

GUIDE

POUR ACCOMPAGNER L'IMPLANTATION DE BONNES PRATIQUES



*L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE EN TÊTE
LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION AU CŒUR
ET L'ACCOMPAGNEMENT POUR FAVORISER L'AUTONOMIE*

Par le Service de courtage et de transfert
des connaissances et des pratiques
de pointe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

GUIDE

POUR ACCOMPAGNER L'IMPLANTATION DE BONNES PRATIQUES

*L'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE EN TÊTE
LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION AU CŒUR
ET L'ACCOMPAGNEMENT POUR FAVORISER L'AUTONOMIE*

Par le Service de courtage et de transfert
des connaissances et des pratiques
de pointe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

RECHERCHE ET RÉDACTION PRINCIPALE

- **Julie Lane**, chef du Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)
- **Pier B. Lortie**, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Chantal Gohier**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Marie Massuard**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Stéphanie Marengo**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Jeanne Bazinet**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Normande Hébert**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Josée Leblanc**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Christine Giguère**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Sophie Gaudreau**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Michelle Morin**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Anne-Marie Royer**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COLLABORATION AUX RÉFLEXIONS

- **Michelle Archambault**, spécialiste en activité clinique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Isabelle Côté**, APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Sébastien Jacques**, interne au doctorat en psychologie organisationnelle, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

CONTRIBUTION À LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

- **Guillaume Baillargeon**, technicien en documentation, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

RÉVISION LINGUISTIQUE

- **Sylviane Fumas**, technicienne en administration, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

MISE EN PAGES

- **Nathalie Caron**, Caron Design

CITATION SUGGÉRÉE

Lane, J. et al. *Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, 2015, 42 p.

ÉDITION

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-924330-68-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-924330-69-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

AVANT-PROPOS

La mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est riche de plus de 20 années comme institut universitaire et comprend actuellement un centre hospitalier universitaire, un institut universitaire de gériatrie, un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux et un centre de réadaptation affilié.

Cette mission universitaire s'actualise par des activités liées à six volets : 1) la recherche; 2) l'enseignement et la formation pratique des stagiaires; 3) le transfert des connaissances; 4) les pratiques de pointe; 5) l'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI); et 6) le rayonnement.

En lien avec le volet transfert des connaissances, notre *Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe* du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a développé, au fil des années, une expertise pour accompagner l'implantation des bonnes pratiques cliniques et de gestion dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Notre service comprend une équipe de plus d'une dizaine de courtiers de connaissances dont le rôle consiste à être un intermédiaire entre des producteurs et des utilisateurs de connaissances, dans le but de favoriser l'utilisation des connaissances, issues de la recherche et de l'expérience, dans les pratiques cliniques et de gestion et les processus organisationnels de prise de décisions (Ridde, Dagenais et Boileau-Falardeau, 2013). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) sollicitent cette expertise depuis plusieurs années pour piloter des projets d'envergure d'implantation des bonnes pratiques dans l'ensemble du RSSS.

Au fil des années, notre service a piloté plusieurs projets nationaux visant à accompagner l'implantation des bonnes pratiques dans l'ensemble du RSSS. Il a développé un cadre de référence en courtage de connaissances (Lane et al., 2012). Il a assuré le leadership de recherches québécoises sur le transfert des connaissances (Lane et al., à paraître; St-Cyr Tribble et al., 2008) et a aussi élaboré un Programme de formation à l'accompagnement pour les courtiers de connaissances. Certains ateliers de ce programme ont été offerts aux courtiers de connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, ainsi qu'au Burkina Faso, dans le cadre du Programme de recherche portant sur les interventions favorables à l'équité en santé. Ce matériel a servi de base à l'élaboration du présent guide.

Notre équipe met de l'avant une approche d'accompagnement dans chacun des projets qu'elle pilote, ce qui constitue sa marque de commerce et suscite l'intérêt d'autres milieux. Ce guide vise à partager et rendre accessible cette approche. Toutefois, il nous est complexe de transposer cette approche en une démarche simple et en utilisant des mots évocateurs. L'approche d'accompagnement, que nous comparons souvent à une « valse délicate », impliquant une écoute et une sensibilité constantes pour se réajuster, apparaît réduite et désincarnée de cette sensibilité lorsque mise en mots. Nous espérons tout de même que ce guide constitue un outil aidant pour les personnes qui souhaitent s'en inspirer. Bonne lecture!

Le Service de courtage et de transfert des connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

TABLES DES MATIÈRES



AVANT-PROPOS.....	1
PRÉSENTATION DU GUIDE.....	3
1. EXPLORER la demande	9
2. ANALYSER les besoins	13
3. PLANIFIER la démarche	15
Aide-mémoire : Concevoir et implanter un guide de bonnes pratiques.....	18
Aide-mémoire : Déployer des activités de développement de compétences	21
Aide-mémoire : Mettre sur pied une communauté stratégique	23
Aide-mémoire : Mettre sur pied et soutenir une communauté de pratique	25
4. COPILER la démarche	27
5. ÉVALUER la démarche	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES	37

PRÉSENTATION DU GUIDE

À qui s'adresse le présent guide ?

Ce guide s'adresse à vous qui tentez de favoriser l'implantation de bonnes pratiques cliniques et de gestion dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ce guide vise à vous outiller en vous proposant un modèle de démarche d'accompagnement à utiliser auprès d'intervenants et de gestionnaires.

Pourquoi un guide sur l'accompagnement pour implanter de bonnes pratiques ?

Les besoins de la population sont en constante évolution. Les situations de soins se complexifient et doivent s'inscrire en cohérence avec divers cadres normatifs et légaux régulièrement transformés, ce qui implique que le RSSS soit en amélioration continue. D'autre part, le RSSS vit actuellement une profonde réorganisation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souligne que cette réorganisation constitue une occasion d'harmoniser les pratiques, et ce, au profit des usagers et de la population. Contribuer à l'amélioration continue et à l'harmonisation des pratiques constitue une tâche complexe. À ce sujet, il est reconnu que les praticiens et décideurs en santé utilisent peu les données issues de la recherche dans leur prise de décisions (Munerol et al., 2013) et que le courtage de connaissances facilite l'utilisation de ces données dans leur prise de décisions (Lemire et al., 2009).

Comment contribuer à l'amélioration continue et à l'harmonisation des pratiques ? Il est reconnu que les stratégies de diffusion classiques (ex. : diffusion d'une directive clinique) ne permettent pas de favoriser une réelle appropriation des connaissances par les praticiens (Graham et al., 2002; Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2000). Il importe d'accompagner cette appropriation des connaissances et le changement de pratiques (St-Cyr Tribble et al. 2008). Il existe une multitude d'écrits sur le thème du changement de pratiques. Toutefois, rares sont ceux qui mettent de l'avant l'approche d'accompagnement et orientent l'action de façon concrète. Ce guide tente de pallier ce manque. Il propose des pistes d'action concrètes pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques et le changement de pratiques. Il est aussi adapté à la réalité du RSSS.

D'où vient ce guide ?

Le présent guide découle de l'expertise développée par le Service de courtage et de transfert de connaissances et des pratiques de pointe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques cliniques et de gestion dans le RSSS. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS possède une mission universitaire qui lui confère le mandat de contribuer à l'excellence dans les services et de soutenir l'ensemble des établissements du RSSS et leurs partenaires,

tant en matière d'innovation clinique, que d'enseignement et de recherche. Au regard de cette mission, notre service a acquis une expertise particulière en lien avec :

- la conception de guides de pratiques;
- la conception et la conduite de processus de concertation et de démarches partenariales adaptées aux besoins exprimés;
- la conception et le déploiement de modalités visant à favoriser la mise en commun de connaissances entre intervenants, gestionnaires et chercheurs dans les CISSS et les CIUSSS.

Sur la base de cette expertise, le MSSS et la CSSSPNQL sollicitent la collaboration de notre service dans plusieurs projets d'implantation ou d'intégration des pratiques. Au fil des années, le service a piloté plus d'une dizaine de démarches d'accompagnement qui ont entraîné des changements de pratiques dans plusieurs régions du Québec :

- Création de l'observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS);
- Implantation de bonnes pratiques en prévention du suicide au Québec;
- Utilisation des nouvelles technologies pour prévenir le suicide: perspectives d'avenir pour le Québec;
- Initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec;
- Implantation de bonnes pratiques en prévention du suicide au Nunavik;
- Implantation de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants d'Info-Social;
- Intégration des interventions dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- Développement des compétences dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE);
- Démarche d'optimisation de la formation des conseillers en abandon du tabagisme des centres d'abandon du tabagisme (CAT) des CSSS et de la *Ligne j'Arrête*;
- Démarche globale pour soutenir la lutte au tabagisme chez les Premières Nations;
- Déploiement d'un programme de formation à l'accompagnement pour les conseillers cliniques;
- Développement des compétences des superviseurs cliniques qui œuvrent dans les centres de santé des Premières Nations;
- Développement d'un programme de formation à l'accompagnement pour les superviseurs d'étudiants;
- Développement des compétences des intervenants visés par *1000 jours pour savourer la vie*.



Qu'entendons-nous par accompagnement ?

