

Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux

Position du Comité sur les guides de pratique
en services sociaux de l'INESSS

Février 2012

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport rédigé par
Sylvie Beauchamp et Jean-Pierre Duplantie

Avec la collaboration de
**Jean-Marie Moutquin, Pierre Dagenais
et Céline Mercier**

Le contenu de la présente publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ce document sera également offert en format PDF dans le site Web de l'Institut à l'adresse suivante : inesss.qc.ca.

Équipe de projet

Auteurs

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Jean-Pierre Duplantie, Ph. D.

Collaboration

Jean-Marie Moutquin M.D., M. Sc.

Pierre Dagenais, M.D., M. Sc., Ph. D.

Céline Mercier, Ph. D.

Recherche documentaire

Lysane St-Amour

Soutien documentaire

Micheline Paquin

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Direction des Services sociaux

Graphisme

Jocelyne Guillot et Magali Bérubé

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN 978-2-550-63323-5 (imprimé)

ISBN 978-2-550-63322-8 (PDF)

Version abrégée de ce document : ISBN 978-2-550-61671-9 (imprimé), ISBN 978-2-550-61670-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Notice bibliographique

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Vers l'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux* – Position du Comité sur les guides de pratique en services sociaux de l'INESSS, document rédigé par Sylvie Beauchamp et Jean-Pierre Duplantie avec la collaboration de Jean-Marie Moutquin, Pierre Dagenais et Céline Mercier, 2012: 1-72.

Publié par la Direction des communications et du transfert de connaissances.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

1195, avenue Lavigerie, bureau 60

Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 644-8103

Télécopieur : 418 644-8120

2021, avenue Union, bureau 10.083

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

Courriel : inesss@inesss.qc.ca

Site Web : inesss.qc.ca



Le présent document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation, certifié Choix environnemental, recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz et par un procédé sans chlore.

Membres du Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux

L'INESS tient sincèrement à remercier les membres du Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux.

LISTE DES MEMBRES (de septembre 2010 à octobre 2011)

Associations d'établissements

MICHEL ARSENAULT, *Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux*

ANNE DURET, *Association des centres jeunesse du Québec*

DANIELLE LÉVESQUE, *Association des centres de réadaptation en déficience physique du Québec*

LOUISE NADEAU, *Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec*

GUY SABOURIN, *Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement*

Établissements universitaires

CARMEN DIONNE, *Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

PATRICK FOUGEYROLLAS, *Institut de réadaptation en déficience physique de Québec*

LISE LAMONTAGNE, *Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent*

JULIE LANE, *Centre de santé et de services sociaux de Sherbrooke*

ISABELLE SIMARD, *Centre jeunesse de Québec*

Fonds de recherche

LISE SANTERRE, *Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture*

Ministère de la Santé et des Services sociaux

STÉPHANIE MORIN, *Direction générale des services sociaux*

JACQUES RHÉAUME, *Direction de la recherche, de l'innovation et du transfert des connaissances*

Ordres professionnels

TINA DEL DUCA, *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*

MARTIN DRAPEAU, *Ordre des psychologues du Québec*

JACQUES GAUTHIER, *Ordre des ergothérapeutes du Québec*

MARIE-LYNE ROC, *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*

DOMINIQUE TRUDEL, *Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec*

Représentation des usagers

PIERRE BLAIN, *Regroupement provincial des comités des usagers*

CLAUDE MÉNARD, *Regroupement provincial des comités des usagers*

Universités

SÉBASTIEN CARRIER, *Université de Sherbrooke*

FRANÇOIS CHAGNON, *Université du Québec à Montréal*

Autre organisme

DIANE BERTHELETTE, *Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales*

Les auteurs, pour le compte de l'INESSS, tiennent aussi à souligner la contribution des membres de la direction de l'Institut, notamment :

D^{RE} VÉRONIQUE DÉRY, *M. Sc., vice-présidente aux affaires scientifiques et professionnelles*

D^R REINER BANKEN, *M. Sc., directeur général adjoint aux relations extérieures, partenariats et réseaux*

Table des matières

Avant-propos	i
Sigles et abréviations	iii
Glossaire	iv
Introduction	1
Les guides de pratique : un mouvement	3
Les guides de pratique : quelques éléments conceptuels	4
Guides de pratique et prise de décision.....	4
Guides de pratique et transfert des connaissances	5
Guides de pratique et principe d'équité	5
Les guides de pratique dans le secteur des services sociaux au Québec	6
Méthode de collecte des données	7
Travaux du Comité sur les guides de pratique et leur analyse qualitative.....	7
Carte cognitive	7
Recherche documentaire	7
Étape 1 Décision de produire un guide de pratique	10
1.1 Établissement des priorités de thématiques pour un guide de pratique.....	10
1.2 Résultats des travaux du Comité sur la décision de produire un guide	12
1.2.1 Analyse de la problématique.....	13
1.2.2 Détermination des aspects à l'étude.....	13
1.2.3 Identification et compréhension des milieux d'intervention visés et des parties prenantes	13
1.2.4 Définition de la question à l'étude et des objectifs du guide de pratique	14
1.2.5 Pertinence et faisabilité de produire un guide de pratique	14
1.2.6 La demande	15
1.3 Comparaison des processus décisionnels relevés dans la littérature avec les travaux du Comité.....	16
Étape 2 Collecte et analyse des données	18
2 Élaboration d'un guide de pratique	18
2.1 Recherche documentaire	18
2.1.1 Recension des guides de pratique existants.....	19
2.2 Constitution d'un groupe d'experts	19
2.2.1 Participation des usagers	20
2.3 Consensus d'experts.....	20
2.4 Types de données.....	20
2.4.1 Hiérarchisation de la preuve	21
2.4.2 Diversification des données	22

2.5	Synthèse des données.....	24
2.6	Adaptation d'un guide de pratique existant	25
2.6.1	Méthode d'adaptation	25
2.7	Élaboration des recommandations	27
2.7.1	Jugement des experts.....	27
2.7.2	Acceptabilité, applicabilité et équité des recommandations	27
2.7.3	Force des recommandations	28
2.8	Résultats des travaux du Comité sur la collecte et l'analyse des données	30
2.8.1	Recherche documentaire	30
2.8.2	Constitution d'un groupe d'experts participant à l'élaboration d'un guide de pratique	30
2.8.3	Élaboration ou adaptation d'un guide de pratique	31
2.8.4	Types de données.....	31
2.8.5	Hiérarchisation de la preuve et diversification des données	33
2.8.6	Synthèse des données.....	33
2.8.7	Élaboration des recommandations	33
2.9	Comparaison des processus de collecte et d'analyse des données relevés dans la littérature avec celui des travaux du Comité	34

Étape 3 Implantation du guide.....36

3	Implantation du guide sur le terrain	36
3.1	Présentation du guide de pratique	36
3.2	Implantation du guide	36
3.2.1	Stratégies d'implantation	37
3.2.2	Efficacité et efficacité des stratégies d'implantation des guides de pratique	38
3.2.3	Facteurs qui facilitent ou entravent l'utilisation des guides de pratique ..	40
3.2.4	Analyse du contexte d'implantation	42
3.3	Résultats des travaux du Comité sur l'implantation d'un guide de pratique sur le terrain.....	44
3.3.1	Transformation du guide de pratique en fonction des utilisateurs et des milieux visés	44
3.3.2	Facteurs facilitant l'implantation d'un guide de pratique	45
3.3.3	Stratégies d'implantation	46
3.3.4	Efficacité des stratégies d'implantation	47
3.4	Comparaison des processus d'implantation relevés dans la littérature avec ceux des travaux du Comité	47
3.5	Évaluation de l'utilité et de l'efficacité des guides	48

Discussion et conclusion.....50

	Discussion.....	50
	Conclusion.....	52

Annexe A Exemples de guides de pratique produits au Québec	53
Annexe B Brève description de la méthode de la théorie ancrée	55
Annexe C Stratégie de recherche documentaire – Décision de produire un guide	56
Annexe D Stratégie de recherche documentaire – Collecte et analyse des données.....	58
Annexe E Stratégie de recherche documentaire – Implantation sur le terrain.....	62
Bibliographie	65

