



Orientations de facilitation pour soutenir l'application de l'Algo dans les services de soutien à domicile des personnes âgées

www.cambridge.org/cjg

Mélanie Ruest and Manon Guay

Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement 3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec) Canada J1H 5N4

Policy and Practice Note/ Note de politique et pratique

Cite this article: Ruest, M., & Guay, M. (2024). Orientations de facilitation pour soutenir l'application de l'Algo dans les services de soutien à domicile des personnes âgées. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 43(1), 167–175. <https://doi.org/10.1017/S0714980823000600>

Received: 24 October 2022
Accepted: 25 July 2023

Mots-clés:

application des connaissances; Algo; devis mixtes; ergothérapie; hygiène corporelle

Keywords:

knowledge translation; Algo; mixed design; occupational therapy; hygiene care

Auteurs de correspondance:

Manon Guay;
Email: Manon.Guay@USherbrooke.ca

Résumé

Comment soutenir le déploiement de connaissances coconstruites par des personnes cliniciennes, gestionnaires ou chercheurs? Ce thème est abordé à partir de l'étude de l'application de l'Algo, un algorithme clinique décisionnel conçu pour la sélection des aides techniques visant à faciliter l'hygiène corporelle des personnes âgées vivant à domicile. L'objectif de cette note sur les politiques et les pratiques est de présenter les orientations de facilitation dégagées à la suite d'un devis mixte multiphases (2015–2019) mis en œuvre dans les services de soutien à domicile au Québec (Canada). Les orientations de facilitation centrée sur la tâche et holistique sont présentées en fonction des stades d'utilisation de l'Algo, afin de soutenir les personnes cliniciennes, gestionnaires et chercheurs dans la poursuite de son application auprès des personnes âgées. De plus, cette note illustre l'apport des devis mixtes à la conduite et à la compréhension de l'application des connaissances coconstruites.

Abstract

How can the deployment of knowledge codeveloped by clinicians, managers, or researchers be supported? This theme is approached by exploring the utilization process of Algo, a clinical decision-making algorithm designed for the selection of bathing equipment supporting the hygiene of home-dwelling elderly people. The objective of this note on policies and practices is to present the facilitation orientations identified through a mixed multiphase research (2015–2019) implemented in homecare services in Quebec (Canada). A mapping of task-centered and holistic facilitation orientations based on the stages of utilization of Algo is presented to support clinicians, managers, and researchers in its further application with the elderly. This note also illustrates the contribution of a mixed design to the understanding and implementation of codeveloped knowledge translation.

Avec l'essor des travaux en application des connaissances (AC), il est de plus en plus encouragé de développer les connaissances scientifiques à partir d'approches de co-construction des savoirs (Bowen et Graham, 2013a; Straus, Tetroe, et Graham, 2013) ancrés dans les besoins et les expériences des systèmes de santé afin de favoriser le bien-être des usagers, dont les personnes âgées. Cette note propose des pistes d'amélioration en lien avec la prestation d'un service spécifique par l'entremise d'un algorithme clinique, développé et déployé au Québec (Canada) à partir d'une approche d'application des connaissances intégrée (Aci), soit le recours à l'Algo dans les services de soutien à domicile (SSAD). Plus précisément, des orientations de facilitation visant à soutenir la poursuite de l'utilisation de l'Algo, dégagées à partir de méthodes mixtes, sont présentées afin d'illustrer les retombées concrètes de cette démarche méthodologique.

L'Algo vise à encadrer l'utilisation du chevauchement des compétences lors de la sélection d'aides techniques, une démarche généralement réalisée en ergothérapie (Guay, Dubois, Robitaille, et Desrosiers, 2014a). Le chevauchement des compétences peut être défini comme le croisement des habiletés professionnelles et l'élargissement des rôles de chaque membre d'une équipe interprofessionnelle donnée, afin de répondre à une diversité croissante de demandes de services (Stanmore et Waterman, 2007). Puisque l'hygiène corporelle est l'activité de la vie quotidienne la plus fréquemment difficile pour les Canadiennes et les Canadiens âgés de 65 ans et plus (Guay, Dubois, Corrada, Garant, et Kawas, 2014b), le chevauchement des compétences pour les situations cliniques « simples » d'adaptation de salles de bain est déployé, notamment au Québec (Guay, Dubois, Desrosiers, et Robitaille, 2012; Guay, Dubois, Desrosiers, Robitaille, et Charest, 2010; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2005) devant les difficultés d'accès à des services d'ergothérapie (Raymond, Demers, et Feldman, 2015). L'Algo vise plus spécifiquement à soutenir les personnes intervenantes non-ergothérapeutes, telles que des

© Canadian Association on Gerontology 2023.



auxiliaires aux services de santé et services sociaux, en proposant une série de questions (oui/non) pour aborder avec des personnes âgées l'activité de « se laver » dans la baignoire ou la cabine de douche de leur domicile.

Le développement (2009–2012) et la dissémination initiale (2013) de l'Algo (Guay, 2017; Guay, Ruest, et Contandriopoulos, 2019) ont fait l'objet d'une Aci, selon les trois critères établis par les Instituts de recherche en santé du Canada (Parry, Salsberg, et Macaulay, 2015). En effet, (1) l'Algo est ancré dans la réalité clinique des SSAD du Québec (Guay, 2012), (2) ses qualités métrologiques ont été étudiées en collaboration avec des personnes ergothérapeutes et intervenantes non-ergothérapeutes œuvrant dans les SSAD (validité de contenu : Guay, Dubois, Robitaille, et Desrosiers, 2014a; validité de critère : Guay, Dubois, et Desrosiers, 2014c; et fidélité inter examinateurs : Guay, Gagnon, Ruest, et Bourget, 2016; Ruest, Bourget, Delli-Colli, et Guay, 2017) et (3) des stratégies de facilitation mixtes (c.-à-d. combinaison de stratégies actives et passives [Van Eerd et al., 2011]), visant à soutenir l'utilisation de l'Algo par les intervenants des SSAD, furent développées en partenariat avec les équipes interprofessionnelles œuvrant dans les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées des Centres intégrés [universitaires] de santé et de services sociaux du Québec (Guay, Levasseur, Turgeon-Londei, Dubois, et Desrosiers, 2013; Ruest, Bourget, Delli-Colli, et Guay, 2016), dans le cadre d'une démarche basée sur le cadre *Knowledge Transfer and Exchange* (Guay et al., 2019; Lavis, Robertson, Woodside, Mcleod, et Abelson, 2003).

Plus précisément, quatre stratégies de facilitation passives (c.-à-d. manuel de référence, guide d'utilisation, plan de formation et site Web) ainsi qu'une stratégie de facilitation active (c.-à-d. formation en petit groupe offerte dans les SSAD, sur demande) ont été mises en œuvre depuis 2013, en plus des moyens de dissémination universitaires plus traditionnels, tels que la publication d'articles et les communications scientifiques. Afin d'initier la documentation de l'influence de l'Aci, la progression de l'utilisation de l'Algo par les équipes interprofessionnelles œuvrant dans les SSAD au Québec a été étudiée à partir de 2015 (Guay et al., 2019; Ruest et Guay, 2019).

