



Optimisation d'un nouveau modèle de soins de santé primaires pour prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées de 70 ans et plus au Québec

Mémoire

Chaimaa Fanaki

Maîtrise en santé publique - avec mémoire
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Chaimaa Fanaki, 2020

Optimisation d'un nouveau modèle de soins de santé primaires pour prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées de 70 ans et plus au Québec

Mémoire

Chaimaa Fanaki

Sous la direction de :

Anik Giguère, directrice de recherche

Résumé

Contexte : Au Canada et ailleurs, il importe de mieux prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées. La mise en œuvre d'une nouvelle trajectoire en clinique de médecine familiale consistant en une évaluation systématique de la fragilité et de ses facteurs de risque dans le cadre des soins primaires aiderait à mieux prévenir le déclin fonctionnel en passant par leur implication dans la décision concernant les services communautaires dont ils ont besoin.

Objectif: Identifier les facteurs influençant la mise en œuvre d'une nouvelle trajectoire de soins de santé primaire pour l'adapter et l'introduire dans les groupes de médecine familiale du Québec.

Méthode: Dans cette étude descriptive qualitative, nous avons réalisé 47 entrevues semi-structurées et 8 groupes de discussion avec 32 professionnels de la santé, 27 patients âgés de plus de 70 ans, 8 gestionnaires de trois GMFs de la province de Québec, 16 représentants d'organismes communautaires et 9 de cliniques gériatriques spécialisées dans les régions avoisinantes. Nous avons effectué une analyse thématique inductive/déductive basée sur le cadre consolidé de recherche sur la mise en œuvre (Consolidated Framework on Implementation Research). Les données ont été analysées à l'aide de Nvivo 12.

Résultats: Les participants à l'étude ont indiqué plusieurs facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre de la trajectoire. La complexité de l'ajout de l'outil de repérage au dossier médical électronique, le manque de communication entre les milieux de soins primaires et les services communautaires, ainsi que les effets des politiques publiques sur la capacité des organismes communautaires à servir leurs clients ont été identifiés comme des obstacles. Ces conclusions soutiennent l'adaptation de l'intervention en 1) permettant l'intégration du repérage dans le DME, 2) définissant les rôles cliniques du repérage et 3) soutenant le partenariat entre les différents secteurs du système de santé.

Conclusions: Éventuellement, ce projet permettra de se concentrer sur les déterminants influençant la mise en œuvre dans les prochaines années, pour faire en sorte que les soins aux personnes âgées soient améliorés et adaptés à leurs besoins selon une approche préventive.

Abstract

Background: In Canada and elsewhere, community-based seniors living with frailty, pre-frailty, or experiencing some limitations in their ability to pursue their daily activities often go unnoticed. Systematic assessment of frailty and of its risk factors in primary care would better meet their needs and prevent their decline.

Purpose: The objective of this study is to identify the factors influencing the implementation of a new primary health care trajectory to adapt and eventually implement it in different family medicine groups in Quebec.

Method: In this qualitative descriptive study, we conducted 47 semi-structured interviews and 8 focus groups with 32 health care professionals, 27 patients over 70 years of age, 8 health care decision makers from three family medicine clinics in the province of Quebec, 16 representatives of community organizations and 9 representatives of specialized geriatric clinics in surrounding areas. We conducted an inductive/inductive thematic analysis based on the Consolidated Framework for Implementation Research. The data were analyzed using Nvivo12.

Results: The various study participants provided several facilitators and barriers to the implementation of the trajectory. The complexity of adding the screening tool to electronic medical record, the lack of communication between primary care practices and community services, as well as public policy effects on community support services' capacity to serve their clients were identified as barriers. These findings support adapting the intervention by 1) allowing the integration of screening into the electronic medical record, 2) defining clinical roles for screening, and 3) sustaining partnership between different health system sectors.

Conclusions: Eventually, this project will focus on the determinants influencing implementation over the next few years to ensure that older adults' health care is improved and adapted to their needs according to a preventive approach.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements.....	viii
Avant-propos	ix
Introduction	1
Chapitre 1. Problématique et contribution du projet en santé publique.....	3
1.1 Problématique	3
1.2 La pertinence du projet en santé publique.....	4
Chapitre 2. Revue de littérature	6
2.1 Le repérage de la fragilité et de certains facteurs de risque de déclin fonctionnel chez les personnes âgées.....	6
2.2.1 La définition de la fragilité chez les personnes âgées.....	6
2.2.2 L'importance du repérage de la fragilité en soins primaires	6
2.2.3 Les outils de repérage de la fragilité chez les personnes âgées.....	7
2.3 Le besoin de la prise de décision partagée chez les personnes âgées.....	9
2.3.1 La prise de décision partagée en soins primaires	9
2.3.2 Barrières à la prise de décision partagée chez les personnes âgées	9
2.4 Intégration des services communautaires aux soins primaires des personnes âgées fragilisées	11
Chapitre 3. Cadre conceptuel	13
3.1 Cadre consolidé de recherche sur la mise en œuvre (CFIR)	13
Chapitre 4. Question de recherche et objectifs.....	19
4.1 Questions de recherche	19
4.2 Objectif de la recherche.....	19
Chapitre 5. Méthodologie.....	20
Devis de recherche.....	20
Recrutement et échantillonnage.....	20
Collecte de données.....	20
Analyse.....	21
Chapitre 6. Article qualitatif.....	22

6.1 Résumé en français.....	22
6.2 Résumé en anglais.....	22
6.3 Manuscrit.....	23
Chapitre 7. Discussion.....	57
7.1 Discussion des résultats principaux.....	57
7.2 Recommandations.....	59
7.3 Forces et limites de l'étude.....	59
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	62
Annexe A. Processus de la trajectoire à mettre en œuvre.....	72

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des concepts du « Consolidated Framework for Implementation Research » et leurs brèves descriptions selon Damschroder

Liste des abréviations

CEVQ: Centre d'excellence sur le Vieillissement de Québec

CFIR: Consolidated Framework for Implementation Research

DME: Dossier Médical Électronique

GMF: Groupe de Médecine Familiale

PSS: Professionnel de Soins de Santé

PDP : Prise de Décision Partagée

SSP : Soins de Santé Primaire

VDPDPC: Vice-Décanat à la Pédagogie et au Développement Professionnel Continu

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes ayant à cœur l'amélioration des soins offerts et dispensés aux aînés et à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude. Il est important de souligner leur contribution considérable aux soins et au bien-être de ces personnes qui ont contribué à construire la société dans laquelle nous vivons.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à la directrice de ce mémoire, Madame Anik Giguère, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils. Elle m'a soutenue durant tout mon parcours. Je ne saurais vous remercier assez pour tout ce que vous m'avez offert sur le plan académique, professionnel et personnel au cours de ces dernières années. Bien plus qu'une simple directrice de mémoire, elle a été comme une mère, une mentor et une vraie source d'inspiration. Merci infiniment !

J'aimerais également remercier l'apport de tous les professionnels de recherches, les étudiants, les chercheurs et tous ceux que j'ai côtoyés au sein du Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu (VDPDPC), Centre de recherche en santé durable (VITAM) et du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) au cours de mon travail sur ce projet. Votre support, vos encouragements et votre intérêt envers mon projet m'ont accompagnée tout au long de mon parcours.

Je désire aussi remercier les professeurs et les professionnels du département de médecine préventive et sociale à l'université de Laval, qui m'ont fourni le soutien et les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance particulière à ma famille et à mes amis qui m'ont appuyé tout au long de mes études et qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

Avant-propos

Ce mémoire de maîtrise inclut l'article scientifique original produit au cours du projet et intitulé « Determinants of the implementation success of a novel primary healthcare intervention to prevent functional decline of older community-based adults: a qualitative study ». Ce projet de maîtrise s'inscrit dans un projet de recherche plus large visant à évaluer les impacts de la mise en œuvre de la nouvelle trajectoire de soins dans neuf cliniques de médecine familiale de trois provinces canadiennes. Dans cette plus large étude quasi expérimentale, la qualité de vie et l'expérience de soins des personnes de 70 ans et plus seront mesurées avant et après la mise en œuvre de la nouvelle trajectoire de soins.

Le premier auteur de cet article est Chaimaa Fanaki, les coauteurs sont sa directrice de recherche Anik Giguère, suivi de Julie Fortin, Marie-Josée Sirois, Edeltraut Kröger, Jacobi Elliott, Susie Gregg, Paul Stolee et Joanie Sims-Gould.

Cet article sera soumis au *BMC Health Services Research* pour le diffuser. Il est présenté au chapitre 5 de ce document.

Introduction

D'ici 2036, le nombre de Canadiens âgés de plus de 65 ans devrait passer de 4,8 à 10,9 millions. En conséquence, le vieillissement accru de la population entraînera une augmentation concomitante du nombre de personnes âgées fragilisées. Cela causera une plus grande pression sur le système de santé pour la planification et la prestation des services de santé. Ainsi, l'adaptation des services de santé représente donc une priorité de santé publique pour mieux prévenir ou retarder la perte d'autonomie de cette population.

Pour éviter des conséquences complexes et coûteuses que la fragilité pourrait générer sur le système de santé, surtout au niveau de l'offre et la demande de soins, les approches préventives sont de plus en plus recommandées à travers la littérature scientifique. En ce qui concerne l'implantation d'activités de prévention secondaire, on préconise d'identifier précocement les personnes fragilisées afin de leur proposer des options permettant de ralentir le processus de dégradation de leurs capacités, ou même de les restaurer. Ce processus nécessite de choisir des options thérapeutiques adaptées capacités et aux besoins des personnes âgées, et qui tiennent également compte de leur qualité de vie et de leurs préférences, pour finalement ralentir ou limiter leur déclin fonctionnel. Ainsi, nous entreprenons à implanter une nouvelle trajectoire de soins dédiée à cette cause dans des cliniques de médecine familiale, comprenant : (1) un repérage de la fragilité et des facteurs de risque de perte d'autonomie, (2) la prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de la santé pour choisir une option préventive afin de limiter les risques identifiés, et (3) une référence facilitée aux services communautaires.

Ce projet examine donc les facteurs pouvant influencer la mise en œuvre de cette trajectoire innovatrice de soins primaires pour favoriser l'implantation d'approches préventives chez les personnes âgées fragiles, à partir des perspectives des différents acteurs clés des soins et services de santé de première ligne. Pour ce faire, nous avons réalisé un projet de recherche de devis qualitatif, comprenant des entrevues individuelles et des groupes de discussion, semi-dirigés, auprès de personnes âgées, de professionnels de la santé œuvrant dans des cliniques de médecine familiales et dans des cliniques gériatriques spécialisées, ainsi qu'auprès des intervenants d'organisations communautaires, dans trois régions de la province de Québec.

Le premier chapitre de ce mémoire présente la problématique à l'origine du projet et sa pertinence en matière de santé publique. Le deuxième chapitre expose l'état des connaissances quant à la fragilité des personnes âgées. Il traite ainsi de l'importance du repérage de la fragilité, de la pertinence du processus de prise de décision partagée et de l'intégration des services des organisations communautaires aux services de soins de première ligne pour une clientèle âgée. Ensuite, dans le troisième chapitre, le cadre conceptuel sur lequel s'appuie l'étude est décrit. Le quatrième chapitre présente ensuite les objectifs et la question de recherche suivi

de la méthodologie de l'étude dans le cinquième chapitre. Ensuite, le sixième chapitre expose le manuscrit de l'article, rédigé en anglais pour des fins de diffusion dans un journal scientifique. Enfin, le septième et dernier chapitre discute brièvement les résultats principaux de l'étude ainsi que ses forces et ses limites.

Chapitre 1. Problématique et contribution du projet en santé publique

1.1 Problématique

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des incapacités liées à l'âge [2], ainsi que le nombre de personnes âgées présentant un état de fragilité [3]. Les personnes âgées dites « fragiles » sont typiquement caractérisées par une vulnérabilité accrue aux événements stressants, ce qui augmente leur risque de perte d'autonomie fonctionnelle (1), de mortalité, de morbidité et d'institutionnalisation (2-4). Une meilleure identification des personnes fragiles permettrait donc d'intervenir de manière adaptée pour limiter et prévenir la perte d'autonomie (1,5,6). Cette identification devrait se faire prioritairement au sein des milieux de soins de santé primaires où les actions préventives doivent être planifiées et coordonnées. Toutefois, ces milieux sont actuellement mal adaptés pour réaliser des activités de prévention auprès des personnes plus âgées. En effet, 64 % des personnes âgées atteintes de démence et vivant en communauté ne sont pas diagnostiquées, et ne reçoivent pas de soins adéquats (7,8). De plus, les syndromes gériatriques, comme les chutes et l'incontinence urinaire, sont généralement mal reconnus et mal gérés (9,10). Les personnes âgées sont également à plus haut risque de surdiagnostic et de sur traitement (11). En fait, 11 % des visites à l'urgence des aînés sont causées par des effets indésirables de la part de médicaments (12). En outre, l'inadéquation actuelle des soins préventifs de première ligne provoque une utilisation de certains services de santé qui pourraient être évités, telle que les visites récurrentes aux professionnels de santé, les hospitalisations, les services d'hébergement de soins de longue durée et l'utilisation de services d'urgence (13-15). Compte tenu de ces faits, les cliniciens devraient envisager également des modèles de prise de décision partagée pour leur capacité potentielle à améliorer le traitement des personnes âgées en fragilité dont les besoins et l'état de santé pourraient être plus complexes (16). Ainsi, pour améliorer l'utilisation d'interventions préventives et limiter l'accès à des services de santé pour des urgences lors d'évènements indésirables et stressants pour les personnes âgées, les soins de santé primaire devraient assurer un repérage approprié et systématique de la fragilité et des facteurs de risque de perte d'autonomie (17) ; une prise de décisions partagée entre les patients et les professionnels de la santé pour choisir des actions préventives, étayée par des données probantes et tenant compte des priorités des patients (18,19) ; la coordination des soins avec les autres services de santé et de services sociaux, et avec les services communautaires (20,21) ; puis une utilisation adéquate de la technologie en santé (22,23).

Conséquemment, une équipe interdisciplinaire de chercheurs et de cliniciens a conçu une nouvelle trajectoire de soins pour améliorer et adapter les soins pour les personnes âgées en clinique de médecine familiale. Ainsi elle sera mise en œuvre dans les cliniques de médecine familiale au Canada. Cette trajectoire a été élaborée à

partir de leçons tirées de travaux antérieurs, d'analyses documentaires et de consultations (18,19,32,33,24–31). La trajectoire comprend trois composantes : (1) le repérage : tous les patients de la clinique de 70 ans et plus seront repérés avec *l'interRAI Assessment Urgency Algorithm (AUA – l'Algorithme d'évaluation d'urgence interRAI)*,⁽³⁴⁾ qui permet de classer les patients selon le risque de perte d'autonomie auquel ils font face; (2) le plan de soins : développé en discutant les résultats du repérage et en utilisant les Boîtes à décision pour s'assurer que les priorités de personnes âgées soient prises en compte. Pour les patients à faible risque (AUA = 1 ou 2), les professionnels de santé proposeront des services communautaires (p. ex. : programmes d'exercices), des sessions éducatives ou des techniques d'autogestion pour prévenir les maladies chroniques ou gérer les conditions existantes. Pour les patients à risque modéré (AUA = 3 ou 4), les services communautaires seront également considérés (p. ex.: soins ou repas à domicile), conjointement à des évaluations subséquentes et au besoin à une coordination continue des soins. Pour les patients à risque élevé (AUA = 5 ou 6), le professionnel conduira une évaluation plus exhaustive ou les référera à des spécialistes. Une série de cinq Boîtes à décision (www.boitedecision.ulaval.ca ; voir Série Autonomie), en version interactive et imprimable, sera disponible pour faciliter la préparation du plan de soins, soit une pour chacun de 5 facteurs de risques (cognition, mobilité et vigueur, alimentation, santé émotionnelle, et stress du proche aidant). (3) la référence vers les soins ou les services communautaires appropriés, au moyen du site internet Caredove (<https://www.caredove.com/auaquebecclosed> ou <https://www.caredove.com/auaquebec>) développé spécifiquement pour chaque site d'étude. Lors de la mise en œuvre de cette trajectoire, nous avons proposé aux équipes des cliniques de médecine familiale d'être responsables de toutes les activités prévues, sans toutefois que des types de professionnels spécifiques soient assignés à chacune des tâches.

1.2 La pertinence du projet en santé publique

Le repérage de la fragilité et de certains facteurs de risque de déclin fonctionnel chez les personnes âgées en communauté représente une priorité de santé publique parce qu'elle permettra ultimement d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie et les capacités fonctionnelles de ces personnes, et donc de leur permettre de rester chez elles le plus longtemps possible. Le repérage de la fragilité offre un potentiel de viabilité du système de santé à long terme en évitant les visites fréquentes aux professionnels de santé ainsi que les. En plus, il répondra davantage aux besoins multiples et complexes des aînés avant qu'ils n'atteignent un stade critique requérant des soins intensifs et coûteux (35). Dans ce contexte, le repérage de la fragilité et de certains facteurs de risque de déclin fonctionnel s'insère dans une approche préventive compréhensive qui permet de fournir aux cliniciens une meilleure connaissance de l'état du patient, et d'assurer un suivi de son évolution. Ainsi les cliniciens pourraient cibler et entreprendre les actions préventives nécessaires pour réduire ou limiter les facteurs de risques et ultimement d'améliorer l'accès aux soins préventifs afin de favoriser un vieillissement en santé (36).