Liste des figures, des tableaux et des encadrés

Figure 1	Processus général d'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux	2
Figure 2	Processus décisionnel de la production d'un guide de pratique.....	17
Figure 3	Exemple de hiérarchisation de la preuve	21
Figure 4	Processus de collecte et d'analyse des données servant à élaborer un guide de pratique	35
Figure 5	Processus d'implantation du guide sur le terrain.....	49
Tableau 1	Classement de la force des recommandations fondée sur le niveau de preuve, selon l'approche GRADE	29
Tableau 2	Efficacité selon les effets visés de stratégies d'implantation des guides de pratique	39
Tableau 3	Questions et défis liés au processus d'implantation d'un guide de pratique dans un contexte donné	43
Tableau 4	Types d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique fondé sur des données probantes	44
Encadré 1	Liste des critères guidant la décision d'élaborer un guide de pratique, selon les travaux du Comité.....	15
Encadré 2	Classification des stratégies d'implantation selon la taxonomie EPOC.....	37

Avant-propos

Dans le contexte d'un système de santé et de services sociaux financé par l'État comme le nôtre, tous les secteurs d'activité se voient pressés par les gouvernements et le grand public de démontrer l'excellence de leurs interventions. Les services sociaux ne sont pas affranchis de ces exigences. Les intervenants et les gestionnaires du secteur social doivent aussi faire en sorte que leurs interventions soient légales, éthiques, efficaces et efficientes en vue de définir le corpus référentiel de leur pratique et de leur organisation. Les guides de pratique constituent l'une des stratégies qui peuvent les aider à atteindre ces objectifs.

Les guides de pratique ont été définis par diverses expressions, dont « les meilleures pratiques », « les déclarations de consensus » ou « les recommandations d'un comité d'experts » [OMS, 2003]. Quoique par leur nature et leurs finalités ces termes puissent être considérés comme étant porteurs d'une signification similaire, le concept de guide de pratique est ici retenu, car il se veut davantage générique et d'appellation courante au Québec. Ce concept sera préalablement défini dans le présent document, puis il sera illustré par des exemples de guides publiés par diverses parties prenantes¹ du Québec.

En janvier 2010, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS, l'un des parents fondateurs de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux) a mis sur pied un comité chargé d'élaborer une vision commune des guides de pratique et de leur utilité dans le secteur social. Plus spécifiquement, ce comité consultatif a pour mandat de :

- prendre connaissance des guides de pratique existants dans le secteur des services sociaux, au Québec, dans leurs aspects psychosociaux et de réadaptation, à savoir :
 - les formes ou les types de guides de pratique existants,
 - les besoins auxquels ils répondent,
 - les processus par lesquels ils ont été élaborés,
 - leur contenu,
 - le type de connaissances sur lesquelles ils s'appuient,
 - les processus d'implantation et de suivi,
 - les évaluations de la portée de ces guides;
- prendre connaissance de la littérature scientifique ou des expériences nationales et internationales (Canada, Royaume-Uni, France, Finlande, etc.) sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux;
- contribuer à dégager les enjeux relatifs à l'élaboration et à l'implantation des guides de pratique dans le secteur des services sociaux;
- contribuer à la définition, s'il y a lieu, d'une typologie de guides de pratique en services sociaux;
- proposer des orientations sur l'élaboration et l'implantation des guides de pratique en services sociaux;
- proposer des outils d'évaluation des guides de pratique en services sociaux;
- proposer des priorités en matière d'élaboration ou de révision des guides de pratique en services sociaux.

1. Partie prenante : individu ou groupe ayant un intérêt dans les décisions ou les activités d'une organisation [ISO, 2010].

Le Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux est formé de représentants d'associations d'établissements, d'établissements universitaires, de fonds de recherche, du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'ordres professionnels, d'un organisme d'évaluation et de transfert des connaissances, d'universités ainsi que d'usagers des organismes suivants :

- Association des centres de réadaptation en déficience physique
- Association des centres de réadaptation en dépendance
- Association des centres jeunesse du Québec
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Fédération québécoise des CRDITED
- Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
- Centre de santé et de services sociaux de Sherbrooke
- Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Centre jeunesse de Québec
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO)
- Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
- Ordre des ergothérapeutes du Québec
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
- Ordre des psychologues du Québec
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)
- Université de Sherbrooke
- Université du Québec à Montréal
- Regroupement provincial des comités des usagers

La liste des membres du Comité (2010-2011) est présentée dans les pages liminaires du présent document. Le conseiller principal aux services sociaux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Jean-Pierre Duplantie, assure la présidence et l'animation des réunions. Il a aussi favorisé l'atteinte des objectifs du Comité. Une chercheure consultante à l'INESSS, Sylvie Beauchamp, a analysé les consultations avec le Comité ainsi que la littérature qui s'y rattache.

Ce document présente le résultat des échanges du Comité consultatif, sans toutefois prétendre couvrir l'ensemble des représentations des diverses parties prenantes, ni viser une standardisation des conditions d'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux. L'unicité de la personne au cœur de l'intervention et l'influence des conditions de vie dictent ce choix. Ce rapport propose plutôt une synthèse des points de vue du Comité et d'une revue ciblée, non exhaustive, de la littérature scientifique afin d'orienter l'élaboration et l'implantation des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Les parties du mandat spécifiquement abordées concernent : 1) la décision de produire un guide, 2) la collecte et l'analyse des données et 3) l'implantation d'un guide de pratique. Les autres parties du mandat seront abordées lors de travaux complémentaires et ultérieurs.

Ce document n'aurait pu être rédigé sans la riche contribution des membres du Comité. L'INESSS tient à les remercier.

Juan Roberto Iglesias, M.D., M. Sc.,
président-directeur général

Sigles et abréviations

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
APA	American Psychological Association
CLIPP	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organisation of Care
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
GIN	Guidelines International Network
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
INESSS	Institut national en santé et en services sociaux
IRD PQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OQLF	Office québécois de la langue française
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Glossaire

Base de données bibliographiques (n. f.) : Source indexée de références bibliographiques, informatisée ou imprimée, décrivant des documents tels que des articles de revues et des rapports scientifiques.

Conflit d'intérêts (n. m.) : Situation dans laquelle les intérêts privés d'une personne qui contribue à une évaluation influent sur sa qualité, l'exactitude des données ou ses résultats.

Déclaration de conflit d'intérêts (n. f.) : Déclaration d'une personne qui contribue à un rapport d'évaluation ou à une revue de la littérature de toute relation financière ou personnelle susceptible d'influencer les résultats ou l'interprétation des résultats de ce rapport ou de cette revue.

Efficacité pratique (n. f.) : Bénéfice que procure l'application d'un programme ou d'une intervention pour corriger un problème particulier dans des conditions générales ou courantes plutôt que dans des conditions contrôlées.

Efficacité théorique (n. f.) : Bénéfice que procure l'usage d'une technologie, d'un programme ou d'une intervention pour traiter un problème particulier dans des conditions idéales, notamment dans le cadre d'une recherche en laboratoire ou d'un protocole d'essai clinique randomisé rigoureux.

Efficiace (n. f.) : Capacité d'obtenir le bénéfice maximal possible compte tenu des ressources disponibles.

Essai clinique (n. m.) : Étude expérimentale rigoureuse et supervisée, incluant des sujets humains, et visant à évaluer les résultats d'une ou de plusieurs interventions.

Essai clinique randomisé (n. m.) : Essai portant sur au moins deux interventions, dans lequel les personnes admissibles sont réparties aléatoirement entre le groupe expérimental et le groupe témoin.

Estimation de l'effet (n. f.) : Dans une étude, relation entre le résultat observé lorsqu'une intervention est appliquée et le résultat observé dans un groupe témoin.

Établissement d'un consensus d'experts (n. m.) : Processus par lequel un groupe d'experts examine une problématique et, par vote ou par tout autre moyen, s'accorde sur la solution à retenir.

Établissement des priorités d'évaluation (n. m.) : Attribution d'un ordre de priorité sur la base de critères explicites ou implicites de sélection des modes d'intervention à évaluer.

Évaluation sur le terrain (n. f.) : Étude conçue expressément pour recueillir des données originales sur un mode d'intervention prometteur afin de vérifier son efficacité pratique lorsqu'on ne dispose pas de données probantes suffisantes pour prendre une décision éclairée.

Hiérarchie de la preuve (n. f.) : Méthode qui permet de déterminer le poids que l'on peut accorder à une étude. Diverses hiérarchies de la preuve peuvent être utilisées.

