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

Décembre 2021

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)

RÉVISION ET MISE EN PAGE

Virginie Tuboeuf, technicienne en administration, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

REMERCIEMENTS POUR LEURS COMMENTAIRES

Marie-Ève Boulanger, coordonnatrice, Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA), Direction des services intégrés de première ligne

Patrick Durivage, travailleur social, Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, et coordonnateur professionnel du domaine d'expertise « soins palliatifs communautaires », Centre Affilié Universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS

Émilie Fontenay, directrice adjointe du programme de santé mentale et dépendance

Zelda Freitas, travailleuse sociale, coordonnatrice du domaine d'expertise « proche aidance », Centre Affilié Universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS (jusqu'en juillet 2021)

Sarita Israel, travailleuse sociale, coordonnatrice du domaine d'expertise « contrer la maltraitance envers les personnes âgées », praticienne chercheure, Centre Affilié Universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS

Gabrielle Legendre, APPR, coordonnatrice en mobilisation et en transfert des connaissances, Centre Affilié Universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS (jusqu'en août 2021)

Patrik Marier, directeur scientifique, Centre Affilié Universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS

Sandra Smele, APPR, coordonnatrice du domaine d'expertise « vieillissements inclusifs, diversité, santé et bien-être », Centre Affilié Universitaire en gérontologie sociale – CREGÉS

Cindy Starnino, directrice des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

Rachel Thadal, chef d'administration de programme, Ligne Aide Abus Aînés, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), volet soins à domicile

Équipe de gestion de la Direction adjointe du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), volet hébergement

Table des matières

Message du Président-directeur général et de la Directrice des affaires académiques et de l'éthique de la recherche 5

1. MISE EN CONTEXTE 7

2. OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE 8

3. CE QU'EST UNE PRATIQUE DE POINTE 9

- **3.1 Les pratiques de pointe selon le ministère de la Santé et des Services sociaux 9**
- **3.2 La particularité des pratiques du secteur des services sociaux 10**
- **3.3 Composantes clés et bénéfices attendus des pratiques de pointe 10**
- **3.4 Définition retenue 12**
- **3.5 Ce qui n'est pas une pratique de pointe ou notions apparentées 12**

4. PRINCIPES DIRECTEURS EN VUE DU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE POINTE 13

5. MODÈLE DE GOUVERNANCE 14

- **5.1 Propositions de mécanismes pour sélectionner les projets ou idées de pratiques 14**
- **5.2 Instances pour supporter le développement de pratiques de pointe 15**
- **5.3 Rôles et responsabilités des diverses parties prenantes 17**

6. PROCESSUS POUR DÉVELOPPER UNE PRATIQUE DE POINTE 20

- **6.1 Les étapes de développement d'une pratique de pointe 20**
- **6.2 Facteurs de réussite et conditions du succès 33**
  - *6.2.1 Données scientifiques 34*
  - *6.2.2 Stratégies d'implantation 34*
  - *6.2.3 Partenariats 34*
  - *6.2.4 Attitude des parties prenantes 35*
  - *6.2.5 Facteurs contextuels 35*

ANNEXES 36

ANNEXE 1 - DÉFINITION DES NOTIONS APPARENTÉES AUX PRATIQUES DE POINTE 37

ANNEXE 2 - CHEMINEMENT DES PROPOSITIONS DE PRATIQUES DE POINTE 42

ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE POUR APPEL À IDÉES DE PROJET 46

ANNEXE 4 - GRILLE D'ÉVALUATION DES PROPOSITIONS DE PROJET 50

ANNEXE 5 - MODÈLES LOGIQUES 53

Message du Président-directeur général et de la Directrice des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

Le ministère nous a confié une grande responsabilité en nous octroyant des désignations universitaires dans le secteur social et des services sociaux. En vertu de ses désignations universitaires, que ce soit dans le secteur des sciences de la santé ou des sciences sociales, notre établissement s'engage à fournir des soins et des services de la plus grande qualité et les plus pertinents possibles, en partenariat avec ses usagers et leurs proches. Ceci est possible en encourageant l'excellence en recherche, en enseignement et en évaluation des technologies et des modes d'intervention, de même qu'en visant la mobilisation et le transfert des connaissances tout comme le développement de pratiques de pointe.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a créé les établissements ayant une désignation universitaire dans le secteur des services sociaux avec les objectifs suivants[1] :

- Promouvoir le développement de la recherche au sein du réseau afin d'améliorer les connaissances sur les problèmes sociaux, leurs déterminants et les groupes vulnérables et de favoriser une meilleure prestation des services, des programmes et des pratiques professionnelles.
- Mettre sur pied ou consolider, dans le domaine social, certains centres d'excellence susceptibles de contribuer de façon importante à la formation des professionnels, des intervenants et des chercheurs.
- Reconnaître et consolider la compétence, l'excellence et le développement d'expertises interdisciplinaires dans la prestation des services sociaux.
- Permettre une meilleure compréhension des problèmes reliés à divers problèmes sociaux, notamment en lien avec les programmes services et leurs clientèles spécifiques (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, personnes en situation de dépendance, etc.) et face à des dynamiques plus transversales d'accès aux services et d'interventions adaptées à diverses clientèles (communautés ethnoculturelles, usagers LGBTQ, etc.).

Les services sociaux apportent leur contribution et sont également présents dans les services de santé physique et de santé mentale, à l'hôpital, dans les centres de réadaptation, dans les Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et il en est de même en santé publique, où certaines interventions de promotion et de prévention visent des problèmes sociaux et luttent notamment contre les inégalités sociales de santé.

En publiant ce *Cadre de référence sur le développement des pratiques de pointe dans le secteur social et des services sociaux*, notre établissement veut formellement souligner l'importance d'appuyer le développement et l'amélioration des pratiques dans ces secteurs. Le cadre permet de développer une vision commune de ce qu'est une pratique de pointe, de ses étapes de développement, des facteurs qui facilitent leur implantation et leur pérennisation. Il définit les rôles et responsabilités des diverses parties prenantes et propose

[1] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010). Cadre de référence sur la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères.

une gouvernance qui permet de justifier, de prioriser et d'encadrer le développement de ces pratiques.

Un des messages clé de cet outil est d'être à l'affut des besoins des usagers, de les écouter lorsqu'ils vous les transmettent, de déceler les lacunes dans l'offre de services et de travailler, en mode collaboration et co-développement entre chercheurs et praticiens ou cliniciens, à imaginer et trouver la meilleure réponse possible à ce besoin.

Ceci peut prendre du temps mais, avec le recul, cela vaut le coup. Notre établissement peut être fier de toute l'expertise qui rayonne grâce au développement de pratiques de pointe entre autres dans les domaines de la pédiatrie sociale et de la santé mentale jeunesse auprès des communautés ethnoculturelles, du soutien et de l'accueil aux demandeurs d'asile et personnes réfugiées, de la polarisation sociale, de la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, du soutien aux personnes proches aidantes, des soins palliatifs dans la communauté. Tous ces créneaux d'expertise n'auraient pu voir le jour sans la collaboration fructueuse des milieux de la pratique ou cliniques avec les milieux scientifiques. Cette expertise a permis d'aider plusieurs personnes et d'améliorer leur bien-être et leur santé, ou de prévenir leur détérioration. Globalement et mises toutes ensemble, ces diverses pratiques de pointe permettent de réduire les problèmes sociaux et de rehausser la prestation des services, des programmes et des pratiques professionnelles à moyen et à long terme.

Nous souhaitons que cette créativité et cette collaboration en réponse aux besoins émergents ou persistants de nos usagers se poursuivent et nous sommes convaincus que ce Cadre les favorisera.

Bonne lecture!

Dr Lawrence Rosenberg
Président-directeur général
Centre intégré universitaire en santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Cindy Starnino,
Directrice des affaires académiques et de l'éthique de la recherche
Centre intégré universitaire en santé et services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

1. MISE EN CONTEXTE

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CUISSS-COMTL) est porteur d'importantes désignations universitaires, conformément aux articles 88 à 91 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) car il exerce, en plus des activités propres à sa mission de soins et de services, des activités d'enseignement, de recherche, de transfert de connaissances, de développement de pratiques de pointe et offre des services spécialisés ou ultraspécialisés. Une de ces désignations est dans le secteur santé (médical et biomédical), soit celle de l'Hôpital général juif, désigné Centre hospitalier affilié universitaire ; deux autres désignations sont dans le secteur social et des services sociaux, soit celle d'Institut Universitaire (IU) au regard des communautés ethnoculturelles et celle de Centre affilié Universitaire (CAU) en gérontologie sociale, ces dernières désignations étant celles d'établissements fusionnés en 2015 (CSSS de la Montagne et CSSS Cavendish respectivement).

En vertu de ses désignations universitaires, le CUISSS-COMTL est engagé à fournir des soins et des services de la plus grande qualité, en partenariat avec ses usagers et leurs proches, et à appuyer l'avancement des connaissances et des pratiques relatives aux soins de santé et aux services sociaux. Il vise l'excellence en matière de recherche, d'enseignement et d'innovation, ce qui en définitive rehausse les soins et les services prodigués par l'établissement.

La Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche (DAA) soutient le développement de la mission universitaire du CIUSSS-COMTL dans ses six volets (recherche, enseignement et formation, transfert de connaissances, pratiques de pointe, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), et rayonnement). Elle a pour vision :

- D'ancrer une culture d'apprentissage et d'innovation dans l'ensemble du CIUSSS
- De constituer un pôle d'attraction pour les meilleurs talents
- De positionner le CIUSSS-COMTL comme un leader compétitif en matière de recherche, d'enseignement, de pratiques de pointe, de transfert des connaissances et d'ETMISSS
- De poursuivre le rayonnement provincial, national et mondial des travaux et des expertises des Instituts et Centres affiliés universitaires du CIUSSS et de ses diverses infrastructures de recherche
- De contribuer de manière significative à l'amélioration des soins de santé, des services sociaux et au bien-être de la population

À l'issue d'un processus de planification stratégique, elle s'est dotée des orientations suivantes :

- Intégrer la Mission universitaire dans les différentes directions du CIUSSS
- Soutenir le développement d'une culture d'établissement axée sur l'innovation et la valorisation de l'apprentissage, qui aura des retombées pour les usagers et la communauté

- Faciliter le développement, l'évaluation et la mise en œuvre des meilleures pratiques, fondées sur les données probantes et la co-construction des savoirs
- Assurer la valorisation des activités de recherche à l'interne et l'interface entre les différentes composantes de recherche et d'expertise, ainsi que le rayonnement à l'externe
- Assurer la qualité de l'enseignement médical et interdisciplinaire en partenariat avec les maisons d'enseignement et les différentes directions du CIUSSS
- Assurer la pérennité de nos désignations universitaires

Pour garantir la pérennité des désignations universitaires octroyées au CIUSSS-COMTL, la DAA est responsable de présenter à tous les cinq ans au MSSS un dossier de renouvellement des désignations universitaires, présentant les bilans des réalisations de nos Institut et Centre affilié universitaires (IU et CAU) et les preuves de l'atteinte des exigences ministérielles pour chacun des six volets énoncés plus haut, dont celui des pratiques de pointe.

Une des priorités stratégiques de la DAA est de définir, identifier et prioriser les projets de développement de pratiques de pointe dans les domaines d'expertise liés aux désignations du CIUSSS dans le secteur des services sociaux. À cette fin, la DAA s'est donnée pour objectifs de clarifier la notion de pratique de pointe et de mettre en place une structure et des mécanismes pour soutenir leur développement.

2. OBJECTIFS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Le présent cadre de référence s'adresse à toute la communauté du CIUSSS, ses gestionnaires, son personnel, ses médecins, étudiants, chercheurs, bénévoles, patients et usagers qui peuvent tous être impliqués dans le développement, l'évaluation et l'implantation d'une pratique de pointe.

Il a pour buts :

- De partager une définition commune d'une pratique de pointe, des grandes étapes et des facteurs facilitant son développement et sa pérennité dans l'offre de services ;
- De développer une compréhension commune des principes qui gouvernent leur déploiement, des rôles et responsabilités des divers acteurs et instances qui soutiennent leur élaboration dans une perspective d'innovation et d'amélioration continue des pratiques ;
- De doter les équipes d'outils pour les aider à cerner les idées ou pratiques qui ont un potentiel de devenir une pratique de pointe et pour accompagner leur développement, leur évaluation et leur transfert à d'autres organisations.

Tel que défini par l'INESSS[2], un « cadre de référence n'est pas directif, bien qu'il puisse servir d'énoncés de principes préliminaires à un plan d'action ou à un document normatif. Il s'agit plutôt d'orientations élaborées pour et par les parties prenantes d'un champ de spécialisation ou d'un secteur d'activité. Elles énoncent un ensemble de principes généraux qui sous-tendent un champ d'intervention, comme les buts à atteindre en fonction de considérations d'ordre éthique, économique, légal, politique ou social ».

