

# Identifier les conditions favorables et les obstacles à la mise en œuvre d'innovations dans les établissements de soins de longue durée

Marie-Soleil Hardy<sup>1</sup>, Randa Attieh<sup>1</sup>, Marie-Pierre Gagnon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculté des Sciences Infirmières, Université Laval, Québec, Canada

Adresse e-mail : [marie-soleil.hardy@fsi.ulaval.ca](mailto:marie-soleil.hardy@fsi.ulaval.ca)

## Résumé

La pandémie a provoqué des conséquences négatives pour les résidents des établissements de soins de longue durée (ESLD). L'implantation d'innovations est un défi pour les ESLD.

Cette étude vise à identifier les facilitateurs et les barrières à la mise en œuvre d'innovations dans les ESLD au Canada. Un devis corrélationnel longitudinal impliquant différents participants d'ESLD et l'utilisation du *Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT)* avant et après l'implantation d'une innovation. Les différences de score sont analysées par des tests de Student ou de Wilcoxon et les facteurs organisationnels expliquant ces variations sont réalisés par des tests de Mann-Whitney et corrélations de Spearman. Cinquante-neuf organisations ont participé à l'étude. 27 organisations ont répondu aux 2 temps de mesure avec 27 questionnaires et 17 employés. Le score OR4KT a augmenté selon les questionnaires ( $p = 0.0452$ ). Le « Leadership et participation » est la dimension contribuant le plus à cette augmentation. Le facteur organisationnel influençant ce score était la taille de la population dans laquelle l'ESLD est situé ( $p = 0.0043$ ). La préparation à la mise en œuvre d'innovations, plus particulièrement le leadership et la collaboration entre les différents acteurs des ESLD et du système de santé sont nécessaires à leur réussite.

**Mots-clés** : Vieillesse de la population, établissements de soins de longue durée, préparation organisationnelle, mise en œuvre, innovation

## Resumen

La pandemia tuvo consecuencias negativas para los residentes de centros de cuidados de larga duración (CCLD). El objetivo de este estudio es identificar los factores que facilitan o limitan la implementación de innovaciones en los CCLD de Canadá. Se trata de un diseño longitudinal correlacional en el que participaron distintos CCLD y en el que se utilizó el cuestionario *Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT)* antes y después de la implantación de una innovación. Las diferencias de puntuación se analizaron mediante pruebas de Student o Wilcoxon, y los factores organizacionales que explican estas variaciones se determinaron mediante pruebas de Mann-Whitney y correlaciones de Spearman. Cincuenta y nueve organizaciones participaron en el estudio, de las cuales 27 respondieron a los dos periodos de medición, con 27 directivos y 17 empleados. La puntuación OR4KT aumentó para los directivos ( $p = 0,0452$ ). La dimensión "Liderazgo y participación" fue la que más contribuyó a este aumento. El tamaño de la población en la que se encuentra el CCLD ( $p = 0,0043$ ) también influyó en esta puntuación. El liderazgo y la colaboración entre los distintos agentes de los centros de cuidados y el sistema sanitario son necesarios para el éxito de la implementación de innovaciones.

**Palabras clave:** Envejecimiento de la población, centros de cuidados de larga duración, preparación organizacional, implementación, innovación

## Introduction

Les établissements de soins de longue durée (ESLD) ont connu un nombre sans précédent d'infections et de décès dus à la COVID-19 dans les provinces et territoires canadiens. Au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19, près de 80 % des décès causés par cette maladie dans l'ensemble du Canada sont survenus chez des résidents d'ESLD (1). Dans les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le nombre de décès dus à la COVID-19 dans les ESLD était toutefois de 42 % (CIHR, 2020). Pour prévenir la propagation du virus dans les ESLD, les autorités canadiennes ont rapidement mis en place plusieurs mesures de santé publique, telles que des restrictions sur les visites et l'utilisation d'équipements de protection individuelle (Stall et al., 2020).

Outre les caractéristiques des personnes âgées, l'environnement physique, et les caractéristiques des membres de l'équipe soignante, des déficiences opérationnelles de longue date dans le secteur des soins de longue durée ont conduit à de mauvais résultats en matière de soins et de services (Estabrooks et al., 2020). Ces résultats ont accéléré l'initiation de nombreux changements administratifs, cliniques et opérationnels en faveur de la sécurité et de la qualité de vie des personnes âgées, de leurs proches, des soignants et des professionnels de la santé.