La mise en œuvre de processus de prise de décision partagée est envisagée de manière déterminante pour favoriser l'autonomisation des patients en les dotant des connaissances et des compétences nécessaires leur permettant d'assumer une plus grande responsabilité de leur propre état de santé (37). Par conséquent, des boîtes à décision ont été développées pour de multiples conditions de santé de la personne âgée dans une visée d'amélioration de la santé des populations vieillissantes, fondée sur des données probantes (38).

De plus, il est bien connu que les déterminants sociaux de la santé doivent être pris en compte pour parvenir à l'équité en matière de santé (39). Ainsi, le site internet pourra faciliter la référence aux services de santé locaux ou aux services communautaires pouvant agir sur ces déterminants, tels que l'accès à des aliments nutritifs, au transport et au logement.

Globalement, la trajectoire complète préconisée comprend le repérage, la prise de décision partagée et la référence aux services communautaires. Elle offre une approche standardisée d'évaluation systématique, d'élaboration d'un plan de soins en collaboration avec le patient pour respecter ses priorités et de coordination des soins de santé primaires puis des services communautaires pour les cliniques de médecine familiale. Elle permet une approche préventive et proactive centrée sur la personne par une collaboration tant interdisciplinaire que communautaire, et orientée vers les besoins et les circonstances la personne âgée.

Chapitre 2. Revue de littérature

2.1 Le repérage de la fragilité et de certains facteurs de risque de déclin fonctionnel chez les personnes âgées

2.1.1 La définition de la fragilité chez les personnes âgées

La notion de la fragilité a été présentée de différentes manières dans la littérature scientifique. Elle est parfois décrite comme un état d'équilibre instable entre la robustesse et la dépendance, ou perçue comme un syndrome résultant d'une réduction des réserves systémiques fonctionnelles et limitant les capacités de l'organisme à répondre aux facteurs de stress (40). Toutefois, deux modèles sont souvent utilisés pour définir la fragilité d'une manière physiologique, à savoir le modèle de Fried, puis celui de Rockwood.

Premièrement, le modèle phénotypique décrit par Fried et al. décrit la fragilité comme un syndrome biologique caractérisé par la diminution de la réserve et de la résistance aux facteurs de stress, résultant d'un déclin cumulé de plusieurs systèmes physiologiques, ce qui entraîne une vulnérabilité aux conséquences néfastes (3). Selon ce modèle, on parle de fragilité en présence de trois des cinq critères phénotypiques suivants : (a) une faible force de préhension ; (b) l'épuisement ; (c) la lenteur de la marche ; (d) une faible activité physique ; et (e) une perte de poids involontaire (3). Toutefois, Boers et al. critiquent cette définition de la fragilité, car les caractéristiques phénotypiques de la fragilité ne constituent pas un ensemble de symptômes et de signes représentant un état de santé pouvant être caractérisé d'un syndrome (41).

Deuxièmement, l'autre modèle est celui de déficit cumulé développé par Rockwood et al. Celui-ci consiste en une approche multidimensionnelle. Selon ce modèle, la fragilité pourrait être représentée par jusqu'à 70 indicateurs d'ordre physiologique ou psychologique (42). Cette approche consiste à additionner le nombre de déficiences et de conditions pour créer un indice de fragilité (42). Néanmoins, cette approche peut être assez lourde à utiliser à cause de son large éventail d'indicateurs, puis en raison de l'absence d'une distinction claire entre la fragilité, les comorbidités et les incapacités.

Ces deux modèles demeurent actuellement les plus employés pour identifier un état fragile ou pré-fragile. Cependant, bien qu'ils semblent divergents, on note qu'ils appartiennent à une construction commune, où la force physique est l'une des caractéristiques les plus discriminantes (43).

2.1.2 L'importance du repérage de la fragilité en soins primaires

La fragilité est associée à un risque plus élevé des effets néfastes sur la santé, notamment la mortalité et l'hospitalisation (44). Ainsi le repérage de la fragilité pourrait limiter ou réduire les risques surtout aux premiers

stades de la fragilité qui sont plus susceptibles d'être réversibles en identifiant et agissant précocement sur les facteurs de risques modifiables (45).

Dans les établissements de soins de longue durée, les personnes âgées sont déjà fragilisées. Le repérage pourrait alors être utilisé pour évaluer la gravité de la fragilisation et le niveau d'autonomie, et ainsi ajuster le plan de soins, incluant la gestion des médicaments et la préparation de directives avancées pour les soins palliatifs (46). Dans le même ordre d'idées, le repérage pourrait être employé dans le contexte des soins intensifs et aigus pour orienter et référer les patients aux services de soins spécialisés et appropriés selon leurs niveaux de risque et leurs besoins (1). Par ailleurs, un repérage plus précoce de la fragilité en contexte de soins primaires aurait un plus grand potentiel d'impact (47). En effet, dans le système de soins de santé actuel, les personnes pré-fragiles ou fragiles ne sont souvent identifiées que lorsque leur vulnérabilité devient évidente par la survenue d'un événement clinique majeur, tel que les chutes et les hospitalisations (48). Ainsi, comme les médecins de famille sont souvent les premiers à identifier et à traiter des affections mineures (qui peuvent s'aggraver chez un individu fragile), le repérage systématique de la fragilité dans les cliniques de médecine familiale devrait jouer un rôle majeur dans la détection précoce de la fragilité chez les personnes âgées (48).

Actuellement, les cliniques de médecine familiale du Canada n'utilisent pas d'outils standardisés pour repérer la fragilité chez les personnes âgées (45). Au Québec, ce processus est actuellement implanté de manière pilote dans certaines urgences au moment de l'admission et lors du congé d'hôpital, généralement au moyen du questionnaire *PRISMA-7* (CIUSSS-CN) (49), ou du *InterRAI Preliminary Screener* (CIUSSS de Chaudière-Appalaches) (50). Par ailleurs, il existe encore peu d'informations sur la meilleure façon de repérer la fragilité et les facteurs de risque de déclin fonctionnel dans les cliniques de médecine familiale ou dans les autres milieux de soins de première ligne (51). Le soutien des médecins de famille et la disponibilité d'outils de repérage faciles et rapides à utiliser pourraient ainsi aider à identifier efficacement et correctement les personnes âgées fragiles ou à risque de fragilisation parmi leurs patients (48).

2.1.3 Les outils de repérage de la fragilité chez les personnes âgées

Étant donné le manque de temps et de ressources dans les cliniques de médecine familiale, les stratégies et les outils de repérage devraient être rapides et simples à utiliser (52). Plusieurs outils de repérage en soins primaires ont été élaborés et validés (43). Parmi ces derniers, on peut citer : Groningen Frailty Indicator (GFI), *PRISMA-7*, Clinical judgment of the general practitioner (GP), the Edmonton Frail Scale (EFS), Identification Seniors At Risk Primary Care (ISAR PC), the Frailty Index (FI), *InterRAI screener* et l'outil de repérage de la fragilité Gérotopôle (53).

La plupart de ces outils ont été validés en démontrant l'association entre la fragilité et les effets indésirables sur la santé des personnes âgées (43). Ces outils portent soit sur le phénotype de fragilité, soit sur un indice de fragilité. Lorsque le repérage repose sur le phénotype, il comprend des mesures de motricité et d'activité physique, et donne un score global qui s'étend de robuste à fragile (51). S'il repose sur un indice de fragilité, le nombre des comorbidités, des facteurs sociaux, des conditions psychologiques, des mesures du fonctionnement et du déclin cognitif sont additionnées et le score étant plus élevé représente une fragilité plus grande (54). Pourtant, bien que la majorité des études ont démontré que ces outils étaient efficaces pour identifier le niveau de fragilité dans la pratique clinique des soins primaires (55–59), La Bruyère et ses collaborateurs (60) soulignent la nécessité d'élaboration de lignes directrices et d'une normalisation du processus de repérage de la fragilité. Effectivement, aucun de ces outils d'évaluation de la fragilité n'a été considéré comme un modèle de référence (gold standard) pour l'utilisation en soins primaires (51,58,59,61). Ainsi, l'amélioration du processus de repérage et l'atteinte d'un consensus entre tous les acteurs impliqués dans les soins aux personnes âgées représentent des objectifs primordiaux(62).

La présente étude permettra donc d'évaluer une intervention multicomposante comprenant un outil de repérage de la fragilité. L'outil de repérage étudié est *l'InterRAI Preliminary Screener*. Il a été utilisé dans plusieurs pays, entre autres le Canada, pour identifier les personnes à risque de perte d'autonomie (63). Il est dérivé de *l'InterRAI Home Care Assessment System*, un système d'évaluation gériatrique complet pour les personnes vivant dans des logements communautaires (63). Cet outil évalue huit éléments qui portent sur les activités de la vie quotidienne, la cognition et l'état de santé général. Ainsi, le patient est perçu comme fragilisé s'il est considéré comme dépendant pour un ou plusieurs éléments. *L'InterRAI Preliminary Screener*, par un algorithme à partir des questions, peut calculer le niveau de risque de fragilisation chez le patient (niveau allant de 1 à 6 selon la sévérité) (63). Cet outil offre plusieurs avantages pour les patients et les professionnels de la santé. Contrairement au PRISMA-7, l'outil le plus utilisé au Québec pour identifier la fragilité, *L'InterRAI Preliminary Screener* a été testé et conçu adéquatement pour une utilisation optimale au niveau des services de soins primaires. En effet, il est court, simple et rapide à remplir (63). Il offre la possibilité de standardiser la pratique d'évaluation à l'admission en enregistrant les informations nécessaires pouvant soutenir les décisions relatives à la nécessité d'une évaluation plus étayée. Il peut faciliter la communication entre les agences grâce à un langage commun basé sur des normes de données reconnues. Enfin, grâce à des données normalisées et agrégées, il peut éclairer la prise de décision et la planification fondées sur des données probantes, en fonction des profils des clients, des tendances et des prestations de services.

2.2 Le besoin de la prise de décision partagée chez les personnes âgées

2.2.1 La prise de décision partagée en soins primaires

Au cours des dernières décennies, le processus de la prise de décision partagée (PDP) a émergé en contrepartie du modèle plus paternaliste selon lequel le rôle du médecin serait prépondérant lors de la prise de décision clinique (64). Selon le modèle paternaliste, le médecin, légitimé par l'expertise acquise au cours de sa formation, est responsable d'établir le diagnostic et le protocole de soins, puis de diriger l'équipe soignante en fonction de son évaluation des objectifs des soins (64). Dans ce modèle, la communication du médecin avec ses patients et les autres professionnels de la santé de son équipe, reste principalement unilatérale (65). En contrepartie, la PDP se définit comme une approche interactive où les cliniciens et les patients échangent les informations et examinent ensemble les données probantes sur les avantages et inconvénients des options disponibles pour parvenir à une décision conjointe en accord avec les valeurs et les préférences des patients (60,61). La participation active des patients dans ce processus permet ainsi d'améliorer la qualité des soins de santé, leur état de santé et leur satisfaction à l'égard des soins desservis (68). Des revues systématiques révèlent que la PDP et ses outils (les outils d'aide à la décision) soutiennent les approches de soins centrées sur le patient en améliorant la communication entre le patient et les professionnels, la connaissance des patients vis-à-vis leurs options, leur niveau de confiance et de satisfaction envers les professionnels de la santé et leur sentiment de contrôle sur les décisions concernant leurs plans de soins (69,70).

Les soins primaires, en tant que premier point d'accès pour plusieurs services de santé, offrent un terrain fertile pour l'innovation dans la prise de décision. Ils sont caractérisés par un grand nombre d'utilisateurs de soins, la diversité des cas rencontrés, la variété des décisions médicales prises quotidiennement (71,72). Toutefois, bien qu'il existe des preuves sur les avantages de la mise en œuvre et sur l'adoption de la prise de décision partagée dans la pratique quotidienne des soins primaires, cette dernière reste souvent peu adoptée par les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne (73,74). Parmi les barrières souvent signalées à la mise en œuvre de la PDP, on note le manque de temps et le manque de formation des professionnels de la santé en la matière (73).

2.2.2 Barrières à la prise de décision partagée chez les personnes âgées

La participation des personnes âgées dans la PDP donne généralement des résultats positifs. Cela permet notamment l'amélioration de leur connaissance et de leur compréhension des diagnostics, des traitements ainsi que des effets et risques des traitements, ce qui engendre une diminution de leurs conflits décisionnels (75,76). Cependant, il existe plusieurs conditions qui compliquent ce processus chez les personnes âgées fragilisées, entre autres les multimorbidités (21,67). En effet, la moitié des personnes âgées souffrent au moins de trois

maladies chroniques, et la gestion de ces multimorbidités rend le fardeau du traitement particulièrement préoccupant, surtout pour les professionnels de la santé (77). Les guides de pratique clinique ne sont pas adaptés pour la prise en charge des multimorbidités (78), ce qui peut engendrer des problèmes supplémentaires de polypharmacie (un patient consommant plusieurs médicaments prescrits) (16). En retour, la polypharmacie augmente le risque d'interactions médicamenteuses indésirables et complique la prévision de l'effet de chaque médicament (78,79). De plus, d'autres facteurs structuraux et environnementaux peuvent compromettre la communication avec les personnes âgées, tels que l'implication de plusieurs professionnels de santé et des services sociaux dans leurs protocoles de soins, le roulement des professionnels exerçant dans les établissements de soins, la surcharge de travail demandée aux professionnels et aux quotas de soins imposés (80,81). Face à cette complexité, les cliniciens ont besoin de formations, d'outils et d'environnements propices qui leur permettront d'adopter la prise de décision partagée pour concilier leurs propres priorités et celles de leurs patients plus âgés (77). Dans cette optique, plusieurs outils d'aide à la décision ont été développés afin de faciliter ce processus pour les professionnels de santé plusieurs. Les outils d'aide à la décision sont des outils qui visent à traduire l'information sur les interventions disponibles aux patients et à les aider à mieux s'impliquer dans la prise de décision partagée et à préciser leurs valeurs et préférences, puis à améliorer leurs connaissances (30). L'utilisation de ces outils vise à réduire le recours excessif à des options de repérage ou de traitement qui ne sont pas clairement associées à des avantages pour la santé de tous, et qui comportent aussi des inconvénients pour certaines personnes (30).

La présente étude permettra donc d'évaluer une intervention multi-composante comprenant des outils d'aide à la décision pour favoriser l'adoption de la PDP lorsqu'une personne âgée est identifiée comme étant fragilisée ou à risque de fragilisation. Dans la présente étude, nous avons utilisé le format d'outil d'aide à la décision conçu et validé à l'Université Laval, la boîte à décision (38) qui a initialement été conçue pour les cliniciens. La boîte à décision visait alors à aider le clinicien à communiquer au patient des informations fondées sur des preuves, à l'aider à rechercher les valeurs et les préférences du patient concernant la ou les décisions à prendre, puis à améliorer la participation du patient et du clinicien pendant le processus de décision (18,19). L'outil a maintenant

évolué pour être utilisé par les patients directement¹² et respecte les critères internationaux pour les outils d'aide à la décision³.données probantes.

2.3 Intégration des services communautaires aux soins primaires des personnes âgées fragilisées

Les personnes âgées ayant des besoins complexes tels que les personnes âgées fragilisées nécessitent une approche plus globale, intégrée et interprofessionnelle entre les services de santé, les services sociaux et les organismes communautaires pour assurer la continuité de leurs soins et une bonne utilisation des services disponibles en fonction des besoins (82,83).

Actuellement, les provinces canadiennes ont chacune un système de santé qui n'est pas parfaitement intégré puisque leurs différents services (le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire) sont souvent déconnectés. Ainsi, chaque province essaie de mettre en œuvre différents processus et interventions afin d'améliorer la coordination des divers services et à fournir une meilleure continuité de soins à la population (84). Cependant, depuis 2004, le gouvernement du Québec a entrepris de nombreux ajustements au niveau de l'organisation du système de santé, afin de mettre en place des réseaux locaux de services de santé à travers la province. Ces réseaux locaux de santé ont été créés en grande partie par l'intégration fonctionnelle de services de santé et de services sociaux sous la forme de partenariats et d'alliances entre des organisations autonomes dotées de différents niveaux de soins et services, puis entre différentes missions comme les organisations communautaires, les organisations municipales ou les organisations privées de soins à domicile (85,86). En effet, l'intégration des services dédiés aux aînés en perte d'autonomie au Québec consiste à réunir les organisations existantes (entre autres, les organismes communautaires) d'un territoire par des mécanismes de coordination administrative et clinique. Ces organisations adhèrent ainsi au réseau intégré et adaptent leurs ressources et leurs activités aux procédures établies par l'organe de coordination commun (87). Les organismes communautaires sont définis en tant que groupes ou membres issus de la communauté qui, par des activités bénévoles qui, même si elles sont rémunérées, sont sans but lucratif, et ce, dans le domaine de la santé et des services sociaux (88). Les organismes dans le secteur de la perte d'autonomie liée au vieillissement offrent des services variés qui permettent d'assurer un vieillissement en bonne santé, par exemple par l'offre de soutien à

¹ Bilodeau, G., H. O. Witteman, F. Légaré, J. Lafontaine-Bruneau, P. Voyer, E. Kröger, M.-C. Tremblay, and A. M. Giguere. 2019. "Reducing Complexity of Patient Decision Aids for Community-Based Older Adults with Dementia and Their Caregivers: Multiple Case Study of Decision Boxes." *BMJ Open*, 9(5): e027727.

