implantation et au TC et solliciter leur collaboration. </li> </ul>

## Planifier le changement

	Actions
<b>Circonscrire les attentes quant au changement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire la pratique prometteuse et déterminer ses composantes clés<sup>18, 42</sup>.</li> <li>▪ Concevoir le modèle logique des activités de mise à l'échelle pour assurer la relation entre les objectifs, les ressources à mobiliser, les activités à réaliser et les résultats recherchés<sup>22</sup>.</li> <li>▪ Déterminer concrètement ce qui doit être mis à l'échelle<sup>18, 42</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quelles composantes de la pratique proposée doivent être conservées pour assurer son efficacité; lesquelles peuvent être simplifiées ou adaptées?</li> </ul> </li> <li>▪ Préciser l'unité de référence qui est visée par le changement (une équipe, une direction, un réseau local de services, etc.)<sup>7</sup>.</li> </ul> 
<b>Estimer les étapes nécessaires à la mise à l'échelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planifier des cycles courts de 30 ou de 60 jours d'actions et d'ajustements dès l'implantation initiale<sup>2</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fixer des objectifs clairs et précis à atteindre.</li> </ul> </li> <li>▪ Penser la mise à l'échelle en plusieurs étapes (implantation dans quelques milieux avant la mise à l'échelle dans l'ensemble des milieux visés)<sup>7</sup>.</li> </ul>
<b>Déterminer de manière préliminaire les facteurs d'influence de la mise à l'échelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser le site Internet du cadre de référence RE-AIM : <a href="http://re-aim.org">re-aim.org</a><sup>20</sup>.</li> <li>▪ Déterminer, selon les connaissances préliminaires, les facteurs favorables et les barrières à la mise à l'échelle liés<sup>18, 22, 27</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– à la pratique proposée;</li> <li>– à la structure de gouvernance et à ses processus de communication, de planification et de coordination;</li> <li>– aux établissements et aux acteurs visés par le changement;</li> <li>– au contexte socioculturel, économique et politique de manière globale.</li> </ul> </li> </ul> 
<b>Planifier le suivi et l'évaluation de la mise à l'échelle</b>	<b>Consulter la phase « Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées »</b>

## Communiquer en début de démarche

	Actions
Rédiger le plan de mise à l'échelle et le faire valider	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résumer la vision et les analyses de l'estimation du potentiel et de la planification<sup>18</sup>.</li> <li>▪ Valider le plan auprès du comité stratégique et des instances appropriées.</li> <li>▪ Faire les ajustements nécessaires afin que le plan représente la vision partagée du changement<sup>43</sup>.</li> </ul>
Rédiger un plan de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solliciter la contribution d'un service spécialisé en matière de communication.</li> <li>▪ Planifier la conception d'un plan de communication pour informer et pour favoriser l'engagement :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– des acteurs visés par le changement;</li> <li>– des usagers ainsi que de leurs proches et représentants.</li> </ul> </li> </ul>

### Où trouver les outils proposés?

#### Pour préciser la portée et le potentiel d'adoption de la pratique, consulter :

- le site Internet du cadre de référence *Reach Efficacy Adoption Implementation Maintenance* (RE-AIM)<sup>19, 20</sup> <https://www.re-aim.org/>

#### Pour juger si le potentiel de mise à l'échelle est satisfaisant avant d'amorcer la démarche, consulter :

- la grille synthèse des critères pour estimer le potentiel de mise à l'échelle qui se trouve en annexe de l'article *Assessment of scalability of evidence-based innovations in community-based primary health care : a cross-sectional study*<sup>39</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221806/>

#### Pour trouver des infrastructures en transfert de connaissances, consulter :

- le *Référentiel des infrastructures de transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux*<sup>21</sup> [msss.gouv.qc.ca](https://msss.gouv.qc.ca) section Publications

#### Pour concevoir un modèle logique, consulter :

- l'article et les annexes de l'article *The Implementation Research Logic Model : a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects*<sup>22</sup> <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01041-8#Abs1Dissemination>

#### Pour déterminer de manière préliminaire les facteurs d'influence, consulter :

- le site Internet du cadre de référence *Reach Efficacy Adoption Implementation Maintenance* (RE-AIM)<sup>19, 20</sup> <https://www.re-aim.org/>



## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### *Qu'est-ce que la démarche conçue et implantée?*

La démarche *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques* (OPUS-AP) vise à améliorer la qualité et l'expérience des soins dans les CHSLD pour les personnes présentant un trouble neurocognitif (TNC) majeur, leurs proches et le personnel.

La démarche a été conçue et implantée en collaboration avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), le MSSS, l'INESSS et des experts québécois des quatre réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS). La raison d'être de cette démarche est la prescription inappropriée de médicaments chez des aînés qui résident dans un centre de soins longue durée. Cette situation problématique est observée de manière récurrente au Québec comme dans de nombreux pays. En 2017, le MSSS et les CISSS et CIUSSS qui prodiguent des soins de longue durée ont convenu d'implanter une démarche collaborative intégrée pour améliorer cette situation.

L'implantation de la démarche OPUS-AP s'est déroulée de manière progressive (2018, 2019 et 2021) dans une trentaine d'unités de soins dans un premier temps et dans environ 330 unités dans un deuxième temps. Dans un troisième temps, ce sont tous les CHSLD du Québec qui sont visés par la démarche. L'implantation a fait l'objet d'une évaluation des effets de l'intervention pour permettre des ajustements et augmenter les chances de succès de la mise à l'échelle<sup>71</sup>. Elle a également fait l'objet d'une évaluation qui visait à documenter et à analyser la démarche d'implantation<sup>72</sup>.

La planification de la démarche OPUS-AP inclut notamment les éléments suivants :

- **Développement d'une proposition de projet** à l'échelle du Québec
- **Approbation de la proposition par le comité des directions du MSSS**
- **Mise en place de la cellule stratégique** (quatre RUIS, MSSS et INESSS) pour l'analyse approfondie de la pertinence et de la faisabilité du projet à l'échelle du Québec
- **Proposition et adoption d'un plan de déploiement** du projet à l'échelle du Québec
- **Mandatement de l'INESSS** pour la mise en place d'un comité scientifique et la production de guides de pratiques
- **Financement**
- **Mise en place de la structure de gouverne et de soutien**
- **Développement du Manuel d'organisation du projet (MOP)**, qui guide l'orientation, la mise en œuvre et le suivi du projet. Il s'agit de l'énoncé officiel du mandat.

## B. Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique

### Quel est l'objectif de la phase d'identification de l'écart entre les connaissances et la pratique?

Il s'agit d'abord de définir la situation idéale de soins et de services dans le RSSS selon les données scientifiques disponibles et l'écart entre cette situation idéale et les pratiques réelles sur le terrain.

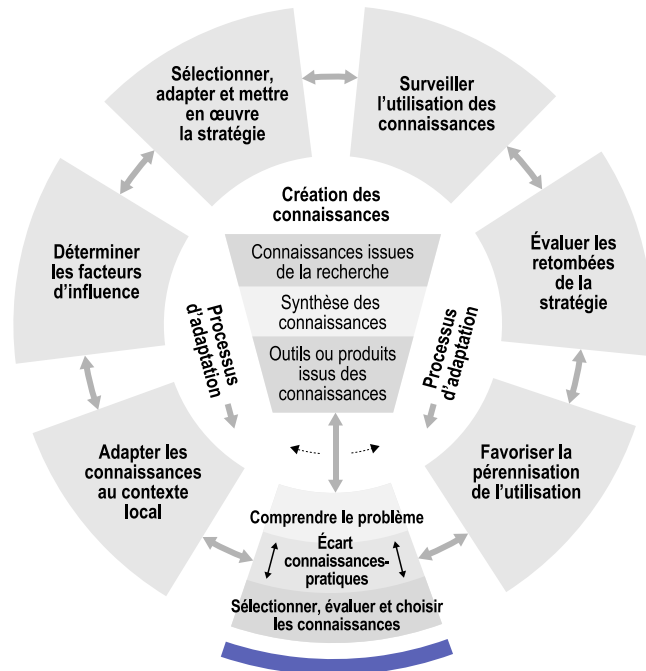
Ensuite, l'objectif est de statuer sur l'utilité de susciter un changement de pratique clinique ou organisationnelle en réalisant une mise à l'échelle dans le RSSS<sup>45</sup>.

### Pour bien se comprendre...

Une lacune ou un besoin en matière de connaissances dans le RSSS peuvent être détectés de deux façons pour améliorer la pratique. De la première façon, un problème est repéré à partir d'informations qui proviennent de l'extérieur des équipes du RSSS visées par le changement<sup>46</sup>, par exemple lorsqu'une pratique prometteuse implantée dans une autre province semble intéressante. Cela implique de valider les bénéfices et les retombées de la pratique prometteuse et de déterminer la pertinence de déployer des efforts afin que le RSSS l'adopte.

De la deuxième façon, le problème est repéré à partir d'informations qui proviennent de l'intérieur du RSSS<sup>46</sup>, par exemple lorsque des acteurs font état d'un enjeu clinique ou organisationnel.

Dans les deux cas, l'implication des personnes visées par le changement et la création d'un dialogue bidirectionnel sont essentielles<sup>3</sup>. De même, la collaboration avec la recherche est un atout indéniable pour créer les connaissances, en faire la synthèse et les rendre disponibles aux décideurs et aux acteurs visés par le changement<sup>44</sup>.



Dans le cas d'une pratique existante dans un autre système de santé, les défis majeurs sont liés à son applicabilité dans les processus et les structures du RSSS et, par le fait même, à son acceptabilité<sup>27</sup>.

Dans le cas d'une pratique qui est jugée prometteuse, mais qui n'a pas fait l'objet d'une longue mise en œuvre dans plusieurs contextes, le défi principal est d'assurer la mise à l'épreuve de cette pratique avant la mise à l'échelle<sup>27</sup>.

## Planifier l'identification des besoins et des lacunes

	Actions
<b>Choisir l'angle d'analyse des besoins et des écarts de connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Solliciter la collaboration des directions spécialisées dans la mesure (ex. : Direction de la qualité, de l'évaluation et de la performance).</li><li>▪ Choisir les méthodes à utiliser pour faire le portrait des besoins de connaissances et des écarts et faire valider ces choix par le comité stratégique<sup>45</sup>.</li><li>▪ S'assurer de définir les besoins de connaissances et les écarts selon différentes perspectives, soit sur le plan<sup>45, 47</sup> :<ul style="list-style-type: none"><li>– de la population desservie;</li><li>– des prestataires de soins et de services;</li><li>– de l'organisation ou de la structure;</li><li>– des organismes qui contribuent à l'offre de services.</li></ul></li></ul>
<b>Cibler les indicateurs pour mesurer les écarts et les besoins de connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Utiliser les informations de type qualitatif et quantitatif disponibles au MSSS, dans les établissements, chez les partenaires et les centres de données statistiques.</li><li>▪ Cibler des indicateurs de qualité des soins et des services tels que ceux proposés par Thiebaut et ses collaborateurs<sup>23</sup>, permettant de mesurer et d'analyser les besoins et les écarts de connaissances<sup>47</sup>, par exemple :<ul style="list-style-type: none"><li>– l'utilisation de protocoles, de directives cliniques et de politiques liés à la pratique;</li><li>– le nombre d'heures ou le budget associés au soutien clinique et à la formation des équipes concernées par la pratique;</li><li>– le niveau du sentiment de confiance et de contrôle des usagers après une intervention qui concerne la pratique proposée.</li></ul></li></ul>



