

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal

Québec 



CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE POINTE DANS LE SECTEUR SOCIAL ET DES SERVICES SOCIAUX

Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche
du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CRÉDITS

Coordination du groupe de travail sur les pratiques de pointe

CHRISTIANE MONTPETIT, coordonnatrice, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

Rédaction

ISABELLE-ANN LECLAIR MALLETTE, agente de planification, programmation et recherche (APPR), professionnelle en évaluation de programmes et pratiques de pointe, Institut Universitaire au regard des communautés ethnoculturelles - SHERPA, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche (jusqu'en mars 2021)

CHRISTIANE MONTPETIT, coordonnatrice, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

SERGE MAYNARD, chef d'administration de programme, Institut Universitaire au regard des communautés ethnoculturelles - SHERPA, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

MAYA CERDA, chef d'administration de programme, Centre affilié universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

ANNIE PONTBRIAND, APPR, coordonnatrice de la recherche, Institut Universitaire au regard des communautés ethnoculturelles-SHERPA, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

MARGAUX BLAMOUTIER, APPR, chargée de projets, Centre affilié universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche (jusqu'en juin 2020)

Infographie

NOÉMIE TROSSEILLE, chargée de projets, Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA), Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

OBJECTIFS

Ce cadre de référence s'adresse à toutes les parties prenantes qui peuvent être impliquées dans le processus de développement d'une pratique de pointe dans le secteur social et des services sociaux. Il est issu de la collaboration d'un groupe de travail composé de gestionnaires et de professionnels de la direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal impliqué dans l'actualisation de la mission universitaire, et il a été bonifié par divers lecteurs des milieux cliniques et scientifiques.

Ce cadre de référence a trois objectifs :

1. Partager une vision commune de ce qu'est une pratique de pointe et de la façon de la développer.
2. Décrire les rôles et responsabilités des diverses parties prenantes qui soutiennent leur élaboration dans une perspective d'innovation et d'amélioration continue des pratiques.
3. Doter les équipes cliniques et scientifiques d'outils pour les accompagner dans leur développement.

DÉFINITION D'UNE PRATIQUE DE POINTE

Une pratique de pointe est une **innovation** par rapport aux pratiques courantes qui a fait l'objet d'un co-développement clinico-scientifique. Les pratiques de pointe constituent des façons améliorées ou nouvelles de dépister, d'évaluer, de planifier l'intervention, d'intervenir ou d'organiser les services, adaptées aux besoins de la population ou d'un sous-groupe de la population.

Les pratiques de pointe peuvent prendre plusieurs formes, dont celles d'**outils** de dépistage ou d'évaluation des problèmes ou des difficultés, de **programmes** d'intervention ou de prévention individuels ou de groupe, de **guides** de pratique, de boîtes à outils, d'outils d'aide à la prise à la décision dans l'intervention ou de **modalités** d'organisation des services.

Elles sont issues des **besoins** et des **problématiques** vécus par les usagers, leurs proches et les partenaires auxquels les acteurs du milieu de pratique tentent de répondre au quotidien.

Elles peuvent constituer de **nouvelles pratiques**, dans le cas où rien n'existait pour répondre au besoin d'une population ou d'usagers, ou l'**amélioration de pratiques existantes**, dans le cas où ces pratiques n'étaient pas tout à fait ajustées au besoin observé ou au contexte dans lequel la pratique s'implante.

PRINCIPES DIRECTEURS

Des principes clés guident le développement des pratiques de pointe qui repose notamment sur :

- Le respect des savoirs cliniques, pratiques, expérientiels et scientifiques ;
- Une collaboration étroite entre les milieux de pratique et la recherche ;
- La participation et l'intégration de la perspective des usagers et de leurs savoirs expérientiels ;
- Un engagement de l'établissement à intégrer les avancées scientifiques dans la pratique et à favoriser et rendre possible la collaboration des directions cliniques avec les équipes scientifiques ;
- Une application des méthodes et modalités de transfert de connaissances tout au long des étapes de développement d'une pratique de pointe.