Innocuité (n. f.) : Caractère d'une intervention, d'un produit ou d'une substance qui n'est pas nuisible.

Prévalence (n. f.) : Nombre de personnes dans une population ayant un problème particulier à un moment donné, habituellement exprimé en proportion du nombre de personnes atteintes par rapport à la population totale.

Recherche de synthèse (n. f.) : Recherche ne produisant pas de données originales, mais qui implique la synthèse qualitative ou quantitative d'informations tirées de plusieurs études originales. Les revues de la littérature, les méta-analyses, les analyses décisionnelles et les rapports consensuels sont des exemples de recherches de synthèse.

Sécurité (n. f.) : Appréciation de l'acceptabilité du risque (mesure de la probabilité d'un résultat indésirable et de sa gravité) associé à l'application d'une intervention dans une situation donnée pour un usager ayant un problème particulier par un intervenant ayant une certaine formation, ou dans un milieu d'intervention donné.

Revue systématique (n. f.) : Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue implique des méthodes objectives de recherche documentaire, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions. On peut ou non utiliser des méthodes statistiques (**méta-analyse**) pour analyser et synthétiser les résultats des études incluses.

Validité externe (n. f.) : Capacité d'un plan de recherche à fournir des résultats généralisables à d'autres populations, à d'autres contextes et à d'autres périodes.

Validité interne : (n. f.) : Capacité d'un plan de recherche à représenter la véritable relation de cause à effet entre une intervention et un effet dans les circonstances particulières de cette recherche.

Ces définitions sont tirées du Glossaire en ETS (évaluation des technologies de la santé), disponible à : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=Liste+de+tous+les+termes>.

Introduction

Les guides de pratique sont l'expression d'une culture d'excellence, aujourd'hui marquée par la volonté politique de promouvoir la recherche de la qualité et de l'efficacité des interventions. La création de l'INESSS en est un exemple patent. Selon le texte de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, sanctionnée le 11 juin 2010², l'INESSS doit, notamment :

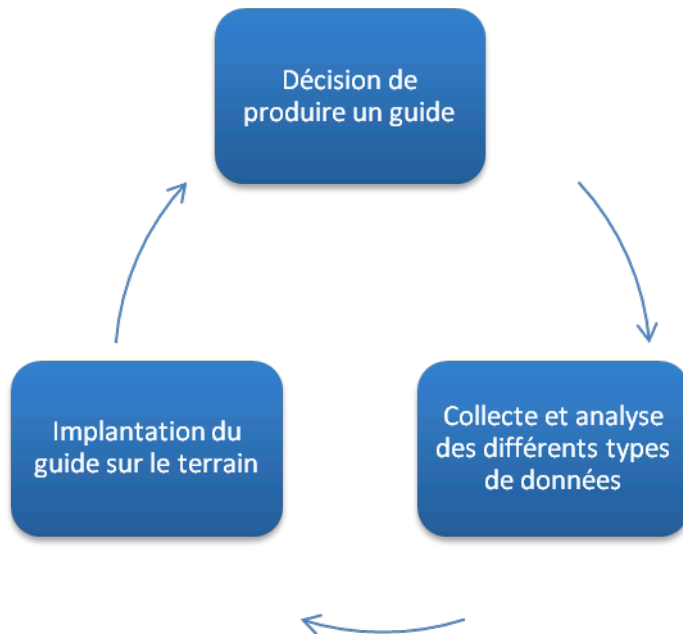
Évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels, élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique.

Afin de donner suite à cet article de loi, l'INESSS a consulté des acteurs clés du secteur des services sociaux, notamment les membres du Comité sur les guides de pratique. Le présent document est d'abord ancré dans les représentations des membres du Comité, qui découlent de leur expérience et de leurs connaissances à l'égard des guides de pratique. Il propose une analyse de l'avancement des travaux que le Comité a réalisés au cours de l'année 2010-2011 sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux au regard de son mandat. L'analyse a conduit à la proposition d'une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux, laquelle est structurée en trois étapes marquantes, à savoir : **1) la décision de produire un guide, 2) la collecte et l'analyse des divers types de données et 3) l'implantation d'un guide de pratique sur le terrain**. Bien que ces étapes méthodiques soient présentées distinctement, elles demeurent néanmoins interdépendantes, chacune étant tributaire des autres. La **figure 1** présente le processus général d'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux.

Cette méthode a ensuite été confrontée à celles relevées dans la littérature spécialisée portant sur la prise de décision de concevoir un guide de pratique, la collecte et l'analyse des données qui le composent ainsi que son implantation. Il ne s'agit pas de proposer une revue systématique sur l'élaboration des guides de pratique dans le secteur. L'exercice vise plutôt à comparer la méthode qui a émergé des travaux du Comité avec celles recensées dans la littérature, sans viser un état exhaustif des connaissances sur la question.

2. Le texte de la Loi est disponible dans le site Web des Publications du Québec à : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2010C15F.PDF>.

Figure 1 Processus général d'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux



Les guides de pratique : un mouvement

Les guides de pratique sont nés d'un mouvement d'abord apparu dans les années 1990 [Sackett *et al.*, 1996] dans le domaine médical (*evidence-based medicine*), pour s'étendre à d'autres domaines d'intervention, dont celui des services sociaux (*evidence-based practice*) [Pilling, 2008]. Ce mouvement a été amorcé par la culture émergente d'une prise de décision fondée sur les données probantes, lesquelles sont définies de prime abord comme des faits ou des preuves pouvant soutenir une conclusion [Gray *et al.*, 2009; Oxman *et al.*, 2009]. Gambrill [2003] décrit ainsi les avantages de l'évaluation systématique de la preuve dans l'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux :

- 1) Se concentre sur les préoccupations de l'utilisateur et sur les bénéfices escomptés.
- 2) Encourage une approche globale et systémique d'offre de services efficaces, efficaces et éthiques.
- 3) Décrit un processus d'intégration de la preuve ainsi que des enjeux d'éthique et d'application.
- 4) Favorise la transparence et l'honnêteté.
- 5) Encourage l'évaluation rigoureuse et la mise à l'épreuve des pratiques et des politiques.
- 6) Favorise l'élaboration, la rédaction et la diffusion d'une évaluation critique des pratiques et des politiques liées aux résultats de la recherche.
- 7) Enseigne aux acteurs concernés à trouver et à critiquer rapidement les rapports de recherche.
- 8) Souligne les défis d'applicabilité.
- 9) Aide à prendre en considération les différences individuelles.
- 10) Décourage les allégations exagérées sur les résultats de la recherche.
- 11) Décrit les erreurs et les accidents et propose des mesures de prévention.
- 12) Ouvre à la critique.
- 13) Reconnaît notre ignorance et le doute conséquent.
- 14) Honore les codes d'éthique professionnelle.
- 15) Favorise l'utilisation des données disponibles.
- 16) Considère tant la population que les individus.
- 17) Diminue les risques d'interventions nuisibles.
- 18) Dénonce le charlatanisme, la pseudoscience, la propagande et la fraude.
- 19) Crée des programmes de formation continue.
- 20) Explore des moyens de réduire les obstacles à la pratique basée sur les données probantes (p. 44-51).

Les guides de pratique : quelques éléments conceptuels

Les guides de pratique peuvent être définis de diverses façons. Les définitions traduisent différents aspects, notamment les processus, les groupes cibles (par exemple les usagers, les intervenants, les gestionnaires ou d'autres parties prenantes) ainsi que les objectifs ultimes déterminés par les auteurs. Ces objectifs peuvent concerner l'aide à la prise de décision, le transfert des connaissances ou des questions d'éthique.

Guides de pratique et prise de décision

Les guides de pratique ont notamment été définis dans le domaine médical comme des recommandations élaborées de façon méthodique afin de faciliter la prise en charge des patients [Field et Lohr, 1990]. Dans le secteur des services sociaux, cette représentation de l'utilité unilatérale des guides de pratique, centrée sur l'intervenant, est aussi présente. Dans un ouvrage portant spécifiquement sur les guides de pratique en intervention sociale, Rosen et Proctor [2003] proposent la définition suivante : *Un ensemble de recommandations méthodiquement compilées et organisées, issues de connaissances empiriques³ éprouvées portant sur des méthodes visant à aider les intervenants à choisir et à utiliser des interventions efficaces et appropriées afin d'atteindre le résultat visé* (traduction libre, p. 1). La définition de l'American Psychological Association [APA, 2005] est similaire. Selon ces définitions, les guides de pratique recommandent des pratiques professionnelles en vue de remédier à un problème particulier ou à un dysfonctionnement.