## **Cerner les besoins et les lacunes en matière de connaissances**

	Actions
<p><b>Impliquer les personnes visées par le changement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulter des acteurs et des gestionnaires visés par le changement afin d'explorer<sup>1, 25</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– la reconnaissance des lacunes et du besoin de changement;</li> <li>– le désir de contribuer au changement de la pratique, par exemple chez les équipes de soins et de services, les établissements, les directions ministérielles concernées, etc.;</li> <li>– les perceptions d'enjeux potentiels;</li> <li>– les différents besoins de connaissances et de soutien des équipes et des décideurs;</li> <li>– l'historique des efforts et des expériences antérieures qui visaient à répondre au même besoin.</li> </ul> </li> <li>▪ Vérifier auprès des usagers, de la population ou de représentants (ex. : comité des usagers ou service de l'expérience des usagers)<sup>32, 47</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– les différentes attitudes à l'égard du changement proposé;</li> <li>– les enjeux potentiels perçus ainsi que les pistes de solution.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Préciser l'ampleur et la nature des écarts et des besoins de connaissances</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vérifier si le besoin ou l'écart de connaissances est le même partout dans le système et préciser les types de variabilités dans les pratiques<sup>47, 48</sup>.</li> <li>▪ Préciser qui possède le besoin ou présente la lacune en matière de connaissances<sup>47, 48</sup> (ex. : titre d'emploi, service, unité de soins, niveau organisationnel).</li> </ul>
<p><b>Choisir les connaissances à transférer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioriser judicieusement les besoins et les lacunes parmi ceux déterminés en fonction<sup>48</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– de la réceptivité des différents niveaux organisationnels;</li> <li>– des priorités ministérielles et des enjeux de santé publique;</li> <li>– de la capacité organisationnelle à combler le besoin ou la lacune en matière de connaissances.</li> </ul> </li> <li>▪ Lier ces besoins et ces lacunes en matière de connaissances avec les composantes appropriées de la pratique proposée<sup>48</sup>.</li> </ul>

## Raffiner la planification de la démarche de mise à l'échelle

	Actions
<p><b>Estimer le budget de manière réaliste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Étudier avec précision le budget nécessaire aux activités favorisant la mise à l'échelle et le maintien de la pratique prometteuse<sup>49</sup>, par exemple les frais associés aux éléments suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Collaboration pour la conception d'outils de TC cliniques, de gestion ou d'information ainsi que pour leur mise à jour;</li> <li>– Collaboration de facilitateurs ou de formateurs;</li> <li>– Collaboration pour l'évaluation;</li> <li>– Planification et animation d'événements rassembleurs;</li> <li>– Achat, gestion et maintenance de matériel technique ou de systèmes informationnels;</li> <li>– Développement continu des connaissances et des compétences.</li> </ul> </li> <li>▪ Utiliser une méthode pragmatique pour estimer les coûts des stratégies d'implantation et de pérennisation<sup>63, 64</sup>.</li> </ul>
<p><b>Légitimer le changement auprès des instances des CISSS ou CIUSSS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter le projet aux décideurs de manière à favoriser une vision partagée du changement (ex. : directions du MSSS, comité de gestion du réseau, tables nationales des directions)<sup>2</sup> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Choisir de manière stratégique les présentateurs (ex. : un leader d'opinion, un porteur);</li> <li>– Mettre l'accent sur la raison du changement proposé et sur les avantages de ce changement pour le RSSS (pour les usagers, les prestataires de soins et de services, la performance, etc.)<sup>3</sup>;</li> <li>– Exposer les conditions de succès présentes ainsi que les obstacles potentiels à la mise en œuvre;</li> <li>– Illustrer clairement en quoi la proposition est en cohérence avec les priorités organisationnelles et avec le plan stratégique.</li> </ul> </li> <li>▪ Exposer clairement le modèle logique de la démarche proposée, sans oublier<sup>2, 22</sup> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– la sollicitation des ressources humaines des établissements et les répercussions potentielles sur les soins et services durant la démarche;</li> <li>– les collaborations présentes et à solliciter dans le RSSS;</li> <li>– l'arrimage avec les autres initiatives en cours et déjà implantées.</li> </ul> </li> <li>▪ Être à l'écoute des questionnements et des préoccupations et convenir des suivis.</li> </ul>

	Actions
Légitimer le changement auprès des acteurs visés par le changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter le projet dans des formules adaptées aux différents groupes concernés (ex. : médecins, gestionnaires intermédiaires, prestataires de soins et de services, etc.), de manière à<sup>2</sup> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– préparer les acteurs quant à un prochain changement;</li> <li>– offrir la possibilité d'influencer le changement;</li> <li>– favoriser une vision partagée du changement;</li> <li>– créer du sens en explicitant les besoins des usagers et les bénéfices anticipés.</li> </ul> </li> <li>▪ Être à l'écoute des questionnements et des préoccupations et convenir des suivis.</li> </ul>
Ajuster la planification et faire un suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revoir les éléments de la planification en fonction des connaissances acquises durant la phase en cours. Apporter des ajustements s'il y a lieu.</li> <li>▪ Assurer le suivi auprès du comité stratégique et convenir des ajustements, s'il y a lieu.</li> </ul>
Planifier la pérennisation	<b>Consulter la phase « Favoriser la pérennisation »</b>

 **Où trouver les outils proposés?**

**Pour cibler des indicateurs de qualité des soins et des services, consulter :**

- le document *Pour des trajectoires de soins et de services performantes : un outillage pour l'analyse et la mesure*<sup>23</sup>

## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### **Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée?**

La conception de la démarche OPUS-AP s'est amorcée à partir des caractéristiques fondatrices du projet implanté par la FCASS et en tenant compte de la perception des avantages et des bénéfices pour les résidents, leurs proches et le personnel soignant en CHSLD. L'exploration initiale et le signalement de l'innovation ont été portés par le RUIS de l'Université de Sherbrooke.

Les problèmes vécus en CHSLD ont été soulevés par la cellule stratégique et une vingtaine d'experts consultés. **Des objectifs de la démarche OPUS-AP, accompagnés d'une vingtaine d'indicateurs visant à améliorer la situation, ont été définis.**

Les besoins et les lacunes en matière de connaissances répertoriés à ce moment ainsi que la planification initiale de la démarche (budget, partenaires, échéancier, etc.) ont été présentés au comité de gestion du réseau (CGR) dans le *Manuel d'organisation de projet*. Cette présentation a permis d'obtenir l'approbation des présidents-directeurs généraux (PDG) des CISSS et CIUSSS. **Les besoins et lacunes en matière de connaissances** sont :

- des pratiques souvent en vase clos 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 quant aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) associés aux troubles neurocognitifs (TNC);
- une prévalence élevée du recours inapproprié aux antipsychotiques 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 par le recours approprié aux approches de base, aux principes de communication et aux interventions non pharmacologiques individualisées pour en arriver à un usage optimal des antipsychotiques, de même qu'en matière de collecte et de gestion d'informations aux fins d'amélioration des soins;
- la nécessité de favoriser un recours plus efficace aux intervenants et aux professionnels de la santé et des services sociaux concernés ainsi qu'aux autres membres du personnel et d'assurer une participation accrue des usagers et de leurs proches (soins prodigués au bon patient, au bon moment, par le bon intervenant);
- le besoin d'implanter une véritable approche collaborative entre le médecin de famille, l'infirmière, le pharmacien, le préposé aux bénéficiaires et la famille, favorisant ainsi le développement et la mise en œuvre d'interventions intégrées.

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.

## C. Adapter les connaissances au contexte

### Quel est l'objectif de la phase d'adaptation des connaissances au contexte local?

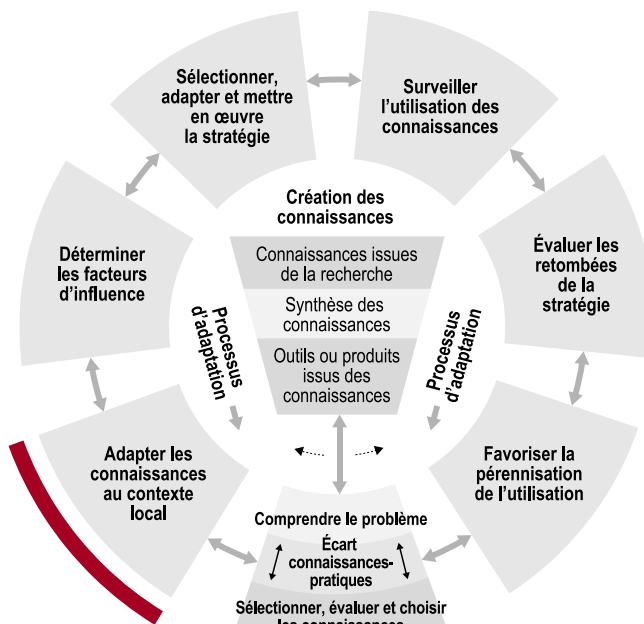
Il s'agit de concevoir ou d'adapter des outils de connaissances pour favoriser l'utilisation de la pratique prometteuse en s'assurant qu'ils soient alignés sur 1) les meilleures données scientifiques disponibles et 2) le contexte<sup>45</sup>.

#### Pour bien se comprendre...

Avant d'investir dans la conception d'outils de connaissances, il s'avère utile de vérifier si d'autres instances crédibles n'en ont pas déjà conçu (dans le RSSS, au Canada ou ailleurs).

Un outil, comme un guide de pratiques cliniques ou un outil d'aide à la décision, créé pour un contexte particulier (ex. : un projet pilote dans le cadre d'une recherche) ne peut pas toujours être appliqué tel quel dans un milieu différent. Même quand une pratique est appuyée par des résultats de recherche, elle doit être cohérente avec les milieux visés pour être pertinente ou applicable<sup>46</sup>. Chaque système de santé et de services sociaux est unique, que ce soit en raison des priorités actuelles du RSSS, des ressources disponibles, de la population desservie, de l'encadrement de la pratique par les ordres professionnels, des aspects légaux, etc.

Lors de cette phase, l'équipe d'accompagnement à la mise à l'échelle sera appelée à collaborer de manière active avec des centres de recherche ou des chercheurs, des directions concernées du MSSS et des établissements ainsi que des partenaires spécialisés en élaboration de recommandations et d'outils de connaissances (ex. : INESSS).



Au cours de cette phase, un des défis est de conserver le dialogue continu et régulier avec les acteurs et les milieux concernés par le changement. Ces acteurs, qu'ils soient gestionnaires, prestataires de soins et de services, usagers ou partenaires du RSSS, jouent un rôle de premier plan dans le processus de changement<sup>46</sup>.