Ce cadre de référence met ainsi de l'avant certaines consignes ou éléments essentiels qui pourront être adaptés à d'autres Instituts ou Centre affiliés universitaires et à diverses composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

3. CE QU'EST UNE PRATIQUE DE POINTE

L'objectif de cette section est de proposer une définition à la fois claire, précise et complète de la notion de pratique de pointe. Pour ce faire, nous partirons des caractéristiques principales des pratiques de pointe, telles que présentées dans le *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux*[3] et de la particularité de ces pratiques dans le secteur des services sociaux. Puis nous approfondirons deux composantes clé des pratiques de pointe, soit l'innovation et le co-développement clinico-scientifique[4]. Nous présenterons ensuite la définition que nous avons retenue, intégrant les caractéristiques principales et les composantes clés. Finalement, pour éviter toute confusion, les différences et similitudes entre les pratiques de pointe et quelques notions qui leur sont apparentées seront présentées.

3.1 Les pratiques de pointe selon le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur de services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présente le résultat d'une consultation menée auprès des établissements ayant une désignation universitaire[5].

---

[2] https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Cadre_elaboration_guides_pratique_servicessociaux.pdf, page 20.

[3] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010). Cadre de référence sur la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères.

[4] Ce terme est utilisé pour parler de la collaboration nécessaire entre les directions cliniques (responsables des programmes services) et les scientifiques pour identifier les besoins ou les lacunes et développer les pratiques de pointe dans le réseau de la santé et des services sociaux. Notre mandat étant essentiellement de développer des pratiques dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons insisté sur le secteur clinique. Toutefois, les directions cliniques et les scientifiques peuvent également collaborer avec des partenaires du secteur communautaire ou même d'autres secteurs (par exemple, éducation) pour remplir cet objectif. Ce cadre peut être adapté à d'autres types de collaborations avec les milieux de pratiques.

[5] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2010). Cadre de référence sur la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-853-01.pdf

Cette consultation a permis de dégager six caractéristiques principales d'une pratique de pointe qui :

(1) constitue une expertise spécifique et bien circonscrite ;
(2) représente une innovation par rapport aux pratiques courantes, soit une amélioration d'une pratique existante, soit le développement d'une nouvelle pratique ;
(3) fait l'objet d'un processus d'élaboration allant jusqu'à l'implantation et à l'actualisation
(4) est obligatoirement associée à la recherche et à l'évaluation ;
(5) fait l'objet de transfert et de mobilisation des connaissances au sein de l'établissement et ;
(6) est élaborée dans une perspective de transfert à d'autres organisations.

3.2 La particularité des pratiques du secteur des services sociaux

Les services sociaux sont définis comme « l'ensemble des programmes élaborés par l'État et la société civile en vue de répondre à une gamme étendue de besoins socioéconomiques et psychosociaux »[3]. Leur objectif est l'amélioration du bien-être des personnes, des groupes et des communautés. Parmi ces services se retrouvent les services sociaux découlant des programmes du MSSS, dont l'offre est définie par la loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS), la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ainsi que la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

Dans le cadre de référence sur la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux[3], les services sociaux sont composés de « l'ensemble des pratiques :

- psychosociales, psychothérapeutiques et psychoéducatives destinées à améliorer le fonctionnement social et à soutenir le développement psychosocial des personnes et des communautés;
- éducatives ou préventives, adaptatives ou rééducatives;
- de modification du comportement ou d'environnement qui contribue à l'adaptation et à l'intégration sociale des personnes;
- d'entraide, de soutien social et de provision de ressources de type familial, intermédiaire ou institutionnel qui servent à assurer une protection sociale et à faciliter la participation sociale;
- d'animation des milieux de vie, d'action communautaire et d'organisation communautaire axées sur l'amélioration et le soutien des conditions de vie des personnes et des communautés;
- […] qui visent à influencer ou à modifier les politiques sociales. »

3.3 Composantes clés et bénéfices attendus des pratiques de pointe

Le développement d'une pratique de pointe vise l'innovation en vue de produire un bénéfice pour les usagers ou la collectivité et elle repose sur une démarche de co-développement clinico-scientifique.

L'INNOVATION

La stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation[6] définit ainsi une innovation sociale :

> Une innovation sociale est une idée, une approche, une intervention, un service, un produit, une loi ou un type d'organisation constituant une nouveauté et répondant plus adéquatement et plus durablement que les solutions existantes à un besoin social bien défini, ou encore une solution ayant trouvé preneur au sein d'une institution, d'une organisation ou d'une collectivité et produisant un bénéfice mesurable pour la collectivité et non seulement pour certains individus. La portée d'une innovation sociale est transformatrice et systémique. L'innovation sociale entraîne une rupture avec ce qui existait jusque-là.

En lien plus particulièrement avec les pratiques de pointe du secteur des services sociaux, l'innovation est vue comme une « activité qui ajoute de la valeur à la pratique courante, sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, des coûts, de l'expérience des patients ou des résultats pour les patients »[7]. L'innovation peut constituer une amélioration des pratiques existantes ou le développement d'une pratique radicalement différente de ce qui existe[6]. Pour vérifier si une amélioration ou un changement de pratique ajoute réellement de la valeur, celle-ci doit faire l'objet d'une évaluation[6].

LE CO-DÉVELOPPEMENT CLINICO-SCIENTIFIQUE

Idéalement, une collaboration entre le milieu de pratique et le milieu de la recherche débute dès le début du processus de développement d'une pratique de pointe. En effet, le besoin à l'origine de la pratique est généralement constaté par les praticiens dans leur travail au quotidien. Les chercheurs, quant à eux, sont généralement à l'affut des façons prometteuses, innovantes ou probantes de répondre au besoin, que ce soit par le biais de la littérature scientifique ou des conférences internationales auxquelles ils participent. Idéalement aussi, la collaboration inclut des usagers ou patients partenaires. Cette collaboration permettra la co-construction d'une réponse basée sur les meilleures données scientifiques, qui devra également tenir compte des contraintes du milieu de pratique et être adaptée aux particularités et préférences des usagers. Elle se poursuivra à toutes les étapes du développement de la pratique, ce qui est propice à l'adhésion des acteurs du milieu de la pratique, la qualité de l'implantation de la pratique et sa pérennité.

---

[6] Gouvernement du Québec (2017). Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation 2017-2022. https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/documents_soutien/strategies/recherche_innovation/SQRI/sqri_complet_fr.pdf

[7] Drolet, R., Larocque, B., Nourissat, A., Coulombe, M., Rhainds, M., Hammana, I., Hassen-Khodja, R., Deblois, S. et Lepanto, L. (2019). Critères à considérer pour l'évaluation des technologies et des pratiques innovantes en santé. https://www.chudequebec.ca/getmedia/9862a750-c53c-4647-92ba-e9154d845be1/Balises-methodologiques-pour-l%E2%80%99evaluation-des-technologies-et-des-pratiques-innovantes-en-sante.aspx#:~:text=%E2%9E%A2%20L'innovation%20peut%20%C3%AAtre,pour%20les%20patients%20%5B4%5D.

3.4 Définition retenue

À la lumière de ce qui précède, la définition de pratique de pointe qui intègre ses caractéristiques principales telles que décrites dans le cadre de référence du MSSS (2010) et englobe ses composantes clés est la suivante :

> 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.

POUR APPROFONDIR LA DÉFINITION

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.

3.5 Ce qui n'est pas une pratique de pointe ou notions apparentées

Dans le domaine de l'amélioration continue des pratiques, plusieurs termes sont utilisés, parfois de façon interchangeable, sans qu'il n'y ait de consensus quant à leur définition. Par exemple, les pratiques de pointe sont souvent confondues avec les pratiques ou les programmes probants, les meilleures pratiques, les pratiques prometteuses et les pratiques émergentes.

Ces notions, définies à l'annexe 1, découlent pour la plupart de la pratique fondée sur les données probantes. Celle-ci constitue une approche qui permet aux praticiens et décideurs de soutenir leur prise de décisions cliniques en intégrant les meilleures données scientifiques, l'expertise clinique ainsi que les caractéristiques, la culture et les préférences de l'usager, dans le but de choisir l'option qui s'applique le mieux à la situation de ce dernier[8].

[8] Parish, D.E. et Garland, D.R. (2018) Evidence-Based Practice: A Common Definition Matters, Journal of Social Work Education, 54:3, 407-411, DOI: 10.1080/10437797.2018.1498691

Cette pratique, initialement développée dans le domaine médical, est maintenant utilisée par les professionnels de différents domaines dont le travail social, la psychologie et les soins infirmiers.

La notion de pratiques de pointe n'est pas tout à fait étrangère à celle de pratique fondée sur les données probantes. À l'instar de cette approche, le développement des pratiques de pointe constitue une façon de combiner les données probantes issues de la recherche, l'expertise clinique des praticiens ainsi que leurs connaissances des besoins, particularités et préférences des usagers. Toutefois, tel que décrit plus haut, la notion de pratiques de pointe se distingue par la nécessité d'innovation, de co-construction ou de co-développement clinico-scientifique, ainsi que par une démarche rigoureuse de développement par étapes qui sera décrite à la section 6 du présent document.

4. PRINCIPES DIRECTEURS EN VUE DU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE POINTE

Selon le cadre de référence sur la désignation universitaire du MSSS, « le développement de pratiques de pointe témoigne de l'engagement des établissements à concevoir de meilleures pratiques en misant sur le développement de la recherche et de l'innovation ». Le développement de pratiques de pointe constitue donc un processus d'adaptation et d'amélioration continue des services de santé et sociaux à l'aide de données issues de la science. Ce processus permet d'assurer que les services offerts soient cohérents avec les besoins changeants de la population ou d'un sous-groupe de la population et avec les standards de soins et services en constante évolution. Il doit faciliter l'établissement et le maintien des liens de collaboration entre le milieu de la recherche et celui de la pratique.

Afin de soutenir le développement des pratiques de pointe, voici des principes clés qui devraient guider les divers acteurs :

- Leur développement doit se fonder sur le respect des savoirs cliniques, pratiques, expérientiels et scientifiques ;
- Leur développement repose sur une collaboration étroite entre les milieux de pratique et la recherche ; les milieux de pratique-utilisateurs collaborent à toutes les étapes dès le début du processus de développement ;
- Leur développement intègre la participation et la perspective des usagers et leurs savoirs expérientiels ;
- Le développement de pratiques de pointe repose sur 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 ;
- Les directions cliniques soutiennent la participation du personnel aux projets de développement de pratiques de pointe au même titre qu'à des projets de recherche ou qu'à la supervision de stages ;

- Afin que les parties prenantes s'engagent en toute connaissance de cause avec un consentement éclairé, l'impact projeté, les buts et visées, ainsi que le public cible de la pratique doivent être clairs; les rôles et responsabilités et engagements des parties doivent être clairement énoncés ;
- Les méthodes et modalités de transfert de connaissances sont mises en application tout au long des étapes de développement d'une pratique de pointe ;
- Les pratiques de pointe sont fondées sur un leadership et des expertises spécifiques à notre CIUSSS et soutiennent son rayonnement sur le plan régional, provincial, national et international.

5. MODÈLE DE GOUVERNANCE

Afin de sélectionner, prioriser, accompagner et suivre le développement de pratiques de pointe, il faut prévoir la structure et les mécanismes qui seront mis en place. Le modèle de gouvernance devrait prévoir au minimum :

- 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 ;
- 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.

5.1 Propositions de mécanismes pour sélectionner les projets ou idées de pratiques

En raison des nombreux besoins et bonnes idées qui peuvent surgir des milieux de pratique, il est nécessaire de s'interroger sur les moyens de saisir les occasions d'innovations potentielles. Diverses formules peuvent être mises en place ou combinées. Elles présentent chacune leurs avantages et inconvénients. Quelle que soit la formule retenue pour recueillir des idées de projet, les propositions doivent toutes passer par les instances de gouvernance décrites ci-bas.

Ainsi, un appel structuré de proposition de projets ou idées de pratiques, a pour avantage de questionner et prendre le pouls du terrain et du milieu de la recherche, à des fréquences déterminées et régulières (annuellement ou à tous les deux ans). Cela permet d'avoir une vision d'ensemble des pratiques potentielles, de faire une sélection qui tient compte de cette vision d'ensemble et de mieux planifier le développement en fonction des ressources. Il a pour inconvénient de se produire à un moment fixe dans le temps, ce qui peut faire perdre de vue des idées potentielles qui arriveraient par d'autres voies moins formelles. De plus, un appel exhaustif auprès des praticiens et des chercheurs pourraient créer des attentes et des frustrations, notamment si les projets ne sont pas sélectionnés. Il est possible néanmoins

de bien expliquer l'exercice au départ, afin de minimiser ces fausses attentes. Certains projets non sélectionnés, mais prometteurs, pourraient par exemple bénéficier d'un soutien pour mieux se qualifier au prochain appel ou encore, la réponse au besoin identifié peut être autre chose que le développement d'une pratique de pointe.