Or, la mise en œuvre de politiques et de pratiques fondées sur des données probantes pour améliorer la qualité des soins et services et atténuer les effets de toute épidémie future est un défi pour le secteur des soins de longue durée, qui manquait de structure avant la pandémie et qui a été affaibli par celle-ci (CFHI-FCASS, 2020). La transposition des pratiques fondées sur des données probantes dans les différents services de santé et contextes cliniques, organisationnels et politiques est l'un des plus grands défis de la recherche appliquée sur les services et les politiques de santé (Squires et al., 2021). Les difficultés à traduire les innovations et les politiques prometteuses en pratiques quotidiennes dans les ESLD résident dans les niveaux variables du personnel réglementé, le manque de connaissances du personnel, les taux de rotation élevés, le manque de personnel, les ressources financières faibles ou inexistantes pour améliorer les soins, les modèles de gestion variables et le manque de soutien aux gestionnaires et aux dirigeants (Estabrooks et al., 2020).

Dans le but d'ajouter une perspective scientifique de recherche à la mise en place des pratiques prometteuses dans les milieux de soins de longue durée, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, désormais Excellence en soins de santé Canada (HEC), se sont associées aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et des partenaires financiers (Health Research British Columbia, New Brunswick Health Research Foundation, Saskatchewan Health Research Foundation, Centre for Aging + Brain Health Innovation). Ils ont financé 22 équipes canadiennes en science de la mise en œuvre (ESMO) et leurs ESLD partenaires pour diriger des projets sur l'implantation d'une ou plusieurs des six pratiques prometteuses suivantes : la préparation, la prévention, les personnes sur le marché du travail, la réponse à la pandémie et capacité de pointe, le plan pour les soins liés à la COVID-19 et ceux non liés à la COVID-19 et présence de la famille (CFHI-FCASS, 2020). De plus, pour permettre aux 22 ESMO et à leurs ESLD partenaires de comprendre collectivement les facteurs facilitants et les obstacles à une mise en œuvre réussie ainsi que les impacts de leurs interventions, toutes les ESMO financées ont été invitées à participer au projet de cadre de mesure commun (CMC) qui a été géré par une équipe financée et composée de 11 chercheurs, experts en science de la mise en œuvre et en soins de longue durée.

Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs facilitants et les barrières à la mise en œuvre réussie de pratiques fondées sur des données probantes dans les ESLD au Canada pour améliorer la santé et les soins des

personnes âgées. À cette fin, l'état de préparation à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans ces milieux cliniques a été évalué à l'aide de l'outil *Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT)*.

## Méthodologie

Un devis corrélationnel longitudinal basé sur une enquête a été réalisé pour identifier les facteurs organisationnels associés à la mise en œuvre réussie de pratiques fondées sur des données probantes dans les ESLD en évaluant leur état de préparation à l'implantation d'une ou l'autre des six pratiques prometteuses.

L'outil de mesure OR4KT développé par Gagnon et al. (2018) a été utilisé pour évaluer le degré de préparation organisationnelle des établissements de santé quant à l'implantation de nouvelles pratiques ou d'interventions à l'aide de la perception de leurs employés (Gagnon et al., 2018). Cet outil validé en français, en anglais et en espagnol ainsi que dans divers contextes de soins et services de santé, compte 59 items et six dimensions (Attieh et al., 2014; Grandes et al., 2017). S'appuyant sur plusieurs théories du changement, l'OR4KT considère les facteurs contextuels comme l'environnement, la clientèle et l'organisation des services ainsi que d'autres facteurs, notamment individuels, interpersonnels et politiques, qui peuvent également influencer le succès de l'implantation. L'alpha de Cronbach de l'outil a démontré de bons résultats avec des valeurs entre .79 et .92 pour les six dimensions ainsi qu'un score total de .95 (Grandes et al., 2017).

La population étudiée comprenait des employés et des gestionnaires de tous les ESLD impliqués dans les 22 projets de recherche des ESMO financées.