### **Faire le choix des produits de connaissances**

	<b>Actions</b>
<b>Faire une exploration des produits de connaissances existants</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vérifier si le RSSS a déjà produit des documents venant répondre au besoin et à la lacune en lien avec la pratique prometteuse à implanter<sup>45</sup> (ex. : synthèse des connaissances par une équipe de courtage, outils d'aide à la décision, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, guide, etc.).</li><li>▪ Collaborer avec un bibliothécaire pour trouver des produits de connaissances publiés par d'autres systèmes de santé.</li></ul>
<b>Sélectionner les produits de connaissances existants</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Faire une évaluation critique des documents, des outils et des guides de pratiques trouvés en considérant<sup>24</sup> :<ul style="list-style-type: none"><li>– l'objet et la portée (objectifs généraux, population cible);</li><li>– la participation des intervenants dans la conception;</li><li>– la rigueur de l'élaboration du produit de connaissances;</li><li>– la clarté et la présentation (ex. : pertinence des recommandations, simplicité de lecture et de recherche de renseignements);</li><li>– la possibilité de mise en application;</li><li>– l'indépendance de la rédaction.</li></ul></li></ul>



## **Solliciter la contribution des acteurs visés par le changement**

	<b>Actions</b>
<p><b>Mobiliser les acteurs lors du choix des produits de connaissances</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solliciter la contribution de personnes ou d'instances qui représentent les groupes concernés par le changement<sup>25</sup>, par exemple réaliser :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– un sondage auprès d'intervenants sur la pertinence des choix proposés;</li> <li>– une consultation auprès du service de l'expérience patient, de comités des usagers et d'associations pertinentes;</li> <li>– une présentation synthèse auprès d'instances nationales (ex. : comité de gouvernance du réseau, tables nationales de direction).</li> </ul> </li> <li>▪ Valider les versions préfinales avec les acteurs visés par le changement. Tenir compte des commentaires et des suggestions lorsque possible afin de favoriser le lien de confiance avec les milieux<sup>25</sup>.</li> </ul>
<p><b>Informier régulièrement les milieux visés par le changement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Établir un lien étroit avec les responsables des communications des établissements concernés pour<sup>2</sup> :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– assurer le suivi et l'ajustement du plan de communication (contenus, formats, modalités);</li> <li>– cibler des modalités efficaces pour joindre les différents publics (directions, équipes de soins et de services, usagers et patients, partenaires du milieu communautaire, etc.);</li> <li>– informer sur l'avancement de la démarche, les contributions, les activités à venir, etc.</li> </ul> </li> <li>▪ Envisager des stratégies efficaces en communication si des produits (ex. : outils, dépliants, page Internet) sont conçus sans le soutien d'instances expertes en communication.</li> </ul>

## Concevoir ou adapter les produits de connaissances

	Actions
<b>Concevoir ou adapter les produits de connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mandater une instance spécialisée dans la rédaction de produits de connaissances du RISSS ou ses partenaires pour réaliser cette étape ou pour soutenir sa réalisation (ex. : INESSS ou une équipe de TC).</li><li>▪ Considérer les éléments suivants lors de la conception ou de l'adaptation des outils de connaissances<sup>25, 50</sup> :<ul style="list-style-type: none"><li>– L'engagement des acteurs clés (y compris leur crédibilité et l'absence de conflits d'intérêts);</li><li>– La revue de littérature des pratiques fondées sur les preuves;</li><li>– L'applicabilité et la faisabilité;</li><li>– La conservation des éléments fondamentaux de la pratique d'origine qui font d'elle une pratique prometteuse<sup>42</sup>.</li></ul></li></ul>

### Où trouver les outils proposés?

#### **Pour faire une exploration d'outils existants, consulter :**

- le site canadien du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre>
- le site du National Institutes for Health and Care Excellence (NICE) <https://www.nice.org.uk/guidance>
- le site Guidelines International Network (G-I-N) <https://guidelines.ebmportal.com/>
- Le site du Gouvernement de l'Australie <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>

#### **Pour sélectionner des outils de connaissances existants en fonction de leur qualité, utiliser :**

- l'outil AGREE II <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-hs/>
- l'outil AGREE-HS <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>

#### **Pour concevoir ou adapter des outils de connaissances, consulter :**

- le document *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*<sup>25</sup> <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/cadre-delaboration-des-guides-de-pratique-dans-le-secteur-des-services-sociaux.html>
- le document *Élaboration et adaptation des guides de pratique*<sup>26</sup> <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/elaboration-et-adaptation-des-guides-de-pratique-2.html>

## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### *Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée?*

Afin de confirmer les assises scientifiques de la réduction ou de la cessation de médicaments antipsychotiques pour les personnes atteintes du trouble de démence (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD]) et d'analyser de façon approfondie la pertinence et la faisabilité du projet à l'échelle du Québec, **l'INESSS, mandaté par la cellule stratégique, a constitué un comité scientifique pour recenser les écrits au sujet des lignes directrices et des recommandations** liées à l'usage optimal des antipsychotiques et à la prise en charge non pharmacologique des SCPD en CHSLD.

Un **examen préliminaire du potentiel de l'innovation** a donc été réalisé, plus précisément une :

- revue exploratoire de la littérature scientifique et grise (ex. : données de prévalence d'usage des antipsychotiques, positions de groupes d'experts, lignes directrices, expériences similaires, etc.);
- documentation préliminaire des caractéristiques de l'innovation;
- mise en contraste de l'innovation avec les grands constats issus de la revue de littérature.

L'INESSS a ainsi produit et publié un avis scientifique à ce sujet et des outils de transfert de connaissances<sup>74</sup>.

La FCASS et les experts du RSSS impliqués ont également contribué à **l'établissement des fondements de la démarche** en :

- **partageant la documentation et les outils produits dans le cadre de projets collaboratifs similaires;**
- **élaborant un curriculum de formation et du matériel adapté par des experts du RSSS;**
- **planifiant le soutien aux équipes;**
- **en soutenant les établissements dans le cadre du suivi et de la collecte des données.**

## D. Déterminer les facteurs d'influence

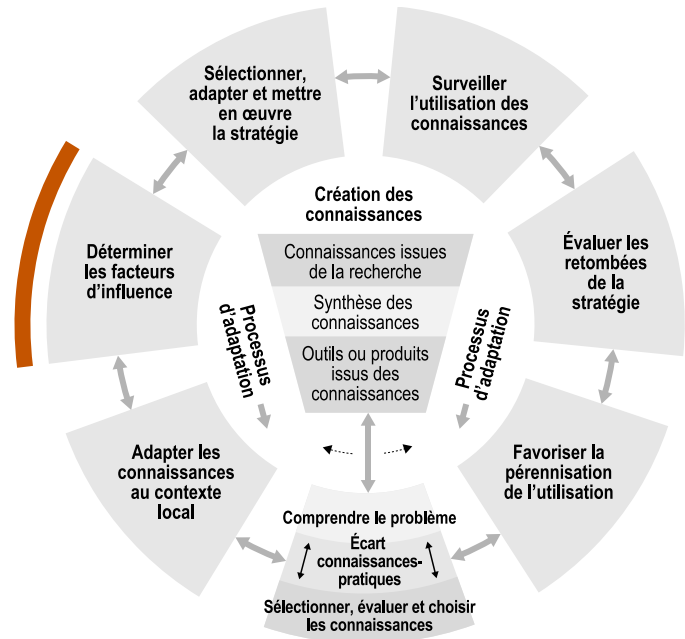
### Quel est l'objectif de la phase d'identification des facteurs d'influence?

Il s'agit d'être en mesure d'estimer la probabilité d'utilisation d'une nouvelle pratique par les personnes visées par le changement<sup>45</sup>.

C'est aussi à la fin de cette phase qu'il est nécessaire de se positionner sur le bon moment pour commencer la mise en œuvre de la démarche.

### Pour bien se comprendre...

Les facteurs favorables et les barrières sont d'ordres multiples et impliquent l'ensemble des acteurs concernés (comité stratégique, directions cliniques et de soutien visées par le changement, etc.).




La présence de barrières est normale et ne devrait pas justifier à elle seule l'abandon d'une démarche de mise en œuvre de pratiques prometteuses en vue d'améliorer la qualité des soins et des services. Voici quelques-unes des fréquentes barrières à l'utilisation des connaissances. L'individu, le groupe ou l'organisation<sup>45</sup> :

- est peu sensibilisé à la pratique proposée, y est peu familier ou oublie de l'appliquer;
- est en désaccord ou remet en question la pratique (ex. : croit qu'elle n'est pas suffisamment efficace, considère qu'elle n'est pas applicable ou qu'elle réduit l'autonomie professionnelle, manque de confiance envers les responsables de la mise en œuvre);
- anticipe que la pratique n'améliorera pas les soins et services ni la santé des usagers;
- manque de confiance envers ses propres capacités à appliquer la pratique;
- manque de motivation pour appliquer la pratique.



Un des défis de cette phase est de mettre en place des moyens pour surmonter les obstacles et optimiser les facilitateurs même si ces actions peuvent paraître longues<sup>45</sup>.

Le suivi en continu des facilitateurs et des obstacles est nécessaire puisqu'ils pourraient émerger tout au long de la démarche<sup>14</sup>.

	Actions
<p><b>Déterminer les facteurs qui influencent la mise à l'échelle en utilisant un cadre de référence reconnu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser la liste des facteurs d'influence qui ont été estimés de manière préliminaire à la phase « Planifier la mise à l'échelle ».</li> <li>▪ Explorer les obstacles et les éléments favorables qui sont liés<sup>27</sup> :  <ul style="list-style-type: none"> <li>– à la pratique prometteuse (son adaptabilité, sa complexité, les coûts de sa technologie s'il y a lieu, etc.);</li> <li>– au contexte externe (les besoins des usagers, la pression de la population, des recommandations de l'OMS, etc.);</li> <li>– au contexte interne à l'établissement et aux organisations du réseau territorial de services (RTS) qui sont impliquées dans la démarche (l'engagement des décideurs, la réceptivité pour mener un changement, la clarté des objectifs et des priorités, etc.);</li> <li>– aux caractéristiques des acteurs visés par la démarche d'implantation (le sentiment de capacité et de compétence, les connaissances au sujet de la pratique prometteuse, etc.);</li> <li>– à la démarche (la qualité de la coordination, l'implication des acteurs, la présence de leaders d'opinion, la présence et la qualité des boucles d'amélioration, etc.).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Rechercher les informations disponibles et pertinentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rechercher des données existantes au sujet de conditions favorables ou de barrières<sup>45</sup> à la mise à l'échelle de démarches similaires au Québec ou ailleurs.</li> <li>▪ Considérer les avantages et les inconvénients des méthodes de collecte d'informations avant de les choisir<sup>51</sup> (ex. : entrevues, groupes de discussion, sondages).</li> <li>▪ Solliciter des acteurs clés pour collecter des informations à l'aide de méthodes structurées, sans perdre de vue l'objectif de la collecte et en investissant le temps et les ressources de manière équilibrée<sup>51</sup>, par exemple :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– faire une analyse du contexte avec des acteurs clés;</li> <li>– s'inspirer des questions proposées par le <i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> (CFIR) pour formuler des questions d'entrevue<sup>27</sup>;</li> <li>– procéder à des consultations avec des experts qui connaissent la pratique à implanter et le milieu visé.</li> </ul> </li> </ul>

## Établir des stratégies pour optimiser les facteurs favorables et pour surmonter les barrières

	Actions
<p><b>Faire le bilan des facteurs d'influence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire une réflexion au sujet d'éléments tels que ceux qui suivent<sup>19, 20, 52</sup> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Quelles sont les barrières prioritaires pouvant limiter de façon importante la capacité au changement?</li> <li>– Quelle stratégie de communication pourrait favoriser davantage l'adhésion?</li> <li>– Sur quels aspects de la culture organisationnelle peut-on s'appuyer?</li> <li>– Dans quelle mesure les acteurs qui accompagnent et coordonnent la mise à l'échelle croient-ils pouvoir surmonter les barrières?</li> <li>– Dans quelle mesure les acteurs clés consultés sont-ils persuadés que l'intervention implantée sera maintenue après le financement alloué pour la mise en œuvre?</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Lier les barrières relatives à l'adhésion à des interventions particulières</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que des acteurs visés par le changement sont réellement sollicités<sup>53</sup>.</li> <li>▪ S'inspirer des stratégies suivantes pour aider à surmonter des barrières liées à l'adhésion des acteurs<sup>53</sup> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Préciser les priorités organisationnelles et exprimer clairement en quoi la démarche soutient ces priorités;</li> <li>– Établir au moins un objectif de performance dans les milieux particuliers qui est atteint par le changement proposé;</li> <li>– Inviter les leaders formels et les leaders d'opinion à communiquer l'avantage de la pratique proposée;</li> <li>– Profiter des lieux de discussion habituels pour aborder avec les instances les défis rencontrés ainsi que l'avancée des travaux et obtenir les rétroactions des milieux;</li> <li>– Informer avec justesse et transparence les milieux et les décideurs des inconvénients durant l'implantation;</li> <li>– Démontrer de l'ouverture à revoir les étapes et les stratégies prévues.</li> </ul> </li> </ul>