D'autres moyens moins formels peuvent être mis en place pour favoriser l'échange d'idées sur les besoins et les pratiques potentielles, que ces idées viennent des milieux scientifiques ou de la pratique. Ainsi, certains IU ou CAU peuvent miser sur des consultations ponctuelles au sein des instances cliniques, des rencontres statutaires avec des agents de liaison de la mission universitaire dans les directions cliniques, des rencontres d'échange entre chercheurs, praticiens et gestionnaires, etc.

Il est proposé de mettre en place une de ces deux formules, ou de combiner les deux, mais d'en moduler la fréquence afin de respecter les capacités des équipes. Ainsi, un appel aux deux ans pourrait être lancé, accompagné de mécanismes moins formels. Les gestionnaires IU et CAU en collaboration avec leur direction scientifique et leur unité de développement des pratiques de pointe doivent prévoir les mécanismes de sélection les plus appropriés.

5.2 Instances pour supporter le développement de pratiques de pointe

UNITÉ DE DÉVELOPPEMENT DE PRATIQUES DE POINTE

Il est important d'avoir une structure dans chaque IU ou CAU qui encadre le développement des pratiques afin de s'assurer qu'elles répondent bien aux exigences du MSSS (les 6 composantes d'une pratique de pointe). Cette unité a pour rôle d'avoir une vue d'ensemble sur les projets potentiels et ceux qui seront sélectionnés et priorisés. Le directeur scientifique ou le chercheur qui le représente s'assure de l'arrimage des pratiques avec les créneaux d'expertise et les orientations scientifiques des IU et CAU. L'Unité de développement fait une première évaluation des pratiques qui ont un fort potentiel de devenir une pratique de pointe. Elle présente ces pratiques au comité de gouvernance en vue de la priorisation et décision finale. Une fois les projets priorisés, elle est responsable de veiller à l'avancement et à la conformité.

L'Unité de développement des pratiques de pointe est composée des principaux acteurs qui ont la responsabilité du développement des pratiques de pointe dans les IU ou CAU concernés, mais aussi qui ont la connaissance et l'expertise pour accompagner leur déploiement. Ainsi, une unité de développement des pratiques de pointe inclut des gestionnaires de l'IU ou du CAU, la direction scientifique de l'IU ou du CAU ou des chercheurs qu'il délègue, des praticiens chercheurs ou professionnels dédiés au développement de pratiques de pointe, et un professionnel en mobilisation et transfert de connaissances. Le ou les chercheurs impliqués ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui accompagnent les comités de pilotage de projets spécifiques. L'Unité se réunit au moins deux fois par année. La composition de cette unité devrait être stable pour bénéficier de l'expertise des membres.

COMITÉ DE GOUVERNANCE OU COMITÉ DÉCISIONNEL

Ce comité a pour mandat de prioriser les pratiques et de garantir le soutien organisationnel, scientifique et clinique nécessaire à leur développement. Pour le CIUSSS-COMTL, nous proposons d'utiliser les comités de gouvernance de la mission universitaire déjà établis, qui sont constitués des gestionnaires de la Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche responsables de l'IU ou du CAU, des directeurs scientifiques de ces derniers, et de directeurs et directeurs adjoints des directions cliniques les plus concernées par les créneaux d'expertise. Ce comité de gouvernance peut s'élargir, au besoin, pour inclure des membres qui possèdent une expertise plus transversale, telle la Direction qualité, innovation, évaluation, performance et éthique et la Direction adjointe des services multidisciplinaires, ou autres gestionnaires concernés par les pratiques sélectionnées. Le comité de gouvernance a pour rôle de faire un exercice de priorisation basé sur des pratiques prometteuses sélectionnées par l'Unité de développement des pratiques de pointe de l'IU ou du CAU concerné. Il s'assure de l'impartialité du processus de priorisation, notamment dans des cas où plus d'un projet dans des domaines d'expertise diversifiés sollicitent la participation d'une même direction ou programme service et qu'il faut faire des choix. Il veille à ce que les pratiques soient cohérentes avec les orientations stratégiques de l'établissement et qu'il y ait concordance entre les intérêts scientifiques et cliniques afin d'assurer la réussite des projets. Une fois les pratiques de pointe priorisées, les gestionnaires des IU et CAU informent le comité de l'avancement des divers projets et font état de tout enjeu organisationnel ou contextuel qui entrave leur développement. Ce comité agit aussi pour conseiller les IU et CAU sur tout facteur pouvant favoriser l'implantation des pratiques et il veille aussi à contribuer à résoudre les problèmes rencontrés. Ce comité se réunit trois fois par année.

COMITÉ DE PILOTAGE POUR ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE POINTE SUR LE PLAN OPÉRATIONNEL

Chaque pratique de pointe priorisée ne peut se développer sans qu'un comité de pilotage soit mis en place pour en assurer la gestion opérationnelle. Un chargé de projet devrait être attitré à chacun des projets de développement d'une telle pratique. Le chargé de projet planifie les étapes et activités, s'assure de bien identifier ses collaborateurs, et fait le suivi de l'avancement du projet de développement des pratiques auprès de l'Unité de développement des pratiques de pointe. À cet effet il utilise des outils de gestion de projet et complète un bilan de l'avancement du projet deux fois par année. Le chargé de projet peut être un professionnel de l'IU ou du CAU, mais aussi un professionnel d'une direction clinique ou encore un chercheur ou un professionnel de recherche.

Chaque chargé de projet forme son comité qui devrait réunir autant que possible le demandeur ou gestionnaire qui a proposé ou appuyé le développement de la pratique (ou son représentant désigné), un chercheur ou professionnel scientifique qui accompagne le développement de la pratique à toutes les étapes, un représentant du programme ou service concerné, et du secteur ou de l'organisme sectoriel concerné, si la pratique est intersectorielle. Il s'adjoint aussi les professionnels spécialisés nécessaires (ex. : bibliothécaires, professionnels en mobilisation et transfert de connaissances ou en évaluation) selon les besoins, pour un

accompagnement continu ou ponctuel. Ce comité devrait prévoir la participation d'un représentant usager ou d'un patient partenaire, qui permettra d'inclure une perspective et des connaissances expérientielles sur les pratiques, valider les besoins et les modèles proposés pour améliorer les pratiques. Sur ce dernier point, la participation des usagers peut dépendre du projet, ainsi que des disponibilités et intérêts de ces derniers. Il est important que le comité de pilotage définisse le rôle qu'il souhaiterait donner à l'usager et qu'il demande le soutien du conseiller en expérience usager de la Direction de la qualité, de l'innovation, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique de l'établissement afin de trouver la ou les bonnes personnes.

5.3 Rôles et responsabilités des diverses parties prenantes

Le développement de pratiques de pointe implique plusieurs collaborateurs tant des milieux de la pratique que des milieux scientifiques. Les rôles et responsabilités des diverses parties prenantes pourront être définies de façon spécifique pour chacun des projets. Toutefois, de façon générale, nous pouvons attribuer ces responsabilités aux acteurs principaux suivants :

Président-directeur général ou présidente-directrice générale

- Il ou elle est responsable de la mission universitaire de l'établissement et assure le leadership et le rayonnement de cette mission autant à l'interne qu'à l'externe. Il ou elle veille à ce que la mission universitaire soit valorisée et considérée comme une responsabilité partagée par l'ensemble des composantes de l'établissement et que chacune soutienne activement le déroulement des activités de recherche, d'enseignement, de transfert de connaissances, de développement de pratiques de pointe et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux. Il ou elle s'assure des ressources nécessaires au déploiement des divers volets de la mission universitaire pour atteindre les exigences du MSSS et des Fonds de recherche du Québec assorties à ces désignations.

Président-directeur général adjoint ou présidente-directrice générale adjointe

- Il ou elle préside le comité de coordination clinique et a la responsabilité de s'assurer que les directeurs sous sa responsabilité assurent l'intégration de la mission universitaire au sein de leurs programmes et services cliniques et soutiennent les activité de recherche, de transfert de connaissances, de développement de pratiques de pointe, et d'évaluation des technologies et modes d'intervention, de façon à améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et services. Il ou elle s'assure qu'ils participent aux instances de gouvernance de la mission universitaire.

Directeur ou directrice des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

- Il ou elle a pour responsabilité de positionner le CIUSSS-COMTL en tant que leader compétitif dans les divers volets de la mission universitaire et de contribuer à la visibilité nationale et internationale des expertises et pratiques de pointes développées par nos IU et CAU afin qu'elles contribuent à améliorer les soins et services. À cette fin, il ou elle a pour rôle de favoriser le développement d'une culture d'apprentissage et d'innovation à travers le CCOMTL, d'attirer les meilleurs talents, et de soutenir l'intégration d'activités dans tous les volets de la mission universitaire au sein de l'établissement. Il ou elle développe les partenariats nécessaires pour soutenir l'actualisation et l'intégration de la mission universitaire.

Directeurs ou directrices et directeurs adjoints ou directrices adjointes du CIUSSS-COMTL

- Les directeurs ou directrices et directeurs adjoints ou directrices adjointes cliniques et ceux des programmes services soutiennent l'intégration des divers volets de la mission universitaire dans leur direction, dont le volet des pratiques de pointe. Ils et elles adhèrent aussi au développement d'une culture de l'innovation, tant dans le secteur santé que dans le secteur social et des services sociaux, qui aura des retombées pour les usagers et la population de la communauté. Ils et elles participent, selon les créneaux d'expertise des pratiques, aux comités de gouvernance de la mission universitaire. Ils et elles invitent leur personnel à être à l'affut des besoins des usagers mais aussi d'idées novatrices pour y répondre et soutiennent la participation de leur personnel au développement des pratiques de pointe. Ils et elles s'engagent à soutenir l'évaluation et l'implantation des pratiques. Les directeurs ou directrices et directeurs adjoints ou directrices adjointes des directions administratives, pour leur part, supportent de diverses façons le développement des pratiques de pointe, que ce soit par leur soutien et leurs expertises en technologie et informatique, leur soutien à la gestion des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à leur déploiement.

Gestionnaires de la Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche

- Ils et elles soutiennent le directeur ou la directrice des affaires académiques et de l'éthique de la recherche afin de s'assurer de l'intégration de la mission universitaire au sein de l'établissement et du développement de pratiques de pointe pour répondre aux critères de désignation universitaire du MSSS. Ils mettent en place les structures et mécanismes de gouvernance nécessaires et consacrent les ressources professionnelles requises pour favoriser le recueil des besoins et des idées de pratiques innovantes, pour sélectionner, prioriser et réaliser les projets. Ils veillent à favoriser la collaboration des chercheurs aux projets. Les chefs d'administration de programme des IU et CAU s'assurent

de la bonne planification et du suivi des projets, de l'allocation des ressources nécessaires, en collaboration avec le chargé de projets.

Directeurs scientifiques

- Les directeurs scientifiques des IU et des CAU mettent à contribution leurs connaissances, leurs membres chercheurs, et leurs réseaux de partenariat. Ils sont responsables des orientations scientifiques de la programmation de recherche et de s'assurer que les thématiques des pratiques de pointe sont liées aux créneaux d'expertise des centres et instituts universitaires. Lorsque des pratiques potentielles sont proposées, les directeurs scientifiques participent à l'Unité de développement des pratiques de pointe et à l'évaluation de leur pertinence. Ils favorisent le recrutement de chercheurs pour soutenir le développement des pratiques.

Chercheurs universitaires et chercheurs d'établissement

- Les chercheurs peuvent suggérer des idées ou projets de pratique fondés sur leurs connaissances et expertises ou encore pour répondre à un besoin ou une lacune observée par les praticiens. Les directeurs scientifiques, les gestionnaires et le personnel de la mission universitaire favorisent les liaisons entre les intérêts de la recherche et des milieux de la pratique en organisant des rencontres, des consultations, par exemple. Les chercheurs d'établissement jouent à cet effet un rôle clé d'interface entre les besoins cliniques et la recherche. Les chercheurs qui participent à l'équipe projet lorsqu'une pratique de pointe est priorisée collaborent à toutes les étapes pour partager leurs connaissances, déterminer les approches méthodologiques pertinentes et veiller à ce que la démarche soit rigoureuse. Les chercheurs peuvent également favoriser la participation de leurs étudiants en recherche au développement des pratiques.