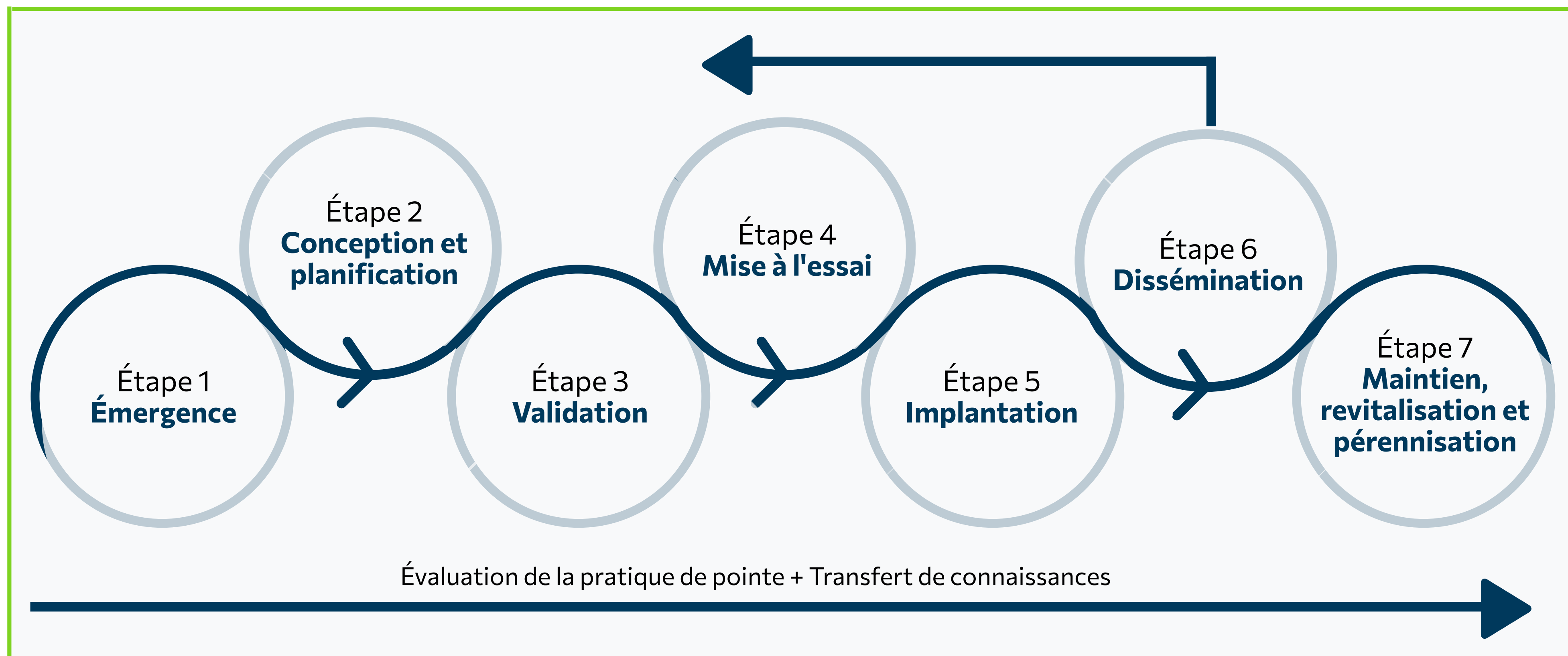
MODÈLE DE GOUVERNANCE

Afin de sélectionner, prioriser, accompagner et suivre le développement de pratiques de pointe, une structure et des mécanismes de gouvernance de base doivent prévoir :

- Un processus d'appel ou des mécanismes pour recueillir les idées ou projets de pratiques potentielles ;
- Une unité de développement des pratiques de pointe qui sélectionne et s'assure de la conformité des projets ou idées de pratiques en lien avec les exigences du MSSS et les orientations scientifiques des Instituts et Centres affiliés universitaires ;
- Un comité de gouvernance qui priorise et s'assure du support de l'établissement concernant les pratiques de pointe priorisées ;
- Un comité de pilotage responsable de la gestion opérationnelle du développement de chaque pratique de pointe.

PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT D'UNE PRATIQUE DE POINTE

Le développement d'une pratique de pointe se fait en 7 étapes :



1 ÉMERGENCE



Un besoin est observé dans le milieu de pratique alors qu'aucune solution n'est encore déployée pour y répondre. Généralement, ce besoin sera d'abord constaté par les praticiens dans leur travail au quotidien qui implique des interactions régulières avec les usagers et leurs proches. Il pourrait aussi être décelé par la direction ou le gestionnaire d'un secteur ou d'une équipe clinique, ou par les chercheurs ou praticiens-chercheurs, par exemple dans la littérature sur les besoins émergents d'une population. Dès cette première étape, une collaboration entre le milieu de pratique et le milieu de la recherche devrait débuter, afin d'allier l'expertise clinique et la recherche dans le développement d'une solution efficace et adaptée. À cette étape, une analyse plus formelle du besoin doit être effectuée, permettant d'établir son ampleur et sa nature, par une recension des écrits, une collecte de données primaires ou une analyse de données secondaires. Des pistes de solutions devraient également être envisagées et peuvent provenir d'une collecte de données sur ce qui se fait dans le milieu de pratique, d'une revue exploratoire de la littérature ou d'échanges entre les praticiens et chercheurs.