L'approche d'accompagnement privilégiée dans ce guide, qui a été mise de l'avant dans plusieurs projets nationaux pilotés par notre service, invite les personnes qui soutiennent l'implantation de bonnes pratiques à se positionner en facilitateur (Scott et Spouse, 2013; Beckers, 2007). Ce rôle consiste à inviter les personnes accompagnées à mobiliser leurs forces et leur autonomie (Scott et Spouse, 2013; Lane, 2008; Orland-Barak et Klein, 2005). Au lieu de mettre à profit rapidement leur expertise, les personnes qui soutiennent l'implantation tentent d'activer celle des personnes accompagnées (Davys et Beddoe, 2010). Bien maîtriser cette approche demande du temps et de la compassion envers soi-même, car le premier réflexe est souvent de transmettre son expertise à l'aide de conseils et d'opinions. Dans certaines situations, il s'avère nécessaire d'adopter une approche plus directive, d'émettre des recommandations ou de donner des conseils (Lee Nelson, 2014; Henderson, 2014). Le tableau suivant pointe des distinctions entre l'approche d'accompagnement et l'approche directive.

Distinctions entre l'approche d'accompagnement et l'approche directive

APPROCHE D'ACCOMPAGNEMENT	APPROCHE DIRECTIVE
La personne qui soutient le changement se centre sur la personne accompagnée et sur ses forces, invitant celle-ci à exprimer sa façon de voir (interprétations, intentions) ou ce qu'elle ressent à l'égard de la situation.	La personne qui soutient le changement s'appuie sur ses connaissances et son jugement (ex. : expériences, jugement clinique) qu'elle transmet à la personne accompagnée en l'orientant.
STRATÉGIES UTILISÉES DANS CETTE APPROCHE	STRATÉGIES UTILISÉES DANS CETTE APPROCHE
• Écouter la personne accompagnée et s'adapter à ses besoins et à ses caractéristiques. • Structurer la discussion (faire préciser l'objectif, soutenir une prise de décision éclairée, faire prioriser). • Poser des questions ouvertes pour activer les ressources de la personne accompagnée (ex. : « Quel but souhaitez-vous atteindre ? », « Quelle est la situation actuelle ? », « Qu'est-ce qui a été fait jusqu'ici ? »)	• Exiger, décider, suggérer, aligner. • Poser des questions fermées (se répondant par oui ou non). • Formuler des phrases affirmatives : donner des conseils et des réponses (ex. : « Pourquoi ne pas essayer de... », « Tu pourrais faire ceci, dire cela... »)
QUAND ADOPTER CETTE APPROCHE ?	QUAND ADOPTER CETTE APPROCHE ?
L'approche d'accompagnement est utilisée : • lorsque l'on désire renforcer le pouvoir d'agir et favoriser la mobilisation, créer une relation égalitaire et authentique de confiance; • lorsque l'on désire faciliter les apprentissages et favoriser l'autonomie.	L'approche directive est utilisée : • en situation d'urgence ou lorsque la sécurité de quelqu'un est menacée; • lorsque des directives claires doivent être données.

Quels sont les principes au cœur de la démarche d'accompagnement proposée ?

Ce guide met de l'avant une démarche d'accompagnement qui s'appuie sur des principes qui guident chacune des démarches pilotées par notre service.

- **Impliquer dès le début de la démarche l'ensemble des acteurs concernés** (intervenants, gestionnaires, partenaires, usagers et citoyens) et effectuer une lecture constante de leurs besoins et des conditions (ex. : organisationnelles, politiques) qui peuvent freiner ou faciliter la démarche d'accompagnement de manière à en influencer le déroulement. L'implication rapide des acteurs favorise par le fait même leur appropriation des bonnes pratiques (Eccles et al., 2012).
- **Mettre en œuvre une approche d'accompagnement** ou de facilitation qui mise sur les forces et stimule l'autonomie des acteurs (Dogherty, 2014).
- **Stimuler le travail en partenariat et en concertation tout au long de la démarche.** Travailler en collaboration avec des acteurs qui possèdent une expertise clinique et d'autres qui possèdent certains leviers de nature structurelle et politique afin de modifier des processus organisationnels (Gifford et al., 2013).
- **Privilégier la mise en œuvre de plusieurs stratégies reconnues efficaces pour entraîner des changements de pratiques, dont l'implication d'agents de changement** déjà présents dans les milieux, en les outillant pour qu'ils deviennent des relayeurs (ex. : superviseur clinique) (Beauchamp et al. 2015).
- **Faire la promotion des connaissances issues de l'expérience et de la recherche**, sans les hiérarchiser, en les transposant en pratiques évocatrices qui orientent l'action des acteurs.
- **Jumeler une approche d'accompagnement qui stimule l'autonomie des acteurs du terrain et une approche plus traditionnelle** qui respecte les mécanismes de communication plus hiérarchiques utilisés dans le RSSS, **tout en assurant une cohérence avec les orientations ministérielles.**

D'où provient la démarche d'accompagnement présentée dans ce guide ?

Le présent guide tire ses assises du cadre de référence sur l'accompagnement développé par notre service (Lane et al., 2012). Ce cadre de référence a été créé à partir de nos expériences en tant que praticiens du transfert des connaissances et à partir de stratégies réputées efficaces issues de cinq créneaux de recherche : l'accompagnement du changement, la gestion des connaissances, l'utilisation des guides de pratiques, le transfert des apprentissages suscités par les formations et le transfert des connaissances. Le présent guide a été élaboré dans l'optique de rendre encore plus concret ce cadre de référence.

De quelle façon est construit ce guide ?

Le présent guide présente la démarche que nous utilisons pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques. Tel qu'illustré dans le schéma suivant, cette démarche est répartie en cinq étapes que l'on réalise généralement dans l'ordre proposé. Toutefois, il est possible que le contexte exige que l'on revienne à une étape antérieure pour y effectuer des ajustements. De plus, bien que l'étape d'évaluation se trouve à la toute fin de la démarche, différentes actions en lien avec l'évaluation doivent être effectuées en cours de démarche.



SCHÉMA 1 :
Démarche pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques



Pour chacune des étapes de la démarche, on propose une courte description de l'étape et un aide-mémoire dans lequel on suggère des pratiques à privilégier. À la fin du guide, en annexe, trois outils simples et concrets sont proposés : un **outil intégrateur** pour accompagner une démarche d'implantation de bonnes pratiques, un **modèle de plan de travail** ainsi qu'un **modèle de canevas d'évaluation**.



EXPLORER la demande

1

POUR BIEN SE COMPRENDRE...

En collaboration avec le demandeur, il s'agit d'explorer l'origine de la demande ou du besoin. Cette demande d'accompagnement peut provenir d'un gestionnaire d'une direction du MSSS ou d'un établissement du RSSS.

Souvent, un écart existe entre le besoin exprimé lors de la demande initiale et le besoin réel. Par exemple, un demandeur pourrait souhaiter l'élaboration d'une formation pour les intervenants dans l'optique d'agir sur un problème perçu (ex. : taux élevé de suicide). Or, en discutant avec le demandeur, le problème est souvent beaucoup plus complexe qu'il ne paraît au premier abord.

À cette étape-ci, on sensibilise le demandeur à l'importance de faire une analyse des besoins et un portrait de la situation afin de construire des fondations solides sur lesquelles s'appuiera la démarche. Ceci permet d'avoir une lecture plus juste de la situation (ex. : sur le problème et ses causes), permettant ensuite de mieux choisir les stratégies adaptées aux besoins et à la situation.

La vision d'accompagnement proposée et les grands principes qui guideront la démarche sont également abordés avec le demandeur. Par exemple, il est souhaitable que le demandeur participe activement à toutes les étapes de la démarche et que les acteurs incontournables soient impliqués dès le début.

Ces premiers échanges avec le demandeur permettront d'obtenir l'information nécessaire pour élaborer un devis préliminaire et personnalisé.



1

EXPLORER LA DEMANDE

- Discuter avec le demandeur afin d'explorer sa compréhension de la situation pour laquelle la demande est faite, en posant par exemple, les questions suivantes :
 - Selon vous, à quel problème la démarche d'accompagnement devrait répondre ? Quelles sont les causes et les conséquences de ce problème ? Décrivez-moi la réalité actuelle.
 - Quels seraient les résultats souhaités mesurables à l'issue de la démarche ? De quelle façon la démarche peut avoir un effet positif et concret sur les pratiques ?
 - Quelles seraient les personnes visées par la démarche ? Quels sont les besoins de ces personnes selon vous ?
- Discuter de l'approche d'accompagnement proposée et des principes qui guident la démarche.

IDENTIFIER LES FACTEURS QUI PEUVENT FREINER OU FACILITER LA DÉMARCHÉ

- Discuter avec le demandeur afin d'explorer les facteurs qui peuvent freiner ou faciliter la démarche. Poser des questions telles que :
 - Pourquoi est-ce un bon moment pour initier la démarche ? (ex. : peu de démarches se déroulent simultanément; arrimage avec d'autres démarches qui se déroulent simultanément)
 - En quoi la démarche s'inscrirait en cohérence avec les enjeux actuels du RSSS ? (ex. : orientations nationales ou régionales, planification stratégique de l'établissement)
 - Qu'est-ce qui pourrait freiner ou compliquer la démarche ? Quelles stratégies pourraient contrer les freins ? Qu'avez-vous essayé jusqu'à présent ? Qu'est-ce qui a fonctionné et moins bien fonctionné ?
 - Les acteurs ont-ils une vision commune du problème de base ? Si oui, quelle est-elle ?
 - Quels sont les éléments que nous devons garder en tête pour que la démarche soit adaptée aux personnes visées ?
 - Quelles sont les ressources (humaines, techniques, matérielles, financières) disponibles pour effectuer la démarche ?
- Faire valoir auprès du demandeur l'importance de faire une analyse des besoins. En impliquant dès le début les personnes concernées par la démarche, ceci favorise l'appropriation des bonnes pratiques qui seront implantées. Poser des questions telles que :
 - Afin de parfaire notre lecture commune de la situation et de bien arrimer la démarche aux besoins du milieu, quels documents existants, qui témoignent de la situation actuelle, pourrions-nous consulter ? Afin de mieux saisir la réalité et les besoins des acteurs, quelles personnes gagnerions-nous à consulter dans la première étape de la démarche ?