## Choisir le mode de mise à l'échelle

	Actions
Réévaluer les étapes de mise à l'échelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer les changements nécessaires à effectuer dans le système avant, pendant et après la mise à l'échelle, par exemple : modifications d'ordre juridique, réglementaire, logistique, etc.<sup>43</sup>.</li> <li>▪ Réévaluer les phases de mise à l'échelle prévues en début de démarche en fonction des connaissances acquises<sup>7</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Phase d'implantation préliminaire (ex. : dans 1 à 5 unités);</li> <li>– Phase de déploiement restreint dans différents contextes après ajustements (ex. : dans 5 à 25 unités);</li> <li>– Phase de mise à l'échelle après ajustements (ex. : dans 25 à 125 unités);</li> <li>– Phase de mise à l'échelle complète dans l'ensemble du système.</li> </ul> </li> </ul>
Sélectionner les établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convenir des critères de sélection des établissements.</li> <li>▪ Informer le RSSS de manière transparente sur le processus de sélection.</li> <li>▪ Prévoir une phase d'implantation préliminaire parmi les établissements qui<sup>7, 43</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– sont « premiers adhérents » ou « champions », sont déjà convaincus ou ont déjà commencé à implanter la pratique au sein de leurs équipes;</li> <li>– possèdent la capacité organisationnelle d'implanter et de maintenir la pratique.</li> </ul> </li> <li>▪ Proposer aux établissements qui souhaitent participer à la phase d'implantation préliminaire d'estimer leur capacité organisationnelle<sup>28</sup>.</li> </ul>

### Où trouver les outils proposés?

**Pour explorer les facteurs d'influence et formuler des questions d'entrevue ou de sondage, utiliser :**

- le cadre de référence *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) accessible en annexe de l'article *Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science*<sup>27</sup> <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50#citeas>
- le site du CFIR <https://cfirguide.org/>

**Pour que les établissements puissent faire une estimation de leur capacité organisationnelle, utiliser :**

- le questionnaire en version française fourni dans le supplément 2 de l'article *Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT) in Healthcare Organization*<sup>28</sup> [http://www.ijhpm.com/article\\_3474.html](http://www.ijhpm.com/article_3474.html)



## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### *Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée?*

**Plusieurs facteurs d'influence à la démarche OPUS-AP** étaient connus ou prévisibles. À titre d'exemples, parmi les contraintes et enjeux soulevés se trouvaient :

- le temps et les ressources (pharmaciens et médecins de famille) variables et souvent limités en CHSLD;
- 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 pour colliger et suivre les données cliniques mesurées dans le cadre du projet;
- le déploiement de plusieurs démarches de manière simultanée en CHSLD;
- le manque de capacité de libération du personnel (ex. : pour la formation et le mentorat);
- le nombre élevé d'unités de soins en CHSLD et les contextes très variables qui rendent la mise à l'échelle complexe.

Par ailleurs, **des facteurs favorables à l'implantation ont aussi été notés** 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 RUIS;
- un fonds de démarrage a été fourni aux établissements provenant à parts égales du MSSS et de la FCASS;
- la participation ou l'appui d'ordres professionnels et d'associations syndicales (Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Société de gériatrie du Québec) et la collaboration de la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer. Le MSSS assure un arrimage entre ces instances pour le bénéfice de l'ensemble des établissements du RSSS.

## E. Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies

### Quel est l'objectif de la phase de sélection, d'adaptation et de mise en œuvre?

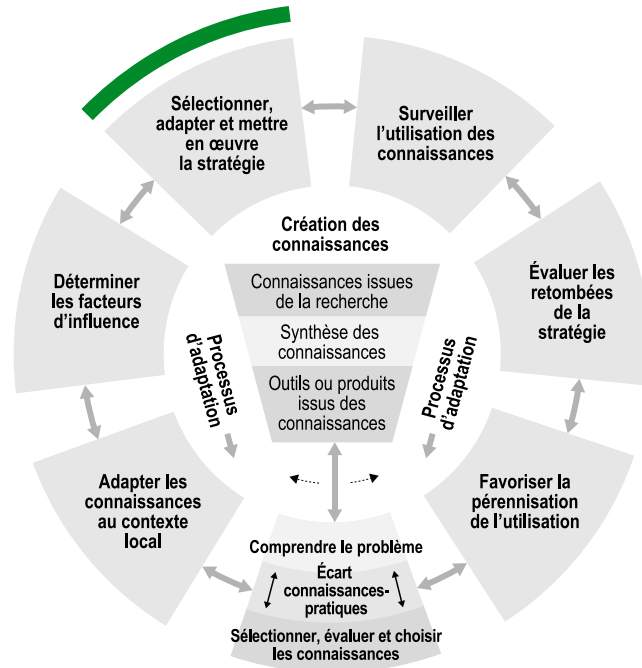
Il s'agit de cibler des stratégies pour favoriser la mise à l'échelle et le TC. L'objectif est aussi de concilier l'utilisation de méthodes structurées et l'approche d'accompagnement.

### Pour bien se comprendre...

S'il est reconnu qu'il est plus efficace de combiner plusieurs stratégies<sup>51</sup>, peu d'études ciblent les meilleures combinaisons ou démontrent leur efficacité étant donné la complexité des systèmes et du processus d'implantation contextualisé<sup>52, 54</sup>. La recherche tend à démontrer que certaines stratégies ont la capacité de favoriser un changement de comportement (principalement en milieu médical), soit l'utilisation de stratégies<sup>51, 55</sup> :

- combinées et adaptées aux obstacles et aux éléments facilitateurs du milieu;
- qui ciblent plusieurs facteurs;
- qui accompagnent activement l'implantation de la pratique par les intervenants, les professionnels, les patients et les dirigeants (ex. : accompagnement, rétroaction sur les activités d'implantation).


Les stratégies proposées dans cette section sont appuyées par des connaissances actuelles en science de l'implantation<sup>54, 56, 57</sup>. Elles gagnent à être adaptées à chaque contexte en collaboration avec les acteurs des milieux visés par le changement.



Avant de mettre en place les stratégies de TC, il est essentiel d'avoir considéré au préalable les éléments clés suivants<sup>18, 39</sup> :

- Les besoins des acteurs visés par le changement;
- La capacité des établissements concernés dans le RSSS à implanter et à maintenir le changement;
- Le potentiel de mise à l'échelle, y compris la capacité du système à surveiller l'utilisation de la pratique prometteuse, la progression du changement et son institutionnalisation<sup>58</sup>.

## Sélectionner et adapter les activités de transfert de connaissances

	Actions
<p><b>Préciser les acteurs ciblés et les objectifs concrets du TC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préciser les différents groupes d'acteurs visés par le changement<sup>49</sup> en utilisant les informations collectées dans les phases de mise à l'échelle précédentes (ex. : chef de service, médecins, préposés aux bénéficiaires, etc.).</li> <li>▪ Déterminer les objectifs du TC pour chaque groupe d'acteurs pour faciliter le choix des stratégies particulières<sup>45, 49</sup>. L'objectif du TC est-il :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'informer?</li> <li>– de soutenir la prise de décision?</li> <li>– d'améliorer une pratique clinique ou organisationnelle?</li> <li>– d'adopter une technologie ou un système informationnel?</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Concevoir un plan de TC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser le modèle de l'INSPQ pour faciliter la conception du plan de TC<sup>30</sup>.</li> <li>▪ Faire le choix des stratégies en fonction des objectifs du TC et du groupe d'acteurs :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– La grille d'analyse interactive SACO<sup>29</sup>;</li> <li>– Les stratégies du groupe Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)<sup>59</sup>.</li> </ul> </li> <li>▪ Faire preuve de souplesse puisque le plan de transfert initial demandera probablement des ajustements après les premiers essais des stratégies<sup>51</sup>.</li> </ul> 
<p><b>Concevoir les activités appropriées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concevoir les activités de TC en s'inspirant du modèle théorique du changement de comportement, le <i>Capability, Opportunity, and Motivation Behaviour model</i> (COM-B)<sup>60, 61</sup>, où les sources du comportement sont :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– la motivation, qui renvoie au processus de réflexion ou de réactions qui guide un comportement;</li> <li>– l'opportunité, qui renvoie à des facteurs externes à l'individu, comme l'environnement physique et social;</li> <li>– la capacité, qui renvoie à la capacité physique et psychologique individuelle de faire une activité, y compris d'avoir les connaissances et les compétences appropriées.</li> </ul> </li> <li>▪ Concevoir des activités appropriées aux groupes d'acteurs et en fonction des objectifs<sup>29, 55, 60</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– La formation axée sur le développement des compétences et des connaissances requises;</li> <li>– La facilitation, l'accompagnement ou le courtage de connaissances axés sur la mise en relation entre des groupes d'acteurs ou entre les producteurs de connaissances et les utilisateurs de ces connaissances;</li> <li>– Le modelage ou l'accompagnement entre pairs axés sur le développement et l'intégration d'habiletés et de compétences;</li> <li>– La persuasion à l'aide de leaders d'opinion ou d'agents multiplicateurs axée sur la promotion et la sensibilisation en lien avec la pratique prometteuse.</li> </ul> </li> </ul>

	Actions
Décrire les stratégies de TC	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Développer chaque stratégie pour qu'elle puisse être opérationnalisée et décrire chacune de manière qu'elle puisse être reproduite, améliorée et mise à l'échelle<sup>48, 62</sup>. Décrire :<ul style="list-style-type: none"><li>– les acteurs concernés par la stratégie – qui (ex. : équipes d'évaluation en DPJ, trio médecin-pharmacien-infirmière en CHSLD, travailleurs sociaux en GMF);</li><li>– l'action – quoi (ex. : offrir de la supervision clinique par téléphone, soutenir la rétroaction entre pairs par unité de soins, offrir de l'accompagnement <i>in situ</i>);</li><li>– la cible d'action – comment (ex. : agir sur la motivation à utiliser la technique x, agir sur les connaissances nécessaires pour dépister y);</li><li>– le moment d'intégration de la stratégie – quand (ex. : une semaine après la formation);</li><li>– la fréquence de la stratégie auprès des acteurs – combien (ex. : une fois par mois, durant neuf mois);</li><li>– les résultats attendus – pourquoi (ex. : augmenter la fidélité au protocole x, augmenter la rétention des usagers à l'intervention y).</li></ul></li></ul>