² Bogza, L.-M., C. Patry-Lebeau, E. Farmanova, H. O. Witteman, J. Elliott, P. Stolee, C. Hudon, and A. M. C. Giguere. 2020. "User-Centered Design and Evaluation of a Web-Based Decision Aid for Older Adults Living With Mild Cognitive Impairment and Their Health Care Providers: Mixed Methods Study." *J Med Internet Res*, 22(8): e17406 Available at: <https://www.jmir.org/2020/8/e17406>, doi:10.2196/17406.

³ Joseph-Williams, N., R. Newcombe, M. Politi, M. A. Durand, S. Sivell, D. Stacey, A. O'Connor, R. J. Volk, A. Edwards, C. Bennett, M. Pignone, R. Thomson, and G. Elwyn. 2014. "Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process." *Med Decis Making*, 34(6): 699–710.]

la nutrition ou à l'alimentation, des activités de loisirs, de l'éducation à la santé, de l'entretien ménager, des visites amicales, des groupes de soutien, des services de popote roulante, de l'aide au bain, des réparations et des services de transport. Ces services peuvent permettre aux personnes âgées de conserver leur autonomie plus longtemps (89).

Cependant, plusieurs barrières empêchent le système local de santé et de soutien social actuel de répondre aux besoins de soins continus et variables des personnes âgées. Mentionnons, entre autres, les points d'entrée multiples pour accéder aux services, les besoins de services déterminés par le professionnel de santé plutôt que par les clients eux-mêmes, les évaluations redondantes, l'utilisation inappropriée de ressources humaines?, les transitions non optimales entre l'hôpital et le domicile, les retards dans la réception des demandes de services et le manque de communication entre les professionnels (90). Ainsi, les cliniciens peuvent jouer un rôle important pour référer les personnes aux services plus adéquats en fonction de leurs profils et besoins. Toutefois, l'accès aux informations sur tous les services disponibles demeure souvent problématique pour les professionnels de la santé (91,92). Dans ce contexte, une navigation devrait être conçue pour faciliter l'accès et combler les lacunes dans la prestation et la coordination des soins et services pour profiter des ressources disponibles à proximité des personnes âgées. Une telle navigation permettrait d'assurer la communication avec multiples organismes pour limiter la fragmentation entre systèmes de soins et services de santé et d'aide sociale de la communauté (92).

L'intervention multicomposante étudié dans le présent projet comprend donc un site Internet pour faciliter le recours aux services communautaires par les personnes, après avoir utilisé la PDP pour sélectionner une option pour prévenir leur fragilisation. Il s'agit du site internet « Caredove » (<https://www.caredove.com/aua Quebec closed>), qui permet une navigation en ligne et un accès à une large gamme d'organismes communautaires à proximité, et aux services de santé et sociaux disponibles, afin que davantage de personnes puissent trouver les informations et le soutien dont elles ont besoin (93,94). Ainsi, les professionnels de santé peuvent utiliser cette plateforme pour orienter les patients vers les organismes communautaires et ainsi mettre en œuvre les actions préventives choisies par la personne âgée.

Chapitre 3. Cadre conceptuel

3.1 Cadre consolidé de recherche sur la mise en œuvre (CFIR)

Le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) représente un cadre métathéorique qui fournit un ensemble de 39 concepts regroupés en cinq domaines (Caractéristiques de l'intervention, le contexte interne et externe, les caractéristiques des individus concernés et le processus de mise en œuvre) (Tableau 1) (95). Dans le présent projet, ce cadre théorique a été employé avant la mise en œuvre de l'intervention multicomposante, ou la trajectoire de soins, pour étudier les barrières et les facilitateurs critiques au processus de sa mise en œuvre dans les pratiques de SSP. Dans les prochaines lignes, ces dimensions seront présentées tout en avançant la façon dont ils étaient utilisés pour guider l'analyse des perceptions des différents participants.

Les caractéristiques de l'intervention

La première dimension est liée aux caractéristiques de l'intervention à mettre en œuvre dans une organisation particulière. Elle comprend huit concepts (l'origine de l'intervention, la force et la qualité des données probantes, ses avantages relatifs, la possibilité de tester l'intervention à petite échelle dans l'organisation, son potentiel d'adaptabilité, la qualité de conception et design et les coûts associés) qui seront utilisés pour décrire les caractéristiques perçues par les différents acteurs clés des différentes composantes de l'intervention de la nouvelle trajectoire de soins, puis de l'ensemble de la trajectoire. Ces concepts visent à porter une attention particulière aux différents attraits des interventions qui nécessitent une adaptation ou optimisation pour faciliter leur mise en œuvre.

Les contextes externes et internes

Dans la science d'implantation, le contexte représente un ensemble de facteurs et de circonstances uniques qui entourent l'environnement de la mise en œuvre de l'intervention. Selon Baker, les changements au niveau du contexte externe de l'organisation peuvent influencer gravement la mise en œuvre par l'intermédiaire du contexte interne (96). Le troisième et quatrième domaine du CFIR décrivent le contexte, soient respectivement **le contexte externe et le contexte interne**. Selon le CFIR, le contexte externe comprend quatre concepts (besoins des patients et ressources, réseau, pression des pairs, incitatifs ou politiques externes) qui sont liés à des facteurs comme les contextes économiques, politiques et sociaux du milieu. D'autre part, le contexte interne comprend cinq concepts majeurs (caractéristiques structurelles, réseaux et communications, culture, climat d'implantation et préparation à la mise en œuvre) qui permettent de décrire les différents paramètres structurels, politiques et culturels de l'organisation où le processus de mise en œuvre se déroulera.

Dans le cadre de cette recherche, le contexte interne se définit comme les milieux de pratique de médecine familiale. Ainsi, le contexte externe est lié aux différents acteurs ou organisations qui interagissent avec les

cliniques de médecine familiale, à savoir les organisations communautaires et les services gériatriques spécialisés.

Les caractéristiques des individus

Le quatrième domaine du CFIR, soit les caractéristiques des individus, comprend cinq concepts (connaissances et croyances concernant l'intervention, l'auto-efficacité, l'étape individuelle du changement, l'identification individuelle avec l'organisation, puis d'autres attributs personnels) qui se penchent sur les attributs des individus qui prennent part dans le processus de la mise en œuvre de l'intervention. Les individus influencent en effet la mise en œuvre, car ils font des choix et exercent leur pouvoir d'influence sur autrui, ce qui peut jouer sur les résultats de la mise en œuvre. Ainsi, ce dernier élément nous renseigne sur les mentalités, les normes, les intérêts et les affiliations culturels, organisationnels, professionnels et individuels des différents participants tout au long du processus.

Processus

Le cinquième domaine du cadre s'intéresse plutôt au processus de la mise en œuvre, incluant cinq concepts majeurs, dont la planification, l'engagement, l'exécution, les processus réflexifs et l'évaluation. Ce domaine permet un aperçu des plans ou stratégies suggérés par les acteurs clés pour la mise en œuvre, la gestion et l'attribution des tâches au sein des organisations, ainsi que les facteurs associés au succès ou à l'échec de ces stratégies.

Tableau 1 : Liste des domaines et concepts du *Consolidated Framework for Implementation Research* et leurs brèves descriptions selon Damschroder (95)

Domaine et construits de CFIR		Description des constructions
I. Caractéristiques des interventions		
A.	Source d'intervention	Perception des intervenants clés quant à savoir si l'intervention est développée à l'externe ou à l'interne.
B.	Force et qualité des preuves	Les perceptions des intervenants quant à la qualité et à la validité des preuves à l'appui de la croyance que l'intervention aura les résultats souhaités.
C.	Avantage relatif	La perception des parties prenantes de l'avantage de mettre en œuvre l'intervention par rapport à une solution alternative.

D.	Adaptabilité	La mesure dans laquelle une intervention peut être adaptée, adaptée, raffinée ou réinventée pour répondre aux besoins locaux.
E.	Trialability	La capacité de tester l'intervention à petite échelle dans l'organisation, et d'être en mesure d'inverser la tendance (annuler la mise en œuvre) si nécessaire.
F.	Complexité	Difficulté perçue de mise en œuvre, reflétée par la durée, la portée, la radicalité, la perturbation, la centralité, la complexité et le nombre d'étapes nécessaires à la mise en œuvre.
G.	Qualité de conception et emballage	L'excellence perçue dans la façon dont l'intervention est groupée, présentée et assemblée.
H.	Coût	Coûts de l'intervention et coûts associés à la mise en œuvre de l'intervention, y compris l'investissement, l'approvisionnement et les coûts d'opportunité.

II. Contexte externe

A.	Besoins et ressources des patients	La mesure dans laquelle les besoins des patients, ainsi que les obstacles et les facilitateurs pour répondre à ces besoins, sont bien connus et priorisés par l'organisation.
B.	Cosmopolitisme	La mesure dans laquelle une organisation est en réseau avec d'autres organisations externes.
C.	Pression des pairs	Pression mimétique ou concurrentielle pour mettre en œuvre une intervention ; généralement parce que la plupart ou d'autres organisations clés ou concurrentes ont déjà mis en œuvre ou sont dans une offre pour un avantage concurrentiel.
D.	Politique extérieure et mesures incitatives	Une vaste structure qui comprend des stratégies externes visant à diffuser les interventions, y compris les politiques et les règlements.

III. Contexte interne

A.	Caractéristiques structurelles	L'architecture sociale, l'âge, la maturité et la taille d'une organisation.
B.	Réseaux et communications	La nature et la qualité des réseaux sociaux ainsi que la nature et la qualité des communications formelles et informelles au sein d'une organisation.
C.	Culture	Normes, valeurs et hypothèses de base d'une organisation donnée.
D.	Climat de mise en œuvre	La capacité d'absorption du changement, la réceptivité partagée des personnes impliquées à une intervention et la mesure dans laquelle l'utilisation de cette intervention sera récompensée, soutenue et attendue au sein de leur organisation.
1.	Tension pour le changement	La mesure dans laquelle les intervenants perçoivent la situation actuelle comme intolérable ou nécessitant des changements.
2.	Compatibilité	Le degré d'adéquation tangible entre le sens et les valeurs attachées à l'intervention des individus impliqués, la façon dont ceux-ci s'alignent sur les propres normes, valeurs et risques et besoins perçus des individus, et comment l'intervention s'inscrit dans les flux de travail et les systèmes existants.
3.	Priorité relative	La perception partagée des individus de l'importance de la mise en œuvre au sein de l'organisation.
4.	Incitatifs et récompenses organisationnels	Des incitatifs extrinsèques tels que des prix de partage d'objectifs, des examens du rendement, des promotions et des augmentations de salaire, ainsi que des incitatifs moins tangibles comme une stature ou un respect accru.
5.	Objectifs et commentaires	La mesure dans laquelle les objectifs sont clairement communiqués, pris en œil et transmis au personnel, et l'alignement de cette rétroaction sur les objectifs.
6.	Climat d'apprentissage	Un climat dans lequel : a) les dirigeants expriment leur propre faillibilité et le besoin de l'aide et de l'apport des membres de l'équipe; b) les membres de l'équipe estiment qu'ils sont des partenaires essentiels, valorisés et compétents dans le processus de changement; c) les individus se sentent psychologiquement en sécurité pour essayer de nouvelles méthodes; d) il y a suffisamment de temps et d'espace pour réfléchir et évaluer.

E.	Préparation à la mise en œuvre	Indicateurs tangibles et immédiats de l'engagement organisationnel à l'égard de sa décision de mettre en œuvre une intervention.
1.	Leadership Engagement	Engagement, participation et responsabilisation des dirigeants et des gestionnaires dans la mise en œuvre.
2.	Ressources disponibles	Le niveau des ressources consacrées à la mise en œuvre et aux opérations en cours, y compris l'argent, la formation, l'éducation, l'espace physique et le temps.
3.	Accès aux connaissances et à l'information	Facilité d'accès à l'information et aux connaissances digestibles sur l'intervention et sur la façon de l'intégrer dans les tâches de travail.
IV. Caractéristiques des individus		
A.	Connaissances et croyances au sujet de l'intervention	Les attitudes et la valeur des individus à l'égard de l'intervention ainsi que la familiarité avec les faits, les vérités et les principes liés à l'intervention.
B.	Auto-efficacité	Croyance individuelle en leurs propres capacités à exécuter des plans d'action pour atteindre les objectifs de mise en œuvre.
C.	Étape individuelle du changement	La caractérisation de la phase dans laquelle se trouve une personne, au fur et à mesure qu'elle progresse vers une utilisation qualifiée, enthousiaste et soutenue de l'intervention.
D.	Identification individuelle avec l'organisation	Une vaste construction liée à la façon dont les individus perçoivent l'organisation, ainsi qu'à leur relation et à leur degré d'engagement envers cette organisation.
E.	Autres attributs personnels	Une vaste construction pour inclure d'autres traits personnels tels que la tolérance de l'ambiguïté, la capacité intellectuelle, la motivation, les valeurs, la compétence, la capacité et le style d'apprentissage.
IV. Processus		

A.	Planification	La mesure dans laquelle un schéma ou une méthode de comportement et des tâches pour la mise en œuvre d'une intervention sont développés à l'avance, et la qualité de ces schémas ou méthodes.
B.	Engager	Attirer et impliquer des personnes appropriées dans la mise en œuvre et l'utilisation de l'intervention au moyen d'une stratégie combinée de marketing social, d'éducation, de modélisation de rôles, de formation et d'autres activités similaires.
1.	Leaders d'opinion	Les personnes d'une organisation qui ont une influence formelle ou informelle sur les attitudes et les croyances de leurs collègues à l'égard de la mise en œuvre de l'intervention.
2.	Responsables de la mise en œuvre interne officiellement nommés	Personnes de l'organisation qui ont été officiellement nommées avec la responsabilité de la mise en œuvre d'une intervention à titre de coordonnatrice, de gestionnaire de projet, de chef d'équipe ou d'un autre rôle similaire.
3.	Champions	Les personnes qui se consacrent à soutenir, à commercialiser et à « conduire à travers » une mise en œuvre, surmontant l'indifférence ou la résistance que l'intervention peut provoquer dans une organisation.
4.	Agents de changement externes	Personnes affiliées à une entité externe qui influencent ou facilitent officiellement les décisions d'intervention dans une direction souhaitable.
C.	Exécution	Effectuer ou réaliser la mise en œuvre comme prévu.
D.	Réflexion et évaluation	Une rétroaction quantitative et qualitative sur les progrès et la qualité de la mise en œuvre, accompagnée d'un débriefing personnel et d'équipe régulière sur les progrès et l'expérience.

Chapitre 4. Question de recherche et objectifs

4.1 Questions de recherche

Quels sont les facteurs influençant la mise en œuvre de la nouvelle trajectoire de soins et ses composantes (repérage, décision partagée, référence aux services communautaire) pour prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées qui visitent les cliniques de médecine familiale du Québec ?

4.2 Objectif de la recherche

Identifier les barrières et les facilitateurs à la mise en œuvre de la nouvelle trajectoire de soins et ses composantes (repérage, décision partagée, référence aux services communautaires) pour les personnes âgées de 70 ans et plus qui visitent les groupes de médecine familiale du Québec.

Chapitre 5. Méthodologie

Devis de recherche

Ce projet de maîtrise s'agit d'une étude qualitative descriptive, qui s'inscrit dans un projet de recherche plus large visant à évaluer les impacts de l'implantation de la nouvelle trajectoire de soins dans neuf cliniques de médecine familiale de trois provinces canadiennes. Dans cette plus large étude quasi expérimentale, la qualité de vie et l'expérience de soins des personnes de 70 ans et plus seront mesurées avant et après l'implantation de la nouvelle trajectoire de soins.

Recrutement et échantillonnage

Nous avons recruté quatre groupes de médecine familiale situés dans les régions de Rimouski (1 GMF), Baie St-Paul (1 GMF) et Québec (2 GMFs). Une des cliniques participantes s'est retirée du projet avant la collecte de donnée.

Nos échantillons de convenance consistaient d'abord de : 32 professionnels de santé (infirmières, travailleurs sociaux, médecins et autres) et huit gestionnaires dans chacun de ces GMFs participants. Ensuite, nous avons recruté 26 personnes âgées de plus de 70 ans, lors de leur visite aux GMFs et dont les profils de risque de perte d'autonomie variaient (faible risque, risque modéré et à haut risque), et ce pour chacun de ces GMFs participants. Finalement, nous avons recruté 16 représentants des services gériatriques spécialisés, et six représentants des organisations communautaires dans chacune des régions entourant les GMFs participants.