1

RÉDIGER UN DEVIS PRÉLIMINAIRE ET PERSONNALISÉ

- Rédiger un devis préliminaire de la démarche en fonction des informations échangées avec le demandeur en précisant (compléter les sections 1 à 4 de l'*Outil intégrateur pour la gestion de la démarche* à l'annexe 1) :
 - le contexte de la demande;
 - les objectifs de la démarche;
 - les étapes de la démarche, les livrables et l'échéancier;
 - les coûts approximatifs de la démarche qui seront sujets à changement en fonction des premières étapes.

Collerette (2008); Bédard, Benoit et Viens (2005).



ANALYSER les besoins

2

POUR BIEN SE COMPRENDRE...

À cette étape, la demande a été clarifiée entre le demandeur et les personnes soutenant la démarche. Il a été convenu de faire une analyse des besoins. En effectuant l'analyse des besoins, on vise à :

- clarifier les besoins de la population, des intervenants et des gestionnaires visés par le changement de pratiques;
- bonifier la compréhension du contexte et des enjeux;
- connaître les services en place;
- faire un premier survol des savoirs issus de l'expérience et de la recherche dans le domaine.

Différentes méthodes de collecte de données seront explorées avec le demandeur et retenues, afin d'avoir accès à une diversité de points de vue sur la situation actuelle. Les données recueillies lors de l'analyse des besoins serviront à planifier la démarche et seront utilisées au cours de celle-ci. Par ailleurs, en consultant les acteurs du terrain à cette étape, cela permet de faciliter leur appropriation de la démarche, et de stimuler leur motivation à s'impliquer dans celle-ci et à en faire la promotion (Landry, Amara et Lamari, 2000; Lemire et al., 2009).

Cette étape implique de nombreux échanges avec le demandeur. Tant le demandeur que les personnes qui soutiennent la démarche gagnent à développer une analyse concertée de la situation pour que les changements ciblés soient fondés et durables.



2

CONVENIR DES DONNÉES À RECUEILLIR

- Préciser les données à recueillir pour dresser le portrait de la situation de façon à :
 - explorer les besoins des personnes visées par le changement de pratiques souhaité;
 - bonifier la compréhension du contexte et des enjeux;
 - prendre connaissance des services en place;
 - effectuer un survol des savoirs issus de l'expérience et de la recherche dans le domaine.

CONVENIR DES MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES

- convenir avec le demandeur du choix des méthodes de collecte de données à privilégier en tenant compte du degré de précision souhaitée pour les données à recueillir et des contraintes (ex. : échéancier, ressources humaines et matérielles, enjeux organisationnels). Les méthodes de collecte de données pourraient consister à effectuer :
 - un sondage en ligne;
 - des entrevues individuelles ou de groupe;
 - de l'observation structurée;
 - une recension des écrits sommaire dans les banques de données et sur Internet pour identifier les orientations ministérielles et la littérature grise pertinentes.
- S'assurer de la diversité des points de vue recueillis (ex. : gestionnaires, intervenants, usagers) et des régions touchées (ex. : urbaines versus rurales).

ÉTABLIR LE PORTRAIT DE LA SITUATION

- Effectuer les collectes de données, tel que convenu avec le demandeur.
- Rédiger un document qui expose les faits saillants qui se dégagent de l'analyse des données recueillies (besoins, contexte et enjeux, services en place, savoirs existants) et émettre des recommandations pour les prochaines étapes de la démarche.
- Inviter le demandeur à valider ces faits saillants. Amener le demandeur à identifier les priorités visées par la démarche.
- Être constamment à l'affût des changements de besoins et de la situation une fois la présente étape terminée. Cette sensibilité à ces changements permet de proposer rapidement des réajustements adaptés à la nouvelle réalité.
- Remplir la section 5 portant sur le portrait de la situation de l'*Outil intégrateur pour la gestion de la démarche* à l'annexe 1.

Beauchamp et al. (2015); Savoie-Zajc (2009); Goeffrion (2009); Blais et Durand (2009); Bouchon (2009); Colletterie (2008); Fontana et Frey (2005); Bédard, Benoît et Viens (2005); Paillé et Mucchielli (2003).



PLANIFIER la démarche

3

POUR BIEN SE COMPRENDRE...

À cette étape, le portrait des besoins et de la situation s'est précisé. Ce portrait permet, entre autres, de cibler, en collaboration avec le demandeur, les acteurs à impliquer et de planifier la structure de gouvernance à mettre en place dans le cadre de la démarche. Le devis préliminaire de la démarche élaboré à la première étape peut être raffiné. C'est le moment de choisir les stratégies reconnues efficaces pour entraîner des changements de pratiques qui seront utilisées pour circonscrire et implanter les bonnes pratiques. C'est également le moment de construire les premiers jalons du canevas d'évaluation.



3

PRÉCISER LES RÉSULTATS ATTENDUS ET PLANIFIER L'ÉVALUATION

- En collaboration avec le demandeur et les acteurs concernés par la démarche, statuer sur les priorités de la démarche en fonction du portrait de la situation et s'assurer d'une compréhension commune des différents aspects de la démarche (ex. : approche privilégiée, limite du mandat, responsabilités des acteurs).
- Garder à l'esprit la raison ultime pour laquelle la démarche est souhaitée (ex. : diminuer le taux de suicide au Québec).
- Accompagner le demandeur à préciser les résultats attendus et les formuler, en termes simples et clairs. Selon la démarche, des résultats peuvent être attendus en lien avec une stratégie spécifique (ex. : les compétences des intervenants à utiliser un nouvel outil à la fin de l'activité de développement de compétences) alors que d'autres seront attendus à la fin de la démarche (ex. : l'intégration d'un outil dans les pratiques d'intervention des intervenants).
- Impliquer le demandeur et les acteurs concernés afin de préciser, pour chacun, les résultats attendus :
 - les indicateurs (ex. : mesure, chiffre, fait, opinion ou perception) qui permettront de vérifier les changements au fil du temps;
 - les méthodes de collecte de données qui seront utilisées (ex. : sondage, groupes de discussion, entrevues, observation);
 - les moments de collecte de données (ex. : au début de la démarche et à la fin);
 - les sources de collectes de données (ex. : documents à analyser, personnes à interroger).
- Compléter la section 9 sur les éléments de l'évaluation de l'*Outil intégrateur pour la gestion de la démarche* à l'annexe 1.

CHOISIR LES STRATÉGIES RECONNUES EFFICACES POUR ENTRAÎNER DES CHANGEMENTS DE PRATIQUES

- Choisir parmi les stratégies reconnues efficaces pour entraîner des changements de pratiques, celles qui seront mises de l'avant dans la démarche. Voici quatre stratégies réputées efficaces parmi les plus probantes pour entraîner des changements de pratiques. Celles-ci sont détaillées dans les prochaines pages :
 1. Concevoir et implanter un guide de bonnes pratiques si le souhait est d'entraîner des changements dans les pratiques et de les harmoniser. (voir p. 18)
 2. Déployer des activités de développement de compétences si le souhait est de développer les compétences des intervenants. (voir p. 21)
 3. Mettre sur pied et soutenir une communauté stratégique si le souhait est de mobiliser et de réunir des partenaires afin qu'ils œuvrent ensemble à trouver des solutions à un problème sur leur territoire. (voir p. 23)
 4. Mettre sur pied et soutenir une communauté de pratiques si le souhait est de favoriser le partage d'expertises entre intervenants et/ou gestionnaires. (voir p. 25)



3

CHOISIR LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION, DE PÉRENNISATION ET DE COMMUNICATION

- Déterminer les stratégies d'implantation et de pérennisation en permettant une adaptation de celles-ci selon les contextes et en misant sur l'implication des *leaders* et autres agents de changement pour promouvoir l'implantation.
- Convenir avec le demandeur des modalités de collaboration et de communication.
 - Mettre en place un comité stratégique qui inclura les acteurs incontournables, provisoires ou permanents à impliquer dans la démarche ainsi que des personnes visées par la démarche (ex. : des intervenants, des gestionnaires, des superviseurs cliniques). Ce comité pourra influencer l'évolution de la démarche par son rôle conseil.
 - Identifier des moments réguliers d'échange et de réflexion avec le demandeur et les principaux acteurs impliqués dans la démarche afin de discuter des enjeux qui pourraient être rencontrés et déterminer les orientations à prendre, au besoin.
- Identifier les stratégies de communication (ex. : feuillet d'information sur l'avancement de la démarche).