Dans ces définitions, l'accent est mis sur le pouvoir décisionnel des intervenants sans signifier celui des usagers, aussi concernés par l'application des guides de pratique. D'autres définitions sont donc proposées, de façon à considérer une prise de décision bilatérale qui engage tant l'intervenant que l'utilisateur dans un contexte particulier d'intervention, dont celle de Field et Lohr [1990], abondamment citée : *Guide élaboré par une méthode systématique pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés* (traduction libre, p. 38).

Cette visée bilatérale et néanmoins élargie des guides de pratique a été étendue dans une perspective systémique qui tient compte des diverses parties prenantes susceptibles de les utiliser ainsi que leur contexte d'application. La définition suivante, proposée par l'Organisation mondiale de la Santé [OMS, 2003], en est un exemple : *Les guides de pratique sont des recommandations élaborées méthodiquement et fondées sur des données probantes visant à aider les prestataires de services, les bénéficiaires et les autres parties prenantes à prendre des décisions éclairées au sujet des interventions de santé⁴ appropriées [...] Ces recommandations doivent être suffisamment appuyées pour répondre aux circonstances et aux contraintes particulières dans laquelle elles seront appliquées* (traduction libre, p. 2). Précisons que la santé est, dans ce contexte, définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »⁵.

³ Note : le terme « empirique » est ici défini au sens de « fondé sur l'expérience, sur l'observation et sans référence à ce qui ne relève pas de la médecine scientifique.

⁴ Les interventions de santé sont définies au sens large, de manière à inclure non seulement les interventions cliniques, mais également des mesures de santé publique.

⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée à la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 au 22 juin 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100).

Guides de pratique et transfert des connaissances

Les guides de pratique sont aussi définis comme une forme de connaissances et un outil de transfert des connaissances relatives aux meilleures pratiques, et ce, pour divers acteurs d'un secteur d'activité. Les guides de pratique ont alors pour objet de fournir des connaissances présentées de façon claire, concise et facile d'utilisation pour idéalement proposer des recommandations explicites dans l'objectif d'influencer les actions des diverses parties prenantes, de combler leurs besoins d'informations ou de connaissances et ainsi faciliter l'adoption et l'application des connaissances [Graham *et al.*, 2006]⁶.

Dans le cadre de sa mission, le Social Care Institute for Excellence (SCIE)⁷ utilise notamment les guides de pratique comme un outil de transfert des connaissances portant sur les meilleures pratiques. Le SCIE recense et diffuse des connaissances adaptées à différents acteurs du secteur des services sociaux. Il vise ainsi à soutenir les intervenants, les gestionnaires et les dirigeants du secteur qui ont la responsabilité de fournir des services, tout en reconnaissant l'expérience et l'expertise des personnes qui les utilisent, dont les enfants, les jeunes et leurs familles. Le SCIE considère également les guides de pratique comme un outil d'aide à la décision.

Guides de pratique et principe d'équité

Dans une perspective davantage philosophique, les guides de pratique mettent de l'avant les principes éthiques de respect de l'autonomie, de non-malfaisance ou de bienfaisance et de justice distributive et peuvent ainsi réduire la discrimination. S'ils proposent une démarche professionnelle, ils en reconnaissent néanmoins l'autonomie et la spécificité de chaque partie prenante, dont les usagers. Fondés sur le principe d'égalité dans l'accès aux services, les guides de pratique doivent être élaborés avec la nécessaire vigilance de ne discriminer personne en raison de la race, de l'origine ethnique, de la couleur de la peau, de la religion, du genre, de l'âge, d'un handicap, de l'orientation sexuelle, des croyances, du statut socioéconomique ou d'autres facteurs d'exclusion sociale. Cependant, ce principe n'interdit pas que les guides de pratique puissent cibler particulièrement des personnes ou des groupes défavorisés (des personnes sans domicile fixe, par exemple) afin de répondre à des besoins particuliers et ainsi promouvoir leur mieux-être [NICE, 2008a; Canada, 1982].

Ainsi, les guides de pratique répondent à plusieurs finalités et peuvent être utiles à diverses facettes de l'intervention. Ils peuvent aider les prestataires de services à déterminer et à promouvoir la plus efficace ou efficiente des interventions afin d'améliorer le bien-être des usagers. Ils peuvent autant servir d'outil d'aide à la décision que d'outil de transfert des connaissances, tant aux intervenants qu'aux gestionnaires, aux planificateurs et aux usagers. Ils peuvent également servir de levier à l'équité par la reconnaissance du droit à la différence [Pilling, 2009; Rosen *et al.*, 2003].

6. Cependant, la production d'un guide de pratique comme stratégie unique de transfert des connaissances est peu susceptible de changer les pratiques [MacDermid et Graham, 2009].

7. La description de la mission du SCIE est disponible dans le site Web de l'organisme à : <http://www.scie.org.uk/about/index.asp>.

Les guides de pratique dans le secteur des services sociaux au Québec

Au Québec, différents types de guides de pratique existent, sans que leur appellation soit toujours définie. Ces guides se distinguent par leur finalité et le type de données sur lesquelles ils se fondent. Par exemple, certains visent l'application concrète d'une intervention spécifique, d'autres énoncent des normes éthiques ou déontologiques visant à favoriser une pratique exemplaire. Certains sont fondés notamment sur des données issues de la littérature scientifique. Cependant, tous ces guides ont un point commun : ils sont élaborés en guise de stratégie visant à faciliter l'utilisation sur le terrain de connaissances complexes, tout en laissant place au jugement professionnel [Rosen *et al.*, 2003].

Ces différents guides de pratique ont vu le jour à l'initiative d'ordres professionnels, de centres spécialisés et d'associations d'établissements. La contribution de ces guides sera exposée dans le présent document. L'annexe A présente des exemples de guides de pratique qui ont été élaborés et analysés par le Comité.

Méthode de collecte des données

La méthode de collecte des données suit les quatre étapes suivantes : 1) les travaux du Comité et leur analyse qualitative (voir les pages liminaires qui présentent la description de sa constitution); 2) la structuration de l'analyse des travaux suivant la technique de conception d'une carte cognitive⁸ ; 3) la consultation de la littérature scientifique; et 4) la comparaison de l'analyse des travaux du Comité avec la littérature scientifique. Ces étapes ont été menées suivant l'approche de la théorie ancrée, c'est-à-dire fondée sur des données empiriques, initialement proposée par Glaser et Strauss [1967]. Cette méthode est décrite brièvement dans l'annexe B.

Travaux du Comité sur les guides de pratique et leur analyse qualitative

Les membres du Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux ont participé à huit rencontres d'une durée approximative de trois heures. Les discussions ont d'abord porté sur le thème général des guides de pratique dans le secteur des services sociaux, pour ensuite se concentrer sur des aspects qui nécessitaient d'être davantage précisés. Des exemples de guides de pratique ont aussi été présentés et analysés. Les échanges ont été enregistrés, transcrits puis analysés afin de dégager des unités de sens sur lesquelles pourrait être fondée la méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux [Poupart *et al.*, 1997]. Le codage a été effectué par un auteur (Sylvie Beauchamp) puis validé par un second (Jean-Pierre Duplantie). Des verbatim ont été rédigés pour tenir compte de l'avancement des travaux du Comité, guider l'analyse et comparer les discours. Ces verbatim ont servi de toile de fond à la rédaction de ce document.

Carte cognitive

Les unités de sens ont ensuite été regroupées et reliées au moyen de la technique de conception d'une carte cognitive. Cette technique a permis de recenser les aspects du processus d'élaboration d'un guide de pratique, d'en établir les liens conceptuels et d'envisager diverses permutations possibles afin de proposer une conceptualisation du processus. La carte cognitive a été validée par entente interjuges, d'abord en petit groupe (deux ou trois évaluateurs), puis à l'occasion de deux rencontres avec le Comité. La validation s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte d'un consensus entre les membres du Comité.