Au total, 22 ESMO provenant de 18 établissements universitaires canadiens ont été invitées à participer au projet. Les 22 projets, comprenant 377 membres, se sont associés à un total de 91 ESLD dans 10 provinces canadiennes (aucune des ESMO n'impliquait des ESLD dans les trois territoires canadiens). Les 22 ESMO ont été réparties en deux cohortes, telles que catégorisées par HEC et les IRSC : la cohorte 1 incluant 14 équipes et la cohorte 2 incluant huit équipes (Figure 1). En fait, le retard dans le recrutement des équipes de la cohorte 2 pour cette opportunité de financement s'explique par la réception tardive de fonds supplémentaires des organismes subventionnaires. L'équipe du CMC a été présentée par les IRSC aux deux cohortes en janvier et mars 2021, respectivement, pour expliquer le but du projet, le processus de la recherche et les outils utilisés.

Dans chaque ESLD, des gestionnaires (cadres supérieurs et cadres intermédiaires) et des employés (professionnels de la santé, aides-soignants, personnel ménager et soutien technique, etc.) ont été recrutés pour participer à l'enquête. Deux à dix participants ont été sélectionnés dans chaque ESLD par une personne clé impliquée dans la mise en œuvre pour un total de 182 à 910 participants, dépendamment de la taille des ESLD et de leur nombre de personnels. Chaque ESMO a contacté ses ESLD partenaires et a planifié le processus de participation et de sélection des répondants.

Les données ont été collectées en deux temps de mesure. Un premier temps de mesure (T1) au début de la mise en œuvre et un deuxième temps de mesure (T2) après la mise en œuvre de la pratique prometteuse, soit entre 2 et 6 mois dépendamment des projets. Les deux temps de collecte de données visaient à identifier si des changements sont survenus dans les facteurs facilitants ou contraignants à la mise en œuvre de pratiques en ESLD.

Une méthode hybride de collecte de données a été utilisée pour faciliter le processus de collecte par la personne clé impliquée dans la mise en œuvre. Des questionnaires en anglais et en français ont été remplis sur papier ou électroniquement. En plus des 59 items de l'outil OR4KT, le questionnaire comprenait quatre variables sociodémographiques pour les répondants (titre du poste, années d'ancienneté, sexe et tranche d'âge). De plus,

des données descriptives sur les ESLD (type d'établissement, public/privé, province, région, nombre de lits, personnel, programme de vaccination contre la COVID-19) ont été fournies par les cadres supérieurs.

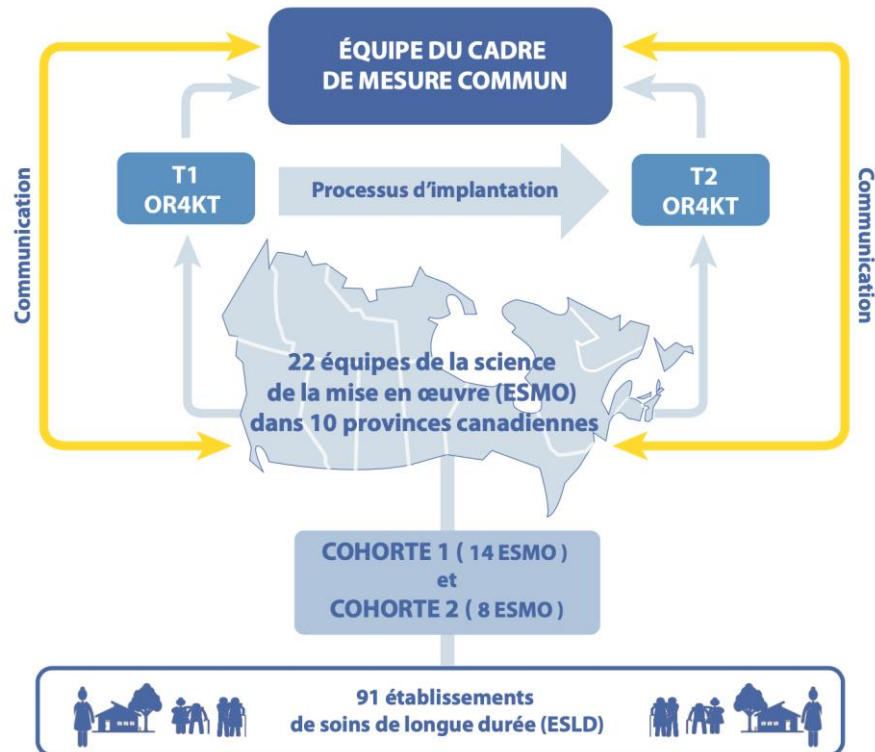


Figure 1 : Recrutement des équipes canadiennes en science de la mise en œuvre (ESMO) et leurs ESLD partenaires.