FINALISER LE DEVIS

- Rédiger le devis final.
 - Statuer sur les échéanciers et les livrables de chaque étape.
 - Élaborer un plan de travail en collaboration avec le demandeur et les acteurs concernés. (Compléter le plan de travail à l'annexe 2).
 - Déterminer les rôles et responsabilités des acteurs à chaque étape.
 - S'entendre sur les coûts (ex. : ressources humaines et matérielles, frais de déplacements et de subsistance).
 - S'entendre sur les droits de propriété intellectuelle.
 - Rédiger le canevas d'évaluation à l'annexe 3 et inclure les coûts liés à sa réalisation dans le devis.
- Compléter les sections 6 et 7 de l'*Outil intégrateur pour la gestion de la démarche* à l'annexe 1 et mettre à jour, si nécessaire, les sections 2, 3 et 4.

Graham (2014); Dogherty et al. (2013); Santé Canada (2012); Abrahamson (2012); Vermette (2012); Carey, Buchan et Sanson-Fisher (2008); Thompson, Estabrooks et Degner (2006); Cockburn (2004); Eccles et Grimshaw (2004); OMS (2004); Graham et al. (2002); Solberg et al. (2000).

STRATÉGIES RECONNUES EFFICACES POUR ENTRAÎNER DES CHANGEMENTS DE PRATIQUES

Il existe de multiples stratégies visant à changer les pratiques cliniques et de gestion, telles que les conférences, les veilles, les bulletins d'information, les articles, les groupes de co-développement, les guides de pratiques, les formations, les forums en ligne et les communautés de pratiques, pour n'en nommer que quelques-unes. Or, les résultats de recherche montrent que l'efficacité de ces stratégies diffère grandement. Certaines sont réputées plus efficaces que d'autres pour entraîner des changements de pratiques. Dans le présent guide, quatre de ces stratégies réputées efficaces ont été retenues, car elles sont privilégiées dans le cadre des projets que nous pilotons. Chacune d'elles font l'objet d'un aide-mémoire dans les pages qui suivent.

Concevoir et implanter un guide de bonnes pratiques

3.1

Un guide de bonnes pratiques soutient l'action et la prise de décision des personnes auxquelles il s'adresse (ex. : intervenants, gestionnaires, décideurs) en recommandant des pratiques éprouvées et en laissant place au jugement professionnel. Un guide de bonnes pratiques contribue à harmoniser les pratiques mises de l'avant par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Il importe d'accorder dans un tel guide une place centrale à la population concernée par les pratiques qui y sont proposées.

METTRE EN PLACE UN PROCESSUS COLLABORATIF POUR CONCEVOIR LE GUIDE

- Préciser, avec le demandeur, le public ciblé par le guide (ex. : les intervenants) ainsi que les personnes susceptibles d'être intéressées par le guide.
- En complément de l'analyse des besoins réalisées à l'étape 2, effectuer une collecte de données afin de bien cerner les besoins des futurs utilisateurs du guide, connaître le soutien actuel et souhaité au regard des pratiques à implanter ainsi que les facteurs qui influenceront leur utilisation du guide.
- Valider la présence de conditions favorables à l'implantation d'un guide (ex. : les pratiques à mettre de l'avant répondent à un besoin suffisamment important; le contexte d'implantation du guide est suffisamment généralisable pour que les pratiques soient jugées transférables).
- Impliquer des acteurs provenant de différents milieux, incluant des leaders qui sont près de la réalité du terrain (gestionnaire, superviseur clinique, intervenant, utilisateur du service), dans la production du guide (ex. : pour valider des éléments du guide) et dans l'élaboration du plan d'appropriation.
- S'assurer de la divulgation des conflits d'intérêts.



SÉLECTIONNER LES CONNAISSANCES ET LES DONNÉES PROBANTES

- Effectuer une recherche de connaissances :
 - dans les banques de données pour sélectionner les recherches pertinentes qui identifient des pratiques réputées efficaces ou prometteuses;
 - sur Internet pour identifier les orientations ministérielles et la littérature grise pertinentes;
 - par des entrevues avec des personnes-clés (ex. : chercheurs, intervenants chevronnés, gestionnaires).
- Faire appel à des bibliothécaires et des techniciens en documentation pour recevoir du soutien dans la recension des écrits.
 - Définir les critères d'inclusion et d'exclusion des données recueillies.
- Utiliser, en plus des ouvrages précédents, des sources pertinentes telles que :
 - rapports de comités, outils existants (ex. : guides de pratiques, matériel de formation);
 - résultats, observations et réflexions découlant de l'analyse des besoins;
 - expériences issues de la pratique.
- S'assurer que les pratiques qui seront proposées dans le guide s'inscrivent en accord avec les orientations ministérielles présentées dans des ouvrages tels que les cadres de référence, des rapports et des bilans d'implantation, des lignes directrices, etc.

ORGANISER L'INFORMATION DE FAÇON SIMPLE, CLAIRE ET CONCISE

- Déterminer les informations qui sont essentielles à inclure dans le guide, en se demandant en quoi cette information sera concrètement utile pour l'utilisateur.
- Amener les éléments selon un ordre cohérent pour l'utilisateur.
- Utiliser le langage usuel des utilisateurs, tout en assurant la constance du style d'écriture.
- Présenter au début du document un sommaire des messages clés pour souligner leur importance et les répéter dans un sommaire au début de chaque section du guide.
- Faciliter l'organisation des informations à présenter en proposant un processus (clinique ou de gestion) schématisé.
- Utiliser des titres et des sous-titres évocateurs.
- Utiliser un encadré avec résumé ou un aide-mémoire lorsque cela est pertinent.
- Formuler des énoncés de pratiques clairs, dans des termes concrets et spécifiques, en utilisant des verbes d'action qui décrivent les implications pour l'action : les comportements souhaités (« quoi faire ») et les actions à déployer (« comment faire ») selon les situations.
- Envisager d'utiliser un *verbatim* pour appuyer chacune des pratiques proposées et donner des exemples concrets, tout en évitant d'être prescriptif.
- Inclure dans le guide, au besoin, des outils simples, clairs et concrets.

SITUER L'UTILISATEUR DU GUIDE DÈS LES PREMIÈRES PAGES

- Préciser sous forme de questions-réponses des aspects tels que les objectifs du guide, les questions qui y sont abordées, le public ciblé par le guide, la population concernée par les pratiques proposées et les avantages à utiliser ces pratiques. Par exemple :
 - À qui s'adresse le guide ?
 - Pourquoi un tel guide ?
 - D'où vient ce guide ?
 - De quelle façon est construit le guide ?

VALIDER LE CONTENU DU GUIDE

- Consulter à quelques reprises, en cours de rédaction du guide, une diversité d'acteurs, incluant des usagers, pour évaluer les versions préliminaires, préciser les pratiques proposées, ainsi qu'identifier des erreurs, des omissions et des suggestions d'amélioration.

FAVORISER L'APPROPRIATION DU GUIDE

- Publiciser rapidement le guide et associer à sa diffusion des *leaders* du domaine pour en favoriser l'appropriation.
- Déployer des stratégies pour favoriser l'appropriation du guide en impliquant des acteurs terrain et des personnes crédibles qui sont déjà des modèles dans leur milieu (ex. : en formant des relayeurs-formateurs sur la façon de s'approprier le guide).

Beauchamp et al. (2015); Rocheleau (2015); Bernhardsson et al. (2014); Lortie et al. (2013); Wardell (2013); Dogherty (2013); Woolf (2012); Shekelle et al. (2012); Eccles et al. (2012); Gagliardi (2011); Carey, Buchan et Sanson-Fisher (2008); Eccles et Grimshaw (2004); The AGREE Collaboration (2003); Grol, Cluzeau et Burgers (2003).



Déployer des activités de développement de compétences

3.2

Les activités de développement de compétences orientées vers le transfert des apprentissages contribuent à entraîner des changements de pratiques et à améliorer ou maintenir la qualité des services offerts à la population. Afin d'augmenter l'efficacité et les retombées de telles activités, des conditions facilitantes doivent être mises en place avant, pendant et après celles-ci. L'aide-mémoire suivant donne un aperçu de ces conditions facilitantes.

PLANIFIER LES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES

- Effectuer une analyse des besoins de formation des personnes visées par les activités de développement de compétences.
- S'assurer que les gestionnaires reconnaissent l'importance de ces activités afin d'en augmenter les retombées.
- Favoriser la mise en place des conditions organisationnelles qui faciliteront l'appropriation des outils, ainsi que la mise en pratique des compétences qui seront développées au cours des activités (ex. : offrir du soutien clinique, s'assurer qu'un nouvel outil puisse être utilisé dès la fin de la formation).
- Informer les acteurs pour lesquels les changements de pratiques visés par les activités pourraient avoir des répercussions (ex. : informer les médecins de nouvelles compétences développées par les infirmières).
- Formuler les objectifs des activités à l'intention des participants : préciser ces objectifs en s'assurant de les formuler en compétences adaptées aux besoins et aux exigences du travail.
- Déterminer le format pour l'activité de développement de compétences (ex. : en petit ou grand groupe, *e-learning*, webinaire, visioconférence) en tenant compte des besoins et du contexte.

DÉPLOYER DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES

- Rappeler, dès le début des activités, la cohérence entre les besoins exprimés ou les nouvelles compétences à développer et les objectifs des activités.
- Assurer la cohérence entre les objectifs et les activités déployées.
- Éviter de surcharger la mémoire en donnant trop d'informations et utiliser des aide-mémoire schématisés.
- Solliciter les connaissances antérieures ainsi que le savoir-faire et les expériences des participants.
- Établir des liens avec les connaissances antérieures des participants et le contenu des activités.
- Utiliser des exemples inspirés de leurs expériences de travail et faire appel à leurs émotions et à leurs compétences.