Une étude transversale corrélationnelle (Ruest, Léonard, Thomas, Desrosiers, et Guay, 2022) a d'abord indiqué que près de la moitié (48 %) des 125 ergothérapeutes sondés (taux de participation=16 %) ont rapporté avoir amorcé l'utilisation de l'Algo, deux années après sa diffusion initiale. Les caractéristiques de l'Algo sont principalement perçues comme des facilitateurs à son utilisation par les ergothérapeutes. Or, le climat local et organisationnel dans les SSAD serait défavorable à l'implantation de changements tels que celui induit par l'adoption de l'Algo dans les pratiques. En outre, les stratégies de facilitation déployées pour faire connaître l'Algo et favoriser son utilisation, soutiendraient peu son implantation dans l'organisation des services et les procédures de travail à l'intention des équipes interprofessionnelles. Deux variables furent associées à l'utilisation de l'Algo : (1) la valorisation des écrits scientifiques ($r=0,26$; $p=0,003$) et (2) l'avantage relatif de l'Algo ($r=0,24$; $p=0,01$). Ainsi, les caractéristiques de l'Algo seraient bien accueillies par les ergothérapeutes, mais des ajustements d'ordre contextuel seraient nécessaires pour soutenir son utilisation par le personnel non-ergothérapeute, auprès des personnes âgées.

Par la suite, une étude de cas multiples, réalisée avec un autre devis mixte concomitant niché (QUAL [quan]) auprès des équipes interprofessionnelles, a documenté diverses caractéristiques relatives à l'Aci entourant l'Algo dans les SSAD québécois (Ruest, Léonard, Thomas, et Guay, 2021), à partir du prisme d'analyse du cadre conceptuel *Promoting Action on Research Implementation in*

Health Services (PARIHS), devenu le modèle opérationnel *integrated-PARIHS (i-PARIHS)* (Harvey et Kitson, 2015; Kitson et al., 2008; Kitson, Harvey, et McCormack, 1998). Les caractéristiques relatives à l'Algo (Innovation; p. ex., clarté, sources de connaissances sous-jacentes) ont facilité sa diffusion et l'amorce de son utilisation, alors que les caractéristiques relatives aux intervenants (Destinataires : p. ex., manque de support et mécanismes non-clairs pour implanter un changement) et aux SSAD (Contexte : p. ex., priorités et structures organisationnelles non-alignées avec le chevauchement des compétences ainsi que les incitations et mandats des SSAD québécois) tendent à nuire à l'atteinte des stades intermédiaires et avancés de son utilisation. Ainsi, bien que l'Aci constitue une caractéristique facilitatrice importante à l'initiation de l'application d'une connaissance (p. ex., considération d'une plus grande diversité de perspectives, facilitation de la dissémination des travaux; Camden et al., 2015; Bowen et Graham, 2013a), des caractéristiques supplémentaires doivent être considérées afin de promouvoir et soutenir son utilisation aux différents niveaux de contexte (c.-à-d. local, organisationnel et externe).

En outre, bien que des études empiriques aient initié l'analyse de l'apport de l'Aci dans différents contextes (Bird et al., 2019; Hunter et al., 2020a; McIsaac et al., 2018; Oborn, Barrett, Prince, et Racko, 2013; Roberge-Dao et al., 2019; Williams et al., 2022), les travaux qui permettent de guider les choix afin d'ajuster des stratégies de facilitation, comme par exemple dans le contexte de l'Algo, demeurent somme toute rares à la lumière de ces constats (Gagliardi et Dobrow, 2016; Hunter, Kim, et Kitson, 2020b; Jull, Giles, et Graham, 2017; Kreindler, 2018). Il est généralement suggéré de sélectionner les orientations de facilitation en identifiant, au préalable, les facteurs qui influencent l'échange et l'application des connaissances, auprès d'un groupe de destinataires d'une organisation donnée (Baker et al., 2010; McCluskey et Middleton, 2010; Stergiou-Kita, 2010).

Dans la perspective de détailler une approche contextualisée à la lumière de ces différents facteurs, l'analyse de l'Aci relative au développement et à l'application de l'Algo apparaît pertinente. Plus précisément, à partir du croisement des savoirs découlant des méthodologies mixtes utilisées pour analyser l'Aci entourant l'Algo, l'objectif de cette étude est d'identifier les orientations de facilitation à utiliser pour soutenir spécifiquement la poursuite du déploiement de connaissances telles que l'Algo, développées en partenariat avec les SSAD pour l'offre de services auprès des personnes âgées.

Méthodes

Cadres conceptuels

Le modèle opérationnel *i-PARIHS* (Harvey et Kitson, 2015) fut utilisé pour identifier et définir les caractéristiques de l'application de l'Algo ainsi que pour dégager les orientations de facilitation à privilégier pour la suite de son utilisation. La classification de Knott and Wildavsky (1980) fut, quant à elle, retenue pour conceptualiser le continuum de l'utilisation de l'Algo dans les SSAD du Québec.

Modèle opérationnel *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS)* : Issu d'une bonification du cadre conceptuel *PARIHS* (Kitson et al., 1998; 2008), le modèle opérationnel *i-PARIHS* définit l'implantation réussie d'une connaissance autour de la facilitation (Facⁿ) établie en fonction de l'innovation (I; c.-à-d. la connaissance et ses caractéristiques), des destinataires (*Recipients* [R]; c.-à-d. les individus visés par la connaissance) et du contexte (C; c.-à-d. le

milieu d'implantation de la connaissance) : Facⁿ (I + R + C; Harvey et Kitson, 2015). Concept central dans l'étude de l'application d'une connaissance selon le modèle *i-PARIHS*, la facilitation est définie comme l'ingrédient actif pour évaluer, aligner et intégrer les trois autres composantes du modèle (I, R et C; Harvey et Kitson, 2015). Une fois que les caractéristiques relatives aux composantes (Innovation, Destinataires et Contexte) sont considérées, le modèle *i-PARIHS* propose une schématisation (Figure 1) pour dégager les orientations de facilitation à déployer afin de soutenir l'application de la connaissance étudiée. Par l'entremise du modèle *i-PARIHS*, deux pôles sont proposés pour synthétiser le continuum de la facilitation : (1) centrée sur la tâche et (2) holistique (Harvey et Kitson, 2015). D'une part, la facilitation centrée sur la tâche réfère aux habiletés techniques et de gestion spécifiques (p. ex., celles issues des domaines de la communication et du marketing) qui sont mobilisées pour atteindre un but ou une démarche en particulier. D'autre part, la facilitation holistique réfère au développement des compétences des individus (p. ex., réflexion critique et *co-counseling*) nécessaires à la réalisation d'un ensemble d'étapes ou de démarches qui visent à faciliter l'application de diverses connaissances (Harvey et Kitson, 2015).