Recherche documentaire

Une recherche documentaire a ensuite été réalisée en décembre 2010 et janvier 2011 dans différentes bases de données de façon à obtenir un aperçu de la littérature scientifique disponible et de la comparer aux travaux du Comité. Les bases de données suivantes ont été consultées : PsycINFO (Ovid), PubMed, Current Contents (Ovid), CINAHL (EBSCO), Social Work Abstracts (Ovid), Web of Science (ISI) et ERIC (Ovid). Ces bases de données couvrent les domaines des sciences de la santé, de l'éducation, de la psychologie, de la sociologie et du travail social. La période couverte s'étend de 1995 jusqu'au moment de l'interrogation des bases de données (voir les annexes C, D et E). Aucune veille documentaire n'a ensuite été appliquée.

8. Carte cognitive : représentation de la conception mentale sous une forme graphique, qui permet de structurer sa pensée et ses idées à propos d'un objet particulier [OQLF, 2009].

La recherche documentaire a été menée suivant une stratégie en trois temps, représentant les trois étapes de la méthode émergente du processus d'élaboration d'un guide de pratique, soit : 1) la décision de produire un guide, 2) la collecte et l'analyse des données et 3) l'implantation sur le terrain. La recherche documentaire portant sur la troisième étape a été limitée aux études de synthèse, compte tenu de l'abondance des publications sur le sujet de l'implantation. Par la suite, le repérage de la documentation a été complété par l'analyse des références bibliographiques des articles retenus. Les stratégies de recherche documentaire appliquées sont décrites dans les annexes C, D et E.

La littérature grise portant sur les éléments relatifs au processus d'élaboration des guides a aussi été repérée et analysée. Cette littérature a été repérée au moyen de diverses stratégies. Premièrement, l'INESSS a créé un site Wiki afin de fournir un lieu d'échange d'informations aux membres du Comité. Ceux-ci y ont versé différents documents relatifs aux guides de pratique, jusqu'à la création d'une bibliothèque virtuelle. Ces documents traitent tant de leur propre pratique d'élaboration des guides de pratique que d'autres expériences jugées pertinentes. Ils ont été classés selon les catégories suivantes : définitions et typologies (n = 6), exemples de guides de pratique (n = 27), données probantes (n = 16), méthodologie d'élaboration de guides (n = 10), évaluation des guides (n = 9).

Ensuite, le moteur de recherche Google^{MD} a servi à repérer des guides de pratique. De plus, divers sites Web d'organisations spécialisées ou de groupes d'intérêts ont été consultés, dont les suivants : Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (<http://fr.aerdpq.org/accueil>), American Psychological Association (<http://www.apa.org/>), Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (<http://www.clipp.ca/>), Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (<http://epoc.cochrane.org/>), Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (<http://www.fqcrdi.qc.ca/>), Guidelines International Network (<http://www.g-i-n.net/>), Haute Autorité de Santé (France) (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil), Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (<http://www.irdpq.qc.ca/>), National Institute for Health and Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk/>), New Zealand Guidelines Group (<http://www.nzgg.org.nz/>), Ordre des ergothérapeutes du Québec (<http://www.oeq.org/index.fr.html>), Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/fr/>), Ordre des psychologues du Québec (<http://www.ordrepsy.qc.ca/>), Social Care Institute for Excellence (<http://www.scie.org.uk/>) et Scottish Intercollegiate Guidelines Network (<http://www.sign.ac.uk/>).

Aucun critère d'inclusion ou d'exclusion des études n'a été établi *a priori*. Cependant, les études retenues devaient traiter spécifiquement d'au moins une des trois étapes d'élaboration des guides à des fins de comparaison avec les travaux du Comité. La qualité des études retenues n'a pas été évaluée. Ce document ne prétend donc pas constituer une revue systématique sur la question de l'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux. La recherche documentaire visait plutôt à arrimer la carte cognitive avec la littérature scientifique disponible dans l'objectif de la bonifier, et ce, tant sur le plan conceptuel que sur le plan méthodologique.

De plus, des guides de pratique élaborés par des membres du Comité ont aussi servi à illustrer, par des exemples, le contenu de ce document. Cet exercice a également permis de confronter la méthode proposée avec la pratique actuelle au Québec, de façon à ne pas provoquer de rupture épistémologique,

à favoriser une représentation commune des guides de pratique malgré les différents types de points de vue et à servir ainsi une utilité transdisciplinaire et intersectorielle.

Enfin, la transparence du processus a été la pierre angulaire de la coproduction des connaissances à la base de ce document. Une reconnaissance mutuelle des expertises des membres du Comité et un processus de délibération démocratique en a permis la conception. Aucune règle ou mode de fonctionnement des délibérations n'a été imposé. Chaque membre pouvait amener son point de vue et aucun n'avait préséance sur un autre.

Les sections qui suivent présentent le processus d'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux suivant trois étapes marquantes, à savoir : 1) la décision de produire un guide, 2) la collecte et l'analyse des différents types de données et 3) l'implantation du guide sur le terrain.

Étape 1 Décision de produire un guide de pratique

1.1 Établissement des priorités de thématiques pour un guide de pratique

Puisque l'élaboration d'un guide de pratique nécessite des ressources humaines et financières, la décision d'entreprendre un tel projet ne peut être prise à la légère. Les thématiques doivent donc faire l'objet d'un classement des priorités. Certains organismes ont établi différents critères guidant le choix des thématiques des guides de pratique. Sauf exception, ces organismes sont généralement du domaine biomédical, mais leurs conditions préalables à l'élaboration d'un guide peuvent néanmoins inspirer le secteur social. Par exemple, Battista et Hodge [1995] ont effectué un sondage auprès d'intervenants du secteur médical au Canada. S'inspirant des résultats de ce sondage et de la littérature scientifique disponible, notamment du domaine de l'évaluation des technologies de la santé, ils suggèrent le cadre suivant pour l'établissement des priorités :

- Avant de déterminer les thèmes d'un guide de pratique, les concepteurs doivent considérer la consultation des membres de leur organisation respective, des utilisateurs visés et des autres parties prenantes. La participation de représentants des patients et d'organismes communautaires doit être considérée avec soin.
- Durant la consultation, la faisabilité de concevoir un guide doit être étudiée sur le plan des ressources disponibles, des conditions de pratique dans lesquelles le guide sera implanté, des probabilités que le guide améliore la santé, du coût pour le système de santé et des données quantitatives disponibles sur la pratique courante.
- Le processus conduisant à la détermination d'un thème doit être consigné, être accessible aux membres et aux autres parties prenantes et constituer les fondements de l'évaluation du processus d'élaboration du guide (p. 1236).

En Finlande, les thèmes sont proposés au Current Care Board par différentes parties prenantes, surtout des médecins spécialistes. Le Current Care Board est constitué d'intervenants de première ligne, de représentants d'hôpitaux et du ministère de la Santé ainsi que de chercheurs. Face à l'abondance des demandes de production de guides de pratique, le Current Care Board a voulu revoir ses critères de détermination des thèmes. À cette fin, il a d'abord mené une recherche documentaire portant sur les critères de sélection des thèmes utilisés par les organisations d'évaluation des technologies de la santé et de production de guides. Cette recherche a permis de dresser une liste préliminaire de 22 critères. Cette liste a ensuite été validée au moyen d'entrevues semi-structurées réalisées auprès de 10 experts afin de déterminer l'importance relative des critères [Ketola *et al.*, 2007]. La liste finale des critères d'évaluation des thèmes proposés se présente ainsi :

- Fréquence du problème de santé (très fréquent : 6 points; très rare : 1 point)
- Lourdeur du fardeau pour le système de santé (très lourd : 4 points; très léger : 1 point)
- Effets économiques sur le système de santé estimés par l'ampleur du changement (coûts additionnels ou économies élevés : ± 4 points; aucun changement : 1 point)
- Autres effets sociaux (majeurs : 3 points; mineurs : 1 point)
- Variations dans la pratique clinique (importantes : 5 points; négligeables : 1 point)
- Possibilité de promotion de la santé et de prévention de la maladie (élevée : 3; faible : 1)

- Efficacité et effets indésirables du traitement (efficace et sans risque : 3 points; controversé : 1 point)
- Besoin d'information dans les services de santé (important : 2 points; négligeable : 1 point)

Le New Zealand Guidelines Group (NZGG) propose pour sa part diverses étapes d'élaboration d'un guide de pratique, dont la première est de dégager les thèmes où un guide de pratique fondé sur les données probantes pourrait faire une différence⁹. Le NZGG propose les critères suivants concernant le choix des thématiques des guides de pratique :

- Le problème est important, il touche un grand nombre de personnes et les taux de morbidité ou de mortalité sont élevés (le fardeau de la maladie).
- Le problème est suffisamment complexe pour susciter un débat au sujet des recommandations.
- Il existe des preuves d'écart entre la pratique actuelle et la pratique appropriée.
- Il n'existe pas de guides de pratique valides ou pertinents.
- Il y a suffisamment de données probantes pour permettre de formuler des recommandations.
- Les recommandations seront acceptables pour les utilisateurs potentiels (usagers et collectivités).
- L'application du guide de pratique est possible, ne mobilisera pas une part trop importante des ressources de la communauté et les obstacles aux changements ne sont pas si élevés qu'ils ne puissent être surmontés.