## Mettre en œuvre les activités de transfert de connaissances

	Actions
Agir sur le plan systémique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'inscrire dans une approche systémique qui considère qu'une modification dans le système induit nécessairement des changements (prévisibles ou pas) ailleurs dans le système<sup>43</sup>.</li> <li>▪ Étudier les façons de réduire au minimum les changements qui ne sont pas nécessaires<sup>43</sup>.</li> <li>▪ Mobiliser les décideurs concernés afin d'élaborer la programmation du changement dans une perspective de durabilité<sup>43</sup>.</li> </ul> <p><b>Consulter la phase « Favoriser la pérennisation »</b></p>
Agir sur la mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Désigner des champions et des leaders d'opinion pouvant contribuer à l'adhésion des acteurs dans la démarche d'implantation<sup>54, 56, 59</sup>.</li> <li>▪ Procéder à l'implantation une étape à la fois en respectant la réalité des contextes<sup>46, 59</sup>.</li> <li>▪ S'assurer que les acteurs ciblés sont libérés pour prendre connaissance de la pratique prometteuse et se l'approprier<sup>46</sup> (ex. : lecture d'un outil, module en ligne).</li> </ul>
Agir sur le sentiment de crédibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir des informations simples indiquant que la pratique prometteuse se base sur des données actuelles et de qualité<sup>46, 56</sup>.</li> <li>▪ Utiliser des exemples réels pour illustrer l'application de la pratique prometteuse dans d'autres contextes ainsi que les succès vécus<sup>46</sup>.</li> </ul>
Agir sur le sentiment de cohérence	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solliciter la contribution active d'acteurs visés par le changement dès le début de la démarche de changement<sup>46, 59</sup>.</li> <li>▪ Accompagner les acteurs pour qu'ils établissent le lien de cohérence entre la pratique prometteuse proposée et les connaissances, les valeurs et les procédures déjà en place<sup>46, 56</sup>.</li> </ul>
Agir sur la compréhension de la pratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cibler quelques messages clés à transmettre aux différents groupes d'acteurs<sup>50, 56</sup>, par exemple :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– les raisons expliquant les adaptations apportées à la pratique prometteuse;</li> <li>– les preuves de l'efficacité de la pratique prometteuse et les avantages pour les milieux de soins et de services ainsi que pour les usagers;</li> <li>– les objectifs mesurables et les moyens prévus pour assurer le suivi de l'implantation.</li> </ul> </li> </ul>
Agir sur l'accessibilité de l'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir les modalités de communication pour favoriser les rétroactions des acteurs au sujet de leur expérience d'implantation tout au long de la démarche<sup>46, 63</sup>.</li> <li>▪ Communiquer régulièrement les résultats à propos de l'implantation<sup>59</sup>.</li> <li>▪ Rendre disponible sur les lieux de travail l'information au sujet de la démarche d'implantation et au sujet de la pratique prometteuse dans des formats adaptés<sup>46, 50, 56</sup>, par exemple :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– un résumé du guide de pratiques cliniques;</li> <li>– un schéma inséré dans le dossier du patient;</li> <li>– un affichage mural de l'arbre décisionnel.</li> </ul> </li> </ul>

## Où trouver les outils proposés?

**Pour concevoir un plan de transfert de connaissances et faire le choix des stratégies, utiliser :**

- l'*Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances*<sup>30</sup>  
[inspq.qc.ca/pdf/publications/outil\\_pour\\_soutenir\\_l\\_elaboration\\_d\\_un\\_plan\\_de\\_transfert\\_des\\_connaissances.pdf](http://inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf)
- la *Grille d'analyse interactive SACO*<sup>29</sup> incluant des conseils et un outil comparatif des stratégies <http://www.saco.uqam.ca/>
- la compilation et la description de stratégies définies par le groupe Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)<sup>59</sup> qui sont accessibles en annexe de l'article <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1#citeas>

## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### *Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée?*

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 d'information déjà connus par les équipes de soins en CHSLD ont été privilégiés** lorsque cela était possible.

La stratégie d'ACi comprenait plusieurs modalités, dont :

- un **atelier de lancement** à l'intention des directions au Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), des chefs d'unité en CHSLD et des champions (médecins, pharmaciens, infirmières et préposés aux bénéficiaires);
- une **formation** à l'intention des champions;
- la **diffusion de webinaires mensuels** à l'intention des intervenants engagés dans l'implantation d'OPUS-AP dans les établissements (ex. : chefs d'unité, chargés de projet, champions tels médecins, infirmières et préposés aux bénéficiaires, etc.) afin d'informer, de former, de partager les expériences vécues par les participants et de faire l'état des progrès d'OPUS-AP;
- un Bureau virtuel, une **plateforme d'apprentissage en ligne**, avec l'ensemble des outils et du matériel éducatif créés 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**;
- des **capsules de formation à l'intention des médecins** produite en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);
- la **formation de formateurs** OPUS-AP ayant pour rôle d'offrir le soutien clinique aux équipes de soins en CHSLD;
- des actions de **soutien aux chargés de projets** dans les établissements;
- des équipes de **soutien à la collecte des données** pour la mesure du changement et des effets.

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 des formateurs OPUS-AP ainsi que les rôles des chefs d'unité et du personnel des équipes de soins en CHSLD ont été définis.

## F. Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées

### Quel est l'objectif de la phase de surveillance de l'utilisation des connaissances.

Il s'agit de mettre en évidence les lacunes dans l'utilisation de la pratique prometteuse et d'éclairer les priorités et les ajustements nécessaires pour favoriser son utilisation optimale<sup>45</sup>.

### Quel est l'objectif de la phase d'évaluation des retombées?

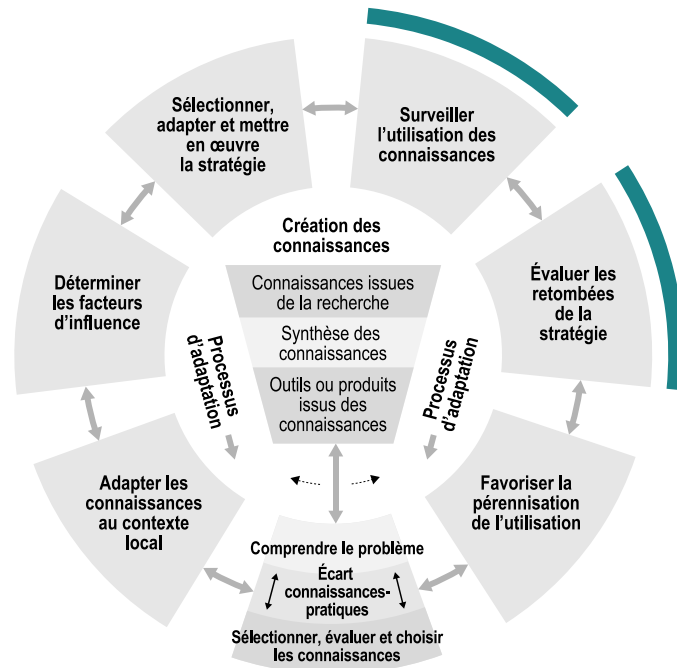
Il s'agit d'apprécier les effets des actions entreprises et des stratégies de TC mises en œuvre pour susciter le changement souhaité<sup>45</sup>.

### Pour bien se comprendre...

Le seul moyen de savoir si la mise à l'échelle d'une pratique prometteuse entraîne des retombées est de suivre la progression grâce à la mesure. La mesure (ou le suivi et l'évaluation) s'effectue à l'aide de multiples boucles de *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) et à plusieurs niveaux<sup>27</sup> dans le RSSS. L'évaluation des retombées liées à l'utilisation des connaissances permet notamment d'apprécier le déroulement de la mise à l'échelle et l'efficacité des stratégies utilisées en vue d'optimiser les bénéfices et de favoriser la pérennité de la pratique prometteuse<sup>27, 45</sup>.

L'évaluation de l'utilisation des connaissances est préliminaire aux évaluations portant sur les retombées sur les soins et les services (ex. : efficacité des soins et des services) et celles liées aux effets pour les usagers ou patients (ex. : amélioration de la santé)<sup>64</sup>.

Les stratégies et pistes d'action proposées concernent les retombées de la mise à l'échelle. Il est à noter que les défis liés à la mesure sont importants, compte tenu de l'influence de plusieurs déterminants<sup>27</sup>.



Les défis liés au suivi de la démarche de mise à l'échelle incluent la tendance à négliger la partie la plus difficile, la plus longue et la moins mesurable du processus : la pérennisation de la pratique<sup>42</sup>.


La pérennisation de la pratique, par son institutionnalisation et sa routinisation, est pourtant la raison d'être d'une démarche de mise à l'échelle.



## Favoriser l'engagement des instances et des acteurs

	Actions
<p><b>Collaborer avec les forces vives des établissements</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaborer avec des instances et des acteurs concernés par le suivi et l'évaluation au MSSS et dans les établissements (ex. : Direction de la qualité, de l'évaluation et de la performance) ou l'amélioration des pratiques (ex. : Direction des soins infirmiers, Direction des services multidisciplinaires).</li> <li>▪ Favoriser l'engagement des acteurs visés par le changement en vue d'augmenter la responsabilisation envers la pratique prometteuse, favoriser l'amélioration continue et l'utilisation des connaissances, l'acceptabilité du changement et la crédibilité des résultats<sup>65</sup>. Solliciter leur collaboration pour, par exemple :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– déterminer et prioriser les questions de l'évaluation et les outils de collecte de données;</li> <li>– faciliter la collecte de données en cours de mise à l'échelle.</li> </ul> </li> <li>▪ Mettre sur pied un groupe d'acteurs ou d'instances qui assureront le suivi et l'évaluation en collaboration avec l'infrastructure de soutien et de coordination de la mise à l'échelle<sup>65</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Clarifier les rôles et les responsabilités des acteurs et des instances qui collaborent à la mesure;</li> <li>– Convenir des ressources disponibles (humaines et financières), des échéanciers et des livrables;</li> <li>– Convenir en groupe de l'importance d'agir avec souplesse, réflexivité et transparence pour favoriser le succès du suivi et de l'évaluation.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Assurer la rigueur du plan de suivi et d'évaluation avec des partenaires de la recherche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solliciter le milieu de la recherche afin qu'il collabore à l'identification des indicateurs de mesure, des méthodes de suivi et d'évaluation et à l'analyse des retombées.</li> <li>▪ Utiliser le modèle logique conçu en début de démarche de mise à l'échelle pour assurer la cohérence des relations entre la pratique, les stratégies utilisées et les résultats<sup>22, 42, 45</sup>.</li> </ul>

## Planifier le suivi et choisir les indicateurs

	Actions
Déterminer les moyens qui permettront le suivi et l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Établir un plan de suivi et d'évaluation réaliste et efficace en déterminant<sup>42</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– qui sera responsable du suivi et de l'évaluation;</li> <li>– comment et quand ils seront effectués;</li> <li>– quels sont les systèmes informationnels et les outils disponibles pour la collecte, l'analyse et la conservation des données;</li> <li>– qui possède (ou génère) ou va générer ces données;</li> <li>– quels seront les moyens utilisés pour accéder aux données ainsi que les restrictions relatives au partage de ces données;</li> <li>– quelles seront les ressources humaines et financières qui contribueront à la saisie et à l'analyse des données.</li> </ul> </li> <li>▪ Garder en tête les besoins, le contexte et les réels enjeux du RSSS et limiter le nombre d'indicateurs pour concentrer les efforts sur ceux qui sont plus pertinents et solides<sup>31, 66</sup>.</li> </ul>
Définir les critères de sélection des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir des critères pour sélectionner des indicateurs permettant de mesurer la qualité et l'utilisation de la pratique prometteuse ainsi que la qualité de la démarche de mise à l'échelle<sup>32, 42</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pertinence de l'indicateur pour évaluer la mise à l'échelle;</li> <li>– Adéquation entre ce que permet de mesurer l'indicateur et ce qui est recherché comme suivi;</li> <li>– Utilité du suivi de l'indicateur pour faire état de la progression de la mise à l'échelle et permettre l'amélioration de la démarche;</li> <li>– Faisabilité du suivi de l'indicateur à l'aide d'efforts raisonnables;</li> <li>– Distinction grâce à l'indicateur, qui permet d'obtenir des informations différentes de ce qui est déjà colligé par d'autres moyens.</li> </ul> </li> </ul>
Définir les indicateurs liés à la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir les indicateurs permettant de documenter<sup>22, 42, 67</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'acceptabilité ou l'adhésion;</li> <li>– les barrières et les facilitateurs;</li> <li>– les expériences et les perceptions;</li> <li>– la faisabilité.</li> </ul> </li> </ul>
Définir les indicateurs liés à l'utilisation de la pratique prometteuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir les indicateurs permettant de documenter<sup>39, 42, 64</sup> :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'acceptabilité de la pratique prometteuse par les acteurs visés et les usagers;</li> <li>– l'adoption de la pratique;</li> <li>– la capacité à joindre les usagers ciblés par la pratique prometteuse;</li> <li>– la pertinence;</li> <li>– la faisabilité;</li> <li>– l'intégrité ou la fidélité de la pratique telle qu'attendue au départ;</li> <li>– les coûts.</li> </ul> </li> </ul> 

## Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées

	Actions
<b>Favoriser la régularité du suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place les modalités de collecte, de surveillance et d'examen de données dès le démarrage de la démarche de mise à l'échelle<sup>42</sup>.</li> <li>▪ Planifier l'utilisation des données colligées en amont<sup>16, 31, 31, 45, 66</sup>, soit pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– approfondir la compréhension des acteurs visés par le changement, les décideurs et la population cible;</li> <li>– appliquer concrètement les résultats à la prise de décision;</li> <li>– légitimer une position ou mobiliser les acteurs (acteurs visés par le changement, les décideurs et la population cible).</li> </ul> </li> <li>▪ Cultiver une culture d'amélioration<sup>45</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmenter les occasions de collaboration avec les décideurs afin de favoriser la compréhension du processus d'évaluation, des résultats et de l'utilisation des données<sup>65, 68</sup>;</li> <li>– Favoriser les changements organisationnels au sein des modalités habituelles d'évaluation<sup>65</sup>.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Mener des boucles d'amélioration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interpréter les résultats du suivi avec les acteurs visés par l'implantation de la pratique prometteuse et les décideurs tout au long de la démarche pour que<sup>31, 65, 66</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– les résultats soient interprétés de manière à apporter du sens dans la réalité de travail des différents groupes d'acteurs;</li> <li>– les conclusions soient transposées en informations accessibles et utiles pour les décisions et les actions.</li> </ul> </li> <li>▪ Partager les résultats en vue de favoriser d'autres réussites et de réaliser les ajustements nécessaires afin de faciliter le changement et le maintien des pratiques<sup>31, 42, 65</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Déterminer des moyens d'améliorer la pratique prometteuse avec les acteurs visés par le changement;</li> <li>– Transposer les conclusions en informations accessibles et utiles pour les décisions et les actions;</li> <li>– Soutenir les décideurs dans la formulation de recommandations qui tiennent compte des résultats.</li> </ul> </li> </ul>

### Où trouver les outils proposés?

**Pour avoir des exemples d'indicateurs et des outils de surveillance propres au RSSS, consulter :**

- l'annexe 14 du *Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services*<sup>32</sup>

**Pour planifier la mesure et choisir des méthodes et des outils, consulter :**

- la *Utilization-Focused Evaluation Checklist*<sup>61</sup>  
[https://www.betterevaluation.org/resource/guide/UFE\\_checklist](https://www.betterevaluation.org/resource/guide/UFE_checklist)

## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### *Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée?*

#### **Suivi de l'utilisation des connaissances**

Les établissements se sont engagés à implanter la démarche OPUS-AP et ont reçu du soutien financier ainsi qu'un accompagnement pour faciliter la transformation des pratiques. Cet engagement était accompagné d'une reddition de comptes afin de s'assurer du bon déroulement de l'implantation et de mettre en évidence l'effort d'implantation. L'accompagnement offert aux établissements par la structure OPUS-AP visait à faire le suivi des succès et des enjeux vécus. Le suivi a permis d'ajuster rapidement les activités d'OPUS-AP en fonction des enjeux et des besoins concrets liés à l'implantation dans les CHSLD. Par exemple, **un sondage a été envoyé aux chargés de projets, aux chefs d'unité et aux formateurs OPUS-AP en cours d'implantation pour faire état du déroulement et constater les améliorations possibles.** Après compilation des résultats du sondage, l'équipe de coordination a mis en place des moyens pour soutenir davantage le rôle des formateurs.

Lorsque les enjeux soulevés se situaient au-delà des mandats de la structure de gouverne d'OPUS-AP, **les rencontres avec le comité de gestion du réseau (CGR) permettaient de soumettre les enjeux et les solutions potentielles aux instances appropriées.**

Plusieurs données étaient colligées tous les trois mois par les équipes de soins. De fait, **les experts étaient disponibles pour répondre aux questions des établissements, réagir et proposer des solutions adaptées ou apporter des modifications au système informationnel de collecte de données** utilisé en établissement.

#### **Évaluation des résultats**

**L'étude prospective de cohorte fermée (mesure de l'usage optimal des antipsychotiques combinée à l'évaluation développementale) était intégrée à la démarche OPUS-AP<sup>72</sup>.** L'étude prospective a fait le suivi de l'usage d'antipsychotiques, de benzodiazépines et d'antidépresseurs, des SCPD, des chutes chez les résidents participants et des comportements.

- La cessation ou la diminution du dosage d'antipsychotiques a été observée chez 85,5 % des résidents chez qui la déprescription a été tentée, de même que la diminution de l'usage de benzodiazépine et l'amélioration des SCPD.

**L'évaluation de la démarche OPUS-AP<sup>73</sup>** a quant à elle permis de documenter et d'analyser le processus d'implantation, la structure de gouverne et de soutien ainsi que la stratégie d'application des connaissances intégrée (ACi).

Les résultats de l'évaluation de la démarche ont permis de mettre en lumière des mécanismes d'action et des processus d'implantation en contexte québécois. Bien que chaque expérience d'implantation soit unique, l'évaluation de la démarche OPUS-AP offre la possibilité de partager ses résultats et les leçons apprises pour d'autres démarches de mise à l'échelle dans le RSSS.

## G. Favoriser la pérennisation de l'utilisation de la pratique prometteuse

### Quel est l'objectif de la phase de pérennisation de l'utilisation de la pratique prometteuse?

Il s'agit d'assurer sa planification en début de démarche, son ajustement et la présence des conditions de base plusieurs années après les efforts initiaux visant à garantir son adoption et sa mise à l'échelle<sup>45</sup>.

### Pour bien se comprendre...

La pérennité d'une pratique prometteuse demeure un défi majeur pour les systèmes publics de santé et de services sociaux<sup>42</sup>.

La pérennité de la pratique prometteuse est d'abord déterminée par l'efficacité de cette pratique et son adaptabilité à intégrer de nouvelles connaissances en évolution constante<sup>45, 69</sup>. Elle est aussi déterminée par les facteurs suivants<sup>42, 45, 46, 69, 71</sup> :

- Présence d'une coordination et d'un leadership à tous les niveaux organisationnels et d'une vision collective partagée;
- Possibilité pour les acteurs et les organisations de s'adapter aux changements;
- Présence des ressources humaines et financières appropriées sur plusieurs années;
- Efficacité du système, MSSS et établissements, à surveiller la progression de l'utilisation de la pratique;
- Capacité du système à améliorer les systèmes informationnels et les processus à l'échelle locale et globale.



Un défi majeur lié à la pérennisation est de maintenir les efforts malgré la quantité élevée de demandes de changements de tous ordres dans le RSSS, l'évolution des priorités et la forte concurrence pour les ressources<sup>58</sup>.

Le MSSS et les acteurs qui accompagnent la mise à l'échelle gagnent à comprendre comment influencer la pérennité des démarches afin d'augmenter les chances qu'elles aient un impact véritable pour la population, les usagers et leurs proches<sup>58</sup>.



## Planifier la pérennisation

	Actions
<p><b>Planifier le mandatement et les modalités de communication</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préciser l'instance qui sera responsable de veiller à la pérennisation au MSSS et dans les établissements<sup>63</sup>.</li> <li>▪ Cibler les mécanismes existants qui seront utilisés pour assurer les liens organisationnels avec les instances responsables de la qualité et de la performance<sup>63</sup> à l'échelle des établissements et du MSSS.</li> <li>▪ Nommer l'instance qui sera responsable d'assurer la communication des changements aux décideurs et aux prestataires de soins et de services<sup>63</sup>.</li> </ul>
<p><b>Définir les indicateurs permanents de la mesure</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cibler les indicateurs de mesure qui devront être conservés à long terme pour permettre de démontrer la progression de l'utilisation de la pratique prometteuse, son efficacité et son institutionnalisation<sup>58, 63</sup>, par exemple<sup>42</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'adoption de normes et de procédures qui encadrent la pratique;</li> <li>– la dispensation de formation pour les nouveaux employés et de formation continue;</li> <li>– la mise en place de soutien clinique et de supervision;</li> <li>– l'utilisation d'un système informationnel adapté;</li> <li>– l'attribution des fonds prévus et utilisation adéquate.</li> </ul> </li> <li>▪ Déterminer les stratégies à mettre en place si les résultats de la mesure indiquent qu'il n'y a aucune amélioration ou que des effets négatifs<sup>63</sup>.</li> </ul>

## Soutenir l'engagement des acteurs

	Actions
<p><b>Favoriser l'engagement des prestataires de soins et de services</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer les modalités de soutien qui favoriseront l'utilisation adéquate de la pratique prometteuse<sup>34, 40, 58, 63</sup>.</li> <li>▪ Faire en sorte que les anciennes habitudes soient plus difficiles à réaliser que les nouvelles<sup>63</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Retirer les anciens formulaires et outils;</li> <li>– Enlever les anciens dépliants des présentoirs à l'intention des usagers;</li> <li>– Mettre à jour l'intranet et les sites Internet.</li> </ul> </li> <li>▪ Accompagner les établissements pour qu'ils<sup>4, 34, 40</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– favorisent l'autonomie des équipes de soins et de services dans la mise en œuvre de cycles d'ajustements sur le long terme;</li> <li>– soient à l'affût des développements de la pratique prometteuse afin qu'elle conserve sa pertinence et son efficacité.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Favoriser l'engagement des décideurs et des champions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir le développement des compétences des décideurs au sujet de l'importance d'utiliser les preuves scientifiques<sup>4, 68</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– dans les processus décisionnels;</li> <li>– avant l'adoption de nouvelles pratiques organisationnelles ou cliniques.</li> </ul> </li> <li>▪ Faciliter les occasions où les décideurs et les champions peuvent faire la promotion de la pratique prometteuse en cours de mise à l'échelle<sup>4, 69</sup> (ex. : auprès des équipes de soins et de services, de leurs homologues et des partenaires du RSSS).</li> <li>▪ S'inscrire dans les modalités habituelles de communication avec les décideurs pour partager avec eux les barrières et les enjeux liés à la pérennisation et solliciter leur contribution à les surmonter<sup>4</sup> à l'échelle des établissements et du MSSS.</li> </ul>

## Soutenir la routinisation et l'institutionnalisation

	Actions
<b>Soutenir la capacité de pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer du potentiel de pérennisation en cours de mise à l'échelle afin d'apporter les ajustements nécessaires<sup>69, 70, 71</sup>. Faire le point au sujet : <ul style="list-style-type: none"> <li>– des moyens en place pour soutenir l'utilisation de la pratique;</li> <li>– de la stabilité des fonds;</li> <li>– de l'engagement et de la collaboration des acteurs clés;</li> <li>– de la capacité organisationnelle à l'échelle locale et nationale;</li> <li>– de la pertinence de la pratique selon les résultats;</li> <li>– des actions prévues pour actualiser la pratique ultérieurement.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Rendre le suivi de la pratique prometteuse efficace et utile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inscrire le suivi de l'application de la pratique prometteuse dans des modalités déjà existantes<sup>4</sup> dans les établissements et au MSSS.</li> <li>▪ Convenir des meilleurs moyens pour analyser de manière efficace les données et les rendre utiles<sup>4</sup>.</li> <li>▪ Tenir compte des résultats des analyses et être à l'écoute des rétroactions pour<sup>4, 34, 40, 58</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– modifier certains indicateurs de suivi;</li> <li>– modifier des modalités de communication et de collaboration;</li> <li>– ajuster des façons d'appliquer la pratique prometteuse.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Assurer l'adaptation de la pratique prometteuse au contexte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que la pratique prometteuse répond encore aux besoins et aux lacunes en matière de connaissances en fonction de l'évolution du contexte de soins et de services<sup>4, 45</sup>.</li> <li>▪ Faire en sorte que l'actualisation de la pratique prometteuse<sup>4, 33</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– soit partagée et qu'elle ne dépende pas uniquement de la volonté d'un groupe d'acteurs;</li> <li>– dispose d'un financement adéquat permettant son ajustement ponctuel.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Assurer la cohérence de la pratique prometteuse avec les priorités et la culture organisationnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que les objectifs poursuivis par l'utilisation de la pratique prometteuse demeurent clairs et partagés avec les acteurs visés par le changement, les décideurs et les partenaires<sup>4</sup>.</li> <li>▪ Vérifier la nécessité de reformuler la description des tâches de travail des employés et s'assurer que les tâches sont attribuées aux bons groupes d'intervenants<sup>4, 34, 40</sup>.</li> <li>▪ S'assurer que la pratique demeure en cohérence avec les priorités organisationnelles dans les années subséquentes à la mise à l'échelle<sup>4, 58, 69</sup>.</li> <li>▪ Soutenir la culture de l'amélioration auprès des équipes, des décideurs et des champions<sup>4</sup>.</li> </ul>