Classification de Knott et Wildavsky : Afin d'étudier l'application d'une connaissance à partir d'une approche par stades, la classification de Knott and Wildavsky (1980; Figure 2) demeure à ce jour l'une des rares conceptualisations reconnues pour contribuer à l'opérationnalisation de l'utilisation d'une connaissance (Davidson et Nowicki, 2012; Guay et al., 2019; Siu, Levinton, et Brown, 2009). Cette classification détaille l'évolution de l'application d'une connaissance par l'entremise de sept stades : (1) réception (c.-à-d. arrivée de la connaissance dans le milieu); (2) cognition (c.-à-d. série d'étapes cognitives réalisées par les destinataires qui lisent et analysent la connaissance); (3) référence (c.-à-d. changement apporté par la connaissance dans la manière dont les destinataires concernés vont aborder ultérieurement le sujet); (4) effort (c.-à-d. déploiement d'efforts afin d'adopter la connaissance dans le milieu); (5) adoption (c.-à-d. intégration de la connaissance dans les politiques et les procédures du milieu); (6) implantation (c.-à-d. utilisation de la connaissance implantée

dans la pratique) et (7) impact (c.-à-d. retombées de la connaissance, telles que les bénéfices observables pour les patients).

Devis de recherche, instrument de mesure et collecte de données

À partir d'un posture épistémologique pragmatique (Creswell, 2014; Nowell, 2015), cette étude repose sur l'intégration de deux études imbriquées dans un devis mixte multiphases, soit (1) une étude transversale corrélacionnelle (QUAN [qual]) et (2) une étude de cas multiples holiste (QUAL [quan]), puis (3) l'étape de l'intégration (analyse) (voir Figure 3). La méthodologie employée dans chacun de ces deux devis mixtes, de type concomitant niché, et constitutifs du devis multiphases a été publiée antérieurement (Ruest et al., 2021; Ruest et al., 2022).

En résumé, dans le premier devis mixte concomitant niché (QUAN [qual]) (Figure 3), 125 ergothérapeutes œuvrant dans les SSAD ont complété un questionnaire électronique contenant 28 énoncés. Ces énoncés ont été élaborés à partir des écrits scientifiques sur l'Algo, des caractéristiques relatives au cadre *PARIHS* (devenu le modèle *i-PARIHS*) et de la classification de Knott et Wildavsky (Ruest et al., 2022). Les données quantitatives ont d'abord fait l'objet de statistiques descriptives et d'analyses corrélacionnelles ($p \leq 0,005$). Par la suite, un modèle de régression logistique binaire a été développé avec les caractéristiques associées à un stade plus élevé d'utilisation d'Algo afin de documenter leur apport à prédire l'utilisation (un des sept stades) ou non de l'Algo ($p < 0,05$). Pour les données qualitatives, chaque commentaire a été codé de manière déductive avec une grille d'analyse basée sur les conceptualisations retenues (*À quelle(s) caractéristique(s) de la connaissance, des destinataires et/ou du contexte ces informations se rapportent-elles?*). Tout au long du processus, des caractéristiques supplémentaires ont été ajoutées à la grille d'analyse, par induction (p. ex., désimplantation des « outils » maison).

Pour le deuxième devis mixte concomitant niché (QUAL [quan]) (Figure 3), une étude de cas multiples fut réalisée auprès de cinq équipes interprofessionnelles œuvrant dans les SSAD québécois, constituées minimalement de trois personnes :

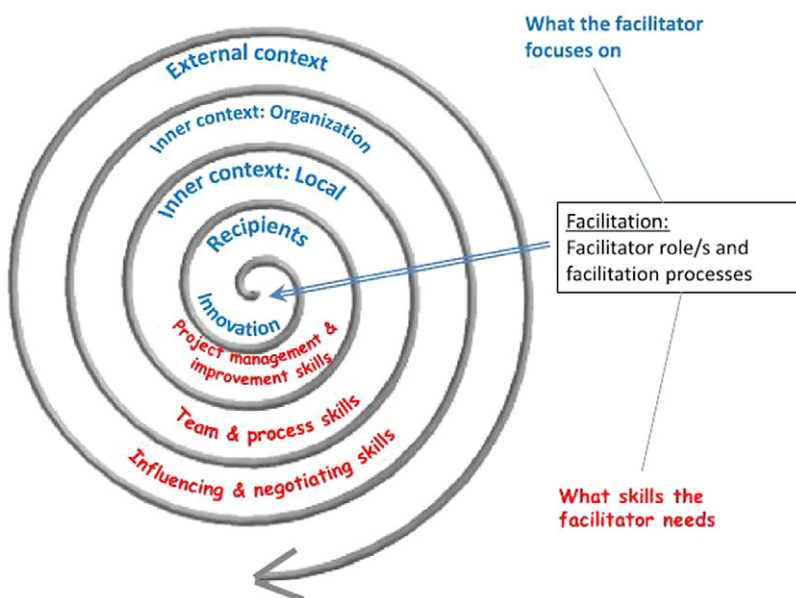


Figure 1. Modèle integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services (Tirée de Harvey et Kitson, 2015).

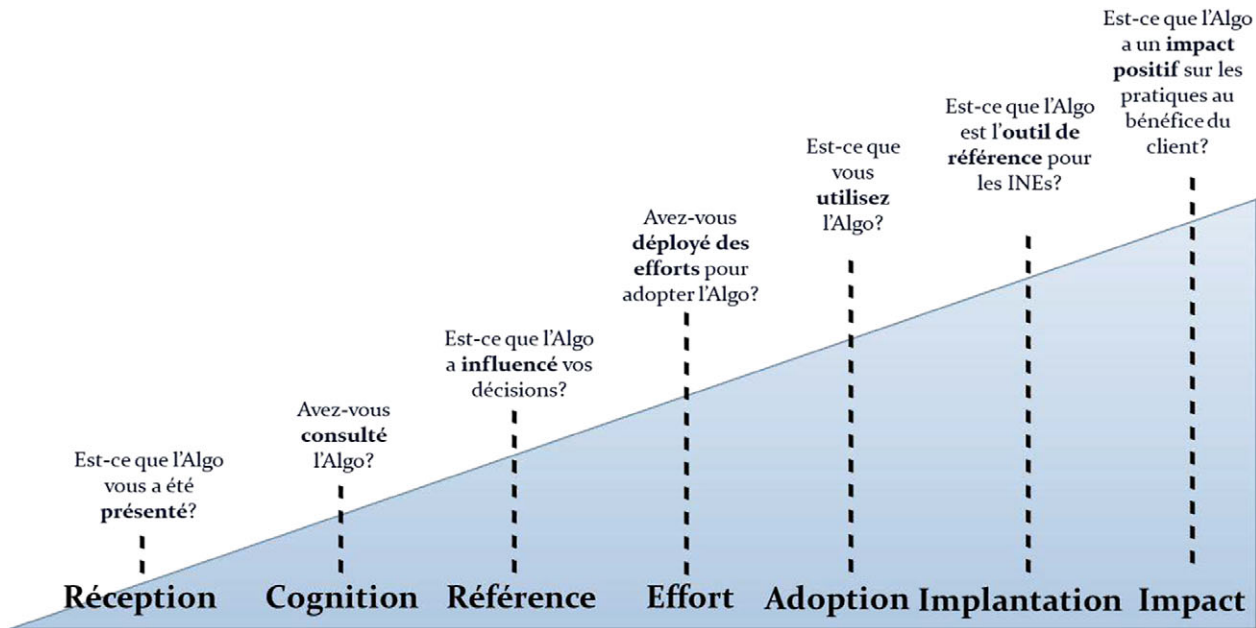


Figure 2. Stades d'utilisation de l'Algo (Inspirée de la classification de Knott et Wildavsky, 1980).