Collecte de données

Nous avons conduit 8 groupes de discussion et 47 entrevues individuelles semi-dirigées au moyen des guides d'entrevue pour tous les types de participants. Ces guides comprenaient des questions ouvertes inspirées du Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

Les entrevues et les groupes de discussion avec les professionnels et les gestionnaires en GMFs ainsi que les représentants des organismes communautaires et les services gériatriques spécialisés sont conduits face à face et ont duré généralement pour une heure. Ils ont permis de recueillir de l'information sur les expériences actuelles en matière d'évaluation et de coordination des soins aux personnes âgées fragilisées, ainsi que sur les défis et les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la nouvelle trajectoire de soins. D'autre part, les entrevues individuelles avec les patients sont conduites par téléphone et ont duré approximativement 30 minutes. Ces derniers ont couvert les expériences de soins des patients au GMFs. Toutes les entrevues ont été menées jusqu'à ce que la saturation soit atteinte. Les entrevues individuelles et les groupes de discussion ont été enregistrés et transcrits mot à mot pour l'analyse.

Analyse

Nous avons utilisé une approche hybride (déductives/inductives) pour procéder avec l'analyse thématique qualitative). Suivant une approche déductive, nous avons appliqué a priori des attributs dérivés du cadre théorique CFIR, puis une analyse thématique inductive pour intégrer les nouveaux thèmes émergents à ces attributs. Le schéma de codage élaboré regroupait les perceptions des personnes âgées, des professionnels de la santé, des gestionnaires, ainsi que des intervenants des organismes communautaires des différents barrières ou facilitateurs à l'implantation de la trajectoire de soins préconisée. Pour y'aboutir, deux étudiantes et la chercheuse principale ont effectué d'abord de façon indépendante une analyse thématique qualitative d'une portion des entrevues à l'aide d'un logiciel spécialisé (Nvivo 12). Après cette première analyse préliminaire, les trois personnes se sont réunies pour comparer leurs thèmes et créer un arbre de thèmes consensuel. Ce processus s'est répété jusqu'à ce que les thèmes reflétassent bien les objectifs pour les trois personnes. Ensuite, l'étudiante en charge de l'étude à continuer à réaliser les analyses des sources restantes, en validant au fur et à mesure les nouveaux thèmes avec la chercheuse principale.

Chapitre 6. Article qualitatif

6.1 Résumé en français

Cette étude qualitative visait à identifier les facteurs influençant la mise en œuvre d'une nouvelle trajectoire de soins dans les services de santé primaires, afin de répondre adéquatement aux besoins complexes des personnes âgées et limiter leur déclin fonctionnel. À cette fin, nous avons conduit plusieurs entrevues et discussions de groupe avec 63 participants clés issues des services de santé et services sociaux pour personnes âgées et 28 personnes âgées (70 ans et plus) avec des niveaux de risques de fragilisation variables. Nous avons pu ainsi identifier les barrières et les facilitateurs potentiels de la mise en œuvre en nous appuyant sur le cadre conceptuel CFIR. Ces résultats permettront d'adapter la mise en œuvre de la trajectoire à chacune des cliniques participantes et de faire des recommandations pour étendre l'approche à d'autres cliniques.

6.2 Résumé en anglais

In this qualitative study, we attempted to identify the factors influencing the implementation of a new trajectory of care in primary healthcare services, in order to adequately meet the complex needs of elderly people and limit their risks of functional decline. To this end, we conducted several interviews and focus group discussions with 63 key participants in first-line health and social services, and 28 older adults (70 years and older) with varying levels of risk of frailty. We were thus able to identify the potential barriers and facilitators to implementation with CFIR's use, which will make it possible to adapt the implementation of the trajectory to each of the participating clinics and to make recommendations for extending the approach to other clinics in the future.

6.3 Manuscrit

Determinants of the implementation success of a novel primary healthcare intervention to prevent functional decline of older community-based adults: a qualitative study

Chaimaa Fanaki, Julie Fortin, Marie-Josée Sirois, Edeltraut Kröger, Jacobi Elliott, Susie Gregg, Paul Stolee, Joanie Sims-Gould, Anik M. C. Giguère

Chaimaa Fanaki, Laval University, Chaimaa.fanaki.1@ulaval.ca

Julie Fortin, Laval University, julie.fortin@fmed.ulaval.ca

Marie-Josée Sirois, Laval University, Marie-josee.sirois@rea.ulaval.ca

Edeltraut Kröger, Laval University, Edeltraut.kroger.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Jacobi Elliott, University of Waterloo, Jacobi.elliott@uwaterloo.ca

Susie Gregg, CMHA Waterloo Wellington, Sgregg@cmhaww.ca

Paul Stolee, University of Waterloo, Stolee@uwaterloo.ca

Joanie Sims-Gould, University of British Columbia, Simsq@mail.ubc.ca

Anik Giguère, Laval University, Anik.giguere@fmed.ulaval.ca

Corresponding author:

Anik M.C. Giguere, Ph.D.

Vitam – Centre de recherche en santé durable

Pavillon Landry-Poulin, Entrée A-1-2, bureau 2416

2525, chemin de la Canardière,

Quebec city, QC, Canada

G1J 0A4

Email : anik.giguere@fmed.ulaval.ca

Tel: 418-821-4123

Background

In Canada and in other countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development, the demographic weight of people aged 65 and over is increasing [1]. From 15% in 2010, it should rise to around 25% in 2030, and reach 27% in 2050 [1]. The aging of the population is leading to an increase in the prevalence of chronic diseases and age-related disabilities [2], and in the number of older adults living with frailty [3]. Frailty consists of a reduction in the physiological reserves of several systems (endocrine, musculoskeletal, central nervous system, immune) leading to increased vulnerability to stressors in people of the same chronological age [4]. Frailty thus predisposes the person to functional decline, falls, institutionalization and death [4]. An increase in the number of older adults living with frailty will add pressure on the healthcare system, [3] and preventing and delaying functional decline are therefore priorities for public healthcare [5, 6].

As primary healthcare professionals regularly meet with elderly people [7], it would be useful to train and equip them to better recognize frailty, so that they can adapt their care plans and offer patients prevention activities to limit functional decline. Screening of older adults in primary care remains somewhat arbitrary and largely unevaluated, due to the absence of nationally agreed priorities, guidelines, and identifiable resources, meaning practices vary widely [8]. Several studies, however, point to the need for primary healthcare teams to (a) systematically identify frailty in community-based older adults [9–11]; (b) use shared decision-making to choose preventive actions based on the best available evidence about the risks and benefits of all available options, while ensuring that the older adult's values and preferences are taken into account [12–15]; and (c) coordinate care process with other health and social services, and with community services [16].

We are thus planning to implement an intervention meeting those needs. Considering the recognized gap between the identification of evidence-based innovations and their consistent and widespread use in healthcare [17], we firstly planned to tailor this intervention to users' needs before implementing it. Development of implementation strategies can draw in theory, by understanding the determinants influencing implementation, to underpin possible techniques that could be used to change clinical behavior, and to clarify how such techniques might work [18, 19]. Addressing the determinants of the success of an intervention, using methods such as group interviews of healthcare professionals, appears reasonable to improve implementation performance, but research evidence remains inconsistent to date on the effectiveness of this approach [20].

In this project, we therefore studied the determinants of the implementation success of a multicomponent primary healthcare intervention, to ultimately tailor it to key stakeholders' needs and support its implementation.

Methods

Study design

In this descriptive qualitative study, we conducted one-on-one interviews and focus groups with key stakeholders in three regions of the province of Quebec, before implementing the planned intervention. This study is part of a larger quasi-experimental research project aimed at evaluating the impacts of the intervention in nine primary care practices in three Canadian provinces [21].

Planned Intervention

The planned primary healthcare intervention includes three components. The first component is the InterRAI preliminary screener [22], which allows patients to be classified according to their frailty level. A second component is the e-TUDE professional distance-training program on shared decision-making [23], which comprises five patient decision aids—known as decision boxes—developed according to a template validated by Laval University [24, 25], and that describes the benefits and harms of the preventive options to prevent functional decline. The decision boxes are available in printable and web-based formats. A third component is a web-based directory of community support services—Caredove [26]—which facilitates identification of, and referral to, local health services or community support services, to allow the implementation of the selected preventive option. This directory is planned for healthcare professionals.

Recruitment

We recruited four primary care practices (called ‘family medicine groups’) located in the province of Quebec using our teams’ networks. In each practice, we recruited convenience samples of healthcare professionals of any profession (e.g. nurse, social worker, physician) who practiced there (HCPs) and the managers of the practices (MNGs). We invited the HCPs and MNGs during one of their team meetings. We also recruited 6-8 patients, who were a subsample of the 70 patients that we recruited at each practice, using posters and leaflets, as part of a broader project to evaluate the impacts of the intervention [21]. Among the 70 recruited patients, we chose 6-8 presenting various levels of functional autonomy based on some of their answers to a quality of life questionnaire, the EQ-5D-5L [27, 28]. We also recruited convenience samples of representatives of community support services, e.g. meals on wheels and transportation (CSs), as well as specialized geriatric services (e.g., memory clinic) in the area surrounding the practices (SPECs).

Data Collection

We conducted semi-structured focus groups and individual interviews using an interview guide that was adapted to each type of participant. The interviews with HCPs, MNGs, CSs, and SPECs were done face-to-face and lasted about one hour. They covered the participants’ current experiences in offering and coordinating care for

older adults, as well as the challenges and required support and resources they foresaw regarding the implementation of the planned intervention, which we described to them at length. The interviews with PTs were conducted over the phone and lasted about 30 minutes. They covered the patients' care experiences at the practice. We completed new interviews until we reached saturation, i.e., until no further recurring themes emerged from the analysis [29].

Data Analysis

Our thematic data analysis combined deductive and inductive approaches. We initially used a deductive approach to search for the domains described in the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [30]. Then, we used an inductive approach to search for any emerging themes and subthemes in the discussions. The CFIR is a meta-theoretical framework that can be applied to any phase of implementation and in any setting [31]. It comprises 39 constructs that are divided into 5 domains (Supplemental material 1): (1) innovation characteristics (key attributes influencing implementation); (2) outer setting (the economic, political, and social context within which the organization resides); (3) inner setting (the structural, political, and cultural contexts in which the implementation process occurs); (4) individual characteristics (the cultural, organizational, and professional norms and interests of those involved with the intervention and implementation); and (5) implementation process (the strategies and individuals involved in the change process) [30]. These domains and associated constructs can provide a structure to understand barriers and facilitators prior to implementation and help anticipate successful strategies for its execution [30].

Two students (including CF) and a researcher (AG) collaborated on the analyses. The two students initially analyzed a 10 % portion of the data independently. They then met with the researcher to agree on an initial list of themes and subthemes. Any disagreements were resolved through discussion. This process was repeated until a consensus was reached on a preliminary list of themes and on the analytical approach. Then, a single student (CF) analyzed the remaining data, while validating the new themes with the researcher. The qualitative data analysis was facilitated with the use of software (NVivo12).

Results

Participant characteristics

We conducted 47 semi-structured interviews and 8 focus groups with a total of 32 HCPs, 27 PTs, 8 MNGs, 16 CSs, and 6 SPECs (Table 1). Two practices were located in the same area (practices #1 and #2), so we recruited a single sample of representatives of community support services and specialized geriatric clinics for both.

Study findings

The following sections present the participants' prevailing perceptions on the key determinants to consider when tailoring the intervention and preparing an implementation plan. They are grouped according to the CFIR domains and constructs. We used all the domains and 16 of the 39 available CFIR constructs (CFIR constructs' and domains' definitions: Supplemental material 1).

Intervention Characteristics

The "Intervention Characteristics" domain was one of the domains mentioned most frequently by study participants. The following paragraphs present our findings on the participants' perceptions of the multicomponent intervention as a whole, followed by our findings on their perceptions of each of the components.

Planned Intervention as a whole

Participants were generally positive about the planned multicomponent intervention (Supplemental material 2, Table 1). Several of them appreciated the preventive goal of the intervention, as well as the idea that it would reduce hospitalizations and help avoid unnecessary care:

"I think it's great the way you're working in prevention because screening can help avoid a lot of things. Usually, by the time the files are given to social workers, things have gotten pretty far, and the situation is serious. So, being able to see people at the medical clinic, and already covering some ground, and having the family doctor involved from the start, it's fantastic! Let's hope the doctors get on board." (CS #1, Practices #1 and #2)

The participants also felt that the intervention would help meet some of the patients' needs by presenting services available locally.

On the other hand, a number of health professionals and practice managers expressed concerns regarding time constraints with regard to implementing the intervention. One of the participating health professionals also felt that the intervention had too many stages, which might lead to work overload. Some of the practice managers expressed concern regarding the availability of funding to sustain the intervention in the future.

Frailty screening

Several representatives of community support services noted that frailty screening would boost the demand for their services, and especially by people who have not yet experienced a severe loss of autonomy (Supplemental material 2, Table 2).

Some of them felt that the tool might enable effective identification of the risk factors to prevent loss of autonomy, and allow for timely and appropriate monitoring of patients, especially if it is administered by the physician:

“What I think is that for those in the early days of loss of autonomy, we could probably delay the onset a lot because we know that physical activity can help people stay much more independent for longer... [...] We also know that when the message comes from a doctor, it has more impact than, say, when it comes from the next-door neighbour.” (CS #6, Practice #4)

They also liked the fact that the screening tool allows for monitoring of people with varying degrees of loss of autonomy and that it is quick to use.

However, some members of the clinical team also felt that screening by physicians might open a Pandora’s box, raising issues that would need to be addressed, when in fact physicians may lack the time to answer all these questions:

Physician #1: It seems to me that it [Note from author: screening questionnaire] opens a real Pandora’s box with every question [...]. I have a lot of patients, so if I started asking these kinds of questions, it’s going to take a long time.

Physician #2: You have to remember that our patients have been coming to our practice for 35 years. If I ask my patient ‘How’s your health today?’ he’s going to talk for 2 minutes about it. He’s used to talking and exploring his symptoms. (HCP, Practice #2)

Another physician observed that posing a series of brief questions is a far cry from the usual practice of getting the person to talk as a way to understand their problem:

“Physician: In this case, [Note from author: screening questionnaire] it’s a model where you pepper the person with questions, and that’s not a method we want to teach our residents. But that’s what this questionnaire is. For example, here’s Question 8, and you have to reply Excellent, Good, Fair, or Poor.” (HCP, Practice #2)

Decision Aids

The participants generally perceived that patient decision aids would help meet the different needs of patients and their caregivers effectively, that they would enable patients to be involved in the care process, and that they would help empower them regarding care (Supplemental material 2, Table 3):

“I think that if you’re diagnosed with something and you’ve got a tool right from the beginning, then it’s empowering. You feel you can do something about it [...]. You can take back control over what’s happening to you. Knowing what you can do about it is empowering.” (CS #1, Practices #1 and #2)

Several participants, however, raised the point that these tools might be complex for people with low literacy, that they might present too much information to digest, or that they would need to be reworded in layperson’s terms. One manager also observed that certain options might be lacking.

A number of participants appreciated the fact that various formats of decision aids were available, and some mentioned they liked the web-based version. It was also mentioned that decision aids would be difficult to incorporate into EMRs, which was seen as a limitation.

Directory of Local Community Resources

The participants generally perceived that the web-based directory of community support services would help direct patients to the appropriate local services and facilitate access to them (Supplemental material 2, Table 4):

What it'll do is it'll give people better access. I'm positive that a tool like this will make things easier for everyone. Not just for the new doctors starting out here, who we have to meet with to explain all the resources available [...] They can never remember them all. So we put together written documents, we make information sheets, and then when they're in the thick of things, they forget! It's a tool that would be accessible to them, likely from anywhere, for example from their iPhone or whatever. In my opinion, this tool could be used in a really useful way. I know I'm repeating myself, but I think it's a really, really good tool! I see only positive impacts, not just for professionals but for users, too, who'd receive better guidance and referrals to the right services at the right time. Fantastic! (MNG, Practice #2).

Some of the participating community service representatives indicated that the web-based directory format addressed a public need. However, some participants expressed concern that this technology was not adapted to older adults. One participant also highlighted other limitations to older adults' access to this technology, like financial constraints and loss of autonomy:

The other challenge, the way I see it, is that when you say there's a website, well, a lot of elderly people don't have Internet access or aren't yet comfortable using it if they do... For future generations, it won't be the case, but for now it's a challenge. Plus, if they're low-income seniors, they won't be able to afford Internet access. The other thing is, people who're suffering loss of autonomy tend to cut themselves off from others and may turn down services, so there's the whole question of beliefs and values and the denial or acceptance of the disease, or of the loss of autonomy, that's not evaluated at all in the reference tool. (CS #5, Practices #1 and #2)

In addition to the perceived complexity, some of the participating patients reported that they do not use or feel any need for services such as those accessible through the directory, as they still consider themselves healthy and capable of managing their own health.

Outer setting

Regarding the "Outer Setting" domain, three of four CFIR constructs emerged as important to participants with regard to implementing the intervention: "Needs and Resources of Patients", "Cosmopolitanism" (or network) and "Peer Pressure" (Supplemental material 2, Table 5).

Patients' Needs and Resources

Patient needs in healthcare are a major implementation driver for this intervention. Generally, patients experienced good communications with healthcare professionals. However, several of them reported that they lacked information on community services, and that their health professional rarely or never recommended such services to them:

Moderator: I understand. Has your health professional—maybe a doctor, nurse, or social worker—ever recommended any community resources to you?