Praticiens chercheurs, professionnels et intervenants des milieux de pratique

- Les praticiens chercheurs qui sont membres des infrastructures de recherche des IU et CAU, les professionnels et les intervenants des milieux de la pratique jouent un rôle clé à toutes les étapes du développement d'une pratique de pointe, mais en particulier à l'étape d'émergence. Ce sont souvent eux qui détectent les besoins émergents des usagers ou peuvent valider la pertinence des propositions des chercheurs pour les besoins de la pratique. A chaque étape, les représentants des milieux de la pratique partagent leurs savoirs cliniques et expérientiels, de même que leurs connaissances « terrain » des besoins des usagers et du contexte d'implantation. Ils peuvent contribuer en participant à des rencontres consultatives et aussi comme chargé de projet ou membre d'une équipe projets, selon leurs expertises et compétences, plusieurs ayant des expériences de recherche liée à leur formation clinique et aussi des expériences de développement et amélioration de pratiques à leurs actifs.

Le personnel de la mission universitaire (DAA)

- Les membres du personnel des IU et CAU collaborent aux diverses étapes de développement des pratiques en étant impliqués soit comme chargés de projet ou comme professionnels impliqués pour leur expertise et compétences dans un domaine d'expertise spécifique, en recherche, en évaluation ou en mobilisation et en transfert de connaissances. Avec l'accord de leurs gestionnaires, ils peuvent soutenir la préparation de certaines demandes ou conseiller les demandeurs pour faire évoluer les propositions vers des projets qui se qualifieraient comme pratiques de pointe.

6. PROCESSUS POUR DÉVELOPPER UNE PRATIQUE DE POINTE

6.1 Les étapes de développement d'une pratique de pointe

Le développement d'une pratique de pointe est un processus qui peut s'avérer long et complexe. Pour l'expliciter, nous proposons un processus en 7 étapes (voir figure 1), inspiré de plusieurs travaux menés au sein du CIUSSS et d'autres établissements[9,10,11,12]. Ces étapes réfèrent au processus idéal auquel il est suggéré d'adhérer. Il peut toutefois y avoir des variabilités dans l'application de ce processus. Il est à noter que ce processus de développement est porté par le comité de pilotage formé autour de chaque projet de pratique de pointe, et qu'il est de la responsabilité du chargé de projet à la tête de ce comité de s'assurer de son bon déroulement et de faire les suivis auprès de son gestionnaire responsable.

---

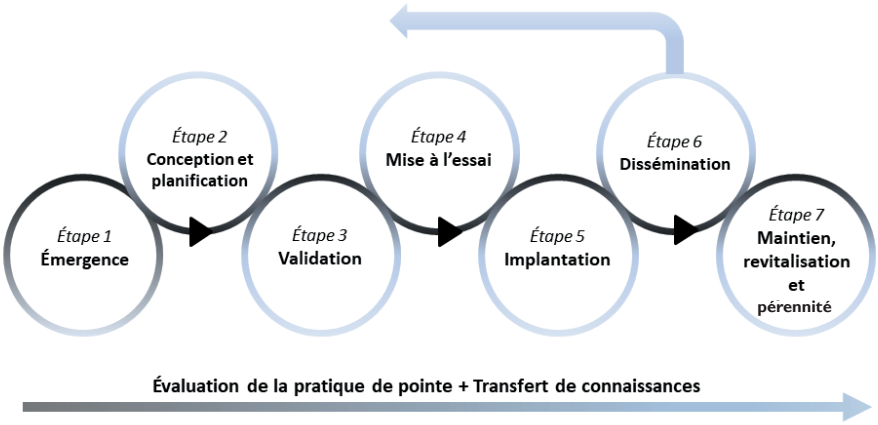
[9] Deaudelin, I. et Beaulieu, J. (2014). Le développement des pratiques de pointe : Comment innover au quotidien (Institut Universitaire de Réadaptation). Présentation faite dans le cadre de la 5e Rencontre annuelle des services sociaux.

[10] Deaudelin, I. et Lesvesque. D. (2015). Gestion de projet et innovation sociale : Un modèle gagnant pour développer les pratiques de pointe à L'IRDPQ. www.irdpq.qc.ca/pratiquesdepointe

[11] Galdin, M. et Guyot, P. (2016). Les pratiques de pointe de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. Revue CRNIS, 2, 26-29.

[12] Fournier, B., Nour, K. et Parisien, M. (2017). Une démarche intégrée de co-construction d'outils d'intervention en promotion de la santé des aînés. https://www.creges.ca/wp-content/uploads/2018/10/2017_1_Cahier-du-CREGES_FR.pdf

Figure 1. Processus de développement d'une pratique de pointe



Étape 1 : Émergence

L'émergence est l'étape lors de laquelle 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. 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 (ex. : sondage ; groupe de discussion) ou une analyse de données secondaires (ex. : dossiers cliniques ; banque de données clinico-administratives). 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.

Actions à poser

- ☑ Obtenir le soutien formel du ou des gestionnaires concernés pour la poursuite du projet ;
- ☑ Avec l'accord du gestionnaire, établir une structure de gouvernance (p. ex. : un comité de pilotage), sur lequel sera impliqué le ou les gestionnaire(s), des intervenants, des usagers et qui sera chapeauté par un chargé de projet clinico-scientifique ;
- ☑ Définir et analyser le besoin qui justifie le développement d'une pratique de pointe ;
- ☑ Aller chercher le soutien d'une personne qui a des compétences en transfert des connaissances ;
- ☑ Explorer les sources de financement du projet.

Éléments facilitateurs

- ☑ La pratique répond à un besoin clinique dont la définition est claire et fait consensus entre les cliniciens, l'administration et idéalement les usagers ;
- ☑ La pratique est justifiée par les statistiques sur les usagers et l'organisation des services ;
- ☑ Un chargé de projet clinico-scientifique engagé et crédible est disponible pour coordonner le projet du début à la fin ;
- ☑ Une personne compétente en transfert de connaissances accompagne l'équipe ;
- ☑ Les personnes ou les organisations, qu'elles soient à l'interne ou à l'externe, qui ont un intérêt dans la nouvelle pratique sont identifiées et ciblées par un plan de transfert des connaissances. Elles devraient être informées et consultées au besoin au cours du développement de la pratique ;
- ☑ Le comité de pilotage comprend des champions qui pourront participer à la formation et devenir une référence pour les autres cliniciens ;
- ☑ Au sein de l'équipe, les responsabilités sont partagées et liées à une fonction plutôt qu'à un individu, pour rendre le développement de la pratique moins vulnérable au changement.

Étape 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. La co-construction du modèle par les praticiens et les chercheurs impliqués favorise une compréhension commune de la pratique de pointe tenant compte des données issues de la recherche et des contraintes et particularités du milieu de pratique. Le modèle logique joue aussi un rôle dans la planification de la mise en œuvre de la pratique de pointe en établissant les éléments nécessaires à son implantation. Une première version de l'outil, du programme ou du guide devrait aussi être élaborée durant cette étape.

COMMENT DÉFINIT-T-ON LA CO-CONSTRUCTION ?

La co-construction est « un processus reposant sur une mise en forme d'interactions entre des acteurs afin que ceux-ci élaborent au fil de leurs interactions des accords visant à rendre compatibles des définitions relatives à un changement, à un projet, à une méthode de travail. La co-construction renvoie à tous les contextes où des acteurs ayant des intérêts et des points de vue différents sont amenés à travailler ensemble pour la réussite d'un projet ou pour définir les règles d'une organisation du travail. »[13]

[13] Foudriat, M. (2014). La co-construction: Une option managériale pour les chefs de service. Dans : Maxime Delaloy éd., Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social (pp. 229-250). Paris: Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.delal.2014.01.0229"

Qu'est-ce qu'un modèle logique

Un modèle logique est un outil visuel sous forme de schéma qui décrit la logique de divers projets tels qu'un programme, une intervention, un service ou une activité (Porteous, 2012). Le modèle logique convient autant à des projets complexes et à portée plus large qu'à des projets plus simples à portée plus restreinte. On y retrouve généralement les activités qui doivent être mises en place pour atteindre les résultats escomptés, la clientèle cible et les résultats, c'est-à-dire les changements que l'on souhaite effectuer par l'entremise du projet. On peut également y décrire d'autres éléments dont les ressources permettant de réaliser les activités (intrants) et les services, événements ou biens qui sont produits par ces activités (extrants). Le modèle logique est un outil précieux pour la planification et l'évaluation et le transfert des connaissances. Idéalement, il est élaboré à la phase de planification du projet. Toutefois, il peut aussi être élaboré plus tard dans le processus, avant d'effectuer une évaluation de l'implantation ou des effets par exemple. Voir l'annexe 6 pour un exemple de modèles logiques.

Actions à poser	Éléments facilitateurs
☑ Préciser, à l'aide de la littérature scientifique, les caractéristiques des outils, programmes ou guides qui sont reconnues efficaces pour répondre au besoin ; ☑ Planifier le développement de la pratique selon une approche de gestion de projet, en précisant les différentes tâches à accomplir, les responsabilités de chaque membre et l'échéancier détaillé du projet ; ☑ Co-construire le modèle logique avec les membres du comité de pilotage ; ☑ Toujours avec les membres du comité de pilotage, élaborer une première version de l'outil, du programme ou du guide.	☑ La pratique est développée en concertation avec ceux qui l'utiliseront (cliniciens et usagers) ; ☑ La pratique est soutenue par les connaissances scientifiques ; ☑ La direction offre un appui concret et soutenu au projet ; ☑ Les intervenants impliqués dans le développement de la pratique ont une banque d'heures prévues pour cette implication et un ajustement de leur charge de travail régulière ; ☑ Un gestionnaire ou directeur devrait siéger sur le comité de pilotage, afin d'offrir une perspective différente de celle des intervenants et de faciliter les liens avec les décideurs au cours du développement de la pratique ; ☑ Les rôles et les responsabilités des acteurs sont clarifiés en amont ; ☑ La planification tient compte des ressources disponibles et de l'échéancier selon lequel le projet doit être réalisé ; ☑ La planification et l'échéancier sont explicites tout en gardant une certaine souplesse.

Étape 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.

Actions à poser	Éléments facilitateurs
☑ Former un comité consultatif composé de chercheurs, d'intervenants, de gestionnaires et d'usagers ; ☑ Leur soumettre la première version de l'outil, du programme ou du guide et le modèle logique s'il y a lieu, pour leur validation et leurs suggestions d'amélioration ; ☑ Avec le comité de pilotage, apporter les modifications nécessaires à la première version de l'outil, du programme ou du guide et au modèle logique s'il y a lieu.	☑ La pratique est simple et circonscrite plutôt que complexe et floue ; ☑ La place de la pratique dans le programme et ses liens quelles aura avec les services existants sont mis en valeur, ainsi que les connaissances scientifiques qui la soutiennent.

Étape 4 : 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.

Actions à poser

- ☑ Co-construire, avec le comité de pilotage, un plan d'implantation à petite échelle auprès de la population ciblée et un devis d'évaluation de la pratique ;
- ☑ Au besoin s'associer à un chercheur ou une équipe de recherche pour l'évaluation du projet pilote ;
- ☑ Administrer la formation aux intervenants impliqués dans la mise à l'essai, ou toutes autres stratégies d'implantation ;
- ☑ Formaliser les partenariats nécessaires le cas échéant ;
- ☑ Assurer un suivi régulier du processus d'implantation à petite échelle par la collecte et l'analyse de données ainsi que par des échanges réguliers avec les cliniciens utilisateurs de la pratique et les gestionnaires concernés ;
- ☑ Ajuster en continu la pratique, tout en s'assurant que celle-ci conserve ses qualités au point de vue scientifique ;
- ☑ Mettre le modèle logique à jour en fonction des ajustements apportés à la pratique ;
- ☑ Régler les irritants rapidement pour favoriser l'engagement et l'adhésion ;
- ☑ Donner en continu des marques de reconnaissance à l'équipe impliquée dans la mise à l'essai.

Éléments facilitateurs

- ☑ Le plan d'évaluation est pertinent et réaliste ;
- ☑ Les stratégies d'implantation (ex. : formation) sont choisies en fonction de l'objectif, du contexte et des connaissances scientifiques ;
- ☑ Un aide-mémoire est produit pour résumer les tâches à accomplir par les intervenants sur le terrain ;
- ☑ Les rétroactions sur les données collectées auprès des cliniciens utilisateurs de la nouvelle pratique sont fréquentes et prévoient des périodes d'échanges, afin de recueillir leur perception.

Étapes 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 connaitre et préparer sa dissémination vers d'autres milieux de pratique. Le modèle logique, mis à jour selon les modifications et améliorations apportées, se révèlera 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'IU ou du CAU devrait s'avérer de moins en moins important.