Lorsqu'un guide de pratique sur le même sujet est disponible, le NZGG recommande d'évaluer sa qualité et de l'adapter. La grille AGREE¹⁰ (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) est alors préconisée. AGREE II (deuxième version) permet d'évaluer la qualité d'un guide de pratique. Cette grille est le fruit d'une approche méthodique reposant sur une collaboration internationale de chercheurs et de décideurs. Elle vise à améliorer la qualité et l'efficacité des guides de pratique en établissant un cadre commun d'élaboration. La grille AGREE II est présentée dans la section 2.6.1.2. L'adaptation peut aussi être envisagée comme une solution de rechange à la production d'un nouveau guide de pratique. Un guide méthodologique connu sous le nom ADAPTE est recommandé à cette fin¹¹. Cet outil vise l'adaptation d'un guide produit dans un contexte culturel et organisationnel de pratique. ADAPTE est décrit dans la section 2.6 du présent document.

Ainsi, le Current Care Board et le NZGG basent principalement leur choix des thèmes des guides de pratique sur des considérations cliniques, à l'échelle locale ou sociétale. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) s'appuie sur des critères similaires¹², tout en examinant si la problématique rattachée au guide de pratique s'avère d'une importance politique, à savoir si le sujet tombe dans un domaine prioritaire du gouvernement. Le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) propose à peu près les mêmes critères que le NICE, mais vise aussi à lutter contre les inégalités, en particulier celles qui touchent les enfants et les jeunes, ainsi que le développement des soins de première ligne, des services communautaires et des services hospitaliers de réadaptation. De plus, le

9. Le processus de conception des guides de pratique du NZGG (*Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*) est disponible à : http://old.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf.

10. Cet outil est disponible dans le site Web de AGREE Collaboration à : <http://www.agreetrust.org/>.

11. Cet outil est disponible dans le site Web du GIN à : <http://www.g-i-n.net/activities/adaptation>.

12. Ces critères du NICE (*Topic selection programme: Process manual*) sont disponibles à : http://www.nice.org.uk/media/96A/B2/Topic_SelectionProcessManualv25.pdf.

SIGN prend en considération la perception qu'ont les diverses parties prenantes du besoin d'un guide de pratique¹³.

Plus particulièrement au secteur social, l'American Psychological Association (APA) propose des critères pouvant guider la prise de décision d'élaborer un guide de pratique, sans toutefois préciser le processus de sélection des thématiques étudiées. L'APA [2005] classe les besoins susceptibles de conduire à l'élaboration d'un guide de pratique selon les trois catégories suivantes :

1. **les questions juridiques et réglementaires** : changements de lois locales ou internationales, décisions de la Cour, interactions des professionnels avec le système juridique, changement dans les systèmes administratifs ou réglementaires;
2. **l'intérêt public** : amélioration des services offerts, réduction des méfaits, besoins de populations émergentes (nouveaux groupes d'immigrants, par exemple) mal ou non desservies (personnes sans domicile fixe, par exemple) ou vulnérables (personnes séropositives, par exemple), politiques publiques (programmes de prévention de la violence à l'école, par exemple);
3. **les conseils professionnels** : avènement de nouvelles technologies (dossier client informatisé, par exemple), nouveaux rôles dans les équipes multidisciplinaires, avancées théoriques ou scientifiques, gestion des risques professionnels.

1.2 Résultats des travaux du Comité sur la décision de produire un guide

La **figure 2** (voir la page 17) illustre le processus décisionnel de la production d'un guide de pratique. Selon les membres du Comité, la décision d'élaborer un guide de pratique s'inscrit d'abord dans un processus rationnel ou empirique amorcé par un besoin qui exige des mesures correctives ou adaptatives. Ce besoin peut prendre diverses formes et être déclenché par différentes situations ou différents contextes. Une situation peut être de nature professionnelle, légale, économique, organisationnelle, sociale, éthique, politique ou de nature multiple (voir la figure 2). La décision peut aussi être déclenchée par un événement particulier, tel qu'un changement dans le contexte d'intervention, l'émergence d'une problématique sociale importante ou la médiatisation d'une faute professionnelle. Ces événements vont au-delà d'aspects objectifs tels que le changement d'une loi ou les contraintes économiques découlant de la hausse marquée d'une problématique sociale. La subjectivité des parties prenantes, comme leurs croyances et leurs valeurs, est aussi considérée.

Le besoin d'un guide peut aussi émerger de la pratique en soi, par exemple par souci de maintenir les connaissances des intervenants ou de les mettre à jour (formation continue) lorsque la pratique a évolué. La pratique peut aussi être complexe ou se complexifier et ainsi nécessiter l'acquisition de nouvelles compétences ou connaissances. Elle peut également devenir désuète par les nouvelles connaissances issues de la recherche, voire en raison de données probantes qui proposent une nouvelle pratique davantage sécuritaire, efficace ou efficiente.

Le besoin d'entamer le processus décisionnel de la production d'un guide de pratique peut donc être suscité par des facteurs contextuels, c'est-à-dire par un ensemble de circonstances dans lesquelles s'insère une pratique, ou encore du fait que l'application adéquate de la pratique en soi exige des correctifs ou une mise à jour des connaissances. L'analyse de la problématique est une étape

13. Ces critères du SIGN (*SIGN 50: A guideline developer's handbook*) sont disponibles à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>.

fondamentale de la prise de décision, puisqu'elle permet de définir l'objet du guide de pratique et de connaître son futur contexte d'utilisation.

1.2.1 Analyse de la problématique

Selon les membres du Comité, l'analyse de la problématique doit suivre deux étapes clés, à savoir la détermination des aspects à l'étude ainsi que l'identification et la compréhension des milieux d'intervention visés et des parties prenantes. Les aspects à l'étude prescrivent l'analyse de la problématique (voir la figure 2).

1.2.2 Détermination des aspects à l'étude

L'analyse des guides de pratique conçus au Québec permet de dégager les aspects qui commandent la production d'un guide de pratique. Il pourrait s'agir d'un aspect concernant la sécurité [OEQ, 2008], la légalité [Centre jeunesse de Québec, 2006], l'efficacité et l'innocuité [OPQ, 2007] ou l'efficience [FQCRDITED, 2008]. Ces aspects peuvent aussi être considérés simultanément, ayant pour toile de fond des aspects déontologiques et éthiques tels que l'équité, l'acceptabilité et l'accessibilité des services [Roc, 2008]. Quels que soient les aspects à l'étude, tous visent à combler un besoin. Il faut néanmoins connaître le contexte dans lequel ce besoin se fait sentir. L'identification et la compréhension des milieux d'intervention visés et des parties prenantes s'avèrent alors des étapes incontournables de la prise de décision.

1.2.3 Identification et compréhension des milieux d'intervention visés et des parties prenantes

Les guides de pratique peuvent viser divers milieux d'intervention plus ou moins étendus. Ils peuvent porter sur une intervention à l'échelle nationale ou régionale [Roc, 2009], sur un regroupement de milieux qui partagent ou non la même mission [AERDPQ, 2009; FQCRDITED, 2009; 2008] ou sur un milieu d'intervention particulier, tel que le milieu communautaire ou un établissement [Centre jeunesse de Québec, 2005a].