2 CONCEPTION ET PLANIFICATION

Cette étape vise à retenir une solution, à la développer puis à planifier sa mise en œuvre. Elle peut débuter par un état des connaissances permettant d'identifier les ingrédients actifs qui se révèlent efficaces pour remédier au besoin observé et qui devraient faire partie de la pratique de pointe. Le développement d'un modèle logique de la pratique de pointe, que cette pratique soit simple ou complexe, est recommandé afin d'illustrer les liens entre les différentes composantes de la pratique de pointe, ses objectifs et ses effets attendus.



3 VALIDATION



Sur la base du modèle logique et de la première version de l'outil, du programme ou du guide, une analyse de la solution proposée devrait être faite. Elle porte sur l'adéquation entre la pratique de pointe et les objectifs ciblés, son acceptabilité, sa pertinence et sa faisabilité. Pour ce faire, il est proposé de former un comité d'experts composé de chercheurs, d'intervenants, de gestionnaires et d'usagers. Réunir ces acteurs permettra de combiner savoirs théoriques, pratiques, pragmatiques et expérientiels. Leur analyse permettra de réviser, d'améliorer et de clarifier la pratique de pointe et son modèle logique.

..... MISE À L'ESSAI

Pour mettre à l'essai la pratique de pointe à petite échelle avant de l'implanter à grande échelle, un projet pilote devrait être proposé et mis en œuvre auprès de la population cible. Selon ce que la pratique nécessite, il est possible d'offrir une formation aux personnes responsables de la mise en œuvre, de formaliser des partenariats avec des acteurs à l'interne ou à l'externe et du financement peut être sollicité.



5 IMPLANTATION



Lors de cette étape, la pratique de pointe est prête à être implantée à plus grande échelle. Ce processus impliquera une phase d'appropriation et d'adaptation importantes. Bien que présentes à toutes les étapes, les activités de développement et de transfert des connaissances sur la pratique prennent une importance particulière lors de l'étape d'implantation afin de favoriser l'adhésion des personnes qui l'implantent et sa pérennité ainsi que pour la faire connaître et préparer sa dissémination vers d'autres milieux de pratique. Le modèle logique, mis à jour selon les modifications et améliorations apportées, se révélera très utile dans le cadre de ces activités. À l'issue de cette étape, la pratique de pointe devrait être intégrée aux pratiques courantes de l'organisation et le soutien externe de l'Institut ou du Centre affilié universitaire devrait s'avérer de moins en moins important.

..... DISSÉMINATION DE LA PRATIQUE À D'AUTRES ORGANISATIONS

À l'étape 6, la pratique est disséminée dans d'autres milieux ou auprès d'autres populations. L'organisation qui choisit d'adopter la pratique aura la responsabilité de prendre en charge l'adaptation et l'implantation de cette pratique dans son milieu. Cela signifie pour cette organisation le retour à une étape précédente du développement de la pratique. Cette étape serait celle de la conception et la planification, dans le cas où il est nécessaire d'adapter la pratique à la réalité du milieu ou des usagers. Elle pourrait aussi être celle de la mise à l'essai lorsque la pratique est adoptée telle quelle, sans adaptation. L'équipe ayant initialement développé cette pratique peut jouer un rôle conseil auprès de l'organisation qui l'adopte. Elle peut également collaborer à des recherches évaluatives visant à mieux comprendre les mécanismes de la pratique, en documentant par exemple, les facilitateurs et barrières à l'implantation dans les différents milieux d'implantation ou les effets pour différentes clientèles.



7 MAINTIEN, REVITALISATION ET PÉRENNISATION



Au fur et à mesure que la pratique se déploie dans son milieu d'origine, les ajustements qui y sont apportés devraient être documentés dans le modèle logique. L'outil, le programme ou le guide devrait aussi être révisé et mis à jour au besoin. Toutefois, à cette étape, l'objectif sera d'atteindre la pérennité de la pratique, se traduisant par une autonomie de plus en plus grande du milieu clinique et par le soutien de l'Institut ou du Centre affilié universitaire de plus en plus ponctuel. La clôture du processus de développement peut donc alors être envisagée.