	Actions
Assurer la présence de modalités de soutien et de développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Assurer la stabilité et la récurrence des ressources nécessaires pour permettre le maintien de l'utilisation de la pratique prometteuse (ex. : ressources humaines en nombre suffisant, temps de formation continue)<sup>58, 69</sup>.</li><li>▪ S'assurer que les modalités de soutien clinique et organisationnel répondent adéquatement aux besoins évolutifs liés à l'utilisation de la pratique prometteuse<sup>4, 58</sup>.</li><li>▪ S'assurer que les procédures en place et les directives soutiennent l'utilisation de la pratique prometteuse<sup>4</sup>.</li><li>▪ Convenir de la contribution des directions responsables du développement des compétences et du perfectionnement professionnel des établissements<sup>46</sup> (ex. : Direction des ressources humaines, Direction des soins infirmiers, Direction des services multidisciplinaires, Direction des services professionnels).</li></ul>

### Où trouver les outils proposés?

**Pour estimer dans quelle mesure la pratique a un potentiel de pérennisation, utiliser :**

- les questions du *Program Sustainability Assessment Tool (PSAT)*<sup>33</sup> qui portent sur les éléments de la pérennité <https://www.sustaintool.org/psat/>
- les questions du *Normalization Process Theory Toolkit*<sup>40</sup> qui portent sur les facteurs individuels de la pérennité <http://www.normalizationprocess.org/npt-toolkit/>

## OPUS-AP

Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques

### *Comment cette phase d'implantation a-t-elle été expérimentée?*

La participation de chercheurs au sein de la structure OPUS-AP avait pour but de favoriser les boucles de rétroaction en cours d'implantation entre l'expérience vécue et les connaissances issues de la recherche. Elle avait aussi pour but de déterminer les stratégies optimales de pérennité dans l'application des connaissances liées à l'implantation des approches de base, des principes de communication et des interventions non pharmacologiques individualisées ainsi qu'à l'usage optimal des antipsychotiques. Un bilan après la première année d'implantation fait état de la transformation et des enjeux à surveiller durant la mise à l'échelle. **Des éléments qui renforcent et fragilisent le maintien de l'utilisation des connaissances dans les établissements ont été décelés** par les chercheurs afin de prévoir le moment où la structure OPUS-AP ne sera plus présente pour soutenir les établissements<sup>72, 73</sup>.

**Les éléments qui pourraient renforcer le maintien de l'utilisation des connaissances** dans les établissements seraient :

- la disponibilité à plus long terme d'un soutien des établissements par OPUS-AP;
- l'intégration dans la routine d'une modalité de suivi des dossiers des résidents dans les unités de soins qui consiste en une rencontre multidisciplinaire (caucus);
- la participation des acteurs des établissements aux activités de suivi et de mesure (station visuelle et salle de pilotage);
- la présentation régulière des succès vécus.

**Les éléments qui pourraient fragiliser le maintien de l'utilisation des connaissances** seraient :

- le passage vers la mise à l'échelle qui tient compte de l'expérience d'intervenants champions (ou d'équipes championnes) lors de l'implantation dans des unités de soins en plus grande difficulté;
- l'instabilité du personnel;
- l'effort mis sur l'usage optimal des antipsychotiques et moins d'effort sur les approches de base et les interventions non pharmacologiques individualisées;
- l'absence d'un outil clinique informationnel intégré pour assurer le suivi des données;
- la méthodologie de collecte de données exigeante pour les équipes de soins;
- le fait que cette démarche n'est pas encore inscrite dans les objectifs du plan stratégique du MSSS et que l'usage optimal des antipsychotiques et l'utilisation des approches non pharmacologiques ne soient pas encore des pratiques organisationnelles requises dans le cadre de démarches d'agrément.

## Conclusion

Ce guide présente les stratégies et les actions pouvant favoriser une mise à l'échelle à partir d'un processus reconnu en science de l'implantation, le *Knowledge to Action* de Graham et autres<sup>44,45</sup>. Les stratégies et pistes d'action décrites sont fondées sur les écrits récents en science de l'implantation et en transfert de connaissances. Le guide a également été conçu grâce à la contribution de nombreuses personnes d'organisations diverses. Bien que les stratégies aient été validées, de nombreuses questions entourant la mise à l'échelle de pratiques prometteuses font encore l'objet de débats. Les méthodes et les outils continuent également de se développer.

Une démarche de mise à l'échelle est dépendante d'un large éventail de facteurs contextuels, organisationnels et individuels. La mobilisation des décideurs et des acteurs visés de même que leur réelle implication sont des conditions clés à l'acceptabilité d'une démarche qui induit de grands changements.

Cependant, il ressort clairement des écrits que, malgré les résultats largement imprévisibles des démarches de mise à l'échelle, une bonne planification peut augmenter les chances de succès relatives à l'utilisation et à la pérennité de la pratique implantée ainsi qu'aux retombées pour la population, les usagers et leurs proches.

De plus, une mise à l'échelle réussie nécessite de bien documenter les activités à l'aide d'un suivi structuré et systématique. La prise de décision quant aux stratégies à adopter tout au long d'une démarche de mise à l'échelle devrait être influencée par les données issues du suivi régulier et de l'évaluation. Cependant, la science de l'implantation implique de « trouver un équilibre entre ce qui est souhaitable et ce qui est faisable<sup>2</sup> ».

## Références

1. Leng G et Partridge G. Achieving high-quality care : a view from NICE. *Heart*. 2017;104 : 10-15. doi : 10.1136/heartjnl-2016-311028
2. National Health Service. Leading Large Scale Change : A practical guide. NHS England Sustainable Improvement Team et Horizons Team. 2018 : 123 p. Disponible : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practical-guide-large-scale-change-april-2018-smll.pdf>
3. Côté-Boileau É, Denis JL, Callery B. et autres. The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations : a scoping review. *Health Research Policy and Systems*. 2019;17(1). doi : 10.1186/s12961-019-0482-6
4. National Health Service. Sustainability. Model and Guide. Institute for Innovation and Improvement. 2010 : 28 p.
5. Rapport F, Clay-Williams R, Churruca K et autres. The struggle of translating science into action : Foundational concepts of implementation science. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2018; 24(1) :17-126. doi : 10.1111/jep.1274.
6. Greenhalgh T et Papoutsi C. Spreading and scaling up innovation and improvement. *British Medical Journal*. 2019;365. doi : 10.1136/bmj.l2068
7. Barker PM, Reid A et Schall MW. A framework for scaling up health interventions : lessons from large scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science*. 2015;11(12). doi : 10.1186/s13012-016-0374-x
8. Ben Charif A, Zomahoun H, LeBlanc A et autres. Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care : a systematic review. *Implementation Science*. 2017; 12(139). doi : 10.1186/s13012-017-0672-y
9. Lane J, Dagenais C, Ziam S et autres. Demande de subvention au CRSH pour le projet Évaluation d'implantation de la structure de gouvernance et de la stratégie de transfert intégrée de transfert des connaissances du Consortium InterS4. 2020
10. Institute of Medicine. Learning What Works : Infrastructure Required for Comparative Effectiveness Research : Workshop Summary. Washington (DC) : The National Academies Press; 2011.
11. Fazal N, Jackson SF, Wong K et autres. Élaboration de critères définissant les pratiques prometteuses en promotion de la santé et en prévention des maladies pour le Portail canadien des pratiques exemplaires. *Recherche, politiques et pratiques*. 2017; 37(11).
12. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA et autres. 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 (FMHI Publication #231), 2005 :119 p.
13. Eccles MP et Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implementation Science*. 2006;1(1).

14. Liang L, Bernhardsson S, Vernooij RWM et autres. Use of theory to plan or evaluate guideline implementation among physicians : a scoping review. *Implementation Science*. 2017; 12(26). doi : 10.1186/s13012-017-0557-0
15. Lane J, Lortie PB, Gohier C et autres. Guide pour accompagner l'implantation des bonnes pratiques. Sherbrooke : CIUSSS de l'Estrie – CHUS. 2015 : 46 p.
16. Lemire N, Souffez K et Laurendeau MC. Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec. 2009 : 69 p.
17. Instituts de recherche en santé du Canada. Guide de planification de l'application des connaissances aux IRSC : approches intégrées et de fin de subvention. 2012 : 34 p. Disponible : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/45321.html>
18. Milat AJ, Newson R et King L. Increasing the scale of population health interventions : A guide. Evidence and Evaluation Guidance Series. Centre for Epidemiology and Evidence Population and Public Health Division, Sydney : NSW Ministry of Health. 2014.
19. Glasgow RE, Vogt TM et Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions : the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*. 1999; 89(9) :1322-1327. doi : 10.2105/ajph.89.9.1322
20. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B et autres. RE-AIM Planning and Evaluation Framework : Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers in Public Health*. 2019; 7 :64 p. doi : 10.3389/fpubh.2019.00064
21. Manceau LM et Lane J. Référentiel des infrastructures de transfert des connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2022.
22. Smith JD, Li DH et Rafferty MR. The Implementation Research Logic Model : a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*. 2020; 15(84). doi : 10.1186/s13012-020-01041-8
23. Thiebaut GC, Lavoie C, Labrecque-Pégoraro S et autre. Pour de trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure. Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. 2020 (Inédit) : 198 p.
24. AGREE-HS Research Team. The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation—Health Systems (AGREE-HS). Institut de recherche en santé du Canada et Université McMaster. 2018 : 18 p.
25. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Cadre d'élaboration des guides de pratiques dans le secteur des services sociaux. Montréal. INESSS; 2015 : 81 p.
26. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Élaboration et adaptation des guides de pratique. Québec. INESSS; 2017 : 94 p.

27. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE et autres. Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science, *Implementation Sci.* 2009 ; 4(50). doi : 10.1186/1748-5908-4-50
28. Gagnon MP, Attieh R, Dunn S et autres. Development and content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations : The OR4KT. *International Journal of Health Policy and Management.* 2018; 4(7). doi : 10.15171/IJHPM.2018.17
29. Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté. Outil réflexif – Mon projet de transfert et d'utilisation des connaissances. SACO – Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances. Montréal, Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté. 2015 : 8 p. Disponible : <http://www.saco.uqam.ca>
30. Souffez K et Laurendeau MC. Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances. Institut national de santé publique du Québec. 2012 :2 p.
31. Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation (U-FE) Checklist. 2013 :19 p. Disponible : [http://www.wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/UFE\\_checklist\\_2013.pdf](http://www.wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/UFE_checklist_2013.pdf)
32. Massuard M, Royer AM, Lane J et autres. Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et de services. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS. 2017 (Inédit) : 134 p.
33. Luke DA, Calhoun A, Robichaux CB et autres. The Program Sustainability Assessment Tool : a new instrument for public health programs. *Preventing Chronic Disease.* 2014; 11 :130-184. doi : 10.5888/pcd11.130184
34. May C et Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices : An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology-the Journal of The British Sociological Association – SOCIOLOGY.* 2009; 43 :535-554.
35. Milat AJ, King L, Bauman AE et autre. The concept of scalability : increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice. *Health Promotion International Journal.* 2013; 28(3) : 285-298. doi : 10.1093/heapro/dar097
36. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C et autres. Beyond Adoption : A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of medical Internet research.* 2017; 19(11) : e367. doi : 10.2196/jmir.8775
37. Fleischer AR, Semenic SE, Ritchie JA et autres. The sustainability of healthcare innovations : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 2015; 71(7) :1484-1498. doi : 10.1111/jan.12633
38. Zamboni K, Schellenberg J, Hanson C et autres. Assessing scalability of an intervention : why, how and who? *Health, Policy and Planning.* 2019; 34(7) : 544–552. doi : 10.1093/heapol/czz068

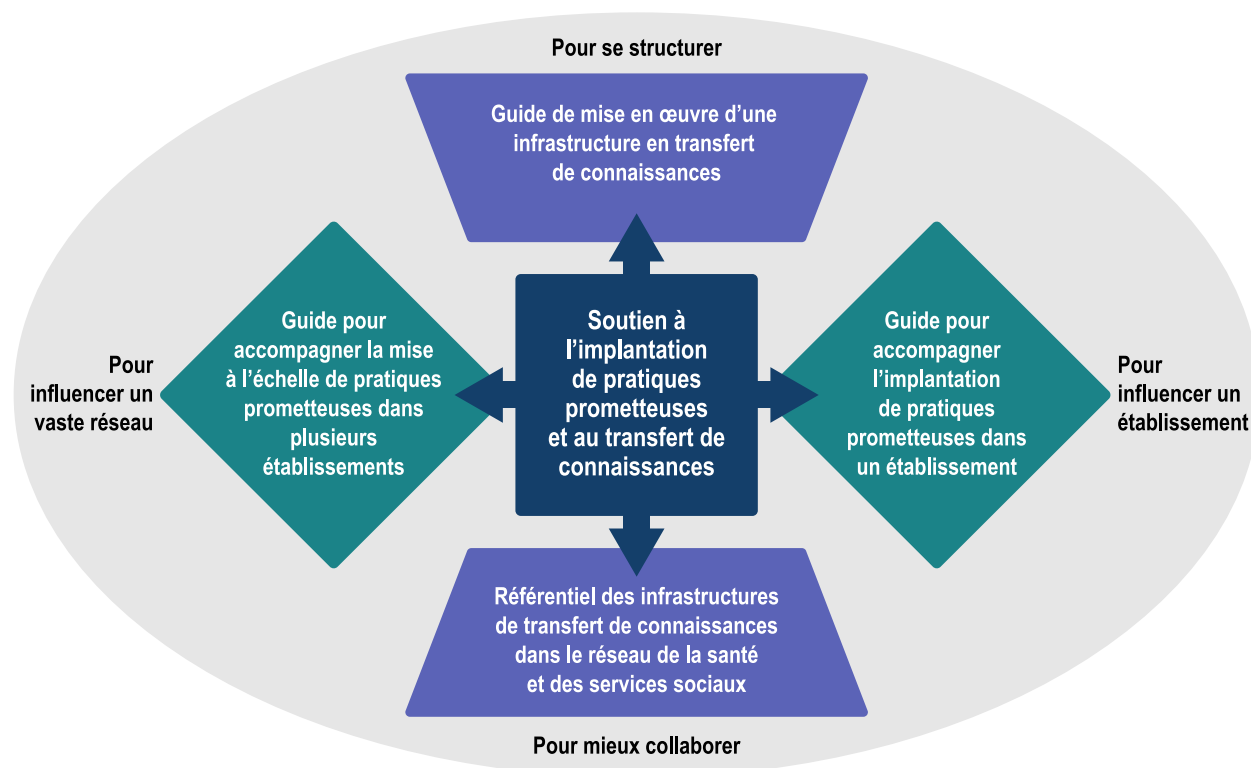
39. Ben Charif A, Hassani K, Wong ST et autres. Assessment of scalability of evidence-based innovations in community-based primary health care : a cross-sectional study. *Canadian Medical Association Journal*. 2018; 6 : E520-E527. doi : 10.9778/cmajo.20180143
40. May C, Murray E, Finch T et autres. Normalization Process Theory On-line Users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument. 2015. Disponible : <http://www.normalizationprocess.org>
41. Milat AJ, Newson R, King L et autres. A guide to scaling up population health interventions, *Public Health Research and Practice*. 2016; 26(1) : e2611604. doi : 10.17061/phrp2611604
42. Adamou B, Curran J, Wilson L et autres. Guide for Monitoring Scale-up of Health Practices and Interventions. MEASURE Evaluation PRH, U.S. Agency for International Development. 2014 : 68 p.
43. Organisation Mondiale de la Santé. Avoir le but à l'esprit dès le début : la planification des projets pilotes et d'autres recherches programmatiques pour un passage à grande échelle réussi. *ExpandNet*, Organisation Mondiale de la Santé. 2013 : 26 p.
44. Graham ID, Logan J, Harrison MB et autres. Lost in knowledge translation : time for a map? *Journal of continuing education in the health professions*. 2006; 26(1) : 13-24.
45. Straus SE, Tetroe J et Graham ID. Knowledge translation in health care, *Moving from Evidence to Practice*. Second ed., Wiley Blackwell. 2013 : 406 p.
46. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. 2<sup>e</sup> édition. Toronto (On). 2012. Disponible : [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit\\_2ed\\_French\\_with\\_App.E.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf)
47. Golden SH, Hager D, Gould LJ et autres. A Gap Analysis Needs Assessment Tool to Drive a Care Delivery and Research Agenda for Integration of Care and Sharing of Best Practices Across a Health System. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2017; 43(1) : 18-28. doi : 10.1016/j.jcjq.2016.10.004
48. Tavender EJ, Bosch M, Gruen RL et autres. Developing a targeted, theory-informed implementation intervention using two theoretical frameworks to address health professional and organisational factors : a case study to improve the management of mild traumatic brain injury in the emergency department. *Implementation Science*. 2015; 10(74). doi : 10.1186/s13012-015-0264-7
49. Barwick MA. Knowledge Translation Planning Template. Ontario : The Hospital for Sick Children. 2008, 2013, 2019.
50. Kastner M, Bhattacharyya O, Hayden L et autres. Guideline uptake is influenced by six implementability domains for creating and communicating guidelines : a realist review. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015; 68 : 498-509.
51. Castiglione SA et Ritchie JA. Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé. Centre universitaire de santé McGill, Instituts de recherche en santé du Canada. 2012 : 56 p.

52. Powell BJ, Fernandez ME, William.NJ et autres. Enhancing the Impact of Implementation Strategies in Healthcare : A Research Agenda. *Frontiers in Public Health*. 2019 : 9 p.
53. King D, Shoup JA, Raebel MA et autres. Planning for Implementation Success Using RE-AIM and CFIR Frameworks : A Qualitative Study. *Frontiers in Public Health*. 2020 : 14 p. [doi : 10.3389/fpubh.2020.00059](https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00059)
54. Chauhan BF, Jeyaraman M, Mann AS et autres. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice—an overview of reviews. *Implementation Science*. 2017; 12(3). [doi : 10.1186/s13012-016-0538-8](https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8)
55. Grol R et Grimshaw J. From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003; 362(9391) :1225-1230. [doi : 10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
56. Prihodova L, Guérin S, Tunney C et autres. Key components of knowledge transfer and exchange in health services research : Findings from a systematic scoping review. *Leading Global Research Nursing*. 2018; 75(2) : 313-326. [doi : org/10.1111/jan.12642](https://doi.org/10.1111/jan.12642)
57. Powell BJ, Beidas RS, Lewis CC et autres. Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2017; 44 : 177-194. [doi : 10.1007/s11414-015-9475-6](https://doi.org/10.1007/s11414-015-9475-6)
58. Lennox L, Maher L et Reed J. Navigating the sustainability landscape : a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*. 2018; 13(27). [doi : 10.1186/s13012-017-0707-4](https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4)
59. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ et autres. A refined compilation of implementation strategies : results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*. 2015; 10(21). [doi : 10.1186/s13012-015-0209-1](https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1)
60. Michie S, van Stralen MM et West R. The behaviour change wheel : A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011; 6(42). [doi : 10.1186/1748-5908-6-42](https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42)
61. Khan S, Rashid S, Moore JE et autres. Combining theories, process models, and frameworks to guide implementation. Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Society for Implementation Research and Collaboration Conference. 2017 : 20 p.
62. Proctor EK, Powell BJ et McMillen JC. Implementation strategies : recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*. 2013; 8 :139.
63. Institute for Healthcare Improvement. Sustainability Planning Worksheet. 2019 : 2 p.
64. Proctor E, Silmere H, Raghavan R et autres. Outcomes for implementation research : conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*. 2011; 38(2) : 65-76. [doi : 10.1007/s10488-010-0319-7](https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7)



65. Centers for Disease Control and Prevention. Developing an Effective Evaluation Plan, Atlanta, Georgia : National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. 2011 : 115 p.
66. Bowen S. Guide d'évaluation dans le domaine de la recherche en santé. Instituts de recherche en Santé du Canada. Disponible : <https://cihr-irsc.gc.ca/e/45336.html>
67. Scott SD, Rotter T, Flynn R et autres. Systematic review of the use of process evaluations in knowledge translation research. *Systematic Reviews*. 2019; 8(266). doi : 10.1186/s13643-019-1161-y
68. Langer L, Tripney J et Gough D. The Science of Using Science : Researching the Use of Research Evidence in Decision-Making. London : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London. 2016 : 314 p.
69. Hailemariam M, Bustos T, Montmogery B et autres. Evidence-based intervention sustainability strategies : a systematic review. *Implementation Science*. 2019; 14(57). doi : 10.1186/s13012-019-0910-6
70. Becan JE, Bartkowski JP, Knight DK et autres. A model for rigorously applying the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework in the design and measurement of a large scale collaborative multi-site study. *Health & justice*. 2018; 6(1). doi : 10.1186/s40352-018-0068-3
71. Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NK et autres. Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*. 2019; 14(1). doi : 10.1186/s13012-018-0842-6
72. Cossette B, Bruneau MA, Couturier Y et autres. 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*. 2020; 21(2) : 212-219. doi : 10.1016/j.jamda.2019.08.027
73. Lane J, Manceau LM, Massuard M et autres. 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. 2020.
74. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. 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. Québec. INESSS; 2017 : 100 p.
75. Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE/Eurostat). Manuel d'Oslo 2018 : Lignes directrices pour le recueil, la communication et l'utilisation des données sur l'innovation, 4<sup>e</sup> édition, Mesurer les activités scientifiques, technologiques et d'innovation, Éditions OCDE, Paris. 2019 : 283 p. [doi.org/10.1787/c76f1c7b-fr](https://doi.org/10.1787/c76f1c7b-fr).

## Trousse d'outils pour soutenir l'implantation de pratiques prometteuses et le transfert de connaissances



Marie Massuard et Luiza Maria Manceau, sous la direction de Julie Lane. **Guide de mise en œuvre d'une infrastructure de soutien à l'implantation et au transfert de connaissances** – Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023.

Luiza Maria Manceau, sous la direction de Julie Lane. **Référentiel des infrastructures de transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux** – Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023.

Marie Massuard, sous la direction de Julie Lane. **Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements** – Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023.

Marie Massuard, sous la direction de Julie Lane. **Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement** – Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023.

Versions électroniques à l'adresse : [msss.gouv.qc.ca](https://msss.gouv.qc.ca) section **Publications**