La plateforme REDCap hébergée sur des serveurs sécurisés à l'Université Laval a été utilisée pour la saisie et la collecte électronique de données. Pour la version électronique, un rappel automatique a été envoyé aux participants qui ont accepté de participer, mais n'ont pas répondu à tous les sondages. Les questionnaires papier ont été envoyés à l'équipe du CMC par l'ESMO par courrier électronique. Toutes les informations d'identification ont été supprimées et tous les questionnaires papier ont été saisis manuellement par un assistant de recherche dans la base de données REDCap et validés par un deuxième assistant de recherche. Toutes les données ont été stockées numériquement et sauvegardées sur un serveur interne sécurisé protégé par un système de détection d'intrusion et un pare-feu.

Les données sociodémographiques recueillies au T1 ont été utilisées pour des analyses descriptives et corrélationnelles. Tout d'abord, tous les questionnaires provenant des mêmes ESLD ont été regroupés et un score moyen a été calculé pour chaque variable. Ensuite, le score OR4KT global et ses cinq dimensions ont été calculés pour chaque ESLD. Ces informations ont fourni une évaluation du score de préparation de base. Dans une étude précédente, un score OR4KT de 64 sur 100 était associé à un niveau élevé de préparation à mettre en œuvre de nouvelles pratiques en soins primaires (Cohen et al., 2004). Comme il n'existe actuellement aucune donnée sur les soins de longue durée, ce score a été considéré comme seuil pour diviser le niveau de préparation des ESLD. Une régression logistique a été réalisée pour identifier les caractéristiques organisationnelles associées au niveau de préparation des ESLD à mettre en œuvre de nouvelles pratiques.

Lors du suivi (T2), les scores moyens et les différences de scores (T2-T1) ont été calculés pour les scores globaux et sous-échelles de l'OR4KT pour chaque ESLD. Compte tenu des scores OR4KT de base, les

caractéristiques organisationnelles associées à un changement des scores OR4KT entre T1 et T2 ont été identifiées à l'aide du test ANOVA. De plus, les caractéristiques des ESLD qui ont montré une amélioration significative, une réduction ou aucun changement du score OR4KT sur la période de 6 mois ont été comparées. Un modèle d'équation d'estimation généralisée a été utilisé pour évaluer l'effet des variables organisationnelles et contextuelles (taille de l'organisation, type d'organisation, région, site de vaccination, etc.) sur les différences de score OR4KT, une méthode de modélisation adaptée aux données longitudinales.

## Résultats

Cinquante-neuf ESLD avec 323 participants ont participé à l'étude. De ce nombre, 27 ESLD ont répondu aux deux temps de mesure avec 26 questionnaires et 17 employés.

Un total de 48 ESLD avec des répondants questionnaires ont participé au T1 et complété le questionnaire sociodémographique de l'organisation alors que 27 ESLD ont participé au T2. Vingt-quatre organisations publiques et 22 privées ont participé au T1 comparées à 12 et 14 respectivement au T2. De ces 48 organisations, 21 (43.8%) étaient situées au Québec et 25 (52.1%) dans une autre province canadienne au T1, comparativement à 12 (44.4%) et 14 (51.9%) respectivement au T2. Un total de 28 (58.3%) organisations sont situées dans des grands centres de population, soit plus de 100 000 habitants alors que 18 (37.5%) dans des petits ou moyens centres de population (< 100 000 habitants).

Les résultats ont montré que 21 des 48 ESLD participants au T1 (43.8%) appartenaient à une chaîne d'établissements comparé à 13 des 27 ESLD (48.1%) au T2 (Tableau 1).