“Patient: No. Because I think they’re the resource themselves, or at least the clinic is. To their mind, they are the resource. So no, they’ve never offered me any other community resources. Mind you, I looked into it myself at one point. I was thinking I could get someone to help with the household chores. So, I went to see them, and they explained how it worked. But you see, in my case, my husband has a bit more money than I do. And since we’re spouses and we live together, it’s like we have too much money to be eligible for that kind of thing from the government or from the CLSC [local community service centre], I guess. So no, I don’t get anything, and I was never told to try community services.” (PT #210, Practice #1)

Many participants noted that older adults are confused and require assistance throughout the referral process. Community services representatives reinforced the need for a healthcare provider to assist older adults in using the directory. They pointed out that many older adults struggle with technology, or do not have access to the Internet, which can make it harder for them to find their way around it.

Another barrier to meeting patients’ needs was the long wait lists for services, whether community or primary healthcare services.

Several of the patient participants also said they lacked information on how to manage their health properly:

Moderator: “Do you discuss your health care goals with your doctor?”

“Patient: No, right now, no. Despite my age, I haven’t started asking him that question yet. I’ll do it a little later.” (PT #26, Practice #2)

A few of the participating patients considered it their responsibility to manage their own health and mentioned they would primarily search online if they felt the need to get more health information.

Cosmopolitanism

This construct assesses the networks of primary care practices and communications between the practices and other organizations such as community support services and specialized geriatric facilities.

Several participants reported a lack of direct information exchange between community services and family practices. Most healthcare professionals reported referring their older patients to CLSCs (local community

service centres). Representatives from community support services reported receiving demands and referrals from various sources such as CLSCs, other community services organizations, or directly from patients, but rarely from the physicians operating in primary care practices. They perceived that physicians in the primary care practices usually lack knowledge of the services offered by community support services, and that this role could be best filled by the social workers at those practices:

“When it comes to knowledge about services, the doctors at primary care practices are always rushed. They do the best they can, but I think there is a lack of tools to refer patients. I think the social worker at the GMF [family medicine group] should probably do more to educate the doctors about prevention, to provide them with the tools, or maybe it could be his or her role. But I definitely think that the doctors don’t have the tools they need to provide guidance to people.” (Practice #3; CS #01)

Representatives from community support services also noted the lack of communication channels with physicians. Several of them were also concerned by their limited capacity and thought it would be a challenge to keep up if the demands increased due to the implementation of the directory. They further noted that this could lead to added pressure on their system, exacerbated by the lack of volunteers, time, and funding.

“OK, the program is great and all, and I hope it works out, but in the long run, what good will it serve me to advertise it? I’ve already got too many requests. They just keep coming, and it’s not going to stop anytime soon, and I don’t have any more volunteers. [...] It’s really hard to find volunteers. [...] I don’t think I can do it if it [the directory] has a major impact. I hope it does, of course, but I just don’t have the team for it.” (CS #3, Practices #1 and 2)

Specialized geriatric service practitioners also reported difficulties communicating with physicians in primary care practices. For example, some referral demands to their services were not completed, creating confusion upon the arrival of patients to these geriatric services and potentially delaying their care. They also pointed to the absence of a unified communication system between themselves and the practices, which exacerbates the communication gap and hinders care coordination and continuity in their services.

Peer Pressure

“Peer Pressure” includes the competitive pressure to implement an intervention, typically because most other peers or competing organizations have already implemented or are in a bid for a competitive edge. In the current project, participants reported such competition between the proposed InterRAI preliminary screener and the Prisma-7 [32] that was developed in the province of Quebec. Adding to the barriers, some participants mentioned how the implementation process might also be hampered by an overload of different projects in practices.

External Policy & Incentives

Some of the participating healthcare professionals suggested aligning the intervention components with the Alzheimer's Plan (which was implemented in primary care practices at the time of the interview) to improve the diagnosis and treatment of older adults living with neurocognitive disorders.

A few community support service representatives pointed out the challenges created by the lack of sufficient government funding for community-based services. Participants highlighted how the current project-based funding system for community support services means funding is inconsistent, thereby limiting their capacity to reach out to more older adults:

“Y’know, the population keeps getting older, and the budgets just aren’t there. The only time there’s any significant increase in the health budget is during election years. So, things are gradually deteriorating because we’re not doing enough to index healthcare funding.” (CS #2, Practices #1 and 2)

Inner Setting

We defined the “Inner Setting” as the primary care practices, as this is where the intervention will be implemented. The CFIR proposes five major constructs subdivided further into 13 constructs to describe the characteristics of the inner setting. Only three constructs emerged from the interviews, namely “Networks and Communication,” “Implementation Climate,” and “Readiness for Implementation” (Supplemental material, Table 6).

Networks and Communication

In our study, this construct involved the nature and quality of social networks, and formal or informal communication within the primary care practices. Study participants reported how health professionals generally schedule interprofessional team meetings to keep track of patients and to exchange information about different interventions. As for standard internal communication and patient follow-ups, most health professionals use the electronic medical record (EMR).

Participants explained that when referring patients to community services, physicians would reach out to the practice-based social worker, as it is easier and faster to communicate with them, plus they are familiar with the community services network.

Physician: “Often the referral person will be the social worker.”

Moderator: “Is it easy, inside the practice, to refer to the social worker?”

Physician: “We call him, without the patient having to go through the social worker. Often, if we just have a question, we pick up the phone and ask our question.” (HCP, Practice # 1)

Implementation Climate

Some of the participating health professionals and managers perceived that the intervention and its components, especially screening, would be compatible with their work philosophy and their current systems and practice processes.

Readiness for Implementation

Concerns were raised by one of the practice managers regarding the availability of funds and the resources required to implement and sustain the intervention. Time was frequently mentioned as being a rare resource, as most of the managers and health professionals pointed to time constraints and were worried that implementing the intervention might increase the workload of their practice, especially for physicians.

“It’s just that—and I know I go on and on about it—the sticking point with the project is really time. But I’m absolutely convinced of the value of the project and the tools.” (MNG, Practice #1)

As for information sharing, participants explained how most practices rely on their computerized system—the EMR—for coordination and communication among health professionals. However, at one of the participating practices, participants described how any new modification or addition to the EMR requires approval from the regional healthcare authority under which they operate, namely integrated health and social service centers (CISSS) or integrated university health and social service centers (CIUSSS).

On the other hand, managers at all the participating practices were interested in scheduling training programs to prepare their staff to implement the intervention and suggested scheduling it during work time to encourage their staff. They expressed how important it is for health professionals to obtain information about the intervention and its components beforehand, so they can adapt to the tasks.

Characteristics of Individuals in Primary care practices

In the “Characteristics of Individuals” domain, we sought to describe the characteristics of HCPs, as they would be responsible for delivering and using the components of the intervention. Three CFIR constructs out of five emerged from the discussions.

Knowledge and Beliefs About the Intervention

Health professionals and the practice managers expressed positive attitudes toward the intervention and saw potential added value for their current practices. However, a number of healthcare professionals believed that medical experience is more valuable than evaluation and screening tools:

“As a doctor, I always use the MoCA and Folstein with my partner nurse, and my most important tool, in my opinion, is my instinct... it’s my assessment... the assessment I make of the person sitting in front of me, that allows us to really see the risk factors. And what really strikes me, what I see among my clients is when the man or woman is alone talking to me... that’s when I see if there’s a potential health problem. So, how can we use the spouse or the family to get a better understanding of the situation when they aren’t always there at the same time. But that’s more of a clinical aspect.” (Practice #2, HCP)

Self-Efficacy

Overall, community organizers feel capable of participating in the intervention. Training was also perceived as a means to improve healthcare professionals’ self-efficacy with regard to implementing the intervention.

Other Attributes

According to one community service representative, physicians wield considerable influence over care processes. A few of the participants from specialized geriatric services and community support services expressed concern about physician attitudes and adherence to the project. One participant noted having poor experiences where physicians refused to complete their referral forms.

Process

Planning

We asked managers to elaborate on their thoughts about how to implement the intervention components at their practices, including who should engage with the tasks, and the frequency of use. All the participating managers were unsure about task assignment. Most concluded that the new tasks required to implement the intervention should be assigned to nurse assistants or nurse clinicians, with support from physicians who could intervene only as necessary. However, one of the managers preferred that physicians be responsible for these interventions, as patients would feel more at ease:

Moderator: “ Should it be the doctor who determines...?”

Practice manager: “I think so. Because our more anxious patients are going to be a problem. They’re going to want to talk about it. If we rate it and don’t tell them about it, there’ll be trouble.”
(MNG, Practice #2)

Some managers considered conducting over-the-phone screening prior to appointments, or having patients screened before their appointment with the physician by a nursing assistant. They also considered screening all the older patients at their practices on an annual basis, noting that once screening was completed, the person in charge could create clickable notes or alerts in the EMR.

Formally Appointed Internal Implementation Leaders (CFIR)

This theme was briefly brought up by practice managers. They suggested some physicians could fill the role of implementation leader and would be responsible for monitoring the training. However, they also made it clear that some of the individuals best suited for this task either did not consent to participate in the project or might reject the task because they are already busy with other assignments.

Discussion

In this study, we collected and analyzed the views of key stakeholders on a multicomponent intervention to prevent functional decline in older community-based adults, in order to identify the determinants of its implementation and ultimately support its adoption by primary care practices in the Province of Quebec. Our findings suggest four main determinants to consider when planning implementation: defining clinic members' roles in the intervention, integrating the intervention components in EMRs, ensuring good communication between community support services and primary care practices, and sustaining/increasing funding of community support services. Each of these determinants are discussed hereafter.

We found that practice members' roles in the intervention should be defined explicitly and in keeping with each of their professional roles. Most of the discussions with the practice managers indeed concerned role assignment, i.e., which professional would be screening patients, and which would be discussing the options. The medical directors and physicians were concerned that implementation of the intervention, particularly screening, might increase physicians' workload. All managers considered assigning these tasks to nurses who would refer patients to physicians when necessary. Therefore, in the next phase to optimize the intervention, it will be essential to propose different strategies for the managers of primary care practices so they can appropriate it according to their setting and organizational work. Delivery of preventive care, such as screening, is widely done by nurses in primary care settings in Canada and elsewhere [33, 34]. However, primary care practices in Quebec are usually staffed at a ratio of 10 physicians for two nurses [35, 36], so the priorities set by the organization determine which clinical problem should be prioritized by nurses, who have time constraints as well. Healthcare settings would therefore need to ascribe high priority to screening older adults from the outset, to ensure the associated tasks are prioritized among all the competing demands on their staff. This concurs with another report on the implementation of frailty screening in primary care practice in Canada, in which the authors conclude that the value placed on screening for and addressing frailty in the practice culture played a key role in the implementation success [37]. Ideally, implementation should take these constraints into account by seeking the support from the healthcare system that could assign specific resources to ensure its success. The BETTER program is an excellent example whereby the implementation of prevention and screening in primary practices is planned from the outset, paid by local health authorities, by introducing an additional staff member

with a new role, the Prevention Practitioner [38]. This kind of approach acknowledges the ongoing roles and workload of physicians, which a systematic review revealed as a key factor in the introduction of innovations [39].

Given that participating primary care practice HCPs rely on EMRs for their regular communications and access to patient information, embedding the intervention components in the EMR would facilitate their use and implementation. The EMR is regarded as an essential tool for interdisciplinary settings such as primary healthcare [40]. However, the EMR systems currently used in the participating practices do not allow for quick integration of new interactive tools such as the one planned for screening, which would need to integrate a simple algorithm to calculate risk levels from the screening results. Moreover, incorporating the intervention components into the EMRs of different practices appears to be complex, as the systems used in the various practices were not necessarily similar. This lack of system compatibility would also impede the transmission of patient records and information across different settings and services, such as specialized geriatric services, and subsequently hinder care coordination and continuity. This is an important barrier, as the proposed screening tool is part of a suite of InterRAI instruments providing compatible assessment approaches for, among others, nursing homes, home care, acute care, assisted living, and supportive housing [41]. According to the 2014 National Physician Survey, 38% of family physicians in Quebec reported lack of compatibility with other electronic systems as a barrier for using electronic records [42]. This lack of interoperability and compatibility has developed as a result of the decentralized administration of healthcare and the presence of different EMR technology providers in the market [43, 44]. Therefore, before tailoring and integrating the intervention components into any EMR, it would be advisable for the different healthcare settings to use similar EMR systems.

Results have also shown that establishing proper communication between primary care practices and other services, such as community support services, is key to successful implementation. Several community representatives and specialized geriatric HCPs complained of the limited and complex communication and referral processes between themselves and primary care practices. This could be due to the practices HCP lack of familiarity with local community resources, as several of these HCPs noted they rarely referred their patients directly to these services and reportedly consulted social workers or other services for guidance. Some representatives of community support services felt that the web directory of local community resources could address this as it provides an exhaustive list of different community-based resources and services. However, they underscored their need to be able to contact physicians directly and exchange information with them about their referred patients. To enable this, some of them emphasized the importance of creating partnerships and collaborations between primary care practices and community services. Creating networks between primary healthcare settings and community programs could indeed help increase health professionals' willingness to refer patients outside of the healthcare system [37]. Several studies have recognized the value of strong

relationships with community support services when it comes to reaching target populations and delivering comprehensive services [45–47]. A scoping review on the implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services indicated that the development of communication strategies with partner agencies is important for maintaining relationships and fostering community cohesion, and thus facilitating the delivery of such innovations [48].

On the other hand, some representatives of community support services were more worried about the capacity of their organizations to keep up with the possible increase in demand following the introduction of the directory, as they lack funding and human resources to ensure service availability. The recent policy reform adopted by Canada's federal and provincial governments has increasingly off-loaded the provision of social services to community support services through project-specific funding, without covering basic operating costs [49]. This funding regime has created stress on social services, where community support services are limited in the number of clients they can serve, with growing wait lists, decreased numbers of volunteers, and increased staff burnout [49]. To help resolve the inherent inequality of this regime, the government needs to place greater value on community support services and offer long-term funding to support them in their mandates [49].

Study Strengths and Limits

Use of the CFIR prior to implementation helped us to prospectively examine potential implementation issues before a larger scale roll-out. This approach allows for major program revamps and increases the likelihood of successful program dissemination and implementation [50]. In this study, all CFIR domains were found to influence implementation, however, not all constructs were applicable. For example, “leadership engagement” was not expressed explicitly in our interviews with practice managers, as they had already expressed their interest in taking part in the project prior to our interviews and focus groups.

A systematic review highlights that consideration of patient perspectives and experiences is rare in studies using the CFIR and represents a limitation of this framework [51, 52]. Since our approach was user centered, we ensured that the patients' perspectives on actual care and their needs were incorporated in our study under the “patient needs and resources” construct. This construct provided a more comprehensive picture of implementation, brought to light barriers and facilitators that could be missed by health professionals or community support services, and provided results that could help assess compatibility between the intervention and care needs.

Age and gender of participants were not explicitly explored in this study. This limited our ability to evaluate the potential effect of these characteristics on the adoption and use of the intervention. Adding an intersectionality lens to implementation studies would also provide insight on how interaction between social factors such as age

and gender, as well as power structures, can shape decision-making and behavior, and enables factors such as these to be considered more explicitly in assessments of determinants and in the subsequent design of implementation [53].

Furthermore, it is important to mention that health professionals other than physicians participated to varying degrees in the discussions about professional roles in some of the practices. Our results, therefore, do not reflect the determinants or logistical issues with regard to the implementation of these types of professionals.

Conclusions

This study allowed identification of the determinants of the implementation success of a complex multi-component intervention. Next steps will consist of tailoring the intervention components to address each of their limitations before implementation. This bottom-up approach, consisting of implementing an intervention meeting important needs of older adults, will need to be adapted to determinants at multiple levels that we identified using a comprehensive framework. If some of these determinants at levels of the innovation or of the internal context of the primary care practices are more readily modifiable, others at the level of the outer setting, such as the communication with community support services and external policy and incentive might require longer term efforts before implementation. This study will allow focusing on these determinants in the next years to see to it that care of older includes prevention activities, starting from frailty screening.

Reference

1. Azeredo AC, Payeur FF. Vieillesse démographique au Québec: comparaison avec les pays de l'OCDE. Données sociodémographiques en bref. 2015;19:1–9. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol19-no3.pdf>.
2. Canadian Institute for Health Information. Seniors in Transition: Exploring Pathways Across the Care Continuum- Methodology Notes. Ottawa, Ontario; 2017. https://pdfs.semanticscholar.org/b8c0/eb78da893fbf810a4dd51748aeee7004cea3.pdf?_ga=2.173016547.1186995764.1569708032-660326366.1569708032.
3. Bleijenberg N, Drubbel I, ten Dam VH, Numans ME, Schuurmans MJ, de Wit NJ. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC Geriatr.* 2012; 12:16.
4. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013; 381:752–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

5. Ambagtsheer RC, Beilby JJ, Visvanathan R, Dent E, Yu S, Braunack-Mayer AJ. Should we screen for frailty in primary care settings? A fresh perspective on the frailty evidence base: A narrative review. *Prev Med (Baltim)*. 2019; 119:63–9.
6. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva; 2017. <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>.
7. Drey M, Wehr H, Wehr G, Uter W, Lang F, Rupprecht R, et al. Das frailty-syndrom in der hausärztlichen praxis. Eine pilotstudie. *Z Gerontol Geriatr*. 2011; 44:48–54. doi:10.1007/s00391-010-0136-3.
8. Robson J. Screening in general practice and primary care. *Br Med Bull*. 1998; 54:961–82.
9. Muscedere J, Andrew MK, Bagshaw SM, Estabrooks C, Hogan D, Holroyd-Leduc J, et al. Screening for Frailty in Canada's Health Care System: A Time for Action. *Can J Aging / La Rev Can du Vieil*. 2016;35:281–97. Doi:10.1017/S0714980816000301.
10. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012; 10:4. doi:10.1186/1741-7015-10-4.
11. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999; 353:205–6. doi:10.1016/S0140-6736(98)04402-X.
12. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision-making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7:CD006732. Doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub4.
13. Holroyd-Leduc J, Resin J, Ashley L, Barwich D, Elliott J, Huras P, et al. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision-making, and in health policy. *Res Involv Engagem*. 2016;2 1 LB-Holroyd-Leduc2016:23. doi:10.1186/s40900-016-0038-7.
14. Elliott J, Forbes D, Chesworth BM, Ceci C, Stolee P. Information sharing with rural family caregivers during care transitions of hip fracture patients. *Int J Integr Care*. 2014;14:e018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24959113>.
15. McNeil H, Elliott J, Huson K, Ashbourne J, Heckman G, Walker J, et al. Engaging older adults in healthcare research and planning: a realist synthesis. *Res Involv Engagem*. 2016;2. doi:10.1186/s40900-016-0022-2 LB - McNeil2016.