L'analyse du milieu peut aussi renseigner sur l'état de santé et de bien-être des usagers et permettre de connaître ce qui s'y fait en guise d'interventions. Cette étape fournit aussi des informations sur les mesures d'efficacité de la pratique courante et ses conditions d'application (gravité du problème et des problèmes concomitants, intensité et fréquence des interventions, etc.). Ces données s'avèrent fort utiles puisqu'elles peuvent rendre compte tant des pratiques désuètes que de celles habituellement appliquées et éprouvées scientifiquement ou empiriquement. Elles peuvent ainsi servir de données de comparaison avec des pratiques dont l'efficacité est démontrée prometteuse ou prouvée par les données issues de la littérature. Elles renseignent aussi sur le besoin, la volonté et la capacité (financière, par exemple) de changement de pratique et, par conséquent, sur le potentiel d'utilisation des guides de pratique. Cependant, ces données peuvent aussi démontrer que la pratique actuelle est efficace et efficiente et qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances, de la changer pour une autre, voire de produire un guide.

L'analyse du milieu ne se limite toutefois pas aux lieux physiques et à ses composantes objectives, dont les budgets, les règlements ou l'organisation des services. Ces milieux sont aussi des milieux de vie où évolue « du vrai monde », dont la pratique est animée par des connaissances, des expériences, des habitudes professionnelles, des valeurs et des croyances en fonction desquelles le guide doit être ajusté.

Les parties prenantes peuvent se situer à différents niveaux décisionnels, dont celui des intervenants, des bénévoles, des enseignants, des parents, des usagers, des gestionnaires ou des planificateurs (voir la figure 2). Ainsi, le processus d'analyse de la problématique exige non seulement de préciser les milieux auxquels s'adressent les guides de pratique, mais aussi de bien connaître les diverses parties prenantes, tant sur le plan objectif que sur le plan subjectif.

En somme, le processus d'analyse de la problématique est une étape préliminaire à la décision d'élaborer un guide de pratique, qui sert essentiellement à synthétiser les questions suivantes :

1) Comment se définit le problème? 2) Quels aspects devraient être traités? 3) Dans quel milieu le guide devrait-il être intégré? 4) Quelles sont les parties prenantes?

1.2.4 Définition de la question à l'étude et des objectifs du guide de pratique

La question à l'étude fonde le guide de pratique car elle traduit la problématique en un enjeu lié à une intervention. Ainsi, le guide peut notamment traiter d'une approche, d'un service ou d'un programme, d'un problème spécifique d'une clientèle ou d'un milieu, d'une pratique générale ou d'une activité professionnelle particulière.

Selon les membres du Comité, les guides de pratique se formulent aussi comme des recommandations élaborées dans l'objectif de proposer une pratique visant le mieux-être des usagers et l'amélioration de notre système de santé et de services sociaux. Ainsi, un guide de pratique suggère une façon de faire tout en laissant, bien entendu, libre cours au jugement professionnel ou personnel. Il se distingue des documents plus directifs comme ceux qui encadrent l'application d'une loi, d'une politique ou de normes professionnelles. Un guide de pratique ne dicte pas. Il accompagne la pratique et chaque partie prenante est libre de l'appliquer dans son ensemble ou en partie. Cependant, dans une perspective de reddition de comptes et quel que soit le degré de complexité des guides de pratique, les objectifs énoncés doivent toujours être mesurables afin que les résultats escomptés puissent être ultérieurement évalués.

1.2.5 Pertinence et faisabilité de produire un guide de pratique

L'élaboration d'un guide de pratique peut s'avérer une tâche ardue et onéreuse. La décision de le produire doit donc être stratégique, tant sur le plan de la pertinence que sur le plan de la faisabilité. D'abord, la décision doit reposer sur des priorités, et chaque institution doit les établir. Dans un contexte où les ressources sont généralement restreintes, la question de leur mise à profit optimale exige de comparer les besoins et leurs conséquences afin de déterminer les priorités. Ensuite, le décideur doit s'assurer qu'aucun guide disponible ne traite de la même problématique. Si un tel guide a déjà été produit et qu'il est jugé de bonne qualité, le décideur doit considérer de l'adapter au contexte d'intervention plutôt que d'en produire un inédit. Sinon, il doit aussi convenir du fait que la production d'un guide de pratique constitue la stratégie la plus efficiente dans le contexte actuel ou à venir.

À cette fin, il doit considérer d'autres avenues, telles que les revues systématiques, les outils d'aide à la décision, les audits, la formation ponctuelle ou continue ou encore des stratégies de communication, de gestion, voire la réglementation (voir la figure 2). Chacune de ces stratégies vise des objectifs spécifiques et a sa raison d'être. Par exemple, un audit vise généralement l'évaluation de la performance d'une pratique et sa rétroaction selon des normes de qualité prédéfinies. Quant aux guides de pratique, ils

sont plutôt élaborés dans l'objectif de proposer des recommandations relatives à une intervention particulière ou à la gestion globale d'un problème particulier. Ainsi, l'objectif fondamental de l'élaboration d'un guide de pratique doit être préalablement énoncé, puis les stratégies applicables doivent être comparées afin de favoriser une prise de décision éclairée.

Néanmoins, les guides de pratique requièrent suffisamment de données de diverses formes pour permettre de formuler des recommandations. Une connaissance *a priori* de la disponibilité des données, dont les guides de pratique existants, s'avère fondamentale dans la décision d'élaborer un guide de pratique. Ces données ne se limitent pas à celles issues de la littérature scientifique. Les données contextuelles ainsi que le savoir des experts doivent aussi être considérés. Une analyse de la disponibilité des ressources humaines et financières ainsi que la volonté politique et organisationnelle d'en favoriser l'utilisation sont aussi des conditions préalables à la prise de décision de concevoir un guide de pratique.

Le but ultime d'un guide de pratique est d'être intégré dans la pratique. C'est la raison pour laquelle le décideur doit s'assurer de posséder tous les atouts pour en favoriser l'appropriation par les utilisateurs cible. Il ne suffit donc pas de prévoir l'élaboration de guides; il faut aussi en planifier l'utilisation. D'emblée, prendre la décision de concevoir un guide de pratique implique la planification de toutes les étapes du processus, et ce, tant sur le plan de l'élaboration du guide que sur celui de son implantation et de son appropriation par les utilisateurs cibles. Tant les facteurs qui contraignent l'utilisation du guide que ceux qui la facilitent doivent être connus afin d'atténuer leurs effets ou de les accentuer. Ces facteurs peuvent être de diverses natures, par exemple la volonté politique ou organisationnelle, la culture organisationnelle ou professionnelle, les ressources humaines et financières, la capacité de changement, l'acceptabilité. L'**encadré 1** présente une liste des critères guidant la décision de concevoir un guide de pratique (voir la figure 2).

Encadré 1 Liste des critères guidant la décision d'élaborer un guide de pratique, selon les travaux du Comité

- La situation actuelle pose un problème qui doit être corrigé.
- La résolution du problème est jugée nécessaire ou prioritaire par les parties prenantes.
- L'étude de la problématique tient compte des aspects à étudier, des milieux d'intervention visés et de toutes les parties prenantes, notamment des usagers.
- La question à l'étude et l'objectif du guide de pratique sont clairement formulés et les résultats escomptés sont mesurables.
- Un guide de pratique s'avère le meilleur outil pour atteindre les objectifs.
- Les données scientifiques ou contextuelles sont suffisamment abondantes pour permettre de formuler des recommandations applicables.
- Les facteurs qui facilitent et ceux qui entravent l'utilisation ultérieure du guide sont connus, applicables ou surmontables.

1.2.6 La demande

Entrent alors en interaction le demandeur et le producteur. Le demandeur est celui qui définit le besoin d'élaborer un guide de pratique. Il peut se situer à divers niveaux décisionnels, par exemple un ministère, un réseau, un ordre professionnel, une association, une équipe d'intervention ou un

regroupement d'usagers. Le demandeur est en quelque sorte une personne morale qui fait la demande à un producteur de guides, bien qu'il puisse se charger lui-même de le produire.

Le producteur est celui à qui le demandeur reconnaît l'expertise nécessaire pour élaborer le guide. Ce producteur peut être une agence, un groupe de recherche, un ordre professionnel, un regroupement d'intervenants, de gestionnaires ou d'usagers ou toute institution sociale. Il peut aussi s'agir d'une personne seule néanmoins soutenue par une équipe, par exemple un membre d'un ordre professionnel. Le producteur et le demandeur interagiraient alors dans le processus de production du guide de pratique.