Actions à poser

- ☑ Co-construire, avec le comité de pilotage, un plan d'implantation à grande échelle auprès de la population ciblée et un devis d'évaluation de la pratique ;
- ☑ Au besoin s'associer à un chercheur ou une équipe de recherche pour l'évaluation de la pratique ;
- ☑ Administrer la formation aux intervenants impliqués dans l'implantation à grande échelle, ou toutes autres stratégies d'implantation ;
- ☑ Consolider les partenariats nécessaires le cas échéant ;
- ☑ Assurer un suivi régulier du processus d'implantation de la pratique par la collecte et l'analyse de données ainsi que par des échanges réguliers avec les cliniciens utilisateurs de la pratique et les gestionnaires concernés ;
- ☑ Ajuster en continu la pratique, tout en s'assurant que celle-ci conserve ses qualités au point de vue scientifique ;
- ☑ Mettre le modèle logique à jour en fonction des ajustements apportés à la pratique ;
- ☑ Régler les irritants rapidement pour favoriser l'engagement et l'adhésion ;
- ☑ Donner en continu des marques de reconnaissance à l'équipe impliquée dans l'implantation de la pratique ;
- ☑ Réaliser des communications orales et écrites pour faire rayonner le projet et ainsi favoriser sa reprise par d'autres équipes ;
- ☑ Célébrer la fin de l'implantation en prévoyant des activités de reconnaissance pour l'équipe.

Éléments facilitateurs

- ☑ Le plan d'évaluation est pertinent et réaliste ;
- ☑ Les stratégies d'implantation (ex. : formation) sont choisies en fonction de l'objectif, du contexte et des connaissances scientifiques ;
- ☑ Un aide-mémoire est produit pour résumer les tâches à accomplir par les intervenants sur le terrain ;
- ☑ Les rétroactions sur les données collectées auprès des cliniciens utilisateurs de la nouvelle pratique sont fréquentes et prévoient des périodes d'échanges, afin de recueillir leur perception.

Étape 6 : Dissémination de la pratique à d'autres organisations

Lors de cette étape, 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.

Actions à poser	Éléments facilitateurs
☑ Fournir la documentation (ex. : modèle logique, guide, manuel, rapports d'étape) et les publications concernant la pratique, son processus de développement et ses évaluations ; ☑ Agir en tant que conseiller pour l'équipe qui adopte la pratique.	☑ La documentation sur la pratique est abondante et claire ; ☑ Les objectifs de la pratique sont en adéquation avec ceux de l'organisation qui souhaite l'adopter ; ☑ Les valeurs véhiculées par la pratique sont en adéquation avec celle de l'organisation qui souhaite l'adopter ; L'efficacité de la pratique est soutenue par des données scientifiques ; L'efficience de la pratique est soutenue par des données scientifiques ; ☑ Les ingrédients actifs de la pratique sont connus ainsi que les éléments qui peuvent faire l'objet d'adaptation sans affecter l'efficacité.

Étape 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'IU ou du CAU de plus en plus ponctuel. La clôture du processus de développement peut donc alors être envisagée.

Actions à poser	Éléments facilitateurs
☑ Mettre en place des stratégies de pérennisation ; ☑ S'assurer qu'au moment de la clôture du projet, la pratique et son suivi soient intégrés aux opérations régulières ; ☑ Transmettre les connaissances acquises, afin que l'organisation puisse capter les bénéfices tirés de l'implantation de la nouvelle pratique et d'une démarche d'implantation.	☑ Du temps est réservé pour faire un partage sur l'expérience de développement de la pratique pour marquer la fin du processus ; ☑ Des ressources sont prévues pour soutenir la pérennisation de la pratique ; ☑ La pratique est soumise à des concours d'excellence ou d'innovation, afin de soutenir sa pérennisation ; ☑ Les retombées du projet sur la qualité des soins et la performance organisationnelle sont communiquées pour justifier le soutien au développement d'autres pratiques de pointes.

Composantes transversales des pratiques de pointe aux diverses étapes

L'ÉVALUATION

L'évaluation de programme se définit comme « l'utilisation systématique des procédures de la recherche sociale dans le but d'évaluer la conceptualisation, le devis, l'implantation et l'utilité des programmes sociaux d'intervention »[14]. Les étapes de développement des pratiques pointe sont fortement influencées par cette conception de l'évaluation, ce qui en fait une composante transversale. Toutefois, l'évaluation de l'implantation et des effets n'y ont pas été abordés, ce qui sera fait dans cette section. Dès l'étape de la mise à l'essai, il est conseillé d'évaluer l'implantation en documentant les problèmes et les solutions pour y remédier afin d'apporter les améliorations et ajustements nécessaires à la pratique de pointe. À cette étape, l'évaluation de l'implantation peut aussi porter sur des indicateurs tels que la satisfaction des praticiens et des usagers, les bénéfices perçus, la participation et le déroulement de la pratique. Commencer le monitorage d'indicateurs de la qualité et

[14] Rossi et Freeman, 2004, dans Tourigny et al. 2005

de la fidélité d'implantation dès les premiers pas de la pratique permettra d'en faire un suivi qui pourra se poursuivre à l'étape de l'implantation durant laquelle la pratique est mise en œuvre à plus grande échelle. Ce type d'évaluation sera bénéfique pour la pratique en elle-même, favorisant la qualité de son implantation, et facilitera également la réddition de comptes auprès des gestionnaires et responsables de programmes.

Les effets peuvent également être évalués dès l'étape de mise à l'essai, en gardant toutefois en tête que cette évaluation est préliminaire et que les résultats devront être confirmés auprès d'échantillons de plus grande taille lors d'étapes subséquentes. Le monitoring des effets peut aussi débuter dès les premiers pas du programme et se poursuivre tout au long de son implantation afin de vérifier l'atteinte des résultats et objectifs attendus et d'apporter les ajustements nécessaires dans le cas contraire. Lorsque le financement externe est disponible, des projets de recherche évaluative peuvent aussi avoir lieu. Ils permettront d'établir la plus-value de la pratique par rapport aux interventions habituelles ou à l'absence d'intervention et contribueront aux développements des connaissances sur les moyens de répondre au besoin.

LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Le transfert des connaissances est aussi une composante transversale au développement d'une pratique de pointe. En effet, dès l'étape de l'émergence, il est important d'impliquer une personne ayant des compétences en transfert de connaissances pour d'abord faciliter les échanges de savoirs et produire un plan de transfert visant l'organisation, les partenaires potentiels et les organisations à l'externe. Le transfert des connaissances aura plusieurs objectifs, dont celui d'aider à déterminer, selon le ou les publics cible(s), le type d'outils et de stratégies pour favoriser l'adhésion à la pratique, formaliser des partenariats et favoriser la pérennisation et la dissémination éventuelle de la pratique vers d'autres organisations.

Qu'est-ce que le transfert des connaissances ?

Selon l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), « Le transfert des connaissances réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. Ces activités et mécanismes d'interaction prennent forme à l'intérieur d'un processus englobant le partage, l'échange et la transmission de connaissances entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des environnements organisationnels différents ».[15]

[15] Lemire N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). Animer un processusde transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation. https://www.inspq. qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf

En conclusion, il est important de préciser que ces étapes ne se déroulent pas nécessairement d'une façon linéaire[16]. En effet, il peut y avoir de nombreux aller-retour d'une étape à l'autre. Par exemple, si la mise en œuvre du projet pilote n'est pas concluante, il peut être nécessaire de retourner à une étape précédente pour repréciser les besoins ou revalider la solution. Dans le même ordre d'idée, si la pratique ne semble pas se transférer à d'autres milieux, il peut être avantageux de retourner à l'étape de la validation pour analyser la faisabilité du programme dans les milieux ciblés.

Galdin et Guyot[16] précisent que « la finalité du processus proposé est l'atteinte de la phase de maturité de la pratique de pointe, c'est-à-dire parvenir à faire reconnaître la pratique en question comme « standardisée » et la voir implantée dans tous les milieux qui en auront la capacité et la volonté ». Toutefois, il faut garder en tête que ce processus de développement ne donnera pas toujours naissance à une pratique de pointe. Par exemple, il est possible qu'à la phase d'émergence, on conclut qu'un autre service existe déjà dans la communauté pour répondre au besoin, et qu'on déploie plutôt des ressources pour améliorer la connaissance et l'accès au service par la population cible plutôt que pour développer une nouvelle pratique.

Finalement, ce processus de développement devrait être limité dans le temps. Toutefois, aucune mesure précise ne permet de statuer d'une durée exacte. Cette durée devrait être estimée en début de processus en mode gestion de projet, en fonction de l'ampleur du projet et des ressources disponibles, puis révisée sur une base régulière en fonction de l'évolution de la pratique.

6.2 Facteurs de réussite et conditions du succès

Lorsqu'un IU ou un CAU soutient une pratique de pointe, les objectifs visés à l'issue du processus de développement sont que la pratique soit intégrée aux services habituels, qu'elle soit pérenne et qu'elle soit disséminée dans d'autres organisations.

Selon la littérature portant sur l'implantation et la dissémination des pratiques innovantes, plusieurs facilitateurs et barrières influencent l'atteinte de ces objectifs[17, 18, 19].

---

[16] Galdin, M. et Guyot, P. (2016). Les pratiques de pointe de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. Revue CRNIS, 2, 26-29.

[17] Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L. et Young, T. (2011). Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: a qualitative study. BMC Health Services Research, 11. http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/342

[18] Powell, B.J., Proctor, E.K. et Glass, J.E.(2014). A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. Res Soc Work Pract., 24(2), 192–212. Doi:10.1177/1049731513505778.

[19] Mathieson, A., Grande, G. et Luker, K. (2019). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: A systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. Primary Health Care Research & Development 20(e6), 1–11. doi: 10.1017/S1463423618000488

Ces facteurs peuvent être classés en cinq catégories :
(1) les données scientifiques soutenant la pratique ;
(2) les stratégies d'implantation utilisées ;
(3) les partenariats de l'organisation portant la pratique ;
(4) l'attitude des parties prenantes ;
(5) les facteurs contextuels.

6.2.1 Données scientifiques

Lorsque la pratique de pointe est en développement, le fait de pouvoir appuyer la solution suggérée par des données empiriques permet de diminuer les résistances du personnel, des décideurs et des partenaires[17]. Cela aide également à estimer les risques et les bénéfices de la pratique en développement. Une fois la pratique mise en œuvre, le fait de pouvoir appuyer son efficacité et son efficience empiriquement favorise son financement, sa pérennité et sa dissémination[17,19]. À cet effet, les preuves quantitatives sont considérées comme étant le « gold standard » en matière de soutien empirique à une pratique innovante[17].

6.2.2 Stratégies d'implantation

Les stratégies d'implantation sont des techniques utilisées dans le but de favoriser l'adoption et la pérennité d'une pratique innovante. Des stratégies qui se révèlent facilitantes sont la formation du personnel à la pratique innovante, ainsi que l'attribution claire des rôles de chacun dans l'implantation[19]. Une autre stratégie efficace est l'identification de champions locaux, qui sont des employés désignés pour promouvoir la pratique[17,19]. Ces champions peuvent jouer plusieurs rôles, tels qu'offrir de l'information et des conseils aux autres cliniciens-utilisateurs, et partager leur expérience positive avec la pratique. Les stratégies passives, telles que la dissémination de guides de pratique, se révèlent inefficaces si elles ne sont pas associées à d'autres stratégies dont la formation continue (booster), la supervision, la consultation d'experts, le soutien des pairs et un système de monitorage de la fidélité d'implantation[18].

6.2.3 Partenariats

Les partenariats de l'organisation portant la pratique de pointe avec d'autres organisations devraient faire partie intégrante de son processus de développement et de sa dissémination[17]. La confiance et le soutien mutuel sont des éléments essentiels de ces partenariats. Lorsque possible, les partenaires devraient être impliqués dès le début du processus afin de chercher avec eux un consensus sur les principaux éléments que devaient comporter la pratique. D'autre part, construire des partenariats doit être considéré tout au long du processus de développement, pour augmenter les chances de pérennité de la pratique et diminuer les résistances au moment de sa dissémination[17].

6.2.4 Attitude des parties prenantes

L'attitude des parties prenantes influence aussi son succès. En effet, lorsque l'attitude des utilisateurs-cliniciens par rapport à la pratique est positive, ceux-ci se révèlent de précieux alliés pour sa dissémination et peuvent témoigner des résultats bénéfiques de ce changement[17]. Le fait de savoir que la pratique est efficiente, qu'elle sauve du temps, qu'elle est facile à utiliser et qu'elle peut contribuer au développement professionnel des utilisateurs-cliniciens favorise leur adhésion[19]. Il est également préconisé d'adopter une approche ascendante (bottom-up) incluant une collaboration avec les utilisateurs-cliniciens établie tôt dans le processus de changement afin de favoriser une vision partagée de la pratique[19].