**Tableau 1** : Description des caractéristiques des ESLD.

| Caractéristiques des ESLD  |   | T1<br>(n = 48) <sup>a</sup> | T2<br>(n = 27) <sup>a</sup> |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Type d'organisation  | Secteur public (n, %)                                 | 24 (50.0)                   | 12 (44.4)                   |
|  | Secteur privé (n, %)                                  | 22 (45.8)                   | 14 (51.9)                   |
| Province   | Québec (n, %)   | 21 (43.8)                   | 12 (44.4)                   |
|  | Autres provinces (n, %)                               | 25 (52.1)                   | 14 (51.9)                   |
| Taille de la zone géographique   | Grand centre de population (+ 100 000) (n, %)         | 28 (58.3)                   | 17 (63.0)                   |
|  | Moyen / Petit centre de population (< 100 000) (n, %) | 18 (37.5)                   | 9 (33.3)                    |
| Présence d'un directeur médical  | Oui (n, %)  | 36 (75.0)                   | 20 (74.1)                   |
|  | Non (n, %)  | 8 (16.7)                    | 5 (18.5)                    |
| Appartenant à une chaîne   | Oui (n, %)  | 21 (43.8)                   | 13 (48.1)                   |
|  | Non (n, %)  | 24 (50.0)                   | 13 (48.1)                   |
| Nombre de lits (moyenne (écart-type), n)   |   | 143.8 (92.3) 40             | 133.2 (79.9) 22             |
| % de résidents ayant reçu la première dose de COVID-19 (moyenne (écart-type), n) |   | 95.7 (3.3) 44               | 95.5 (3.4) 25               |
| % d'employés ayant reçu la première dose de COVID-19 (moyenne (écart-type), n)   |   | 86.4 (11.6) 41              | 85.1 (12.1) 24              |

<sup>a</sup> Les différences de n dans le tableau correspondent à des informations manquantes

Les résultats ont montré que le score total OR4KT a augmenté légèrement de la perspective des gestionnaires ( $p = 0.0452$ ). Le « Leadership et participation » est la dimension qui a contribué le plus à cette augmentation ( $p = 0.0446$ ). Les résultats ont également montré que le facteur organisationnel principal qui a pu influencer le niveau de préparation à la mise en œuvre d'une pratique prometteuse au niveau des gestionnaires était la taille de la population de la zone géographique desservie par l'ESLD ( $p = 0.0043$ ). Plus la taille est élevée, plus le score de l'OR4KT est élevé. Contrairement aux gestionnaires, le score OR4KT n'a pas été sensible aux changements du point de vue des employés ( $p = 0.7727$ ) (Tableau 2).

**Tableau 2** : Score OR4KT et de ses dimensions pour les ESLD avec des répondants gestionnaires et employés

|   | ESLD avec des répondants gestionnaires         |  |                          | ESLD avec des répondants employés              |  |                          |
|---|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------|
|   | T1<br>Moyenne (ET)<br>Médiane (Q1-<br>Q3)<br>N | T2<br>Moyenne (ET)<br>Médiane (Q1-<br>Q3)<br>N | Valeur<br>P <sup>a</sup> | T1<br>Moyenne (ET)<br>Médiane (Q1-<br>Q3)<br>N | T2<br>Moyenne (ET)<br>Médiane (Q1-<br>Q3)<br>N | Valeur<br>P <sup>b</sup> |
| <b>Score total OR4KT</b>                                | 126.3 (12.3)<br>127.9 (115.5;<br>133.0)<br>26  | 131.1 (15.0)<br>134.0 (118.0;<br>143.0)<br>23  | <b>0.0452</b>            | 102.4 (12.1)<br>105.0 (94.5;<br>111.8)<br>17   | 102.1 (17.4)<br>102.0 (95.5;<br>116.3)<br>17   | 0.7727                   |
| <b>Dimensions OR4KT</b>                                 |  |  |                          |  |  |                          |
| Climat<br>organisationnel<br>favorable au<br>changement | 7.8 (1.0)<br>8 (7.3; 8.6)<br>27                | 7.5 (1.6)<br>8 (6.0; 9.0)<br>27                | 0.3373                   | 24.5 (4.0)<br>25.3 (21.8;<br>26.7)<br>17       | 24.1 (5.1)<br>25.0 (20.6;<br>28.0)<br>17       | 0.2687                   |
| Facteurs<br>organisationnels<br>contextuels             | 18.2 (2.5)<br>18.3 (16.0;<br>19.5)<br>27       | 18.6 (3.5)<br>20.0 (16.0;<br>21.3)<br>27       | 0.4293                   | 25.1 (3.0)<br>25.5 (22.5;<br>27.3)<br>17       | 24.4 (4.3)<br>25.4 (22.0;<br>28.3)<br>17       | 0.6030                   |
| Contenu du<br>changement                                | 30.5 (2.8)<br>31.1 (29.0;<br>32.0)<br>26       | 31.8 (4.1)<br>32.0 (30.0;<br>34.6)<br>26       | 0.1305                   | 25.7 (3.1)<br>26.2 (24.0;<br>27.5)<br>17       | 25.6 (3.8)<br>26.5 (22.0;<br>29.0)<br>17       | 0.6783                   |
| Leadership et<br>participation                          | 18.4 (2.2)<br>18.4 (18.0;<br>19.6)<br>26       | 19.3 (2.8)<br>20.0 (17.5;<br>21.1)<br>24       | <b>0.0446</b>            | 13.6 (2.1)<br>14.3 (11.7;<br>15.0)<br>17       | 13.7 (3.0)<br>14.0 (11.2;<br>15.6)<br>17       | 0.7020                   |
| Support<br>organisationnel                              | 35.9 (4.4)<br>36.3 (33.2;<br>38.0)<br>27       | 37.5 (5.3)<br>38.6 (33.5;<br>41.6)<br>25       | 0.1013                   | 14.2 (2.4)<br>15.0 (13.0;<br>15.2)<br>17       | 14.3 (2.0)<br>15.3 (12.5;<br>15.6)<br>17       | 0.8706                   |
| Motivation  | 15.0 (1.4)<br>15.0 (14.0;<br>16.0)<br>27       | 15.4 (1.9)<br>16.0 (13.5;<br>16.6)<br>26       | 0.4116                   |  |  |                          |