3.2

- Planifier des activités permettant de reproduire un contexte similaire à leur milieu de travail (ex. : études de cas, jeux de rôles).
- Stimuler la réflexion sur la pratique.
- Utiliser une variété de stratégies d'enseignement afin de tenir compte des différents styles d'apprentissage (ex. : mise en situation, discussion, réflexion).
- Favoriser les interactions entre les participants.
- Inviter chaque participant à se doter d'un objectif de transfert des connaissances à la fin des activités.

ASSURER LE SUIVI DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES

- Inviter les personnes qui ont un rôle de soutien clinique à accompagner les intervenants dans le transfert de leurs apprentissages. À la suite des activités, elles peuvent :
 - stimuler la réflexion des participants sur le contenu des activités et sur leur objectif de transfert;
 - diminuer leur charge de travail afin de leur permettre d'appliquer les nouvelles pratiques et ainsi faciliter l'atteinte de leur objectif;
 - leur offrir du soutien et de la reconnaissance;
 - s'assurer que les ressources technologiques, logistiques et humaines favorisant le transfert sont disponibles;
 - offrir de la rétroaction.

Gifford et al. (2013); Lane et Gagné (2009); Lemire et al. (2009); Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006); Lane (2005); Chiaburu et Marinova (2005); Chiaburu et Tekleab (2005); Cromwell et Kolb (2004); Bates (2003); McLagan (2003); Machin et Fogarty (2003); Russ-Eft (2002); Gumuseli et Ergin (2002); Lim et Johnson (2002); Van der Klink et Streumer (2002); Richman-Hirsch (2001); May et Kahnweiler (2000); Gedeon (2000); Taylor (2000).



3.3

L'approche de la communauté stratégique propose de mettre en place une structure de collaboration interorganisationnelle et multidisciplinaire dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources et d'améliorer l'expérience de soins et de services de la population. Par la création d'une structure temporaire, on offre à des personnes qui travaillent directement auprès de la population l'occasion de réfléchir et de mettre en œuvre les actions qui leur semblent les plus porteuses pour mieux orchestrer les soins et services offerts à cette population. Une telle démarche se déroule généralement sur une période de 18 à 24 mois.

DÉVELOPPER UNE VUE D'ENSEMBLE DE LA PROBLÉMATIQUE

- S'approprier le continuum d'interventions ou de soins.
- Identifier les acteurs qui contribuent aux interventions dans la problématique ciblée.
- Effectuer un portrait de la situation complémentaire à celui réalisé lors de l'analyse des besoins, en consultant les principaux acteurs concernés par la problématique, incluant ceux du réseau local de services.
- Dégager les priorités d'action à partir du portrait de la situation.

MOBILISER LES ACTEURS À ASSOCIER À LA DÉMARCHÉ

- Organiser une activité de mobilisation pour valider le portrait réalisé avec tous les acteurs concernés.
- Rencontrer la direction de chacune des organisations participantes et les personnes susceptibles de s'impliquer dans la communauté stratégique pour leur présenter :
 - les principes de l'approche de la communauté stratégique (avoir l'appui de la direction, travailler en partenariat, adopter une stratégie ascendante, avoir un parti pris pour l'action) et la structure de projet proposée;
 - le portrait de la situation.
- Valider leur intérêt à participer.

METTRE EN PLACE LES STRUCTURES REQUISES

- Constituer un groupe d'action formé d'intervenants du terrain, de professionnels et de gestionnaires de premier niveau qui se donne les conditions favorables pour imaginer, choisir, expérimenter et évaluer les idées qu'ils auront retenues.
- Constituer un groupe de gestion formé de directeurs provenant de chacune des organisations participantes, qui conseille le groupe d'action, entérine les expérimentations, soutient et facilite les travaux.
- Cibler une personne conseillère-facilitatrice qui est la gardienne de l'approche, qui facilite la démarche et qui assure la coordination adéquate des travaux, le respect des échéanciers et l'atteinte des objectifs.

IMAGINER DE NOUVELLES FAÇONS DE FAIRE ET PASSER À L'ACTION

- Dégager une vision commune de la situation à partir du portrait réalisé auprès des acteurs concernés.
- Utiliser différentes activités pour favoriser l'incubation d'idées nouvelles (ex. : intégrer les membres du groupe, s'inspirer des bonnes pratiques, analyser la problématique et en prioriser les causes).
- Choisir les idées à expérimenter, les développer et passer à l'action.
- Identifier les indicateurs pour évaluer les résultats des idées qui seront expérimentées.

ÉVALUER ET PÉRENNISER

- Évaluer les résultats à la suite des expérimentations.
- Établir les stratégies de pérennisation des nouvelles façons de faire (ex. : intégrer aux activités régulières, mettre en place un système de monitoring, partager et diffuser les résultats et les réussites).

Roy et al. (2012); Roy et al. (2011).



Mettre sur pied et soutenir une communauté de pratique

3.4

Une communauté de pratique est un groupe de personnes ayant un intérêt commun qui se rassemblent pour partager des connaissances et apprendre les uns des autres. Cette stratégie vise généralement à faciliter l'application de nouvelles pratiques, à soutenir des intervenants ou des gestionnaires qui souhaitent s'alimenter des meilleures pratiques, ainsi qu'à développer de nouvelles compétences (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2010). Cette stratégie peut également s'inscrire dans une démarche d'accompagnement plus globale et être utilisée pour favoriser et soutenir l'appropriation de nouvelles pratiques présentées dans un guide de bonnes pratiques.

ANALYSER L'OPPORTUNITÉ DE CRÉER UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

- Effectuer une analyse de besoins auprès des personnes visées par la communauté de pratique, s'il y a lieu.
- Identifier les objectifs visés par la communauté de pratique (ex. : soutenir l'appropriation d'un guide de bonnes pratiques).

METTRE EN PLACE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

- Déterminer les personnes qui seront invitées à participer à la communauté de pratique et définir les stratégies pour les solliciter.
- Clarifier les rôles et responsabilités des personnes qui contribueront à la mise en place et au fonctionnement de la communauté de pratique (ex. : animateur, soutien technologique).
- Définir les règles de fonctionnement de base de la communauté de pratique (ex. : qui peut participer ? à quelle fréquence se dérouleront les rencontres ? qui assurera l'animation ?).
- Offrir un soutien technologique pour faciliter la participation des personnes à la communauté de pratique.
- Faire valoir auprès des gestionnaires la pertinence de participer à la communauté de pratique et s'assurer que les personnes qui y participeront disposent du temps nécessaire pour y contribuer activement.

ANIMER LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

- Assurer une animation motivante et dynamique en maintenant un climat propice à la réflexion et au partage, ainsi qu'en favorisant les échanges entre les participants.
- Faciliter la présentation d'expériences terrain positives par les membres de la communauté de pratique.
- Selon les besoins qui émergeront des rencontres, effectuer des recherches de connaissances et produire des outils qui faciliteront l'appropriation des bonnes pratiques.
- Être à l'affût des besoins exprimés par les membres et proposer, s'il y a lieu, des différentes stratégies pour y répondre.
- Cibler et mettre en œuvre différentes stratégies pour faire face aux enjeux quotidien (ex. : manque de participation).

ÉVALUER LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

- Effectuer une évaluation sporadique de la communauté de pratique pour ajuster son fonctionnement et maintenir sa vitalité.
- Évaluer à la fin de la communauté de pratique les retombées, tel que planifié à l'étape 3.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2010); Langelier (2005).



COPILER la démarche

4

POUR BIEN SE COMPRENDRE...

À cette étape, les échanges avec le demandeur ont permis de convenir des stratégies, reconnues efficaces pour entraîner des changements de pratiques, qui seront déployées en fonction de l'analyse de besoins. Les éléments suivants ont également été clarifiés : livrables attendus, échéanciers, ressources allouées à la démarche, et rôles et responsabilités des acteurs impliqués.

Cette quatrième étape consiste à mettre en œuvre et à copiloter la démarche en déployant l'ensemble des stratégies retenues à la troisième étape. Il s'agit d'assurer le bon déroulement de la démarche en faisant une lecture en continu de l'évolution de la situation afin d'apporter le soutien et les ajustements nécessaires. Cette lecture en continu se fait en portant une attention particulière à ce que l'on fait et à comment on le fait, ainsi qu'aux acteurs impliqués. Les activités d'évaluation qui seront réalisées serviront à apporter des ajustements en cours de démarche. C'est également le moment de mettre en place des stratégies de pérennisation pour que les changements qui seront implantés, s'ils sont évalués positivement, perdurent dans le temps.



4

DÉPLOYER LES STRATÉGIES RETENUES

- Déployer l'ensemble des stratégies retenues, tel que planifié dans le plan de travail, en collaboration avec le demandeur et les acteurs concernés (les stratégies pour entraîner des changements de pratiques, ainsi que les stratégies d'implantation, de pérennisation et de communication).
- Voir au bon déroulement des modalités de collaboration et de communication définies avec le demandeur et les acteurs concernés par les stratégies visant à entraîner des changements de pratiques.

MAINTENIR LA MOBILISATION

Tout au long de la démarche d'accompagnement :

- S'assurer que les acteurs impliqués dans la démarche gardent à l'esprit les objectifs poursuivis en rappelant fréquemment ce qui motive la démarche.
 - Contribuer à faire connaître les besoins auxquels répond la démarche afin que ces besoins demeurent au cœur de celle-ci.