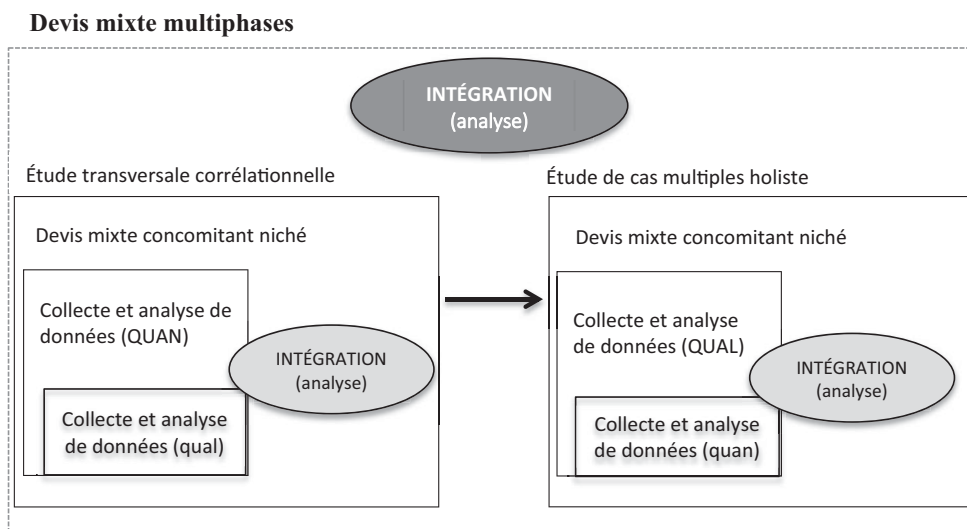


Figure 3. Étude de l'utilisation de l'Algo (2015–2019) dans les SSAD (Inspirée de Creswell, 2014).

ergothérapeute, intervenante non-ergothérapeute et gestionnaire (Ruest et al., 2021). Afin de présélectionner les thèmes à approfondir de manière individuelle dans le cadre d'entrevues semi-dirigées ou lors d'un groupe de discussion, le questionnaire mentionné ci-dessus fut d'abord complété par les personnes participantes. Les analyses quantitatives des résultats au questionnaire furent ensuite triangulées avec les analyses qualitatives déductives (technique du *pattern matching*; Yin, 2013), réalisées à partir des enregistrements audios des entrevues semi-dirigées et du groupe de discussion, afin de produire une synthèse narrative de chaque cas. Une fois l'analyse intra-cas complétée pour chacune des cinq équipes œuvrant en SSAD, les analyses inter-cas ont révélé les similitudes et les divergences entre les équipes interprofessionnelles, en fonction de leurs stades d'utilisation de l'Algo.

Analyse de données

Les résultats du devis mixte multiphases (approbation éthique MP-22-2016-532) résultent de l'intégration des deux devis mixtes concomitants nichés (Figure 3), à l'aide d'une matrice de méthodes mixtes. Plus précisément, l'affichage conjoint des données a permis de trianguler les perspectives de l'ensemble des personnes participantes (Fetters, Curry, et Creswell, 2013; O' Cathain, Murphy, et Nicholl, 2010). À travers ces matrices, pour chaque caractéristique du modèle *i-PARIHS* et chaque stade d'utilisation de l'Algo documentés, les données quantitatives et qualitatives furent synthétisées et comparées en vue d'approfondir la compréhension des apports et des limites de l'AcI auprès des équipes interprofessionnelles œuvrant en SSAD. L'analyse a été réalisée par la première auteure,

Tableau 1. Orientations de facilitation en fonction des stades d'utilisation de l'Algo (à partir de la schématisation du modèle i-PARIHS; Harvey et Kitson, 2015)

Stades d'utilisation	Composantes du modèle i- PARIHS	Stratégies à préconiser pour tendre encore davantage vers l'utilisation de l'Algo
Stades initiaux (1 et 2) (Réception et Cognition)	Innovation et Destinataires	Facilitation centrée sur la tâche : <i>Acquiring/appraising evidence</i> ¹ : poursuivre les efforts de dissémination de l'Algo en valorisant les caractéristiques facilitatrices à son utilisation (p. ex., Aci des connaissances, clarté, convivialité, degré de concordance) <i>Baseline context & Stakeholder mapping</i> : présenter la valeur ajoutée de l'Algo pour chacun des membres sollicités dans le processus (p. ex., intervenant.es non-ergothérapeutes, ergothérapeutes, gestionnaires) afin de soutenir la motivation et l'intérêt concertés de ceux/celles-ci dans l'atteinte des stades d'utilisation ultérieurs
	Contexte	Facilitation centrée sur la tâche : <i>Communication, Marketing and Networking</i> : élargir le public cible (p. ex., gestionnaires et directeurs des SSAD) et les contextes visés (ex. entreprises d'économie sociale en aide à domicile)
Stades intermédiaires (3 et 4) (Référence et Effort)	Innovation et Destinataires	Facilitation centrée sur la tâche : <i>Baseline context & Stakeholder mapping</i> : présenter la valeur ajoutée de l'Algo pour chaque intervenant impliqué dans son application afin de soutenir leur motivation et leur intérêt à l'utiliser dans leur pratique respective
	Destinataires	Facilitation centrée sur la tâche : <i>Audit & feedback</i> et <i>Team building</i> : bonifier le soutien accordé aux intervenants non-ergothérapeutes par les ergothérapeutes lors de l'initiation de l'utilisation de l'Algo afin de soutenir le développement de leur confiance, de leurs habiletés et de leurs connaissances <i>Goal setting, Project et Change Management</i> et <i>Boundary Assessment</i> : clarifier les responsabilités des ergothérapeutes et des autres intervenants impliqués dans l'utilisation de l'Algo lors de son implantation dans les SSAD Facilitation holistique : <i>Conflict management & resolution</i> : clarifier le mode de fonctionnement du chevauchement des compétences entre les intervenants non-ergothérapeutes et les ergothérapeutes ainsi que proposer des solutions en cas de difficultés de collaboration interprofessionnelle
	Destinataires et Contexte	Facilitation holistique : <i>Boundary assessment & spanning</i> : soutenir le développement des habiletés de leadership et de négociation des ergothérapeutes et des gestionnaires lors de l'implantation d'un changement (p. ex., Algo) afin d'optimiser la portée des efforts de chacun, dans la mesure du pouvoir qui leur est reconnue <i>Change Management</i> et <i>Policies & procedures</i> : identifier ou clarifier les mécanismes d'intégration lors de l'application d'une nouvelle connaissance (p. ex., qui, quoi, quand, où, comment?)
Stades avancés (5 à 7) (Adoption, Implantation et Impact)	Innovation et Destinataires	Facilitation centrée sur la tâche : <i>Problem identification</i> : soutenir la réflexion des ergothérapeutes et des gestionnaires dans la planification de l'utilisation et de l'implantation de l'Algo afin d'optimiser la pérennité de son application dans les systèmes de santé
	Contexte	Facilitation centrée sur la tâche : <i>Communication & feedback</i> : soutenir les échanges entre les utilisateurs (p. ex., intervenants non-ergothérapeutes) et les superviseurs (p. ex., ergothérapeutes) de l'Algo, d'un milieu à l'autre, notamment sur les retombées et les défis relatifs à son utilisation <i>Local context assessment</i> : soutenir la réflexion des décideurs au sein des SSAD et des programmes SAPA sur les perspectives à court, moyen et long termes relatives à l'utilisation de l'Algo <i>Stakeholder engagement</i> : en continuité avec l'engagement des utilisateurs au sein de l'Aci lors du développement et du déploiement de l'Algo, valoriser l'implication des gestionnaires et des décideurs dans les démarches ultérieures de son utilisation <i>Sustainability & spread</i> : documenter les retombées et les défis relatifs à l'utilisation de l'Algo (p. ex., prestation de services, développement professionnel) auprès des intervenants impliqués dans le chevauchement des compétences (p. ex., intervenants non-ergothérapeutes, ergothérapeutes) Facilitation holistique : <i>Policies & procedures, Policy drivers</i> et <i>Incentives & mandates</i> : sensibiliser les instances administratives au besoin de revoir les structures (p. ex., reddition de comptes) concernant le mode d'évaluation de la performance des intervenants impliqués dans le chevauchement des compétences