<sup>a</sup> Test de student apparié, <sup>b</sup> Test de Wilcoxon des rangs signés

Pour le total de 27 ESLD qui ont répondu aux deux temps de mesure, 26 et 23 gestionnaires ont complété le questionnaire OR4KT aux T1 et T2 respectivement. Selon leur perspective, la moyenne du score total des 26 ESLD était de 126.3 au T1 et de 131.1 au T2 (n=23). Des 26, 14 (53.8%) ESLD avaient un score total plus élevé que 126.1 montrant un bon niveau de préparation à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes. Cependant au T2, 12 (52.2%) ESLD ont eu un score supérieur à 131.1. Aussi, les résultats ont montré que des 23 ESLD ayant participé au T1 et T2, seulement sept étaient bien préparés avant et après la mise en place d'une pratique prometteuse avec un score moyen de OR4KT supérieur à 126.3 à T1 et à 131.1 au T2.

Pour le total de 27 ESLD qui ont répondu aux deux temps de mesure, 17 employés ont complété le questionnaire OR4KT aux T1 et T2. Selon leur perspective, une moyenne du score global OR4KT de 102 a été obtenue pour les 17 ESLD participants au T1 et T2. Des 17, 10 ESLD se sont montrés bien préparés à la mise en œuvre d'une pratique prometteuse au T1 et T2 avec un score moyen de OR4KT supérieur à 102. Des 10 ESLD ayant eu un bon niveau de préparation, seulement sept avaient un score moyen de OR4KT supérieur à 102 avant et après la mise en place d'une pratique prometteuse.

## Discussion

Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs facilitant la mise en œuvre réussie de pratiques fondées sur des données probantes dans les ESLD au Canada et les barrières à celle-ci. Contrairement aux employés, le score total OR4KT des ESLD a légèrement augmenté selon la perspective des gestionnaires. La dimension « Leadership et participation », définie comme le leadership et l'engagement collectif en faveur du changement (7) est celle qui a contribué le plus à cette augmentation. Les gestionnaires ont été perçus comme étant positifs à l'égard de l'importance de cette dimension pour une mise en œuvre réussie des pratiques prometteuses. À l'instar des résultats rapportés par Åvik Persson et al. (2021), les gestionnaires ont souligné que le leadership est d'une grande importance pour la préparation lorsque des changements doivent être apportés au sein d'une organisation. Il est nécessaire d'avoir un leadership qui structure les conditions afin que les pratiques fondées sur des données probantes puissent être mises en œuvre dans l'organisation (Åvik Persson et al., 2021).

Plusieurs études vont également dans le même sens et soulignent l'importance d'un leadership fort de la part des gestionnaires locaux (Koemer et al., 2021 ; Groot et al., 2021; Gillam et al., 2022) et régionaux (Lovink et al., 2017). De plus, l'engagement collectif et le travail collaboratif sont des éléments rapportés dans la littérature comme étant des facilitateurs clés à l'implantation d'innovations dans les ESLD (Hirt et al., 2021; Fakha et al., 2022).