Lorsque des utilisateurs-cliniciens sont affectés de façon négative par la pratique, cela peut freiner sa mise en œuvre et des efforts importants devront être déployés pour favoriser leur adhésion. Dans ce cas, il est préconisé d'être proactif et de les informer régulièrement[17]. Une approche descendante est déconseillée puisqu'elle aurait tendance à causer de la résistance chez les utilisateurs-cliniciens[19].

L'attitude des gestionnaires est également importante, puisque le financement de la pratique dépend généralement de leurs décisions[17]. Finalement, le processus de développement d'une pratique est souvent freiné lorsque les personnes en position de décider et les instigateurs de la pratique appartiennent à des groupes professionnels différents, puisque leurs priorités sont généralement différentes[17]. Dans cette situation, il est primordial de mettre les efforts nécessaires pour convaincre les personnes en position de décider de l'utilité de la pratique.

6.2.5 Facteurs contextuels

Les facteurs contextuels influençant le succès d'une pratique de pointe peuvent être intra-organisationnels ou extra-organisationnels[17]. Pour les facteurs intra-organisationnels la culture de l'organisation, son ouverture au changement et sa tolérance au risque jouent un rôle critique dans le succès d'une pratique. L'adéquation entre les objectifs de la pratique et ceux de l'organisation facilite son adoption[19] ainsi que l'adéquation entre les valeurs véhiculées par la pratique et les croyances et normes de l'organisation[17]. Il est également important de s'assurer d'avoir les ressources financières suffisantes pour l'implantation mais également la dissémination[17]. La dissémination sera également favorisée si les personnes qui portent la pratique en font eux-mêmes la promotion au sein de leur organisation et à l'extérieur, sur une base continue[17]. Les prix et les publications académiques sont des moyens efficaces d'en faire la promotion[17]. Les restructurations organisationnelles constituent quant à elles une barrière à l'implantation d'une nouvelle pratique, car l'ajustement à ces restructurations est perçue comme une priorité au détriment d'un changement dans les pratiques[19].

Parmi les facteurs contextuels extra-organisationnels, il y a le climat économique qui est parfois en défaveur de l'implantation d'une pratique couteuse à implanter[17]. Le climat politique entre aussi en ligne de compte. De plus, l'adéquation entre l'innovation et le contexte idéologique plus large va avoir une influence positive sur son succès[17].

ANNEXES

ANNEXE 1
DÉFINITION DES NOTIONS APPARENTÉES AUX PRATIQUES DE POINTE

1. PRATIQUE(S) FONDÉE(S) SUR LES DONNÉES PROBANTES

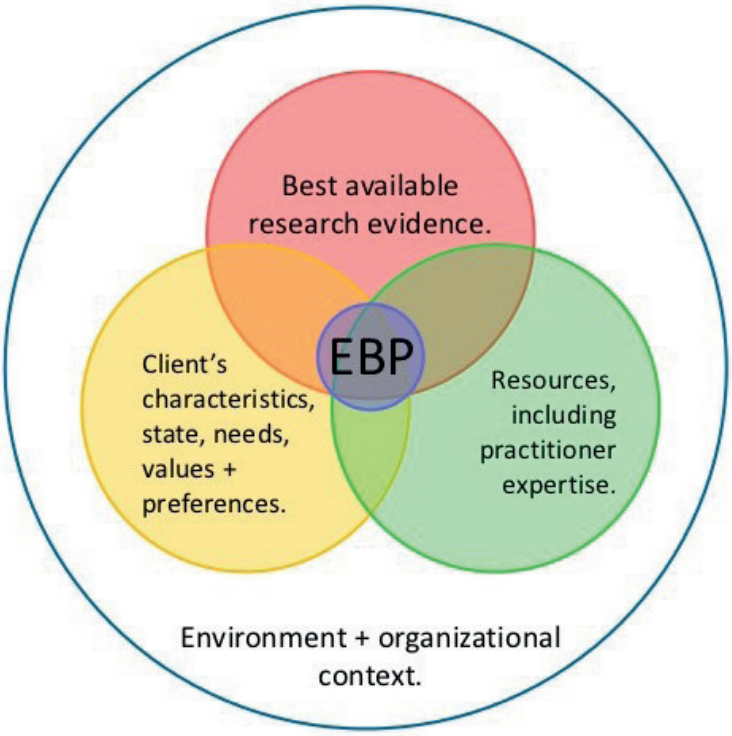
Le terme **pratique fondée sur les données probantes**, de l'anglais *evidence based practices*, fait référence à deux notions pour lesquelles il existe beaucoup de confusion dans la littérature et la pratique : (1) la pratique fondée sur les données probantes en tant que processus décisionnel, qui est utilisé par les praticiens et décideurs, et (2) les pratiques probantes, qui réfèrent à des programmes ou interventions réputés être efficaces selon leur niveau de preuve scientifique[20].

Initialement développée dans le domaine médical, la pratique fondée sur les données probantes constitue une approche qui permet aux praticiens et décideurs de soutenir la prise de décisions cliniques en intégrant les meilleures données scientifiques, l'expérience clinique ainsi que les caractéristiques, la culture et les préférences du patient, dans le but de choisir l'option qui s'applique le mieux à la situation de ce dernier[18] (figure 1). Cette pratique s'est maintenant répandue à différents domaines dont le travail social, la psychologie et les soins infirmiers. Son but est d'améliorer la santé de la population et la responsabilité des praticiens, tout en favorisant l'apprentissage continu et l'adaptation des services en cohérence avec les standards de soins changeants[21].

[20] Parish, D.E. et Garland, D.R. (2018) Evidence-Based Practice: A Common Definition Matters, Journal of Social Work Education, 54:3, 407-411, DOI: 10.1080/10437797.2018.1498691

[21] Spring, B. (2007). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What It Is, Why It Matters; What You Need to Know. Journal of Clinical Psychology, 63(7), 611–63.1. DOI: 10.1002/jclp.20373

Figure 2. "Evidence-based Social Work Practice." 2012. Accessed September 14, 2016.



Le processus comporte généralement cinq étapes qui doivent être complétées par le praticien : (1) Formuler une question clinique ; (2) rechercher les meilleures données scientifiques ; (3) faire une analyse critique des données scientifiques ; (4) appliquer les résultats scientifiques à la pratique ; (5) évaluer le processus ou les changements attendus par l'application de la solution[20]. Toutefois, plusieurs barrières limitent l'utilisation de cette approche par les praticiens, dont le manque de connaissances, d'habiletés, de temps et de soutien, ou un soutien d'avantage axé sur la gestion du risque et les enjeux organisationnels que sur le changement et l'innovation[22].

Pour contourner ces barrières et faciliter la transmission de l'information sur l'efficacité des pratiques aux praticiens ainsi qu'aux décideurs, différentes organisations et différents registres se sont dotés de systèmes de classification permettant d'identifier les pratiques ou les programmes probants (ex. : Blueprints for Healthy Youth Development ; California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare ; Social Programs that Work). Ces systèmes possèdent différents niveaux de preuve, chaque niveau étant associé à des critères auxquels le programme doit correspondre pour en faire partie. Généralement, ces critères concernent le nombre d'études empiriques rapportant des effets positifs du programme par rapport à un placébo ou à un traitement standard ainsi que sur la méthodologie utilisée par ces

[22] Wike, T.L., Bledsoe, S.E., Manuel, J.I., Despard. M., Johnson. L.V., Bellamy, J.L., Killian-Farrell, C. (2014). Evidence-based practice in social work: Challenges and opportunities for clinicians and organizations. Clin Soc Work J, 42, 161–170. DOI 10.1007/s10615-014-0492-3

études et le niveau de validité interne qui y est associé. Ces systèmes de classification utilisent les termes comme **pratiques probantes, pratiques prometteuses et pratiques émergentes**. À titre d'exemple, la *Californian Evidence-Based Clearing House for Child Welfare* utilise une classification à cinq niveaux, dont les deux premiers représentent les pratiques probantes et le troisième les pratiques prometteuses (figure 3).

Figure 3. Niveaux de preuve de la californian evidence based clearing house
(https://www.cebc4cw.org/files/OverviewOfTheCEBCScientificRatingScale.pdf)

Il est important de mentionner que ces organisations et registres ne fonctionnent pas tous avec les mêmes systèmes de classification. Leurs systèmes diffèrent quant au nombre de niveaux ainsi qu'aux critères d'inclusion associés à chaque niveau, ce qui fait en sorte qu'un programme peut par exemple être considéré comme probant par un registre et prometteur par un autre[23]. Plusieurs critiques ont été adressées à ces systèmes de classification, dont le fait de ne pas tenir compte des études qualitatives et de ne pas considérer la validité externe des études qui appuierait la généralisation des effets à d'autres contextes[24].

[23] Means, S.N., Magura, S., Burkhardt, J.T., Schröter, D.C. et Coryn. C.L.S. (2015). Comparing rating paradigms for evidence-based program registers in behavioral health: Evidentiary criteria and implications for assessing programs. Eval Program Plann, 48, 100-116. doi:10.1016/j.evalprogplan.2014.09.007

[24] Axford, N. et Morpeth, L. (2013). Evidence-based programs in children's services: A critical appraisal. Children and youth services review, 35 (2), 268-277.

2. MEILLEURES PRATIQUES

Parfois, le terme « **meilleures pratiques** » est utilisé pour identifier des pratiques fondées sur les données probantes. C'est le cas de cette définition de meilleure pratique utilisée par l'INESSS[25] :

> « Correspond à une pratique basée sur les données probantes (PBDP). La pratique basée sur les données probantes associe les meilleures données scientifiques à l'expertise clinique du professionnel et aux choix du patient »

Selon d'autres auteurs, le terme meilleures pratiques ne fait pas référence à des pratiques spécifiques, mais plutôt à un niveau d'accord concernant des connaissances provenant de la recherche et au processus d'intégration de ces connaissances dans l'organisation et dans son l'offre de services[26].

3. PRATIQUES PROMETTEUSES

Le terme « **pratiques prometteuses** » est utilisé dans certains systèmes de classification des programmes et interventions et réfèrent à des programmes dont l'efficacité est supportée par des études empiriques dont le nombre est considéré comme insuffisant ou dont la méthodologie n'est pas associée à un niveau de validité interne assez élevée (ex. 1 : niveau 3 du système représenté à la figure 3).

D'autres définitions sont occasionnellement utilisées dont celle du Conseil Canadien de la santé, qui ajoute un élément de dissémination de la pratique :

> « Pratique déployée dans au moins un établissement autre que son cadre d'origine, qui a fait l'objet d'une recherche préliminaire (p. ex. étude pilote), dont les résultats (avec une certaine variabilité) révèlent qu'elle a des effets positifs sur les résultats de santé ou sur le rendement du système de santé. »[27]

---

[25] Lévesque, D., Brière, A. et Truchon, C. (2017). Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques : Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Outil-soutien-imp-meilleures-pratiques_trauma.pdf

[26] Driever, Marie-J., "Are evidenced-based practice and best practice the same?" *WestJNursRes*, 2002, Aug; 24 (5) : 591-7.