¹Ces éléments en italique correspondent aux thèmes suggérés dans le modèle i-PARIHS (Harvey et Kitson, 2015) afin de documenter ses différentes composantes (Innovation, Destinataires et Contexte).

puis corroborée par quatre autres personnes chercheuses, ergothérapeute ou physiothérapeute, détenant des savoirs expérimentaux, cliniques ou scientifiques, au regard de la gériatrie, de l'AC, de la réadaptation ou des SSAD. Les orientations de facilitation dégagées dans cet article sont donc le fruit de l'analyse secondaire des données recueillies dans chacun des deux devis mixtes.

Résultats

L'ensemble des conclusions sur les caractéristiques des deux études du devis mixte multiphases (étude transversale corrélative : $n=125$ ergothérapeutes (Ruest et al., 2022); étude de cas multiples : $n=5$ SSAD (Ruest et al., 2021) ont été prises en compte afin de dégager des orientations de facilitation, à la fois centrée sur la tâche et holistique, à privilégier pour la suite de l'application de l'Algo. Ces orientations de facilitation sont synthétisées en fonction des stades d'utilisation de l'Algo dans le [Tableau 1](#).

Au regard des deux perspectives de la facilitation proposée par Harvey and Kitson (2015), une tendance globale tend à se dégager des résultats. Pour la première perspective (c.-à-d. celle centrée sur la tâche), les caractéristiques facilitatrices de la connaissance (composante Innovation) semblent se concentrer lors de la progression à travers les stades initiaux d'utilisation de l'Algo (1 à 3), alors que les caractéristiques relatives aux composantes Destinataires et Contexte se positionnent davantage aux stades intermédiaires et avancés d'utilisation de l'Algo (4 à 7). Concrètement, les résultats suggèrent donc que pour l'ACi relative à l'Algo, les orientations de facilitation devraient davantage s'attarder à soutenir son intégration pérenne dans les SSAD (p. ex., mesurer les effets bénéfiques engendrés auprès des personnes âgées), ainsi qu'au recours au chevauchement des compétences au sein des équipes interprofessionnelles. La deuxième perspective de facilitation (c.-à-d. holistique) met notamment en évidence la nécessité, pour des connaissances coconstruites et déployées en SSAD comme l'Algo, de prendre davantage en charge les caractéristiques relatives aux composantes Destinataires et Contexte tout au long du processus de développement et d'application d'un outil afin d'atteindre et de maintenir les stades d'utilisation avancés (5 à 7). En somme, ces deux perspectives de facilitation suggèrent que les orientations ultérieures à privilégier pour l'ACi de l'Algo doivent davantage considérer les caractéristiques des intervenants, dont particulièrement celles des ergothérapeutes et des gestionnaires ainsi que du contexte organisationnel (SSAD), de manière à les outiller dans l'accomplissement des tâches (p. ex., gestion des demandes de services en lien avec les aides techniques) permettant d'implanter cet algorithme dans les structures organisationnelles des SSAD et de documenter son impact au sujet des services offerts aux personnes âgées.

Le devis mixte multiphases révèle aussi que, dans le cadre de l'ACi entourant l'Algo, ce sont des stratégies visant à soutenir la diffusion et la dissémination de la connaissance qui furent développées et utilisées de manière à consolider le potentiel facilitateur de l'ACi. Ces stratégies ont essentiellement visé la connaissance (composante Innovation) et les personnes intervenantes impliquées dans l'utilisation quotidienne de l'Algo (c.-à-d. ergothérapeutes et non-ergothérapeutes administrant l'Algo). Or, afin de soutenir l'atteinte des premiers stades d'utilisation (1 à 3) auprès des autres personnes (p. ex., gestionnaires, décideuses), ces stratégies de facilitation doivent désormais être orientées (ou révisées, le cas échéant) vers l'ensemble des acteurs/trices concerné.es, de près ou de loin, par la sélection d'aides techniques au bain.

Pour les stades intermédiaires et avancés d'utilisation (4 à 7), les stratégies de facilitation doivent être ajustées et approfondies en fonction des caractéristiques relatives aux composantes Destinataires et Contexte. Ce constat s'appuie sur différents thèmes récurrents tels que les rôles ambigus et les prédispositions de leadership non-soutenues des personnes intervenantes visées par l'ACi de l'Algo. Lorsque combinées à l'absence rapportée des mécanismes d'évaluation suivant l'implantation d'un changement dans les milieux cliniques, ces caractéristiques semblent nuire à la réceptivité des équipes interprofessionnelles vis-à-vis de l'application potentielle d'une connaissance et, à plus large échelle, à l'instauration d'une culture axée sur les connaissances scientifiques et coconstruites. Malgré le fait que la démarche de partenariat réalisée pour l'Algo ait permis de considérer plusieurs caractéristiques contextuelles des SSAD à l'échelle locale (p. ex., mode de fonctionnement pour le recours au chevauchement des compétences), le déploiement de ressources et de soutien nécessaires à sa progression à travers les stades intermédiaires et avancés d'utilisation, se trouve entravé par plusieurs caractéristiques relatives aux structures et aux systèmes des échelles organisationnelle et externe du contexte. À titre d'exemple, le mode de reddition de comptes présentement utilisé dans les SSAD pour évaluer le rendement professionnel des ergothérapeutes et des personnes intervenantes non-ergothérapeutes ne valorise pas le recours au chevauchement des compétences lors de l'identification du besoin d'aides techniques au bain. Il serait donc important de documenter les effets de la collaboration interprofessionnelle au sein des SSAD, caractéristique facilitatrice à l'implantation durable du chevauchement des compétences qui sous-tend l'utilisation de l'Algo.

En somme, depuis l'initiation de l'ACi relative au développement de l'Algo et à sa dissémination, les principales stratégies de facilitation ont été majoritairement centrées sur l'accomplissement de la tâche de complétion de l'algorithme et le soutien à son utilisation en termes d'encadrement afin de débiter son adoption. Ces stratégies devraient être bonifiées, notamment au sujet de la reconnaissance organisationnelle de la valeur ajoutée du chevauchement des compétences pour engendrer des bénéfices observables auprès des personnes âgées.