Le principal facteur organisationnel qui a pu influencer le niveau de préparation à la mise en œuvre d'une pratique prometteuse au niveau des gestionnaires était la taille de la population de la zone géographique desservie par l'ESLD. Plus la taille est élevée, plus le score est élevé. Dans la littérature, on rapporte que les établissements de soins dans les milieux ruraux prennent plus de temps à l'implantation d'innovations, souvent dû au manque de ressources humaines dédiées à l'implantation d'innovation et au manque de pertinence de l'innovation pour un milieu rural (Greenhalgh et al., 2005). De plus, les résidents en régions rurales présentent un moins bon état de santé, ce qui peut ajouter une charge supplémentaire aux services de soins de ces régions (Stall et al., 2020). Le fait que les ESLD en milieux ruraux se situent à une distance considérable des spécialistes peut également faire en sorte que non seulement l'accessibilité à ces soins spécialisés soit plus difficile, mais aussi qu'ils n'aient pas accès à l'expertise nécessaire pour mener à la création et à l'implantation d'innovations (Fleet et al., 2013).

Des 26 ESLD participants pour lesquels des gestionnaires ont complété le questionnaire OR4KT au T1, 14 (53.8%) étaient préparés à la mise en œuvre d'une pratique prometteuse avec un score total moyen supérieur à

126.3, selon la perspective des gestionnaires. Après un minimum de 6 mois en post-implantation, 12 des 23 (52.2%) ESLD ayant participé au T2 ont montré un bon niveau de préparation avec un score total moyen supérieur à 131.1. Selon la perspective des 17 employés qui ont complété le questionnaire OR4KT aux deux temps de mesure, un total de 10 et de 9 des 23 ESLD ont été hautement évalués comme étant bien préparés à mettre en œuvre une pratique prometteuse aux T1 et T2 respectivement avec un score moyen de OR4KT supérieur à 102. La différence de perception de la préparation de l'ESLD à la mise en œuvre d'une pratique prometteuse entre les gestionnaires et les employés peut s'expliquer par l'effet des caractéristiques individuelles (Damschroder et al., 2009). En effet, le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) permet de montrer comment les individus par leurs relations, leur volonté et leur degré d'engagement envers l'organisation ainsi leurs connaissances sur l'innovation et le processus de changement peuvent influencer la mise en œuvre.

## **Limites de l'étude**

Les résultats de cette étude sont d'une grande importance pour les décideurs et les ESLD. Ils les informent sur les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes. Cependant, certaines limites nécessitent d'être soulevées. Premièrement, il faut noter le faible taux de réponse des ESLD ayant participé à l'étude. Cela pourrait s'expliquer par le contexte difficile des ESLD en temps de pandémie et la pénurie de ressources humaines. Aussi, le recrutement des participants dans chaque ESLD a été réalisé par un porte-parole local de mise en œuvre. Deuxièmement, le fait de remplir le questionnaire OR4KT à deux temps de mesure a également contribué au retrait de certains ESLD de l'étude. Troisièmement, l'étude a été réalisée pendant la pandémie, contribuant ainsi à des retards, voire à un arrêt de la mise en œuvre de la pratique prometteuse pour certaines ESMO. Une dernière limite à souligner est que dans le cadre de cette étude, et compte tenu de la nature des données recueillies, nous n'avons pas pu prendre en compte dans nos analyses les influences multiniveaux sur l'état de préparation des ESLD.

## **Conclusion**

Actuellement, les ESLD font face à des enjeux importants pour garantir des soins de qualité pour leurs résidents. Ces derniers nécessitent des améliorations constantes impliquant l'implantation d'innovations et de nouvelles politiques. Le leadership et la participation des gestionnaires et la taille de la population sont les principaux facteurs facilitant la mise en place des pratiques dans les ESLD. Contrairement aux gestionnaires, le score total de l'OR4KT n'était pas sensible aux changements dans le temps selon la perspective des employés. L'OR4KT est un outil qui devrait mesurer le niveau de préparation des ESLD à la mise en œuvre de nouvelles pratiques selon deux perspectives distinctes, celle des gestionnaires et celle des employés. Les résultats de cette étude montrent l'importance de la préparation des ESLD à la mise en œuvre d'innovations, plus particulièrement en ce qui a trait au leadership et la collaboration entre les différents acteurs des ESLD et du système de santé.