16. McCarthy D, Ryan J, Klein S. Models of Care for High-Need, High-Cost Patients: An Evidence Synthesis. *Issue Br (Commonw Fund)*. 2015; 31:1–19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26591906>.
17. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment monograph series*; 2004.
18. French SD, Green SE, O'Connor DA, McKenzie JE, Francis JJ, Michie S, et al. Developing theory-informed behavior change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci*. 2012;7:38. doi:10.1186/1748-5908-7-38.
19. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behavior change to investigate implementation problems. *Implement Sci*. 2017; 12:77.
20. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;:CD005470. Doi: 10.1002/14651858.CD005470.pub3.
21. Sims-Gould J, Elliott J, Tong CE, Giguere A, Mallinson S, Stolee P. A national intervention to support frail older adults in primary care: An adapted implementation framework. *Implement Sci*.
22. Hirdes JP. Addressing the health needs of frail elderly people: Ontario's experience with an integrated health information system. *Age Ageing*. 2006; 35:329–31. doi:10.1093/ageing/af036.
23. Lawani MA, Côté L, Coudert L, Morin M, Witteman HO, Caron D, et al. Professional training on shared decision-making with older adults living with neurocognitive disorders: a mixed-methods implementation study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020; 20:189. doi:10.1186/s12911-020-01197-9.
24. Bogza L, Patry-Lebeau C, Farmanova E, Witteman HO, Elliott J, Stolee P, et al. Design of a web-based decision aid to support explicit values clarification and informed decision-making of older adults with mild cognitive impairment and their healthcare providers. *JMIR*. 2020. doi:10.2196/17406.
25. Bilodeau G, Witteman HO, Légaré F, Lafontaine-Bruneau J, Voyer P, Kröger E, et al. Reducing complexity of patient decision aids for community-based older adults with dementia and their caregivers: multiple case study of Decision Boxes. *BMJ Open*. 2019;9: e027727.
26. Caredove. AUA Quebec [Internet]. [cited 2020 Apr 6]. Available from: <https://www.caredove.com/auaquebecclosed>

27. Janssen MF, Lubetkin EI, Sekhobo JP, Pickard AS. The use of the EQ-5D preference-based health status measure in adults with Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*. 2011; 28:395–413. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03136.x.
28. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20:1727–36. doi:10.1007/s11136-011-9903-x.
29. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18:148.
30. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4. doi:10.1186/1748-5908-4-50.
31. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci*. 2016;11:72.
32. Raïche M, Hébert R, Dubois M-F. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;47:9–18.
33. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52:727–43.
34. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? *Am J Public Health*. 2003;93:635–41. doi:10.2105/AJPH.93.4.635.
35. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Hogg W. Primary care reform: Can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthcare Policy*. 2011;7:e122. doi:10.12927/hcpol.2011.22618.

36. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician*. 2010;56:e273. /pmc/articles/PMC2922830/?report=abstract. Accessed 4 Sep 2020.
37. Warner G, Lawson B, Sampalli T, Burge F, Gibson R, Wood S. Applying the consolidated framework for implementation research to identify barriers affecting implementation of an online frailty tool into primary health care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:395.
38. Grunfeld E, Manca D, Moineddin R, Thorpe KE, Hoch JS, Campbell-Scherer D, et al. Improving chronic disease prevention and screening in primary care: Results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013;14.
39. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Car J, Pagliari C, Pluye P, et al. Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. *Journal of Medical Systems*. 2012;36:241–77. doi:10.1007/s10916-010-9473-4.
40. Misfeldt R, Suter E, Oelke N, Hepp S. Creating high performing primary health care teams in Alberta, Canada: Mapping out the key issues using a socioecological model. *J Interprofessional Educ Pract*. 2017;6:27–32. doi:10.1016/j.xjep.2016.11.004.
41. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DHM, Soveri HF, Gray L, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:277.
42. College of Family Physicians of Canada. Canadian Medical Association and Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. National Physician Survey: 2014 survey results. 2014.
43. Chang F, Gupta N. Progress in electronic medical record adoption in Canada. *Can Fam Physician*. 2015;61:1076–84.
44. Alami H, Lehoux P, Gagnon MP, Fortin JP, Fleet R, Ag Ahmed MA. Rethinking the electronic health record through the quadruple aim: Time to align its value with the health system. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020;20. doi:10.1186/s12911-020-1048-9.
45. Spiro A, Oo SA, Marable D, Collins JP. A unique model of the community health worker: The MGH Chelsea community health improvement team. *Fam Community Heal*. 2012;35:147–60. doi:10.1097/FCH.0b013e3182465187.

46. McCann T V., Clark E. Adopting Care Provider-Facilitator Roles: Community Mental Health Nurses and Young Adults with an Early Episode of Schizophrenia. *Soc Theory Heal.* 2005;3:39–60. doi:10.1057/palgrave.sth.8700042.
47. Mullins CD, Shaya FT, Blatt L, Saunders E. A qualitative evaluation of a citywide Community Health Partnership Program. *J Natl Med Assoc.* 2012;104:53–60.
48. Valaitis RK, Carter N, Lam A, Nicholl J, Feather J, Cleghorn L. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:1–14. doi:10.1186/s12913-017-2046-1.
49. Gibson K, O'Donnell S, Rideout V. The project-funding regime: Complications for community organizations and their staff. *Canadian Public Administration.* 2007;50:411–36. doi:10.1111/j.1754-7121.2007.tb02135.x.
50. Valverde PA, Calhoun E, Esparza A, Wells KJ, Risendal BC. The early dissemination of patient navigation interventions: Results of a respondent-driven sample survey. *Transl Behav Med.* 2018;8:456–67. doi:10.1093/tbm/ibx080.
51. Morgan D, Kosteniuk J, O'Connell ME, Kirk A, Stewart NJ, Seitz D, et al. Barriers and facilitators to development and implementation of a rural primary health care intervention for dementia: A process evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2019;19. doi:10.1186/s12913-019-4548-5.
52. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science.* 2016;11:72. doi:10.1186/s13012-016-0437-z.
53. Etherington N, Rodrigues IB, Giangregorio L, Giangregorio L, Graham ID, Graham ID, et al. Applying an intersectionality lens to the theoretical domains framework: A tool for thinking about how intersecting social identities and structures of power influence behavior. *BMC Med Res Methodol.* 2020;20. doi:10.1186/s12874-020-01056-1.

Table 1: Participant characteristics at each of the participating clinics.

Clinic	Patient (n =28)			Healthcare provider (n =29)			Manager (n=8)	Representatives of community support service (n =16)	Representatives of specialized geriatric service (n =10)
	High (n = 8)	Moderate (n = 10)	Low (n =10)	Physician (n = 20)	Nurse (n =7)	Other (n =2)			
#1	2	3	2	6	4	1	1	7	2
#2	2	2	4	3	2	-	3		
#3	2	2	2	-	-	-	-	5	6
#4	2	3	2	11	1	1	4	4	2

Supplemental material 1: Definitions of the CFIR domains (I to V) and constructs considered and used in the current study.

Construct	Definition	Used in study
I. INTERVENTION CHARACTERISTICS		
A. Intervention Source	Perception of key stakeholders about whether the intervention is externally or internally developed.	x
B. Evidence Strength & Quality	Stakeholders' perceptions of the quality and validity of evidence supporting the belief that the intervention will have desired outcomes.	
C. Relative Advantage	Stakeholders' perception of the advantage of implementing the intervention versus an alternative solution.	x
D. Adaptability	The degree to which an intervention can be adapted, tailored, refined, or reinvented to meet local needs.	x
E. Trialability	The ability to test the intervention on a small scale in the organization, and to be able to reverse course (undo implementation) if warranted.	
F. Complexity	Perceived difficulty of implementation, reflected by duration, scope, radicalness, disruptiveness, centrality, and intricacy and number of steps required to implement.	x
G. Design Quality & Packaging	Perceived excellence in how the intervention is bundled, presented, and assembled.	x
H. Cost	Costs of the intervention and costs associated with implementing the intervention including investment, supply, and opportunity costs.	x
II. OUTER SETTING		
A. Patients' needs and resources	The extent to which patient needs, as well as barriers and facilitators to meet those needs, are accurately known and prioritized by the organization.	
B. Cosmopolitanism	The degree to which an organization is networked with other external organizations.	x

C.	Peer Pressure	Mimetic or competitive pressure to implement an intervention; typically, because most or other key peers or competing organizations have already implemented or are in a bid for a competitive edge.	x
D.	External Policy & Incentives	A broad construct that includes external strategies to spread interventions, including policy and regulations (governmental or other central entity), external mandates, recommendations and guidelines, pay-for-performance, collaborative, and public or benchmark reporting.	x
III. INNER SETTING			
A.	Structural Characteristics	The social architecture, age, maturity, and the size of an organization.	
B.	Networks & Communications	The nature and quality of webs of social networks and the nature and quality of formal and informal communications within an organization.	x
C.	Culture	Norms, values, and basic assumptions of a given organization.	
D.	Implementation Climate	The absorptive capacity for change, shared receptivity of involved individuals to an intervention, and the extent to which the use of that intervention will be rewarded, supported, and expected within their organization.	x
	Tension for Change	The degree to which stakeholders perceive the current situation as intolerable or needing change.	
	Compatibility	The degree of tangible fit between meaning and values attached to the intervention of involved individuals, how those align with individuals' own norms, values, and perceived risks and needs, and how the intervention fits with existing workflows and systems.	x
	Relative Priority	Individuals shared perception of the importance of the implementation within the organization.	
	Organizational Incentives & Rewards	Extrinsic incentives such as goal-sharing awards, performance reviews, promotions, and raises in salary, and less tangible incentives such as increased stature or respect.	
	Goals & Feedback	The degree to which goals are clearly communicated, acted upon, and fed back to staff, and alignment of that feedback with goals.	
	Learning Climate	A climate in which: a) leaders express their own fallibility and need for team members' assistance and input; b) team members feel that they are essential, valued, and knowledgeable partners in the change process; c)	

		individuals feel psychologically safe to try new methods; and d) there is sufficient time and space for reflective thinking and evaluation.	
E.	Readiness for Implementation	Tangible and immediate indicators of organizational commitment to its decision to implement an intervention.	x
	Leadership Engagement	Commitment, involvement, and accountability of leaders and managers with the implementation.	
	Available Resources	The level of resources dedicated to implementation and ongoing operations, including money, training, education, physical space, and time.	x
	Access to Knowledge & Information	Ease of access to digestible information and knowledge about the intervention and how to incorporate it into work tasks.	x

IV. CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS

A.	Knowledge & Beliefs about the Intervention	Individuals' attitudes toward and value placed on the intervention as well as familiarity with facts, truths, and principles related to the intervention.	
B.	Self-efficacy	Individual belief in their own capabilities to execute courses of action to achieve implementation goals.	x
C.	Individual Stage of Change	Characterization of the phase an individual is in, as he or she progresses toward skilled, enthusiastic, and sustained use of the intervention.	x
D.	Individual Identification with Organization	A broad construct related to how individuals perceive the organization, and their relationship and degree of commitment to that organization.	
E.	Other Personal Attributes	A broad construct to include other personal traits such as tolerance of ambiguity, intellectual ability, motivation, values, competence, capacity, and learning style.	x

V. PROCESS

A.	Planning	The degree to which a scheme or method of behavior and tasks for implementing an intervention are developed in advance, and the quality of those schemes or methods.	x
B.	Engaging	Attracting and involving appropriate individuals in the implementation and use of the intervention through a combined strategy of social marketing, education, role modeling, training, and other similar activities.	x

Opinion Leaders	Individuals in an organization who have formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues with respect to implementing the intervention.
Formally Appointed Internal Implementation Leaders	Individuals from within the organization who have been formally appointed with responsibility for implementing an intervention as coordinator, project manager, team leader, or another similar role. x
Champions	Individuals who dedicate themselves to supporting, marketing, and “driving through” implementation, overcoming indifference or resistance that the intervention may provoke in an organization.
External Change Agents	Individuals who are affiliated with an outside entity who formally influence or facilitate intervention decisions in a desirable direction.
C. Executing	Carrying out or accomplishing the implementation according to plan.
D. Reflecting & Evaluating	Quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation accompanied by regular personal and team debriefing about progress and experience.

Supplemental material 2

Legend: HCP: focus group with healthcare providers from the primary care practice; MNG: interview with managers of the primary care practice; CS: interview with representatives of community support services; SPEC: interview with a representative from specialized geriatric services; PT: interviews with a patient; (+): support/facilitator to the implementation of the intervention; (-): limitation/barrier to the implementation of the intervention.

Table 1: Characteristics of the planned intervention that may influence its implementation, based on the CFIR [30].

Theme and subthemes
<p>Intervention Source</p> <p>(+) Helps meet needs by presenting locally available services (1 CS)</p>
<p>Relative Advantage</p> <p>(+) Allows preventive action to be taken (1 MNG, 1 CS)</p> <p>(+) Features easy-to-understand language (1 CS)</p> <p>(+) Helps improve understanding of services (1 CS)</p> <p>(+) Helps avoid unnecessary care (1 CS)</p>
<p>Complexity</p> <p>(-) Insufficient time (1 MNG, 1 CS)</p> <p>(-) Too many stages in the planned intervention (1 HCP, 1 CS)</p> <p>(-) Does not help empower patients (1 CS)</p>
<p>Cost</p> <p>(+) Reduces hospitalizations and related costs (1 SPEC)</p> <p>(-) Lack of funding to sustain intervention (1 CS)</p>

Table 2: Specific characteristics of the planned frailty screening that may influence implementation, based on the CFIR [30].

Theme & Sub-theme
<p>Relative Advantage</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Boost demand for community organizations services by targeting services they need earlier (7 CS) (+) Allow timely and appropriate monitoring of patients (5 CS) (+) Tool is quick to use (2 MNG) (+) Allow for monitoring of people with varying degrees of loss of autonomy (2 CS) (+) Enable effective identification of risk factors related to aging (2 CS) (+) Has been validated by healthcare professionals (1 MNG) (+) Facilitate collaboration by allowing transmission of relevant information among professionals (1 CS) (+) Support physicians in their tasks (1 CS) (+) Screening may have greater impact when used by a physician (1 CS)
<p>Complexity</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Follow-up of patient after screening with tool is complex (1 SPEC) (-) Concerns about the time set aside for screening (1MNG, 1HCP) (+) Frequency of use needs to be determined (1 HCP) (-) Screening might only help identify people at high risk who are too late for prevention (1CS) (-) Posing a series of brief questions is a far cry from the usual practice of getting the person to talk to understand their problem (1 HCP)
<p>Design Quality and Packaging</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Difficult to add the questionnaire to the electronic medical record (3 MNGs, 2 HCPs)

Table 3. Characteristics of the planned patient decision aids that may influence implementation, based on the CFIR [30].

Theme & Sub-theme
<p>Relative Advantage</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Help meet the different needs of patients more effectively (4 CS) (+) Help empower patients and their loved ones regarding care (1 MNG, 1CS) (+) Enable patients to be involved in the care process (1 CS) (+) Provide a way to reach patients who refuse to visit a CLSC local community health centre (1 MNG) (+) Boost demand for community organizations services by raising patients' awareness on the availability of different services (4 CS) (+) Provide patient with easy-to-access information (3 CS)
<p>Complexity</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Complex for people with low literacy (3 CS) (-) Risk levels are lacking certain options (1 MNG) (-) Too much information to digest for older adults (1 HCP) (-) Decision aids need to be reworded in layperson's terms (1 CS)
<p>Design Quality and Packaging of Intervention Model</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Various formats available (1 MNG) (+) Avoids paper documents (1 CS) (-) Difficult to incorporate decision aids into electronic medical record (1 HCP)

Table 4: Characteristics of the planned directory of local community resources that may influence implementation, based on the CFIR [30].