Discussion

L'objectif de cette note sur les politiques et les pratiques était de présenter les orientations de facilitation qui ont été dégagées à partir d'une méthodologie mixte afin de soutenir l'utilisation de l'Algo, un algorithme clinique pour la sélection des aides techniques au bain, utilisé par les membres des équipes interprofessionnelles avec les personnes âgées vivant à domicile. En tant que connaissance coconstruite, plusieurs caractéristiques de l'Algo (p. ex., clarté, convivialité) constituent des facilitateurs à l'initiation de son utilisation (stades 1 à 3). Néanmoins, les défis en termes de collaboration interprofessionnelle, les ressources, la réceptivité des destinataires, le pouvoir ainsi que les mécanismes d'intégration d'un changement, nuisent au déploiement d'efforts et à son implantation (stades 4 à 7). Afin de pérenniser l'implantation de l'Algo dans les SSAD, sa valeur ajoutée devra d'abord être clarifiée pour chaque groupe impliqué. Le soutien initial offert aux utilisateurs/trices de l'Algo devra être accru et les ergothérapeutes, au cœur de l'appropriation de l'outil par ces utilisateurs/trices, devraient contribuer à la sélection des mécanismes soutenant son intégration. L'aménagement des tâches et des responsabilités des ergothérapeutes (p. ex., valoriser le temps dédié à la supervision du personnel non-ergothérapeute) devra également

être ajusté le cas échéant, afin de les soutenir dans la planification du support qu'ils doivent offrir aux utilisateurs/trices de l'algorithme. Enfin, en plus de sensibiliser les personnes décideuses au besoin de revoir le mode d'évaluation de la performance, pour la prise en compte du recours au chevauchement des compétences dans les équipes interprofessionnelles des SSAD du Québec, il sera nécessaire d'outiller davantage les gestionnaires dans la planification et l'allocation des ressources (p. ex., matérielles, humaines) nécessaires à l'implantation de l'Algo afin de favoriser l'atteinte des stades avancés d'utilisation. Ces diverses orientations, à la fois centrées sur la tâche et holistiques, permettent d'appuyer l'importance de la collaboration et de considérer l'ensemble des destinataires impliqués aux différents stades d'utilisation de l'Algo.

Les approches collectivistes sont d'ailleurs de plus en plus valorisées dans le développement des connaissances scientifiques, dont notamment au sein des professions de la réadaptation, telles que l'ergothérapie (Serrata Malfitano, Whiteford, et Molineux, 2021). L'utilisation d'une Aci comme celle visant le développement et le déploiement de l'Algo a permis de considérer une diversité appréciable de caractéristiques susceptibles d'influencer son utilisation par les équipes interprofessionnelles des SSAD du Québec. En tant qu'outil conçu à partir des critères actuels de l'Aci en contexte canadien (Parry et al., 2015), l'analyse approfondie de l'utilisation de l'Algo suggère que plusieurs des retombées relatives à ce mode de co-construction portent sur des caractéristiques qui concernent la composante Innovation. D'autres aspects constitutifs de l'AC, dont notamment les caractéristiques relatives aux composantes des Destinataires et du Contexte, gagneraient à être davantage investis dans le développement de connaissances coconstruites. En effet, l'étude de l'Aci de l'Algo dans les SSAD, à partir de méthodes mixtes, suggère que la forme actuelle de l'Aci ne semble pas en mesure de considérer toutes les caractéristiques relatives aux destinataires et au contexte (p. ex., temps, ressources) nécessaires à la facilitation de l'utilisation et de l'implantation d'une connaissance aux stades intermédiaires et avancés d'utilisation. Ces constats font écho au questionnaire émergent au regard d'un des nombreux enjeux relatifs aux paradigmes de l'AC dans les sciences de la santé (Bowen et Graham, 2013b; Straus et al., 2013). En effet, il apparaît pertinent de préciser les implications et les prérequis exigés de part et d'autre, auprès des personnes impliquées dans le développement et l'utilisation des connaissances (Ellen, Lavis, Horowitz, et Berglas, 2018). De plus, bien que la participation des personnes professionnelles de la santé au développement des connaissances soit susceptible de contribuer à leur réceptivité à utiliser les résultats probants (Kothari et Wathen, 2013), certains écrits suggèrent de questionner davantage la problématique sous l'angle de la capacité à compléter rationnellement un processus de prise de décision, plutôt que sous le seul angle de l'implantation d'une connaissance (Kreindler, 2016). Quoique le défi soit considérable en raison des diverses difficultés qui peuvent être rencontrées au moment de considérer la pluralité des caractéristiques contextuelles, tout particulièrement au regard des approches de co-construction (Martinez et al., 2019), l'utilisation de l'Aci semble faciliter l'identification d'un certain nombre d'entre elles. En effet, les diverses orientations de facilitation, qui ont été dégagées pour l'Algo dans le cadre des présents travaux de recherche, ont été documentées à l'interface de diverses caractéristiques relatives aux différentes composantes du modèle *i-PARIHS* susceptibles de constituer des catalyseurs dans la suite de l'implantation. En cohérence avec les critères de l'Aci, la mise en œuvre de ces orientations sont susceptibles de créer un « momentum » auprès de l'ensemble des destinataires concernés, aux différentes échelles du contexte qui

les concernent. La mise en œuvre simultanée de certaines de ces orientations peut néanmoins présenter des défis dans les milieux cliniques. À cet effet, le développement récent d'outils, spécifiquement en lien avec la planification de la facilitation, tels que le *Mobilising Implementation of i-PARIHS (Mi-PARIHS)*; Hunter, Kim, et Kitson, 2023), appuie l'importance d'articuler une démarche de facilitation planifiée à l'aune des diverses caractéristiques documentées.

Le devis mixte multiphases est intéressant pour relever un tel défi, entre autres pour étudier les caractéristiques relatives à l'Aci qui entrent en jeu dans l'application d'une connaissance en milieu clinique, développée et déployée aux bénéfices des personnes aînées vivant à domicile. La valeur ajoutée d'utiliser des méthodologies quantitatives et qualitatives pour élargir la compréhension des retombées réelles (par rapport à celles anticipées) d'interventions de facilitation dans le domaine de l'AC doit être mise en lumière (Lizarondo, McArthur, Lockwood, et Munn, 2020; Ruest et Guay, 2022; Rycroft-Malone et al., 2018; Seers et al., 2018). Ici, l'étude transversale corrélationnelle (QUAN [qual]) et l'étude de cas multiples (QUAL[quan]), qui ont respectivement fait l'objet d'un devis mixte concomitant niché (Creswell, 2014), s'inscrivent dans une démarche pragmatique (Morgan, 2007) valorisée dans le domaine de l'AC (Landsverk, Brown, Chamberlain, Palinkas, et Horwitz, 2012; Palinkas et al., 2011; Palinkas et Rhoades Cooper, 2018), qui vise à mettre de l'avant les forces complémentaires des deux approches de recherche (Johnson et Onwuegbuzie, 2004; Tashakkori et Teddlie, 2008). La pré-sélection des milieux cliniques en prévision de l'étude de cas multiples fut réalisée rigoureusement à partir des caractéristiques relatives à l'Algo, aux membres des équipes interdisciplinaires et à l'organisation des SSAD, initialement documentées dans l'étude transversale corrélationnelle. Cette démarche a permis de procéder à un échantillonnage contextualisé liant les deux devis mixtes concomitants nichés (Palinkas et al., 2015). Cette relation dite identique (Onwuegbuzie et Collins, 2007) favorise la qualité de l'inférence produite par chaque devis mixte, et permet ainsi d'appuyer la construction des méta-inférences issues du devis multiphases (Onwuegbuzie et Johnson, 2006; Tashakkori et Teddlie, 2008).