## **Références**



1. Attieh, R., M.P. Gagnon, A.E. Carole, F. Légaré, M. Ouimet, P. Vazquez, et al. (2014). Organizational readiness for knowledge translation in chronic care: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 14, 534.
2. Åvik Persson, H., G. Ahlström, A. Ekwall (2021). Professionals' Expectations and Preparedness to Implement Knowledge-Based Palliative Care at Nursing Homes before an Educational Intervention: A Focus Group Interview Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 8977.
3. Canadian Foundation for Healthcare Improvement & Canadian Patient Safety Institute. Healthcare Excellence Canada. Reimagining care for older adults, next steps in COVID-19. (2020). Response in long-term care and retirement homes, what we heard. Available from: <https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/reimagining-care-for-older-adults-covid-19-e.pdf>.
4. Canadian Institute for Health Information [CIHR], (2020). *Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector: How Does Canada Compare With Other Countries?* Ottawa, ON: CIHI. 2020. Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf>
5. Cohen, D., R.R. McDaniel, B.F. Crabtree, M.C. Ruhe, S.M. Weyer, A. Tallia, W.L. Miller, M.A. Goodwin, P. Nutting, L.I. Solberg, S.J. Zyzanski, C.R. Jaen, V. Gilchrist, K.C. Stange (2004). A practice change model for quality improvement in primary care practice. *J Healthc Manag.*, 49, 155-168. discussion 169-170.
6. Damschroder, L.J., D.C. Aron, R.E. Keith, S.R. Kirsh, J.A. Alexander, J.C. Lowery (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science.*, 4, 1-15.
7. Estabrooks, C.A., S. Straus, C.M. Flood, J. Keefe, P. Armstrong, G. Donner, V. Boscart, F. Ducharme, J. Silvius, M. Wolfson (2020). Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care. *Royal Society of Canada*.
8. Fakha, A., B. de Boer, T. van Achterberg, J. Hamers, H. Verbeek (2022). Fostering the implementation of transitional care innovations for older persons: prioritizing the influencing key factors using a modified Delphi technique. *BMC Geriatr*, 22, 131.
9. Fleet, R., P. Archambault, J. Plant, J. Poitras (2013). Access to emergency care in rural Canada: should we be concerned? *Cjem.*, 5, 191-3.
10. Gagnon, M.P., R. Attieh, S. Dunn, G. Grandes, P. Bully, C.A. Estabrooks, et al. (2018). 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*, 7, 791-7.
11. Gillam, J., N. Davies, J. Aworinde, E. Yorganci, J.E. Anderson, C. Evans (2022). Implementation of eHealth to Support Assessment and Decision-making for Residents With Dementia in Long-term Care: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 24:e29837.
12. Grandes, G., P. Bully, C. Martinez, M.P. Gagnon. (2017). Validity and reliability of the Spanish version of the Organizational Readiness for Knowledge Translation (OR4KT) questionnaire. *Implementation Sci.*, 12, 1-1.
13. Greenhalgh, T., G. Robert, P. Bate, F. Macfarlane, O. Kyriakidou (2005). Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review. Malden, Mass.: Blackwell.
14. Groot Kormelinck, C.M, S.I.M. Janus, M. Smalbrugge, D.L. Gerritsen, S.U. Zuidema (2021). Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *International Psychogeriatrics.*, 33, 873-889.
15. Hirt, J., M. Karrer, L. Adlbrecht, S. Saxer, A. Zeller (2021). Facilitators and barriers to implement nurse-led interventions in long-term dementia care: a qualitative interview study with Swiss nursing experts and managers. *BMC Geriatr*, 21, 159.

16. Koerner, J., N. Johnston, J. Samara, W.M. Liu, M. Chapman, L. Forbat (2021). Context and mechanisms that enable implementation of specialist palliative care Needs Rounds in care homes: results from a qualitative interview study. *BMC Palliat Care* 20, 118.
17. Lovink, M. H., A. Persoon, R.T.C.M Koomans, A.J.A.H. Van Vught, L. Schoonhoven & M.G.H. Urant (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 2084–2102.
18. Squires, J., A. Hutchinson, M. Coughlin, K. Bashir, J. Curran, J. Grimshaw, K. Dorrance, L. Aloisio, J. Brehaut, J. Francis, N. Ivers, J. Lavis, S. Michie, M. Hillmer, T. Noseworthy, J. Vine, I. Graham (2021). Stakeholder Perspectives of Attributes and Features of Context Relevant to Knowledge Translation in Health Settings: A Multi-Country Analysis. *International Journal of Health Policy and Management*, (), -.
19. Stall, N.M., Johnstone, J., A.J. McGeer, M. Dhuper, J. Dunning, and S.K. Sinha (2020). Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* 21, 1365–1370.