AJUSTER LA DÉMARCHE

Tout au long de la démarche d'accompagnement :

- S'assurer du maintien d'une vision commune de la démarche et des objectifs.
- Consulter, au besoin, les acteurs concernés par la démarche (clientèle, intervenants, gestionnaires, décideurs) pour apporter les ajustements nécessaires.
- Être à l'affût des enjeux qui pourraient être rencontrés en cours de démarche.
- Être à l'écoute des dynamiques entre tous les acteurs concernés.
- Adapter, au besoin, le plan de travail, la structure de gouvernance de la démarche ainsi que les stratégies mises en place en fonction de la lecture de la situation et de l'évolution du contexte (ex. : diminuer la fréquence des rencontres du comité stratégique et favoriser une consultation par courriel).
- Évaluer l'atteinte des objectifs selon l'approche des petits pas et valoriser les bons coups (ex. : en diffusant un feuillet d'information qui les met en lumière).
- Réaliser les activités d'évaluation prévues pour permettre d'ajuster certaines stratégies spécifiques en cours de démarche.
- Adapter et clarifier les rôles et les responsabilités de l'ensemble des acteurs en fonction de l'évolution de la démarche.



4

S'ASSURER DE LA MISE EN PLACE DES STRATÉGIES DE PÉRENNISATION

- Influencer positivement l'ensemble des acteurs concernés par les stratégies visant à entraîner des changements de pratiques pour éviter que le changement repose seulement sur quelques individus.
- Identifier les acteurs (ex. : gestionnaires, leaders cliniques) qui contribueront à assurer la pérennité du changement.
- Identifier, en collaboration avec le demandeur et les acteurs impliqués dans la démarche, les stratégies à privilégier pour favoriser la pérennisation des changements apportés et débiter leur mise en place. Ces stratégies pourraient consister, entre autres, à :
 - formaliser le changement, notamment dans une entente de services;
 - intégrer les nouvelles pratiques aux activités régulières de l'organisation;
 - intégrer la nouvelle pratique aux activités de reddition de comptes;
 - assurer l'ancrage des objectifs dans la planification stratégique des établissements concernés.
- Compléter, lorsque pertinent, la section 8 de l'*Outil intégrateur pour la gestion de la démarche* à l'annexe 1.

Harlos et al. (2012); Colletette (2008); St-Arnaud (2008); Bédard et al. (2005).



ÉVALUER la démarche

5

POUR BIEN SE COMPRENDRE...

À cette étape, différentes stratégies reconnues efficaces pour entraîner des changements de pratiques ont été déployées en collaboration avec le demandeur et les acteurs concernés.

Cette dernière étape de la démarche consiste à évaluer les retombées à plus long terme des stratégies déployées pour entraîner des changements de pratiques, et ce, à partir du canevas d'évaluation. Cette évaluation permet au demandeur, ainsi qu'aux personnes ayant été impliquées dans la démarche, de prendre le temps d'évaluer l'atteinte des résultats escomptés. Cette évaluation permettra d'en tirer des apprentissages en vue d'autres démarches.



5

COLLECTER LES DONNÉES ET LES ANALYSER

- S'assurer que le canevas d'évaluation (annexe 3) permet de documenter toutes les dimensions souhaitées de la démarche et l'ajuster au besoin.
- Réaliser les collectes de données (ex.: faire des entrevues, obtenir des données statistiques) pour évaluer les résultats intermédiaires (ex. : améliorer les pratiques en prévention du suicide).
- Analyser les données recueillies, faire ressortir les faits saillants de celles-ci et émettre des recommandations.

FAVORISER LA PÉRENNISATION

- Finaliser la mise en place des stratégies de pérennisation.

PARTAGER LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

- Diffuser les retombées de la démarche auprès des acteurs ayant été impliqués dans celle-ci et auprès d'acteurs susceptibles d'avoir un intérêt pour ces résultats.
- Tenir compte des apprentissages effectués en lien avec la démarche pour bonifier et ajuster les démarches ultérieures.

Centre d'apprentissage interculturel (2012); Woodhill (2004).



BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAMSON, K.A., FOX, R.L. et DOEBBELING, B.N. (2012). « Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses ». *ANJ*. Wolterskluwer, vol. 112, n° 7, p. 26-35.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTRÉGIE (2010). *L'animation d'une communauté de pratique : une compétence incontournable au courtage de connaissances*. Montréal : ASSS Montréal.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES) (2000). *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

BATES, R.A. (2003). « Managers as Transfer Agents ». In E.F. Holton III et T.T. Baldwin (dir.), *Improving Learning Transfer in Organizations*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass, p. 243-270.

BEAUCHAMP, S., DRAPEAU, M., DIONNE, C., DUPLANTIE, J.-P., DAGENAIS, P., MOUTQUIN, J.-M., FOURNIER, M. et LANE, J. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratiques dans le secteur des services sociaux*. Montréal : Institut national d'excellence en santé et services sociaux.

BECKERS, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et les autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles : De Boeck.

BÉDARD, B., BENOIT, D. et VIENS, C. (dir.) (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 92 p.

BERNHARDSSON, S., JOHANSSON, K., NILSEN, P. et ÖBERG, B. (2014). « Determinants of guideline use in primary care physical therapy: attitudes, knowledge, and behavior ». *Physical Therapy*, vol. 94, n° 3, p. 343-354.

BLAIS, A. et DURAND, C. (2009). « Le sondage », dans B. Gauthier (dir.), *La recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, 5^e éd., Presses de l'Université du Québec, p. 445-487.

BOUCHON, M. (2009). *Guide Collecte de données. Méthodologies qualitatives*, Service technique d'appui aux opérations, Médecins du Monde.

CAREY, M., BUCHAN, H. et SANSON-FISHER, R. (2008). « The cycle of change : implementing best-evidence clinical practice ». *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, n° 1, p. 37-43.

CENTRE D'APPRENTISSAGE INTERCULTUREL. (2012). *La gestion axée sur les résultats en contexte interculturel et à intervenants multiples, manuel du participant*. Institut canadien du service extérieur, Agence canadienne de développement international.

CHIABURU, D.S. et MARINOVA, S. (2005). « What predicts skill transfer? An exploratory study of goal orientation, training self-efficacy and organizational supports ». *International Journal of Training and Development*, vol. 9, n° 2, p. 110-123.

CHIABURU, D.S. et TEKLEAD, A.G. (2005). « Individual and contextual influences on multiple dimensions of training effectiveness ». *Journal of European Industrial Training*, vol. 29, n° 8, p. 604-626.

COCKBURN, J. (2004). « Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? ». *The medical journal of Australia*, 180 (6), p. 66-67.

COLLERETTE, P. (2008). « Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique ». *Télescope*, vol. 14, n° 3, automne, p. 33-49.

CROMWELL, S.E. et KOLB, J. (2004). « An Examination of Work-Environment Support Factors Affecting Transfer of Supervisory Skills Training to the Workplace ». *Human Resource Development Quarterly*, vol. 15, n° 4, p. 449-471.