Theme & Sub-theme
<p>Relative Advantage</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Helps direct patients to local services (1MNG, 2 CS) (+) Facilitates access to local services (2 CS, 1 HCP) (+) Helps forestall behavioral problems (1 CS) (+) Boosts demands for community organizations services by facilitating access and referrals to their services (1 CS) (+) Helps by providing a description of services available per neighborhood (1 CS)
<p>Complexity</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Some patients do not need community services (5 PT) (-) Technology not adapted to older adults (5CS)
<p>Adaptability</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Creates direct patient communication with agencies upon referral (1 CS) (-) Website needs to be regularly updated (1 CS) (-) Access to site should be tailored according to the agencies' capacity (1 CS)
<p>Design Quality and Packaging of Intervention Model</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Web-based directory format meets a public need (1 CS) (-) The directory should be presented by a healthcare professional (1 CS)

Table 5: Factors relative to the outer setting that may influence implementation, based on the CFIR [30].

Theme & Sub-themes
<p>Patient needs and existing resources to meet those needs</p> <p><i>Needs met</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Patients experienced good communications with healthcare professionals (18 PT) (+) Patients can take advantage of advice, decisions, and competencies of professionals (9 PTs) (+) Health professionals provide advice to patients to help manage their health (7 PT) (-) Ability to be referred to other services as needed (2 PT) <p><i>Unmet Needs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Patients' lack of information on community services (17 PT, 5CS) (+) Patients' lack of information on how to manage their health properly (14PT) (-) Long wait lists for services (6PT, 3CS) (-) Turnover in staff responsible for patient's follow-up (2PT, 2CS) (-) Older adults do not use technology (4CS) (+) Lack of shared decision making between patients and physicians (3PT, 1CS) (+) Difficulty accessing services and care (3PT) (+) Patients prefer to stay in their community (2CS) (+) Lack of preventive measures (1PT) (-) Financial constraints for some patients (1 CS)
<p>Cosmopolitanism (or network)</p> <p><i>Communication between clinics and community support services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Lack of direct information exchange between community services and family practice clinics (11 CSs, 1HCP) (-) Capacity of community organizations is limited (11CS)

- (+) Lack of standard referral procedures to community services (2HCP, 8CS)
- (+) Physicians' lack of knowledge of the services offered by community support services (8CS)
- (+) Need to create collaborations between clinics and community agencies (4CS)
- (+) Partnerships with organizations and issue tables should be created (4CS)
- (-) Easy communication between social workers in clinics and community service organizations (3 CS)
- (+) Need to integrate community services into the service chain of command (1 CS)
- (-) Limited access to services due to centralization of care (1CS)

Communication between clinics and specialized geriatric services

- (-) Limited exchange of information between primary care practices and specialized geriatric services (2 SPECS)
- (-) Internal referrals are difficult (2 SPEC)
- (-) Lack of coaching and staff turnover (1 SPEC)
- (-) Access to specialized geriatric clinics limited to certain age groups (1 SPEC)

Peer Pressure

- (-) Overburdening of clinics due to other projects (1 CS)
- (-) Use of PRISMA-7 tool (2 CS, 1 MNG)

External Policy & Incentives

- (+) Intervention alignment with Alzheimer's Plan (1MNG,1HCP,1 SPEC)
- (-) Lack of government funding for community services (2 CS)
- (-) The new reform of the health and community services network makes organization of services difficult (1 CS)

Table 6: Factors related to the internal context (in this case, primary care practices), the characteristics of the individuals working there, and the implementation process, based on the CFIR [30].

Theme & Sub-themes
<p>1. Inner Setting (primary care practices)</p> <p>1.1 Networks and Communications</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Electronic Medical Record (EMR) facilitates access by healthcare professionals to patient information (1 HCP) (+) Regular multi-professional follow-up meetings (1 CS) (+) Social worker guides physicians for community service referrals (1 HCP) <p>1.2. Implementation Climate</p> <p>1.2.1 Compatibility</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Screening is incorporated into the current work system (1 CS, 1 MNG) <p>1.3. Readiness for Implementation</p> <p>1.3.1 Access to Knowledge and Information</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Organization of training sessions for all health professionals (2 MNG, 2 CS, 1 SPEC) (-) Access to the DB site must be made available by CIUSS (1 MNG) (+) Rely on computerized systems (EMRs) for access to information by clinics (2 MNDs) (-) Clinic is planning to change computer system provider (1 MNG) (+) Provide access to Excel screening worksheets (1 MNG) (+) (+) Hand out paper version of DBs to attendees (1 MNG) <p>1.3.2 Available Resources</p> <ul style="list-style-type: none"> (-) Lack of time/ creates additional workload for healthcare professionals (3 HCP, 2 MNG, 1 CS) (-) Clinic funds are limited (1 MNG)
<p>2. Characteristics of Individuals who Work in Primary care practices</p> <p>2.1 Knowledge and Beliefs about the Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) An important contribution to the practice of healthcare professionals (1 CS)

(+) Active participation by healthcare professionals in shared decision making (2 HCPs)

(+) Healthcare professionals have a positive attitude toward Care dove, the directory of community support services (1 HCP, 1 SPEC)

2.2 Self-efficacy

(+) Community organizers feel capable of participating in the intervention (1 CS)

(+) Deliver the training via managers (1 MNG)

2.3 Other Personal Attributes

(-) Physicians influence the service process (1 CS)

(-) Physicians do not complete the questionnaires (1 CS)

(-) Medical experience is more valuable than screening tools (1 HCP)

2. Process

2.1 Planning

(+) Conduct over-the-phone screening prior to appointment (2 MNG)

(+) Create a screening clinic (1 MNG)

(+) Conduct screening in the reception room (2 MNG)

(+) Have interventions monitored by a physician (3 MNG)

(+) Have interventions monitored by a nursing assistant (2 MNG, 1 HCP)

(+) Have interventions monitored by a nurse practitioner (2 MNG)

(+) Create reminders related to interventions in the EMR (3 MNG)

2.2 Formally Appointed Internal Implementation Leaders

(-) Absence of a leader for intervention training

Chapitre 7. Discussion

7.1 Discussion des résultats principaux

Dans cette étude nous avons recueilli et analysé les perceptions des différents acteurs clés des services de soins primaires et services sociaux ainsi que des personnes âgées sur la mise en œuvre d'une trajectoire de soins à plusieurs composantes, visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées en communauté. Ces données et l'application d'un cadre de mise en œuvre comme le CFIR nous ont permis d'identifier plusieurs facteurs clés pour affiner nos stratégies de mise en œuvre, pour soutenir son adoption dans les différents GMFs de la province de Québec. Les principaux sont les suivants : la nécessité de définition des rôles des membres de la clinique dans la trajectoire, l'intégration des composantes de la trajectoire dans les DME, l'assurance d'une bonne communication entre les services communautaires et les cliniques de médecine familiale et le maintien/augmentation du financement des organisations communautaires, ainsi que la saturation de la capacité de ces derniers pour fournir leurs services.

Les trois cliniques qui ont participé à l'étude ont rapporté des difficultés à implanter la trajectoire et ses composantes surtout au niveau de repérage. En effet, la majorité de nos discussions avec les gestionnaires des GMFs ont porté sur l'attribution des rôles et tâches au sein de leurs équipes, à savoir quels professionnels de santé feraient le repérage et discuteraient des options avec le patient suivant le processus de décision partagée. Les directeurs médicaux et certains médecins craignaient que le repérage augmente leur charge de travail en ouvrant une « boîte de Pandore » qui déclencherait des inquiétudes et de multiples questions de la part des patients, ce qui prendrait plus de temps à gérer. Sur ce, quelques dirigeants ont suggéré d'assigner ceci aux infirmières, alors que les médecins pourraient remplir un rôle de soutien au besoin. Ainsi, les gestionnaires des cliniques devront mettre en place des stratégies adaptées à chacun de leur milieu, en attribuant des rôles prédéfinis à chaque membre de leur équipe, afin qu'ils puissent s'approprier l'intervention au contexte et besoin de leurs GMFs. Généralement, en ce qui concerne la gestion des tâches professionnelles au niveau clinique, les interventions de repérage ont été souvent assignées aux infirmières, alors que les médecins s'occupaient à fournir autres services médicaux, tels que la prescription médicamenteuse (102,103). Pourtant, les infirmières ont également des contraintes de temps, surtout que leur effectif est plus bas que celui des médecins dans les GMFs au Québec, où on dénombre généralement dix médecins pour deux infirmières (104,105). Par conséquent, les tâches des infirmières, souvent entourées par l'ambiguïté (106), sont déterminées selon les priorités de l'organisation. Ainsi, c'est aux établissements de soins primaires d'accorder plus de priorité au repérage des personnes âgées parmi les demandes concurrentes. Actuellement, il y'a peu d'importance accordée à la promotion de la santé et aux mesures préventives comme le repérage dans les soins primaires, qui peut être traduit par la prédominance du modèle biomédical dans ces milieux (107). Alors il serait nécessaire

que ces services revoient la culture prescriptive axée sur les objectifs de leurs pratiques et s'évoluer à un modèle de soins holistiques, axé sur le patient (108). Cette conclusion rejoint celle d'un autre rapport sur la mise en œuvre du repérage de la fragilité dans la pratique des soins primaires au Canada, dans lequel les auteurs indiquent que la valeur accordée au repérage et à la prise en charge de la fragilité dans la culture de la pratique a joué un rôle clé dans le succès de la mise en œuvre (97).

D'autre part, la mise en œuvre des programmes de repérage nécessite un cadre organisationnel commun au sein de la pratique générale. Pourtant, l'absence de lignes directrices au niveau national ou provincial sur le repérage dans le cadre des soins primaires rend ces pratiques arbitraires et variables entre les organisations, ce qui empêche son tour l'évaluation de l'efficacité de ces programmes (109). Au Québec, le gouvernement et les autorités responsables de la santé publique ont mis en place plusieurs cadres et plans d'action visant à mettre en œuvre une gamme de mesures qui encouragent des interventions de la promotion de santé et de prévention pour un vieillissement actif. Toutefois, nous ne remarquons aucune initiative ministérielle ou régionale déployée pour répondre à la croissance projetée des personnes âgées fragiles et à leurs préoccupations, en outre du Plan Alzheimer, dont le champ d'action couvre le diagnostic et le traitement des maladies neurocognitives dégénératives en première ligne (110). Cette stratégie ministérielle québécoise a relevé la capacité des GMFs à assurer un repérage précoce et un suivi holistique des personnes âgées atteintes des maladies neurocognitives et de leurs proches, par la mise en place des projets locaux en assignant des équipes interprofessionnelles avec de nouveaux rôles et responsabilités (111). Ainsi, dépendamment des établissements de soins, les infirmières cliniciennes ont été appelées à agir en tant que coordinatrices et conseillères en soins et en évaluation auprès de ces patients en partenariat avec les médecins, alors que dans d'autres, les médecins étaient responsables de tout le processus de l'évaluation et du traitement (111). En plus, ce plan a préconisé la mobilisation et la collaboration de l'ensemble des secteurs concernés du système de santé, entre autres le réseau public de santé et services sociaux et les organismes communautaires locaux, pour améliorer la continuité et la coordination des services et soins dispensés aux personnes atteintes (110). Toutefois, les interventions au niveau du Plan Alzheimer demeurent limitées au spectre des services et soins pour personnes en déclin cognitif, alors que la fragilité chez les personnes âgées s'étend au déclin physique aussi (98). Ainsi, il serait important que le gouvernement et les autorités de santé publique mettent en place un programme d'une optique préventive, qui s'attaquent à la fragilité en toutes ses dimensions, où les établissements de soins primaires seront plus aptes à accueillir des innovations complexes telles que notre trajectoire. Cependant, ce programme doit favoriser la communication et la collaboration entre les différents milieux au sein du système de santé, entre autres les services de soins primaires et les organismes communautaires, et assurer un plan de financement adéquat à leurs besoins pour soutenir leurs rôles dans cette mission.

7.2 Recommandations

Compte tenu des résultats principaux découlant de l'analyse des perceptions des différents participants à l'étude, nous proposons une série de suggestions qui pourraient relever les défis présentés :

- La création d'un nouveau poste ou rôle d'intervenant en prévention pour soutenir le processus de repérage de la fragilité.
- L'arrimage de la trajectoire à autres programmes préexistants pour les personnes âgées dans les services des soins primaires, tels que le Plan Alzheimer, pour favoriser son adoption.
- Planification des rencontres entre les professionnels de santé des GMFs et les intervenants des organismes communautaires pour favoriser la communication et la collaboration entre eux.
- Implication des travailleurs sociaux dans les tâches liées à la référence des patients aux services communautaires, vu leur connaissance du réseau et la facilité de communication entre eux et les différents organismes communautaires, ainsi qu'avec les professionnels de santé.

7.3 Forces et limites de l'étude

L'utilisation du CFIR avant la mise en œuvre nous a permis d'examiner de manière prospective les problèmes potentiels de mise en œuvre avant un déploiement à plus grande échelle. Cela peut permettre une refonte importante du programme et augmenter la probabilité de réussite de la mise en œuvre et de la mise en échelle du programme (123).

Selon une revue systématique de l'utilisation du CFIR, les perspectives et l'expérience des patients sont rarement représentées, ce qui a finalement été reconnu comme une limite dans l'utilisation du CFIR (124,125). Comme notre approche est centrée sur l'utilisateur, nous avons veillé à inclure le point de vue des patients sur les soins réels et leurs besoins dans notre étude sous la forme de « besoins et ressources des patients ». Ce concept a permis d'obtenir une image plus riche de la mise en œuvre et a fait apparaître des obstacles et des facilitateurs qui pourraient échapper aux autres participants et qui pourraient aider à évaluer la compatibilité entre la trajectoire préconisée et leurs besoins en matière de soins.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants tels que l'âge, le sexe et le genre n'ont pas été explicitement explorés dans cette étude. Cela a limité notre capacité à évaluer l'effet potentiel de ces caractéristiques sur l'adoption et l'utilisation de la trajectoire. Selon Etherington & al, l'ajout d'une optique d'intersectionnalité aux études de mise en œuvre donne un aperçu de la manière dont l'interaction entre ces facteurs sociaux, et les structures de pouvoir pourrait façonner la prise de décision et le comportement, et aussi

comment l'ajout de l'optique permettrait de prendre en compte ces facteurs de manière plus explicite dans les évaluations des obstacles et des facilitateurs, puis dans la conception ultérieure de la mise en œuvre (126). Par exemple, les femmes en charge de la prise de décision sont enclines à la collaboration et la recherche d'un consensus entre les différentes parties prenantes avant de prendre une décision et à prendre plus de temps pour trouver la solution idéale, contrairement aux hommes (99). Ainsi, les différents traits de leadership chez les gestionnaires femmes et hommes des GMFs pourraient influencer leur engagement à la mise en œuvre et le processus de planification.

En outre, il est important de mentionner que des professionnels de la santé autres que les médecins dans certaines cliniques ont participé à différents degrés à l'étude. Les infirmières et les travailleurs/travailleuses sociaux et autres professionnels participant aux discussions ont été moins nombreux par rapport aux médecins. Ceci pourrait être dû à leur petit effectif préexistant dans les GMFs. Par conséquent, nos résultats ne reflètent pas les défis et les questions logistiques en relation à la mise en œuvre de la trajectoire pour ces types de professionnels et pourrait expliquer le manque d'attributs et thèmes liés à ces derniers au niveau des caractéristiques des individus et le processus de la planification. Ainsi, il aurait été plus intéressant de recruter un plus grand nombre de ces participants, qui pourraient enrichir les discussions surtout sur les rôles professionnels et fournir un modèle qui pourrait faciliter la gestion des tâches de la trajectoire de soins dans leurs propres contextes.

Conclusion

Cette étude nous a donné un aperçu élargi des barrières et des facilitateurs à la mise en œuvre de la trajectoire de soins et ses composantes, surtout au niveau de l'innovation et du contexte dans laquelle elle s'introduira. Ainsi, les prochaines étapes consisteront à mettre en place un plan global pour encadrer les différents changements à entretenir pour adapter et optimiser les composantes. Toutefois, certains facteurs sur le plan de la communication avec les milieux communautaires et les politiques externes, tels que le financement et les ressources limitées des services de santé et des services communautaires. Ces défis pourraient nécessiter des efforts à long terme, ainsi que l'implication de plusieurs acteurs pour assurer son succès, notamment les autorités du système de santé. Au-delà de tout cela, un dilemme éthique est à considérer. En effet, au lieu de fournir des soins acceptables et favorisant le maintien l'autonomie des personnes âgées, les soins et services sont mesurés sous un angle majoritairement financier et matériel. Ainsi, le changement du paradigme actuel des soins vers un modèle qui favorise la prévention du déclin fonctionnel doit notamment être pris en compte, commençant par un repérage systématique de la fragilité chez les personnes âgées. Sur ce, l'un des grands défis à considérer dans les futures études est de trouver des stratégies qui permettent de concilier entre les besoins des personnes âgées et la fourniture des services adéquats, d'une part, et les ressources limitées, d'autre part. En plus, il serait intéressant d'identifier la meilleure façon pour faciliter les changements dans les services de soins de santé primaire pour favoriser l'adoption des interventions qui s'inscrivent dans une approche holistique et centrée sur le patient.