Cependant, l'échantillon composé d'ergothérapeutes dans l'étude transversale corrélationnelle à partir duquel les SSAD furent sélectionnés pour l'étude de cas multiples, a seulement considéré initialement la perspective ergothérapique sur l'application de l'Algo. Les perspectives des personnes non-ergothérapeutes, incluant les gestionnaires, furent considérées lors de l'étude de cas multiples, complétant ainsi et de manière appréciable l'analyse de la composante Destinataires. En outre, la visée multi-professionnelle de l'Algo renvoie à l'étude holistique de l'Aci permettant de documenter des enjeux propres à la collaboration interprofessionnelle.

Conclusion

Un devis mixte multiphases a permis de dégager des orientations de facilitation pour la poursuite de l'adoption d'un algorithme clinique dans les SSAD québécois, soit l'Algo, développé et diffusé dans le cadre d'une Aci. Avec la valorisation croissante des approches de co-construction des savoirs et l'utilisation d'une posture d'étude davantage pragmatique pour l'application des connaissances, les stratégies de facilitation déployées et les indicateurs utilisés pour évaluer la progression de l'Aci sont plus que jamais appelés à se transformer afin de soutenir l'atteinte des stades intermédiaires et avancés d'utilisation. Bien que les Aci soient généralement efficaces

pour catalyser l'initiation d'un changement, tel qu'il fut le cas pour l'Algo, son opérationnalisation entre les milieux scientifiques et cliniques doit être soutenue par des efforts concertés auprès de l'ensemble des destinataires impliqués ainsi qu'auprès des différentes échelles contextuelles des institutions concernées. Ces efforts sont essentiels pour démontrer les retombées relatives à l'implantation des connaissances coconstruites et contextualisées, soutenant ainsi l'établissement de partenariats durables entre les différentes institutions universitaires et cliniques, et ce, afin d'améliorer concrètement l'offre des soins de santé aux personnes âgées.

Acknowledgements. Cette étude a reçu du soutien financier de l'Office des personnes handicapées du Québec, ainsi que du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation. Durant ses études doctorales, Mélanie Ruest était boursière du Fonds de recherche du Québec – Santé et de l'Unité de soutien – Québec.

Références

- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E.J., Cheater, F., Flottorp, S., et Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005470.
- Bird, M.-L., Mortenson, W., Chu, F., Acerra, N., Bagnall, E., Wright, A., et al. (2019). Building a bridge to the community: An integrated knowledge translation approach to improving participation in community-based exercise for people after stroke. *Physical Therapy*, 99(3), 286–296.
- Bowen, S.J., et Graham, I.D. (2013a). Integrated knowledge translation. Dans D. S. E. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2e éd., pp. 14–23). Oxford: Wiley Blackwell.
- Bowen, S. J., et Graham, I. D. (2013b). From knowledge translation to engaged scholarship: Promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1 Suppl 1), S3–S8.
- Camden, C., Shikako-Thomas, K., Nguyen, T., Graham, E., Thomas, A., Sprung, J., et al. (2015). Engaging stakeholders in rehabilitation research: A scoping review of strategies used in partnerships and evaluation of impacts. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1390–1400.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4e éd.). California: Sage Publications.
- Davidson, K., et Nowicki, E. (2012). An exploration of the utility of a knowledge utilization framework to study the gap between reading disabilities research and practice. *Alberta Journal of Educational Research*, 58(3), 330–349.
- Ellen, M. E., Lavis, J. N., Horowitz, E., et Berglas, R. (2018). How is the use of research evidence in health policy perceived? A comparison between the reporting of researchers and policy-makers. *Health Research Policy and Systems*, 16, 64.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., et Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. *Health Services Research*, 48, 6.
- Gagliardi, A. R., et Dobrow, M. J. (2016). Identifying the conditions needed for integrated knowledge translation (IKT) in health care organizations: Qualitative interviews with researchers and research users. *BMC Health Services Research*, 16, 256.
- Guay, M. (2012). Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie – Issues surrounding the participation of auxiliary personnel in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 108–119.
- Guay, M. (2017). Le point sur les travaux de développement de l'Algo, un outil d'aide à la décision pour la sélection des aides techniques pour l'hygiène corporelle des québécois vivant à domicile. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), 77–90.
- Guay, M., Dubois, M.-F., Corrada, M., Garant, M. P., et Kawas, C. (2014b). Exponential increases in the prevalence of disability in the oldest old: A Canadian national survey. *Gerontology*, 60(5), 395–401.
- Guay, M., Dubois, M.-F., et Desrosiers, J. (2014c). Can home health aids using the clinical algorithm Algo choose the right bath seat for clients having a straightforward problem? *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 172–182.
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., et Robitaille, J. (2012). Identifying characteristics of 'straightforward cases' for which support personnel could recommend home bathing equipment. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(12), 563–569.
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J., et Charest, J. (2010). The use of skill mix in home-care occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(6), 300–308.
- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J., et Desrosiers, J. (2014a). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237–246.
- Guay, M., Gagnon, M., Ruest, M., et Bourget, A. (2016). Interrater reliability of Algo used by non-occupational therapist members of homecare interdisciplinary teams. *Disability and Rehabilitation*, 39(9), 883–888.
- Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M. F., et Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment: New challenges for occupational therapy collaboration. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment et Rehabilitation*, 46(3), 263–271.
- Guay, M., Ruest, M., et Contandriopoulos, D. (2019). Deimplementing untested practices in homecare services: A pre-post observational design. *Occupational Therapy International*, 2019, 1–7.
- Hunter, S. C., Kim, B., et Kitson, A. L. (2020b). Interactive workshop to develop implementation framework (i-PARIHS) resources to support practice facilitation. *Implementation Science Communications*, 1, 56.
- Hunter, S. C., Kim, B., et Kitson, A. L. (2023). Mobilising implementation of i-PARIHS (Mi-PARIHS): Development of a facilitation planning tool to accompany the integrated promoting action on research implementation in health services framework. *Implementation Science Communications*, 4, 2.
- Hunter, S. C., Kim, B., Mudge, A., Hall, L., Young, A., McRae, P., et al. (2020a). Experiences of using the i-PARIHS framework: A co-designed case study of four multi-site implementation projects. *BMC Health Services Research*, 20(1), 573.
- Johnson, R. B., et Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26.
- Jull, J., Giles, A., et Graham, I. D. (2017). Community-based participatory research and integrated knowledge translation: Advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Science*, 12, 150.
- Harvey, G., et Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare – A facilitation guide*. New York: Routledge.
- Kitson, A., Harvey, G., et McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149–158.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3, 1.
- Knott, J., et Wildavsky, A. (1980). If dissemination is the solution, what is the problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537–578.
- Kothari, A., et Wathen, C. N. (2013). A critical second look at integrated knowledge translation. *Health Policy*, 109(2), 187–191.
- Kreindler, S. A. (2016). What if implementation is not the problem? Exploring the missing links between knowledge and action. *International Journal of Health Planning and Management*, 31, 208–226.
- Kreindler, S. A. (2018). Advancing the evaluation of integrated knowledge translation. *Health Research Policy and Systems*, 16, 104.
- Landsverk, J., Brown, H., Chamberlain, P., Palinkas, L. A., et Horwitz, S. M. (2012). Design and analysis in dissemination and implementation research. Dans D. R. C. Brownson, G. A. Colditz, et E. K. Proctor (Eds.), *Translating science to practice* (pp. 225–260). New York: Oxford University Press.

- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., Mcleod, C. B., et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, *81*(2), 221–248.
- Lizarondo, L., McArthur, A., Lockwood, C., et Munn, Z. (2020). Facilitation of evidence implementation within a clinical fellowship program: A mixed methods study. *JBI Evidence Implementation*, *19*(2), 130–141.
- Martinez, J., Wong, C., Verrier Piersol, C., Clayton Bieber, D., Perry, B. L., et Leland, N. E. (2019). Stakeholder engagement in research: A scoping review of current evaluation methods. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, *8*(15), 1327–1341.
- McCluskey, A., et Middleton, S. (2010). Delivering an evidence-based outdoor journey intervention to people with stroke: Barriers and enablers experienced by community rehabilitation teams. *BMC Health Services Research*, *10*, 18.
- McIsaac, J.-L. D., Penney, T. L., Storey, K. E., Sigfridson, L., Cunningham, J., Kuhle, S., et al. (2018). Integrated knowledge translation in population health intervention research: A case study of implementation and outcomes from a school-based project. *Health Research Policy and Systems*, *16*, 72.
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(1), 48–76.
- Nowell, L. (2015). Pragmatism and integrated knowledge translation: Exploring the compatibilities and tensions. *Nursing Open*, *2*(3), 141–148.
- O’Cathain, A., Murphy, E., et Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ*, *341*, 1147–1150.
- Oborn, E., Barrett, M., Prince, K., et Racko, G. (2013). Balancing exploration and exploitation in transferring research into practice: A comparison of five knowledge translation entity archetypes. *Implementation Science*, *8*, 104.
- Onwuegbuzie, A. J., et Collins, K. M. T. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *Qualitative Report*, *12*(2), 281–316.
- Onwuegbuzie, A. J., et Johnson, R. B. (2006). The validity issue in mixed research. *Research in the Schools*, *13*(1), 48–63.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d’ergothérapie: lignes directrices*. Montréal: Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d’ergothérapie. Lignes directrices (OEQ, 2005) – addenda (OEQ, 2008)*. Montréal: Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Palinkas, L. A., Aarons, G. A., Horwitz, S. M., Chamberlain, P., Hurlburt, M., et Landsverk, J. (2011). Mixed methods designs in implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, *38*(1), 44–53.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, *42*(5), 533–544.
- Palinkas, L. A., et Rhoades Cooper, B. (2018). Mixed methods evaluation in dissemination and implementation science. Dans R. C. Brownson, G. A. Colditz, et E. K. Proctor (Eds.), *Dissemination and implementation research in health* (2e éd., pp. 335–353). New York: Oxford University Press.
- Parry, D., Salsberg, J., et Macaulay, A. C. (2015). Guide sur la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances dans la recherche en santé (IRSC). Repéré le 6 janvier 2020 à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/44954.html>.
- Raymond, M.-H., Demers, L., et Feldman, D. E. (2015). Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health and Social Care in the Community*, *24*(2), 154–164.
- Roberge-Dao, J., Yardley, B., Menon, A., Halle, M.-C., Maman, J., Ahmed, S., et al. (2019). A mixed-methods approach to understanding partnership experiences and outcomes of projects from an integrated knowledge translation funding model in rehabilitation. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 230.
- Ruest, M., Bourget, A., Delli-Colli, N., et Guay, M. (2016). Recommendations to foster standardization for the completion of Algo. *Occupational Therapy Now*, *18*(1), 28–30.
- Ruest, M., Bourget, A., Delli-Colli, N., et Guay, M. (2017). Algo used by home-care non-occupational therapists selecting bathing equipment: Enhancing standardization by exploring clinical reasoning in a multiple-case study. *Occupational Therapy in Health Care*, *31*(1), 20–33.
- Ruest, M., et Guay, M. (2019). Étude du processus d’application de l’Algo dans les services de soutien à domicile du Québec. *Ergothérapie Express*, *30*(3), 8, édition de septembre.
- Ruest, M., et Guay, M. (2022). Apprivoiser l’étude de l’application des connaissances à travers le prisme des méthodes de recherche mixtes. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, *8*(1), 71–84.
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Desrosiers, J., et Guay, M. (2022). Algo’s integrated knowledge translation process in homecare services: A cross-sectional correlational study for identifying its level of utilization and its associated characteristics. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *89*(1), 13–25.
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., et Guay, M. (2021). Lessons on integrated knowledge translation through algorithm’s utilization in homecare services: A multiple case study. *JBI Evidence Implementation*, *19*(4), 419–436.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Eldh, A. C., Cox, K., Crichton, N., Harvey, G., et al. (2018). A realist process evaluation within the Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE) cluster randomised controlled international trial: An exemplar. *Implementation Science*, *13*, 138.
- Seers, K., Rycroft-Malone, J., Cox, K., Crichton, N., Edwards, R. T., Eldh, A. C., et al. (2018). Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE): An international cluster randomised controlled trial to evaluate two models of facilitation informed by the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, *13*, 137.
- Serrata Malfitano, A. P., Whiteford, G., et Molineux, M. (2021). Transcending the individual: The promise and potential of collectivist approaches in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *28*(3), 188–200.
- Siu, E. C. Y., Levinton, C., et Brown, A. D. (2009). The value of performance measurement in promoting improvements in women’s health. *Healthcare Policy*, *5*(2), 52–67.
- Stanmore, E., et Waterman, H. (2007). Crossing professional and organizational boundaries: The implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England. *Disability and Rehabilitation*, *29*(9), 751–759.
- Stergiou-Kita, M. (2010). Implementing clinical practice guidelines in occupational therapy practice: Recommendations from the research evidence. *Australian Occupational Therapy Journal*, *57*(2), 76–87.
- Straus, S. E., Tetroe, J., et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice* (2e éd.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Tashakkori, A., et Teddlie, C. (2008). Quality of inferences in mixed methods research: Calling for an integrative framework. Dans M. M. Bergman (Ed.), *Advances in mixed methods research: Theories and applications* (pp. 101–119). London: Sage.
- Van Eerd, D., Cole, D., Keown, K., Irvin, E., Kramer, D., Brenneman Gibson, J., et al. (2011). Report on knowledge transfer and exchange practices: A systematic review of the quality and types of instruments used to assess KTE implementation and impact. Repéré le 6 janvier 2020 à <http://www.iwh.on.ca/sys-reviews/kte-evaluation-tools>.
- Williams, S., Keogh, S., Herd, D., Riggall, S., Glass, R., et Douglas, C. (2022). Building effective engagement for implementation with i-PARIHS: A collaborative enquiry into paediatric pain care in the emergency department. *BMC Health Services Research*, *22*, 230.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Designs and methods* (Applied social research methods). (5e éd.). California: Sage Publications.