[27] INESSS (2014). Organisations innovantes et apprenantes : Une culture et des pratiques en développement. Cahier du participant dans le cadre de la 5e rencontre annuelle des services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/RASS_2014/RASS_cahier_participant_2014_WEB.pdf

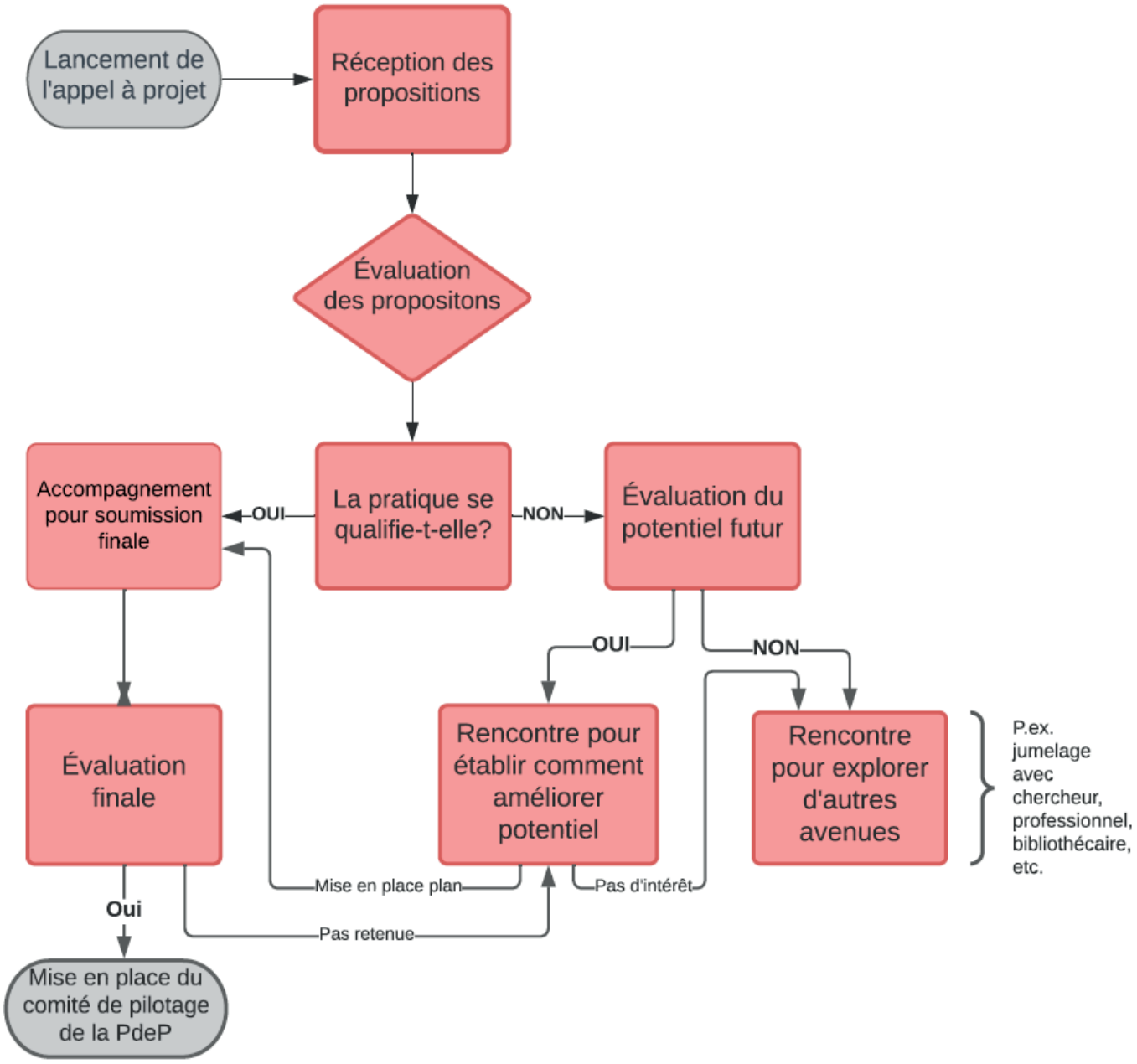
4. PRATIQUES ÉMERGENTES

À l'instar des pratiques prometteuses, le terme « **pratiques émergentes** » est utilisé dans certains systèmes de classification des programmes et interventions et réfèrent à des programmes dont l'efficacité est supportée par des études empiriques dont le nombre est considéré comme insuffisant ou dont la méthodologie n'est pas associée à un niveau de validité interne considéré assez élevé.

D'autres définitions sont parfois utilisées dont celle du Conseil Canadien de la santé :

> « Pratique mise en œuvre dans un établissement et qui, à la lumière d'informations recueillies auprès de personnes, d'observations informelles ou d'évaluations continues, semble avoir des effets positifs sur les résultats de santé ou sur le rendement du système de santé. »[23]

ANNEXE 2
CHEMINEMENT DES PROPOSITIONS DE PRATIQUES DE POINTE



I. PROPOSITION DE PRATIQUES DE POINTE POTENTIELLES

Les propositions sont soumises via un formulaire (voir modèle ci-dessous) simple ou gabarit de type « lettre d'intention » qui permet de dresser un portrait global de la pratique soumise. L'appel de proposition serait soumis avec une fiche synthèse sur ce qu'est une pratique de pointe.

Public cible : gestionnaires, praticiens (de toutes les directions) et chercheurs.

Dépôt des projets : Unité de développement de pratiques de pointe de l'IU ou du CAU.

Temporalité : il pourrait y avoir un concours tous les ans ou aux deux ans (en alternance entre IU et CAU). Selon nos capacités et ressources disponibles.

Thématique : les appels pourraient être ciblés sur une thématique spécifique selon, par exemple :

- Des problèmes émergents ou besoins cliniques prioritaires identifiés en lien avec nos domaines d'expertise ;
- La possibilité de s'arrimer avec un plan d'action du ministère (cela permettrait de financer le développement).

II. ÉVALUATION DE LA QUALIFICATION EN TANT QUE PRATIQUE DE POINTE

L'évaluation de propositions d'idées sera faite par l'Unité de développement des pratiques de pointe de l'IU ou du CAU composée de membres qui ont une expertise sur les pratiques de pointe ou sur la thématique en question. Cette évaluation permettra de déterminer si l'idée de pratique soumise se qualifie ou pourrait se qualifier éventuellement comme pratique de pointe selon les critères fixés dans le présent cadre de référence. Cette équipe fera ses recommandations selon les critères qui auront été établies dans le présent document.

Scénario 1 : la pratique (ou idée de) sous sa forme actuelle ne se qualifie pas.

L'unité de développement de la pratique de pointe pourrait conseiller le demandeur pour le soutenir :

- En le jumelant avec un chercheur ou avec un intervenant si la pratique/idée a un caractère qui pourrait être d'intérêt pour l'un de nos chercheurs ou intervenant (selon la provenance de la demande) ;
- En conseillant sur le moyen de faire évoluer la proposition vers une pratique (ou idée de) qui se qualifierait comme pratique de pointe;
- Pour les cliniciens : en leur offrant quelques conseils en termes d'évaluation ou autres moyens de monitorer et soutenir la pratique/la développer.

Scénario 2 : la pratique se qualifie

L'équipe de l'Unité pratiques de pointe offrira des conseils et son soutien pour soumettre un dossier plus complet qui sera présenté au Comité de gouvernance (ou direction clinique) concerné, qui pourra s'élargir au besoin (si le projet concerne plus d'une direction). Ce soutien pourrait prendre la forme de :

- Créer des liens avec l'équipe de recherche ou l'équipe clinique (selon qui soumet la demande) pour s'assurer de la faisabilité ;
- Offrir des conseils sur les moyens de mieux mettre en valeur la pratique, ses retombées et de la valeur ajoutée d'en faire une pratique de pointe ;
- Soutien à la rédaction d'une proposition si les ressources le permettent.

Dans la mesure où le processus ne permet de faire émerger qu'un seul projet, celui-ci sera de facto pris en charge par l'IU ou le CAU concerné pour accompagnement en tant que pratique de pointe. Une présentation sera alors faite au comité de gouvernance ou à la direction clinique concernée par la pratique de pointe.

Par contre, dans la mesure où plus d'un projet émergerait du processus, le comité de gouvernance sera impliqué pour la priorisation des projets.

III. ÉVALUATION POUR FIN DE PRIORISATION DES PROJETS

Une rencontre spéciale du comité de gouvernance auquel s'ajouterait des directeurs ou directeurs adjoints de direction transversale (Innovation et Qualité, notamment) serait organisé pour l'évaluation et déterminer quel projet sera sélectionné comme pratique de pointe accompagnée par notre IU ou CAU.

Critères de priorisation :

- Faisabilité ;
- Capacité de transfert vers le milieu clinique en fin de processus ;
- Retombées réelles ou anticipées ;
- Qualité et ancrage du partenariat clinique-recherche ;
- Transférabilité.

Les projets non priorisés pourraient suivre le processus décrit dans le scénario 1 ci-dessus. Si la pratique est priorisée, les gestionnaires IU et CAU et les demandeurs s'assurent de désigner un chargé de projet et de la mise en place d'un comité de pilotage.

ANNEXE 3
QUESTIONNAIRE POUR APPEL À IDÉES DE PROJET

Cet appel à idées de projet s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants de toutes les équipes du CIUSSS-COMTL qui cherchent du soutien pour développer une nouvelle pratique ou à améliorer une pratique existante en lien avec les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins de leur clientèle ou d'un sous-groupe de leur clientèle.

Dans le cas où votre idée serait sélectionnée, le soutien qui vous sera offert par l'IU ou le CAU concerné visera le développement d'une pratique de pointe. Une pratique de pointe constitue une innovation par rapport aux pratiques courantes qui 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 demandes seront analysées par une unité de développement des pratiques de pointe et seront priorisées en fonction :

- **De la pertinence de développer une pratique de pointe en fonction du besoin**
- **Du potentiel du projet en tant que pratique de pointe**
- **De la pertinence du projet en fonction des champs d'expertise de l'Institut ou du Centre affilié universitaire**
- **De la faisabilité du projet**
- **Des retombées attendues**

PROPOSITION DE PROJET

Description :

Titre de la proposition :

Nom de responsable de la proposition :

Nom des autres ressources impliquées (s'il y a lieu) :

Décrivez les raisons qui vous conduisent à vouloir développer une nouvelle pratique ou à améliorer une pratique existante. Ces raisons devraient être en lien avec un besoin des usagers ou d'un sous-groupe d'usagers qui n'est pas adéquatement répondu par les services actuels :

Selon vous, combien d'usagers sont touchés par l'absence de réponse adéquate à ce besoin et qu'elles sont les conséquences de cette absence de réponse adéquate au besoin?

Si le besoin touche peu d'usagers, quelle est la gravité ou l'ampleur du problème et les répercussions potentielles pour les usagers ou la communauté?

Décrivez la nouvelle pratique ou la pratique améliorée que vous voudriez mettre en place pour répondre à ce besoin.

- **Quelles formes cette pratique prendrait-elle?**
- **En quoi cette pratique est innovante?**
- **Comment cette pratique répondrait-elle au besoin de la clientèle ou d'un sous-groupe de la clientèle?**

Développer une nouvelle pratique ou améliorer une pratique existante demande l'engagement de plusieurs acteurs à différents niveaux (intervenants, gestionnaires, etc.). Comment votre équipe et vous comptez-vous vous engager dans le développement et la mise en œuvre de cette pratique?

Quels sont les facilitateurs que vous anticipez dans le développement et la mise en place de cette pratique?

Quel sont les enjeux ou les obstacles que vous anticipez dans le développement et la mise en place de cette pratique? Précisez comment vous prévoyez les surmonter :

Si cette nouvelle pratique ou cette pratique améliorée voyait le jour, quelles seraient ses retombées ou les bénéfices sur :

La clientèle? :

L'accessibilité des services? :

Les ressources humaines, matérielles et/ou financières du réseau? :