- DAVYS, A. et BEDDOE, L. (2010). *Best Practice in Professional Supervision : A Guide for the Helping Professions*. London, Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 256 p.
- DOGHERTY, E.J., HARRISON, M.B., GRAHAM, I.D., et KEEPING-BURKE, L. (2014). « Examining the use of facilitation within guideline dissemination and implementation studies in nursing ». *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol. 12, n° 2, p. 105-127.
- DOGHERTY, E.J., HARRISON, M.B., GRAHAM, I.D., DIGEL VANDYK A. et KEEPING-BURKE, L. (2013). « Turning knowledge into action at the point-of-care : the collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice ». *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 10, n° 3, p. 129-139.
- ECCLES, M.P., GRIMSHAW, J.M., SHEKELLE, P., SCHÜNEMANN, H.J., et WOOLF, S. (2012). « Developing clinical practice guideline: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflict of interest ». *Implementation Science*, vol. 6, n° 60.
- ECCLES, M.P. et GRIMSHAW, J.M. (2004). « Selecting, presenting and delivering clinical guidelines : Are there any “magic bullets”? ». *Medical Journal of Australia*, vol. 180, n° 6, p. S52-S54.
- FONTANA, A. et FREY, J.H. (2005). « The interview : from neutral stance to political involvement », dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (ed.), *The sage handbook of qualitative research*, 3^e éd., Thousand Oaks, Sage Publications, p. 695-728.
- GAGLIARDI, A., BROUWERS, M.C., PALDA, V.A., LEMIEUX-CHARLES, L. et GRIMSHAW, J.M. (2011). « How can we improve guideline? A conceptual framework of implementability ». *Implementation Sciences*, vol. 6, n° 26.
- GEDEON, J.A. (2000). *Literature Review : Transfer of Learning*. Travail final remis à l'Université Nova Southeastern.
- GIFFORD, W.A., DAVIES, B.L., GRAHAM, A.D., TOURANGEAU, A., WOODEND, A.K., et LEFEBVRE, N. (2013). « Developing leadership capacity for guideline use : a pilot cluster randomized control trial ». *World Views on Evidence-Based Nursing*, vol. 10, n° 1, p. 51-65.
- GOEFFRION, P. (2009). « Le groupe de discussion », dans B. Gauthier (dir.), *La recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, 5^e éd., Presses de l'Université du Québec, p. 391-414.
- GRAHAM, B. (2014). « Clinical practice guidelines. What are they and how should they be disseminated? ». *Hand Clin*, vol. 30, p. 361-365.
- GRAHAM, I., HARRISON, M., LOGAN, J. et MCCLEARY, L. (2002). Chapter 4. Step 4. *Deciding on your implementation strategies*. In *Toolkit implementation of clinical practice guidelines*. Ontario: Registered Nurses Association of Ontario.
- GROL, R., CLUZEAU, F.A. et BURGERS, J.S. (2003). « Clinical practice guidelines : towards better quality guidelines and increased international collaboration ». *British Journal of Cancer*, vol. 89, n° S1, p. S4-S8.
- GUMUSELI, A.I. et ERGIN, B. (2002). « The manager's role in enhancing the transfer of training : A Turkish case study ». *International Journal of Training and Development*, vol. 6, n° 2, p. 80-97.
- HARLOS, K., TETROE, J., GRAHAM, I.D., BIRD, M. et ROBINSON, N. (2012). « Mining the management literature for insights into implementing evidence-based change in health care ». *Healthcare Policy*, vol. 8, n° 1, p. 33-48.
- HENDERSON, P., HOLLOWAY, J., et MILLAR, A. (2014). *Practical supervision : how to become a supervisor for helping professions*, London, Jessica Kingsley Publishers, 160 p.
- KIRKPATRICK, D.L. et KIRKPATRICK, J.D. (2006). *Evaluating Training Programs : The Four Levels*, 3^e éd., Berrett-Koehler Publishers, 379 p.
- LANDRY, R., AMARA, N., et LAMARI, M. (2000). *Évaluation de l'utilisation de la recherche sociale subventionnée par le CQRS*. Première partie - L'offre de recherche sociale : La perspective des chercheurs. Deuxième partie - La demande de recherche sociale : La perspective des utilisateurs. Québec, Université Laval.
- LANE, J., ZIAM, S. et JACQUES, S. (à paraître). Documentation de différents modèles de courtage de connaissances au Québec.
- LANE, J., ARCHAMBAULT, J. et BAZINET, J. (2012). « La démarche d'accompagnement du CSSS-IUGS et les besoins de recherche qui en découlent ». In Christian Dagenais et É. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal : les presses de l'Université de Montréal, p. 127-140.
- LANE, J. et GAGNÉ, S. (2009). *Le cadre de référence « Transformation », guidant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des formations*. Version rehaussée. Document inédit.
- LANE, J. (2008). *Accompagnement réflexif et raisonnement pédagogique : conceptions et pratiques de personnes enseignantes associées et manifestations du raisonnement pédagogique de leur stagiaire*, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke.



- LANE, J. (2005). « Évaluation et suivi pédagogique du transfert de compétences en formation sur la gestion de la sécurité des machines et les moyens de production ». In J.-J. Paques, R. Bourbonnière, R. Daigle, P. Doucet, P. Masson, P. Micheau, J. Lane, et J. Tardif (dir.), *Transfert de compétences en formation sur la gestion de la sécurité des machines et les moyens de production* (Annexe A). Montréal : IRSST.
- LEE NELSON, M. (2014). « Using the Major Formats of Clinical Supervision ». In C. E. Watkins et D. L. Milne (dir.), *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*, Wiley Blackwell, p. 308-328.
- LEMIRE, N., SOUFFEZ, K. et LAURENDEAU, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances – Bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec, 59 p.
- LANGELIER, L. (2005). *Travailler, apprendre et collaborer en réseau. Guide de mise en place d'animation de communautés de pratique intentionnelles*. Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO), 114 p.
- LIM, D.H. ET JOHNSON, S.D. (2002). « Trainee perceptions of factors that influence learning transfer ». *International Journal of Training and Development*, vol. 6, n° 1, p. 36-48.
- LORTIE, M., FAYE, C., LAROCHE, E., DESMARAIS, L., DENIS, D., NASTASIA, J., GRAVEL, S. et GIRAUD, L. (2013). « Bilan des études sur les guides de pratique en santé : qu'en retirer pour la santé et la sécurité au travail ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*.
- MACHIN, M.A et FOGARTY, G.J. (2003). « Perceptions of training-related factors and personal variables as predictors of transfer implementation intentions ». *Journal of Business and Psychology*, vol. 18, n° 1, p. 51-71.
- MAY, G.L. et KAHNWEILER, W.M. (2000). « The effect of a mastery practice design on learning and transfer in behaviour modeling training ». *Personnel Psychology*, vol. 53, n° 2, p. 353-374.
- MCLAGAN, P. (2003). « New Organizational Forces Affecting Learning Transfer. Designing for Impact ». In E.F. Holton III et T.T. Baldwin (dir.), *Improving Learning Transfer in Organizations*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass, p. 39-56.
- MUNEROL, L., CAMBON, L. et ALLA, F. (2013). « Le courtage de connaissances, définition et mise en œuvre? ». *Revue de littérature*, vol. 25, p. 587-597.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2004). *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 38 p.
- ORLAND-BARAK, L. et KLEIN, S. (2005). « The expressed and the realized : Mentors' representations of a mentoring conversation and its realization in practice ». *Teaching and Teacher Education*, vol. 21, n° 4, p. 379-402.
- ÖRTENGREN, K. (2003). *La méthode de la théorie sur laquelle est basée la méthode du cadre logique*. Repéré à http://www.coopdec.org/UPLOAD/mediaRubrique/file/363_ASDI_La_Methode_du_cadre_logique.pdf
- PAILLÉ, P. et MUCCHIELLI, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, 211 p.
- RICHMAN-HIRSCH, W.L. (2001). « Posttraining interventions to enhance transfer : The moderating effects of work environments ». *Human Resource Development Quarterly*, vol. 12, n° 2, p. 105-120.
- RIDDE, V., DAGENAIS, C. et BOILEAU-FALARDEAU, M. (2013). « Une synthèse exploratoire du courtage en connaissances en santé publique ». *Santé publique*, vol. 25, n°2, p. 137-145.
- ROCHELEAU, L. (2015). *Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 70 p.
- ROY, M., AUDET, M., FORTIER, L., GOSSELIN, A. et B. LORTIE, P. (2012). *Guide de mise en place d'une communauté stratégique pour améliorer la collaboration et l'organisation du travail interétablissements*, Chaire d'étude en organisation du travail, Université de Sherbrooke, 91 p.
- ROY, M., AUDET, M., GOSSELIN, A., B. LORTIE, P. et FORTIER, L. (2011). *La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle*, Programme Intégration des données probantes aux décisions (IDPD) 2009, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).
- RUSS-EFT, D. (2002). « A Typology of Training Design and Work Environment Factors Affecting Workplace Learning and Transfer ». *Human Resource Development Review*, vol. 1, n° 1, p. 45-65.
- SANTÉ CANADA (2012). *Mesure du rendement et évaluation pour les subventions et contributions. Guide de référence pour les bénéficiaires*.

SAVOIE-ZAJC, L. (2009). « L'entrevue semi-dirigée ». Dans B. Gauthier (dir.), *La recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, 5^e édition, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 337-389.

SCOTT, I. et SPOUSE, J. (2013). « Mentoring and supervision and other facilitative relationships ». *Practice-Based Learning Nursing, Health and Social Care. Mentorship, Facilitation and Supervision*, U.K., John Wiley and Sons Ltd, 228 p.

SHEKELLE, P., WOOLF, S., GRIMSHAW, J.M., SCHÜNEMANN, H.J. et ECCLES, M.P. (2012). « Developing clinical practice guidelines : reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development ». *Implementation Science*, vol. 6, n° 62.

SOLBERG, I.L., BREKKE, L.M., FAZIO, J.C., JACOBSEN, N.D., FOWLES, J. KOTTKE, E.T., MOSSER, G. ET O'CONNOR, J.P. (2000). « Lessons from experiences guideline implementers : attend to many factors and use multiple strategies ». *Journal on quality improvement*, vol. 26, n° 4, p. 171-188.

ST-ARNAUD, Y. (2008). *Les petits groupes : Participation et animation*, 3^e édition, Québec, Gaétan Morin et associés.

ST-CYR TRIBBLE, D., J. LANE et collab. (2008). *Le cadre de référence TRANS-ACTION en transfert des connaissances*. Rapport de la recherche : Le transfert des connaissances entre praticiens, gestionnaires et chercheurs comme source d'innovation en CLSC, Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), 39 p.

TAYLOR, M. (2000). « Transfer of learning in workplace literacy programs ». *Adult Basic Education*, Printemps 2000, vol. 10, n° 1, p. 3-18.

THE AGREE COLLABORATION (2003). « Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines : the AGREE project ». *Quality & safety in health care*, vol. 12, n° 1, février, p. 18-23.

THOMPSON, G.N., ESTABROOKS, C.A et DEGNER, L.F. (2006). « Clarifying the concepts in knowledge transfer : a literature review ». *Journal of advanced nursing*, vol. 53, n° 6, p. 691-701.

VAN DER KLINK, M.R. et STREUMER, J.N. (2002). « Effectiveness of on-the-job training ». *Journal of European Industrial Training*, vol. 26, n° 2-4, p. 196-199.

VERMETTE, G. (2012). *Guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS – Implantation d'une offre de services intégrés en dépendance et santé mentale*, Longueuil, Centre de réadaptation en dépendance Le Virage et Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher, 46 p.