Bibliographie

1. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Vol. 394, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2019. p. 1376–86.
2. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Walston JD, et al. Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: A Consensus Report. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Apr;52(4):625–34.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 Mar 1 [cited 2019 Sep 10];56(3):M146–57. Available from: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/56.3.M146>
4. Giguere AMC, Lebel P, Morin M, Proust F, Rodríguez C, Carnovale V, et al. What Do Clinical Supervisors Require to Teach Residents in Family Medicine How to Care for Seniors? *Can J Aging / La Rev Can du Vieil* [Internet]. 2018 Mar 9 [cited 2019 Jun 24];37(1):32–49. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0714980817000460/type/journal_article
5. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, et al. Achieving change in primary care—effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ Open* [Internet]. 2015;5(12):e009993. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26700290>
6. Lee L, Patel T, Hillier LM, Maulkhan N, Slonim K, Costa A. Identifying frailty in primary care: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 14]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ggi.12955>
7. Lee L, Kasperski MJ, Weston WW. Building capacity for dementia care: Training program to develop primary care memory clinics. Vol. 57, *Canadian Family Physician*. 2011.
8. Sternberg SA, Wolfson C, Baumgarten M. Undetected dementia in community-dwelling older people: The Canadian study of health and aging. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(11):1430–4.
9. Salter AE, Khan KM, Donaldson MG, Davis JC, Buchanan J, Abu-Laban RB, et al. Community-dwelling seniors who present to the emergency department with a fall do not receive Guideline care

and their fall risk profile worsens significantly: A 6-month prospective study. *Osteoporos Int.* 2006 May;17(5):672–83.

10. Reuben DB, Roth C, Kamberg C, Wenger NS. Restructuring Primary Care Practices to Manage Geriatric Syndromes: The ACOVE-2 Intervention. Vol. 51, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003. p. 1787–93.
11. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med.* 2015 Mar 1;175(3):356–62.
12. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med.* 2001;38(6):666–71.
13. Ilinca S, Calciolari S. The patterns of health care utilization by elderly Europeans: Frailty and its implications for health systems. *Health Serv Res [Internet]*. 2015 Feb 1 [cited 2020 Oct 31];50(1):305–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25139146/>
14. Bronskill SE, Camacho CX, Gruneir A, Ho MM. Health system use by frail Ontario seniors: an in-depth examination of four vulnerable cohorts. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES). 2011. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2011.
15. Roe L, Normand C, Wren MA, Browne J, O'Halloran AM. The impact of frailty on healthcare utilisation in Ireland: Evidence from the Irish longitudinal study on ageing. *BMC Geriatr [Internet]*. 2017 Sep 5 [cited 2020 Oct 31];17(1):203. Available from: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0579-0>
16. Hoffmann T, Jansen J, Glasziou P. The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity. *PLOS Med [Internet]*. 2018 Mar 13 [cited 2019 Dec 23];15(3):e1002530. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002530>
17. Muscedere J, Andrew MK, Bagshaw SM, Estabrooks C, Hogan D, Holroyd-Leduc J, et al. Screening for Frailty in Canada's Health Care System: A Time for Action. *Can J Aging / La Rev Can du Vieil [Internet]*. 2016 Sep 23 [cited 2019 Jun 25];35(3):281–97. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0714980816000301/type/journal_article
18. Giguere AMC, Labrecque M, Grad R, Cauchon M, Greenway M, Légaré F, et al. Barriers and

facilitators to implementing Decision Boxes in primary healthcare teams to facilitate shared decisionmaking: a study protocol. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2012;12(1):85. Available from: <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-12-85>

19. Giguere AMC, Labrecque M, Haynes RBB, Grad R, Pluye P, Legare F, et al. Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. *Implement Sci*. 2014;9:144.
20. McCarthy D, Ryan J, Klein S. Models of Care for High-Need, High-Cost Patients: An Evidence Synthesis. *Issue Br (Commonw Fund)*. 2015 Oct;31:1–19.
21. Giguere AMC, Farmanova E, Holroyd-Leduc JM, Straus SE, Urquhart R, Carnovale V, et al. Key stakeholders' views on the quality of care and services available to frail seniors in Canada. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018 Nov;18(1):290. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0969-y>
22. Aggarwal M, O'shaughnessy TG. Harnessing an Innovation Agenda for Primary Care Transformation Primary Care Innovations across Canada and Future Directions for British Columbia. 2014.
23. Aggarwal M, Hutchison B. Toward a Primary Care Strategy for Canada Canadian Foundation for Healthcare Improvement. 2012.
24. Elliott J, Forbes D, Chesworth BM, Ceci C, Stolee P. Information sharing with rural family caregivers during care transitions of hip fracture patients. *Int J Integr Care*. 2014;14:e018.
25. McNeil H, Elliott J, Huson K, Ashbourne J, Heckman G, Walker J, et al. Engaging older adults in healthcare research and planning: a realist synthesis. *Res Involv Engagem*. 2016;2.
26. Giosa JL, Stolee P, Dupuis SL, Mock SE, Santi SM. An examination of family caregiver experiences during care transitions of older adults. *Can J Aging*. 2014;33(2):137–53.
27. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012;10:4.
28. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999;353(9148):205–6.
29. Stolee P, Elliott J, McNeil H, Boscart V, Heckman GA, Hutchinson R, et al. Choosing Healthcare Options by Involving Canada's Elderly: a protocol for the CHOICE realist synthesis project on

- engaging older persons in healthcare decision-making. *BMJ Open*. 2015;5(11):e008190.
30. Giguere AMC, Legare F, Grad R, Pluye P, Rousseau F, Haynes RBB, et al. Developing and user-testing Decision boxes to facilitate shared decision making in primary care - a study protocol. *BMC Med Inf Decis Mak*. 2011/03/10. 2011;11(1):17–26.
 31. Giguere AMC, Labrecque M, Légaré F, Grad R, Cauchon M, Greenway M, et al. Feasibility of a randomized controlled trial to evaluate the impact of decision boxes on shared decision-making processes. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2015;15(1).
 32. Giguere AMC, Lebel P, Morin M, Proust F, Rodríguez C, Carnovale V, et al. What specific training do clinical supervisors require to teach residents in family medicine how to care for seniors? *Can J Aging*. 2018;37(1):32–49.
 33. Allaire AS, Labrecque M, Giguere A, Gagnon MP, Legare F. What motivates family physicians to participate in training programs in shared decision making? *J Contin Educ Heal Prof*. 2012/06/27. 2012;32(2):98–107.
 34. Hirdes JP. Addressing the health needs of frail elderly people: Ontario's experience with an integrated health information system. *Age Ageing*. 2006;35(4):329–31.
 35. Kojima G, Liljas AEM, Iliffe S. Frailty syndrome: Implications and challenges for health care policy. Vol. 12, *Risk Management and Healthcare Policy*. Dove Medical Press Ltd; 2019. p. 23–30.
 36. Cardinal L, Langlois M-C, Gagné D, Tourigny A. Perspectives pour un vieillissement en santé : Proposition d'un modèle conceptuel. 2008.
 37. Holroyd-Leduc J, Resin J, Ashley L, Barwich D, Elliott J, Huras P, et al. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: Engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. *Res Involv Engagem*. 2016 Jun 17;2(1).
 38. Université Laval. Boîte à décision [Internet]. Université Laval. [cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://www.boitedecision.ulaval.ca/>
 39. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.

40. Michel H. La notion de fragilité des personnes âgées: apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*. 2012;(1):174–81.
41. Boers M, Cruz Jentoft AJ. A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. *Calcif Tissue Int*. 2015 Nov 1;97(5):429–31.
42. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Cmaj*. 2005;173(5):489–95.
43. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392–7.
44. Walston J, Buta B, Xue QL. Frailty Screening and Interventions: Considerations for Clinical Practice [Internet]. Vol. 34, *Clinics in Geriatric Medicine*. W.B. Saunders; 2018 [cited 2020 Dec 10]. p. 25–38. Available from: [/pmc/articles/PMC5726589/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3125726589/)
45. Canadian Frailty Network. Assessing frailty- How screening for frailty helps [Internet]. [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.cfn-nce.ca/frailty-matters/how-screening-for-frailty-helps/>
46. Canadian Frailty Network. Assessing frailty: HOW SCREENING FOR FRAILITY HELPS [Internet]. [cited 2020 Jan 8]. Available from: <https://www.cfn-nce.ca/frailty-matters/how-screening-for-frailty-helps/>
47. Hoogendijk EO, Van Der Horst H, Deeg DJH, Frijters DHM, Prins BAH, Jansen AAP, et al. The identification of frail older adults in primary care: Comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013 Mar;42(2):262–5.
48. Fougère B, Sirois MJ, Carmichael PH, Batomen-Kuimi BL, Chicoulaa B, Escourrou E, et al. General Practitioners' Clinical Impression in the Screening for Frailty: Data From the FAP Study Pilot. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2020 Feb 23];18(2):193.e1-193.e5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861016305278>
49. Raïche M, Hébert R, Dubois M-F. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;47(1):9–18.
50. Kirkegaard P, Randers R, Koelewijn-Van Loon M, Majeed H. Interprofessional education about shared decision making for patients in primary care settings. *Artic J Interprofessional Care* [Internet]. 2011 [cited 2020 Mar 12];25(6):409–15. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/51729903>

51. Linda L, Tejal P, Andrew C, Erin B, Loretta H, Karen S, et al. Screening for frailty in primary care Accuracy of gait speed and hand-grip strength. Vol. 63. 2017.
52. Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BAH, van Hout HPJ. Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Dec 3 [cited 2019 Nov 14];17(1):102. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0487-y>
53. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, VellaS B. The integration of frailty into clinical practice: Preliminary results from the gérontopôle. *J Nutr Heal Aging*. 2012 Aug;16(8):714–20.
54. Dolenc E, Health DR-P-SJ of P, 2019 undefined. Frailty assessment scales for the elderly and their application in primary care: A systematic literature review. *ncbi.nlm.nih.gov* [Internet]. [cited 2020 Jan 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6455011/>
55. Jotheeswaran A, Dias A, Philp I, ... VP-A and, 2016 undefined. Calibrating EASY-Care independence scale to improve accuracy. *academic.oup.com* [Internet]. [cited 2019 Dec 25]; Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/45/6/890/2499214>
56. Malmstrom TK, Miller DK, Morley JE. A comparison of four frailty models. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):721–6.
57. Van Kempen JAL, Schers HJ, Jacobs A, Zuidema SU, Ruikes F, Robben SHM, et al. Development of an instrument for the identification of frail older people as a target population for integrated care. *Br J Gen Pract*. 2013 Mar;63(608).
58. Romero-Ortuno R, Soraghan C. A Frailty Instrument for primary care for those aged 75 years or more: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+). *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 25];4:6645. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
59. Drubbel I, Numans ME, Kranenburg G, Bleijenberg N, De Wit NJ, Schuurmans MJ. Screening for frailty in primary care: A systematic review of the psychometric properties of the frailty index in community-dwelling older people. *BMC Geriatr*. 2014 Mar 6;14(1).
60. Bruyère O, Buckinx F, Beaudart C, Reginster JY, Bauer J, Cederholm T, et al. How clinical practitioners assess frailty in their daily practice: an international survey. *Aging Clin Exp Res*. 2017 Oct

1;29(5):905–12.

61. Vergara I, Rivas-Ruiz F, Vrotsou K, Contreras-Fernández E, Téllez-Santana T, MacHón M, et al. Validation and comparison of instruments to identify frail patients in primary care settings: Study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2016 Aug 5;16(1).
62. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: An overview. *BMC Geriatr*. 2013;13(1).
63. Community Support Services Common Assessment Project. *interRAI Preliminary Screener for Primary Care and Community Care Settings Software Requirements Specifications* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://www.ccim.on.ca/wpcontent/uploads/2017/07/interRAI_PreliminaryScreener_SoftwareSpecsv1-0.pdf
64. Dumez V, Pomey M-P. From Medical Paternalism to Care Partnerships: A Logical Evolution Over Several Decades. In 2019. p. 9–16.
65. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999 Sep;49(5):651–61.
66. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *Bmj*. 2010;341:c5146.
67. Ekdahl AW, Andersson L, Friedrichsen M. “They do what they think is the best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ Couns*. 2010 Aug;80(2):233–40.
68. Rotar-Pavlič D, Švab I, Wetzels R. How do older patients and their GPs evaluate shared decision-making in healthcare? *BMC Geriatr* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2019 Dec 19];8(1):9. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-8-9>
69. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Vol. 2014, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2014.
70. Aubree Shay L, Lafata JE. Where is the evidence? a systematic review of shared decision making and patient outcomes. Vol. 35, *Medical Decision Making*. SAGE Publications Inc.; 2015. p. 114–31.

71. Légaré F, Stewart M, Frosch D, Grimshaw J, Labrecque M, Magnan M, et al. EXACKTE2: Exploiting the clinical consultation as a knowledge transfer and exchange environment: A study protocol. *Implement Sci [Internet]*. 2009 Mar 13 [cited 2020 Mar 17];4(1):14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284659>
72. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns*. 2006 Aug;62(2):205–11.
73. Friedberg MW, Van Busum K, Wexler R, Bowen M, Schneider EC. A demonstration of shared decision making in primary care highlights barriers to adoption and potential remedies. *Health Aff*. 2013 Aug 2;32(2):268–75.
74. Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AG, Clay C, et al. “Many miles to go.”: A systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. Vol. 13, *BMC Medical Informatics and Decision Making*. BioMed Central; 2013. p. 1–10.
75. Bunn F, Goodman C, Russell B, Wilson P, Manthorpe J, Rait G, et al. Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: A realist synthesis. *BMC Geriatr*. 2018 Jul 18;18(1).
76. Van Weert JCM, Van Munster BC, Sanders R, Spijker R, Hooft L, Jansen J. Decision aids to help older people make health decisions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak [Internet]*. 2016 Dec 21 [cited 2020 Jan 8];16(1):45. Available from: <http://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-016-0281-8>
77. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians’ experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med*. 2011 Jan 10;171(1):75–80.
78. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. Vol. 294, *Journal of the American Medical Association*. 2005. p. 716–24.
79. Ickowicz E. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians: American Geriatrics Society expert panel on the care of older adults with multimorbidity. Vol. 60, *Journal of the American Geriatrics Society*. Blackwell Publishing Inc.; 2012.
80. Wolff JL, Boyd CM. A Look at Person-Centered and Family-Centered Care Among Older Adults:

Results from a National Survey. *J Gen Intern Med.* 2015 Oct 29;30(10):1497–504.

81. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. Vol. 86, *Patient Education and Counseling.* 2012. p. 9–18.
82. Ellins J, Glasby J, Tanner D, Mciver S, Davidson D, Littlechild R, et al. Understanding and improving transitions of older people: a user and carer centred approach. 2012.
83. Wilson MG, Waddell K. Evidence Brief: Strengthening Care for Frail Older Adults in Canada. 2016;
84. Leatt P, Pink GH, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap.* 2000;1(2):13–35.
85. Breton M, Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Da Silva RB, Prud'Homme A. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: Is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):262.
86. Levesque JF, Pineault R, Provost S, Tousignant P, Couture A, Da Silva RB, et al. Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie. *BMC Fam Pract.* 2010;11:95.
87. Demers L, Tourigny A. Peut-on importer le modèle d'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie à la santé mentale ? *Sante Ment Que.* 2009;34(1):239–44.
88. Office québécois de la langue française. organisme communautaire [Internet]. 1989 [cited 2020 Apr 6]. Available from: http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17033125
89. McDonald S. Ontario Trillium Foundation Ontario's Aging Population Challenges & Opportunities. 2011.
90. Macadam M. PRISMA: Program of research to integrate the services for the maintenance of autonomy. A system-level integration model in Quebec. *Int J Integr Care.* 2015 Sep 23;15.
91. Valaitis RK, Carter N, Lam A, Nicholl J, Feather J, Cleghorn L. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2017 Feb 6;17(1):1–14.
92. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: A scoping literature review. Vol. 18, *BMC Health Services Research.*

BioMed Central Ltd.; 2018. p. 1–13.

93. CareDove [Internet]. [cited 2020 Apr 6]. Available from: <https://www.caredove.com/>
94. CareDove. AUA Quebec [Internet]. [cited 2020 Apr 6]. Available from: <https://www.caredove.com/auaquebecclosed>
95. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* [Internet]. 2009 Dec 7 [cited 2019 Sep 30];4(1):50. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>
96. Baker A. Book: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *BMJ* [Internet]. 2001 Nov 17 [cited 2019 Sep 30];323(7322):1192–1192. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.323.7322.1192>
97. Warner G, Lawson B, Sampalli T, Burge F, Gibson R, Wood S. Applying the consolidated framework for implementation research to identify barriers affecting implementation of an online frailty tool into primary health care: A qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 May 31 [cited 2020 Aug 11];18(1):395. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3163-1>
98. Lally F, Crome P. Understanding frailty [Internet]. Vol. 83, *Postgraduate Medical Journal*. 2007 [cited 2020 Feb 22]. p. 16–20. Available from: <http://pmj.bmj.com/cgi/doi/10.1136/pgmj.2006.048587>
99. Tannenbaum C, Greaves L, Graham ID. Why sex and gender matter in implementation research: Economic, social, and ethical factors affecting the implementation of research. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2016 Oct 27 [cited 2020 Dec 11];16(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12874-016-0247-7>

Annexe A. Processus de la trajectoire à mettre en œuvre