ANNEXE 4
GRILLE D'ÉVALUATION DES PROPOSITIONS DE PROJET

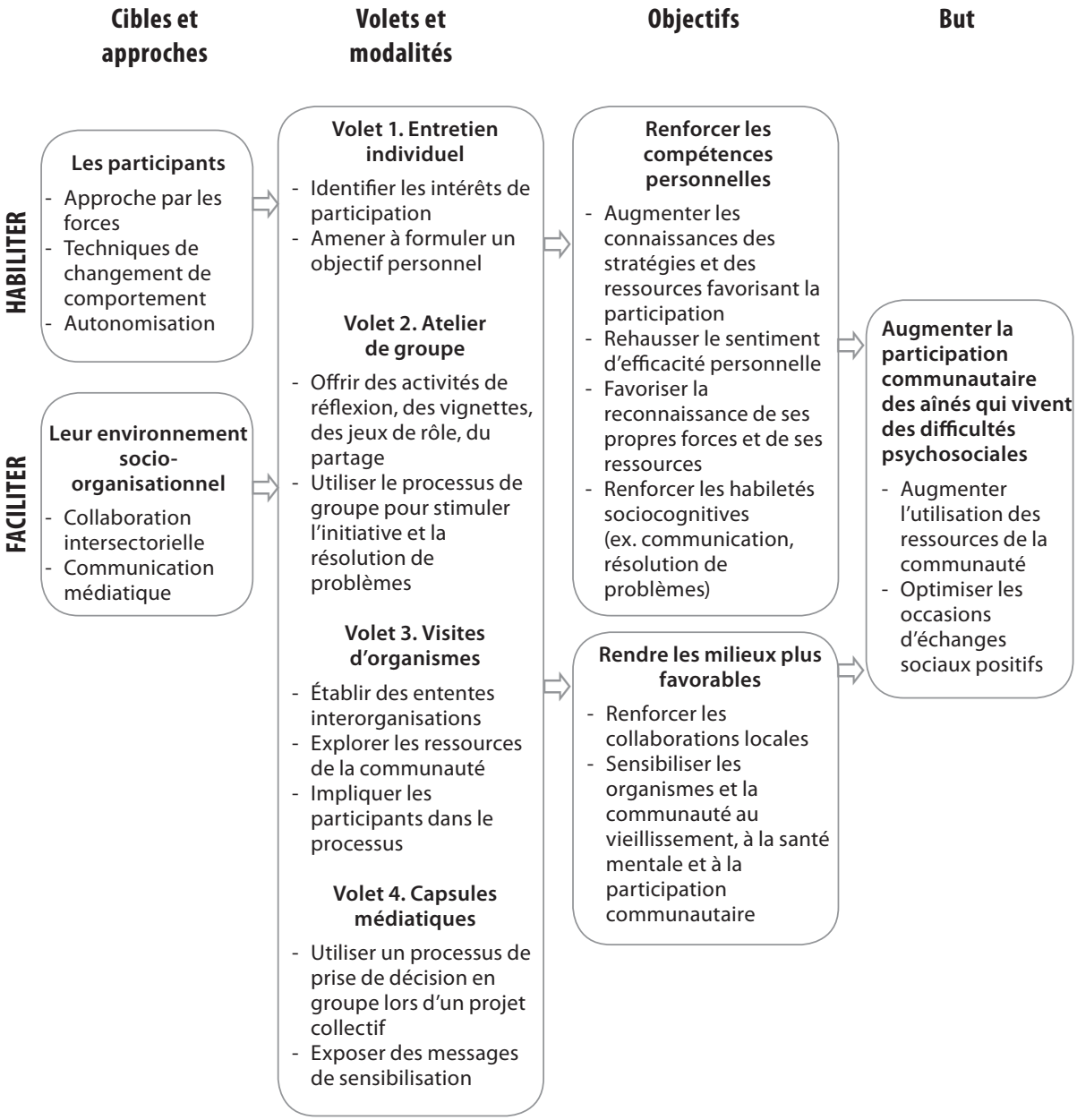
Nom de l'évaluateur :						
Date :						
	Projet n°1	**Projet n°2**	**Projet n°3**	**Projet n°4**	**Projet n°5**	**Projet n°6**
Pertinence de développer une pratique de pointe en fonction du besoin (Score de 0-2, où 0 = pas du tout en accord, 1 = partiellement en accord, 2 = tout à fait en accord)						
L'absence de réponse adéquate au besoin engendre des conséquences assez importantes pour justifier le développement d'une pratique	Attribuer un score de 0 à 2					
Le besoin concerne un nombre assez important d'usagers pour justifier le développement d'une pratique						
Le besoin concerne un problème d'une gravité assez importante (sociale ou santé) pour justifier le développement d'une pratique						
Potentiel de l'idée projet en tant que pratique de pointe (Score de 0-2, où 0 = pas du tout en accord, 1 = partiellement en accord, 2 = tout à fait en accord)						
La pratique constituerait une expertise spécifique et bien circonscrite						
La pratique constituerait une innovation par rapport aux pratiques courantes						

Nom de l'évaluateur :						
Date :						
	Projet n°1	**Projet n°2**	**Projet n°3**	**Projet n°4**	**Projet n°5**	**Projet n°6**
La pratique fait partie d'un des champs d'expertise de l'Institut ou du Centre affilié universitaire						
Il existe des données probantes relatives à la pratique ciblée						
La faisabilité de l'idée de projet (Score de 0-2, où 0 = pas du tout en accord, 1 = partiellement en accord, 2 = tout à fait en accord)						
L'engagement dont l'équipe prévoit faire preuve semble suffisant pour développer la pratique et éventuellement la mettre en œuvre						
Les enjeux et obstacles identifiés sont surmontables						
Les moyens de surmonter les enjeux et les obstacles sont suffisants et réalistes						
Les facilitateurs identifiés sont assez significatifs pour soutenir le développement et la mise en œuvre éventuelle de la pratique						
Les retombées attendues (Score de 0-2, où 0 = pas du tout en accord, 1 = partiellement en accord, 2 = tout à fait en accord)						
Les retombées sur la clientèle sont assez significatives pour justifier le développement de cette pratique						

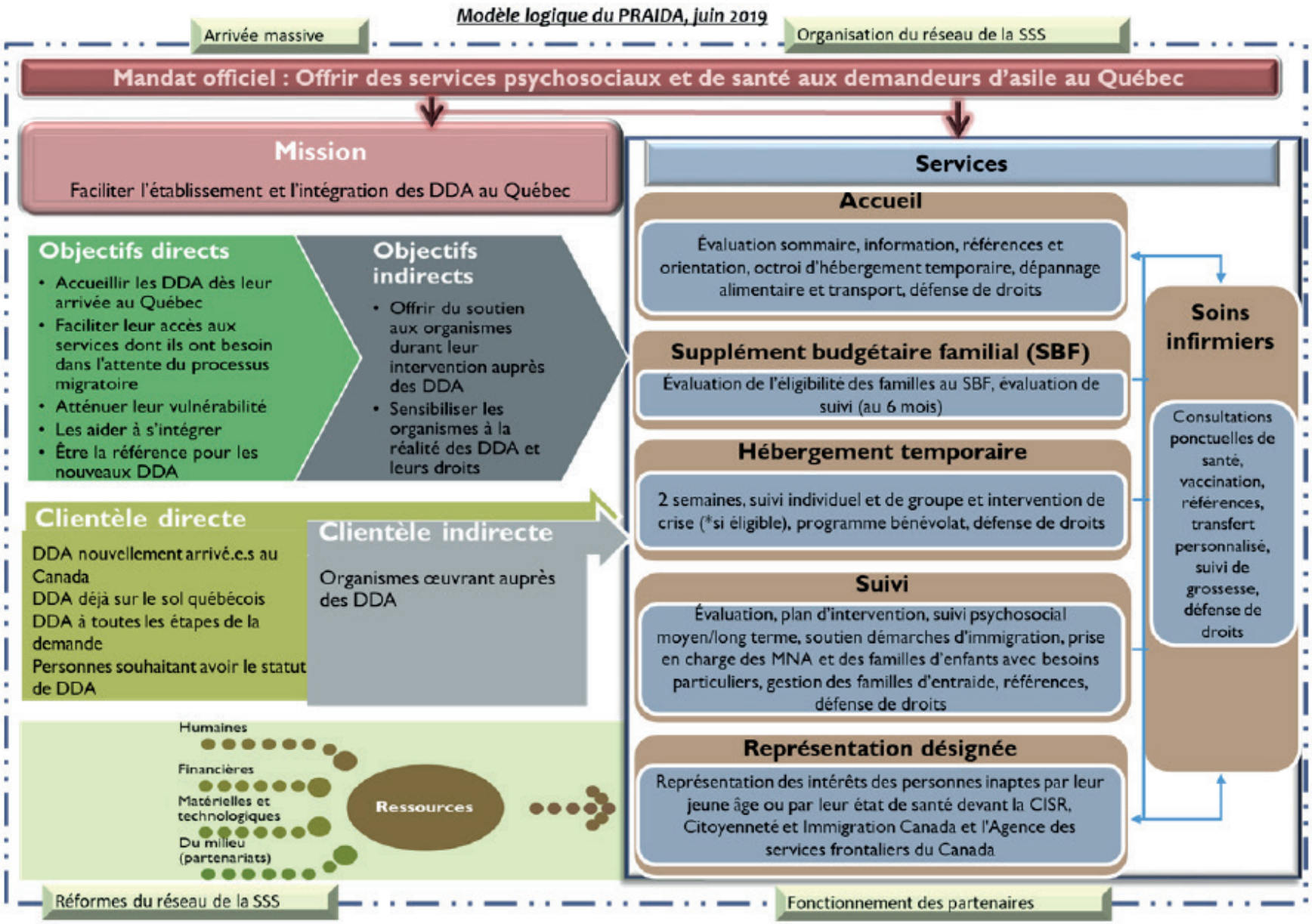
Nom de l'évaluateur :						
Date :						
	Projet n°1	**Projet n°2**	**Projet n°3**	**Projet n°4**	**Projet n°5**	**Projet n°6**
Les retombées sur l'accessibilité des services sont assez significatives pour justifier le développement de cette pratique						
Les retombées sur ressources humaines, matérielles et/ou financières du réseau sont assez significatives pour justifier le développement de cette pratique						
TOTAL (L'idée de projet avec le plus haut score devient prioritaire)						
RANG						

ANNEXE 5
MODÈLES LOGIQUES

Modèle logique de *Participe-présent*



Le programme Participe-Présent a été développé par le Centre affilié universitaire en gérontologie sociale et son centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS). Il vise à renforcer les compétences des personnes aînées qui vivent des difficultés psychosociales, avec ou sans diagnostic de santé mentale, en contribuant à créer des milieux favorables à leur participation aux activités et aux espaces de socialisation disponibles dans la communauté. Il est le fruit d'une collaboration étroite entre l'équipe du domaine d'expertise en Prévention, promotion, santé et vieillissement du CREGÉS (équipe aujourd'hui renommée Vieillissements inclusifs, diversité, santé et bien-être - IDSB), des chercheurs du CREGÉS et de l'Équipe de recherche en partenariat « Vieillissements, exclusions sociales et solidarités » (VIES), des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires des milieux communautaire et associatif. Il se déploie actuellement dans différents établissements du RSSS, organismes communautaires ou ressources résidentielles. Il peut être offert par des professionnels de la santé et des services sociaux, des intervenants du milieu communautaire ou des pairs aidants. Notons que plusieurs projets de mise en œuvre, adaptation et évaluation du programme ont été réalisés ou sont en cours.


Modèle logique du PRAIDA, juin 2019
Arrivée massive
Organisation du réseau de la SSS
Mandat officiel : Offrir des services psychosociaux et de santé aux demandeurs d'asile au Québec
Mission
Faciliter l'établissement et l'intégration des DDA au Québec
Objectifs directs
• Accueillir les DDA dès leur arrivée au Québec
• Faciliter leur accès aux services dont ils ont besoin dans l'attente du processus migratoire
• Atténuer leur vulnérabilité
• Les aider à s'intégrer
• Être la référence pour les nouveaux DDA
Objectifs indirects
• Offrir du soutien aux organismes durant leur intervention auprès des DDA
• Sensibiliser les organismes à la réalité des DDA et leurs droits
Clientèle directe
DDA nouvellement arrivé.e.s au Canada
DDA déjà sur le sol québécois
DDA à toutes les étapes de la demande
Personnes souhaitant avoir le statut de DDA
Clientèle indirecte
Organismes œuvrant auprès des DDA
Humaines
Financières
Matérielles et technologiques
Du milieu (partenariats)
Ressources
Services
Accueil
Évaluation sommaire, information, références et orientation, octroi d'hébergement temporaire, dépannage alimentaire et transport, défense de droits
Supplément budgétaire familial (SBF)
Évaluation de l'éligibilité des familles au SBF, évaluation de suivi (au 6 mois)
Hébergement temporaire
2 semaines, suivi individuel et de groupe et intervention de crise (*si éligible), programme bénévolat, défense de droits
Suivi
Évaluation, plan d'intervention, suivi psychosocial moyen/long terme, soutien démarches d'immigration, prise en charge des MNA et des familles d'enfants avec besoins particuliers, gestion des familles d'entraide, références, défense de droits
Représentation désignée
Représentation des intérêts des personnes inaptes par leur jeune âge ou par leur état de santé devant la CISR, Citoyenneté et Immigration Canada et l'Agence des services frontaliers du Canada
Soins infirmiers
Consultations ponctuelles de santé, vaccination, références, transfert personnalisé, suivi de grossesse, défense de droits
Réformes du réseau de la SSS
Fonctionnement des partenaires

Le modèle logique du PRAIDA (Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile, un programme sous la responsabilité de la direction des services intégrés du CCOMTL) a été construit grâce à une analyse documentaire et une évaluation terrain du programme effectuées par une équipe de l'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles en étroite collaboration avec les membres de l'équipe du PRAIDA. L'élaboration du modèle logique du PRAIDA a par ailleurs permis d'identifier, en collaboration avec les membres de l'équipe, les composantes susceptibles d'émerger en tant que pratique de pointe. Suite à une analyse des besoins et en se basant sur les critères de ce que constitue une pratique de pointe, il a été décidé d'entreprendre une collaboration visant le développement d'un guide de pratique pour le service d'accueil du PRAIDA. En effet, une fois développé, ce guide contribuerait à l'amélioration de la qualité des services en outillant les intervenants afin que leurs services soient fondés sur les évidences et données disponibles quant aux meilleures pratiques pour soutenir l'accueil dans ce type de service. Par ailleurs, la démarche prévoit l'évaluation des retombées. Ultimement, ce guide sera utilisable non seulement pour les intervenants à l'accueil du PRAIDA, mais à tout intervenant des autres régions qui reçoivent des demandeurs d'asile.