WARDELL, D. (2013). « Guideline evaluation ». *J Adv Pract Oncol*, vol. 4, n° 1, p. 62-64.

WOODHILL, J. (2004). *Facilitating complex multi-stakeholder processes : A societal learning perspective*. 46 p.

WOOLF, S., SCHÜNEMANN, H.J., ECCLES, M.P., GRIMSHAW, J.M. et SHEKELLE, P. (2012). « Developing clinical practice guideline : types evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations ». *Implementation Science*, vol. 6, n° 61.



ANNEXES

ANNEXE 1 – OUTIL INTÉGRATEUR POUR LA GESTION DE LA DÉMARCHE

ANNEXE 2 – PLAN DE TRAVAIL

ANNEXE 3 – CANEVAS D'ÉVALUATION

ANNEXE 1 – OUTIL INTÉGRATEUR POUR LA GESTION DE LA DÉMARCHE

Nom de la démarche : _____ Porteurs de la démarche : _____

1	CONTEXTE DE LA DEMANDE	Étape 1
- Besoins et problèmes initiaux - Changements souhaités - Acteurs impliqués et leurs rôles Décrire le problème en tentant de répondre aux questions quoi, qui, quand et où, si applicable. QUOI : Qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? QUI : Quels sont les acteurs concernés par le problème (clientèle, direction...)? QUAND : Depuis quand le problème est-il présent? Quand se produit le problème? OÙ : À quel endroit se produit le problème? COMMENT : Quelle est l'étendue ou l'envergure du problème? <i>À la lecture de cette section, on comprend ce qui amène l'organisation à entreprendre la démarche et on connaît les principaux acteurs.</i>		

2	OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE	Étape 1
Indiquer un objectif pour chaque problème inscrit à la section 1 Les objectifs indiquent ce qui sera différent à la fin de la démarche : Pourquoi faire la démarche? Quelle sera la valeur ajoutée pour la population? Qu'est-ce qui nous permet de croire que nous pouvons générer de la valeur ajoutée? Quels sont les bénéfices à court terme ou à long terme? Est-ce que cette démarche s'inscrit dans le plan stratégique de l'organisation? Est-ce que cette démarche est en réponse à l'exigence d'une norme? <i>À la lecture de cette section, on comprend ce qui sera changé ou amélioré dans l'organisation à la fin de la démarche.</i>		

3	ÉTAPES, LIVRABLES ET ÉCHÉANCIER	Étape 1 et révision étape 3																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ÉTAPES</th> <th>TÂCHES</th> <th>LIVRABLES</th> <th>ÉCHÉANCIERS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Étape 1 – EXPLORER la demande</td> <td rowspan="5">Voir le plan de travail</td> <td>- Un portrait de la situation</td> <td>De ... à ...</td> </tr> <tr> <td>Étape 2 – ANALYSER les besoins</td> <td>- Guide de pratiques</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Étape 3 – PLANIFIER la démarche</td> <td>- Activités de développement de compétences</td> <td>Janvier 201X</td> </tr> <tr> <td>Étape 4 – COPILOTER la démarche</td> <td>- Communauté de pratique</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Étape 5 – ÉVALUER la démarche</td> <td>- Communauté stratégique</td> <td>Avant le ...</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>- Autre(s) outil(s)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Indiquer les principaux livrables à produire en vue d'atteindre les objectifs fixés. <i>À la lecture de cette section, on comprend ce que le demandeur a identifié comme stratégies pour corriger la situation et tendre vers la situation désirée. On connaît globalement l'échéancier de la démarche.</i>			ÉTAPES	TÂCHES	LIVRABLES	ÉCHÉANCIERS	Étape 1 – EXPLORER la demande	Voir le plan de travail	- Un portrait de la situation	De ... à ...	Étape 2 – ANALYSER les besoins	- Guide de pratiques		Étape 3 – PLANIFIER la démarche	- Activités de développement de compétences	Janvier 201X	Étape 4 – COPILOTER la démarche	- Communauté de pratique		Étape 5 – ÉVALUER la démarche	- Communauté stratégique	Avant le ...			- Autre(s) outil(s)	
ÉTAPES	TÂCHES	LIVRABLES	ÉCHÉANCIERS																							
Étape 1 – EXPLORER la demande	Voir le plan de travail	- Un portrait de la situation	De ... à ...																							
Étape 2 – ANALYSER les besoins		- Guide de pratiques																								
Étape 3 – PLANIFIER la démarche		- Activités de développement de compétences	Janvier 201X																							
Étape 4 – COPILOTER la démarche		- Communauté de pratique																								
Étape 5 – ÉVALUER la démarche		- Communauté stratégique	Avant le ...																							
		- Autre(s) outil(s)																								



4

COÛTS DE LA DÉMARCHÉ

Étape 1 et révision étape 3

Étape 1 – EXPLORER la demande	\$
Étape 2 – ANALYSER les besoins	\$
Étape 3 – PLANIFIER la démarche	\$
Étape 4 – COPILOTER la démarche	\$
Étape 5 – ÉVALUER la démarche	\$
Total	\$

Donner un aperçu des coûts de la démarche.

- Ressources humaines : heures du personnel, du chargé de projet, du gestionnaire
- Déplacements : transport, hébergement, repas
- Formation : heures du personnel, formateur
- Ressources technologiques : licences informatiques

À la lecture de cette section, on connaît l'estimation des coûts.

5

PORTRAIT DE LA SITUATION

Étape 2

- **Faits saillants :**
- **Conditions facilitantes :**
- **Freins potentiels :**

Est-ce que le contexte actuel laisse présager des enjeux liés aux ressources humaines (disponibilité du personnel, des acteurs clés), aux technologies (développement technologique, formations), au matériel (disponibilités des locaux, des équipements), aux ressources financières (budget alloué), au temps (échancier de la démarche) ?

À la lecture de cette section, on saisit sur quels éléments une attention particulière doit être portée pour assurer la réussite de la démarche.

6

STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Étape 3

COMITÉ STRATÉGIQUE

Mandat :

Composition :

Animation :

Durée du mandat :

AUTRE COMITÉ (ex. : comité consultatif)

Mandat :

Composition :

Animation :

Durée du mandat :

À la lecture de cette section, on comprend les différents comités mis en place, leur mandat et leur composition.

7

STRATÉGIES RETENUES

Étape 3

STRATÉGIES RETENUES

1. Stratégies d'accompagnement
- Ex. : Concevoir et implanter un guide de bonnes pratiques et déployer une activité de développement de compétences
2. Stratégies de communication
- Ex. : Diffuser un feuillet d'information sur la démarche
3. Stratégies de mobilisation
4. Stratégies de pérennisation

À la lecture de cette section, on connaît les différentes stratégies qui seront déployées.

8

PRINCIPAUX AJUSTEMENTS AU COURS DE LA DÉMARCHE

Étape 4

- Ajustements de la démarche :
- Ajustements des stratégies :
- Ajustements du plan de travail :

À la lecture de cette section, on connaît les principaux ajustements effectués au cours de la démarche.

9

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

Étape 5

Date du suivi :

Résultats escomptés	
Indicateurs	
Principales réalisations au cours de la période	
Progrès vers l'atteinte des résultats escomptés et résultats inattendus	
Écarts	
Leçons apprises, mesures de suivi pour rectifier le tir	

À la lecture de cette section, on a un aperçu des éléments de la démarche qui sont évalués.



ANNEXE 2 – PLAN DE TRAVAIL

ÉTAPES	TÂCHES À RÉALISER	LIVRABLES	RESSOURCES IMPLIQUÉES	ÉCHÉANCIER
1 EXPLORER LA DEMANDE	– Explorer la demande – Identifier les facteurs qui peuvent freiner ou faciliter la démarche – Rédiger un devis préliminaire et personnalisé			
2 ANALYSER LES BESOINS	– Convenir des données à recueillir – Convenir des méthodes de collecte de données – Établir le portrait de la situation			
3 PLANIFIER LA DÉMARCHE	– Préciser les résultats attendus et planifier l'évaluation – Choisir les stratégies retenues efficaces pour entraîner des changements de pratiques – Choisir des stratégies d'implantation, de pérennisation et de communication – Finaliser le devis			
4 COPILOTER LA DÉMARCHE	– Déployer les stratégies retenues – Maintenir la mobilisation – Ajuster la démarche – S'assurer de la mise en place des stratégies de pérennisation			
5 ÉVALUER LA DÉMARCHE	– Collecter les données et les analyser – Favoriser la pérennisation – Partager les résultats de l'évaluation			



ANNEXE 3 – CANEVAS D'ÉVALUATION*

Titre de la démarche						
Durée prévue						
Description de la démarche						
RÉSULTATS ESComPTÉS	INDICATEURS	DONNÉES DE BASE OU ÉTAT ACTUEL	COLLECTE DE DONNÉES			RESPONSABLES
			COMMENT ? (MÉTHODES)	AUPRÈS DE QUI OU DE QUOI ? (SOURCES)	QUAND ? (FRÉQUENCE)	
RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES (à la fin de la démarche ou à long terme) 1. 2.						
RÉSULTATS IMMÉDIATS (en cours de démarche) 1. 2. 3.						
ACTIVITÉS OU STRATÉGIES						

* Ce modèle est inspiré de l'approche de gestion axée sur les résultats. Une logique de cause à effet doit soutenir le canevas d'évaluation. Les activités ou stratégies produisent des résultats immédiats à court terme qui conséquemment apporteront des changements à plus long terme.