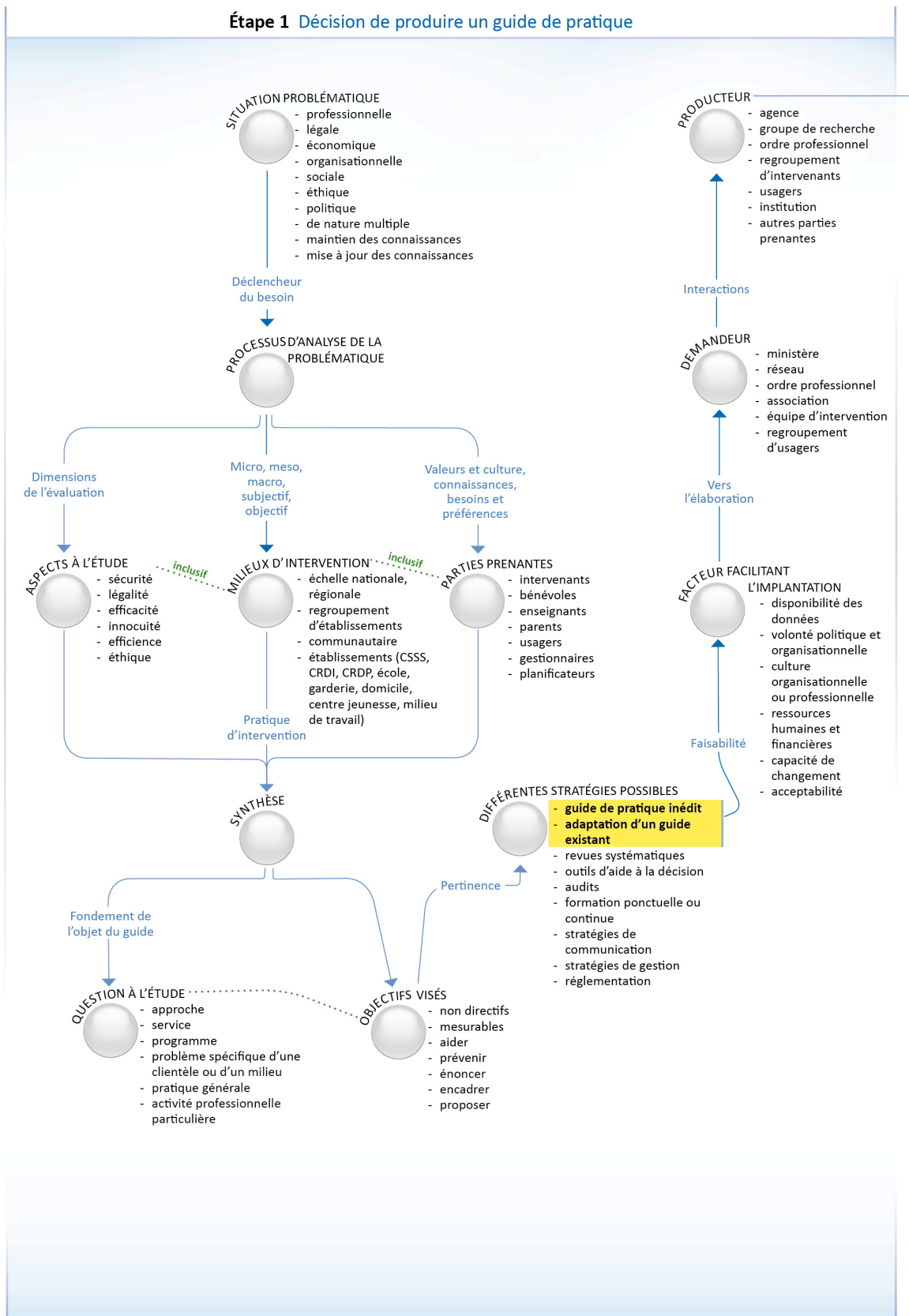
1.3 Comparaison des processus décisionnels relevés dans la littérature avec les travaux du Comité

L'analyse comparative des critères guidant la décision de produire un guide de pratique sur une thématique particulière montre certaines similitudes et distinctions entre les critères relevés dans la littérature et ceux qui émergent de l'analyse des travaux du Comité. Pour l'APA [2005] comme de l'avis du Comité, la prise de décision d'élaborer un guide de pratique est motivée par des besoins. Cependant, l'APA [2005] concentre son analyse sur des besoins définis elle-même ou par ses membres. Certes, son analyse des besoins se centre tant sur des perspectives locales que sociétales, mais les perspectives des autres parties prenantes dont celles des gestionnaires et des planificateurs ne sont pas intégrées à l'analyse des besoins. Cette limite dans l'analyse des besoins risque de compromettre la capacité d'implantation d'un guide de pratique. Battista et Hodge [1995], de même que le SIGN [2008], ont d'ailleurs souligné l'importance de considérer avec soin la participation ou les représentations des utilisateurs cibles et des autres parties prenantes à cette étape du processus. Pour sa part, le NZGG [2001] tient compte, dans le choix des thématiques, de l'acceptabilité des recommandations prévues pour les utilisateurs et la collectivité.

Le choix des thématiques se fonde généralement sur des considérations objectives ou des données quantitatives dont celles portant sur le fardeau de la maladie, sa prévalence, les variations dans la pratique clinique, les ressources et les données scientifiques disponibles [NICE, 2008b; SIGN, 2008; Ketola *et al.*, 2007; NZGG, 2001; Battista et Hodge, 1995]. L'analyse des travaux du Comité montre ce même souci d'appuyer la décision de produire un guide sur des données factuelles. Toutefois, elle impose aussi de considérer des aspects subjectifs tels que l'expérience, les valeurs, les connaissances et les croyances des milieux et des parties prenantes. Le SIGN [2008] et le NZGG [2001] abondent dans le même sens en examinant aussi les représentations des parties prenantes ou l'acceptabilité des recommandations futures. Comme c'est le cas du NZGG, l'adaptation d'un guide de pratique de bonne qualité est aussi envisagée par les membres du Comité.

Sauf en ce qui concerne l'APA [2002], l'implantation du guide est considérée comme un critère déterminant de la décision de le produire. Le Comité corrobore cette considération. L'APA [2002] aborde cependant la question, mais davantage en aval du processus, soit après leur élaboration.

Figure 2 Processus décisionnel de la production d'un guide de pratique



Étape 2 Collecte et analyse des données

2 Élaboration d'un guide de pratique

2.1 Recherche documentaire

Un guide de pratique vise généralement à répondre à des questions **d'efficacité** (p. ex. la formation au travail aide-t-elle les femmes à obtenir un emploi et à le conserver?), notamment par des objectifs de **prévention** (p. ex. l'activité physique permet-elle de prévenir la dépression chez les adolescents?), de **prédiction** (p. ex. le soutien des pairs peut-il prévenir les tentatives de suicide chez les hommes?), de **sécurité** (p. ex. l'intervention cognitive comportementale peut-elle être dommageable pour l'utilisateur?), ou **d'efficience** (p. ex. l'intervention est-elle aussi efficace qu'une autre, et à quel prix?) [adapté et traduit de Gambrill, 2003, dans Rosen et Proctor, 2003]. Pour répondre à ces questions, les guides de pratique s'appuient généralement sur les meilleures données disponibles.

Diverses bases de données électroniques peuvent être consultées afin de trouver les informations qui permettront de répondre à la question à l'étude. Il faut donc y avoir accès et avoir les compétences nécessaires pour les interroger [Levin *et al.*, 2008; Gossett et Weinman, 2007]. Les universités et les centres de recherche ont accès à ces bases de données et leurs documentalistes peuvent en faciliter la consultation en repérant les informations pertinentes à l'objet d'un guide et en proposant des mots clés.

Ces bases de données sont constituées par domaines. Par exemple, Sociological Abstracts Online, autrefois appelée Sociofile, est une base de données fort utile dans le domaine de la sociologie et des disciplines connexes. Elle couvre les années 1952 à ce jour et est mise à jour tous les mois. Elle regroupe plus de 1 800 revues, des résumés de documents de conférence, des thèses, des critiques de livres et autres documents. Les revues traitent de sujets sociologiques dans différents domaines dont l'anthropologie, l'économie, l'éducation, la médecine, le développement communautaire, la philosophie, la démographie, les sciences politiques et la psychologie sociale¹⁴.

La littérature grise¹⁵ mérite aussi d'être examinée afin de tenir compte des éléments contextuels à l'origine de la décision de produire un guide de pratique, particulièrement les dispositions budgétaires, éthiques, organisationnelles, juridiques et réglementaires qui encadrent l'intervention. C'est souvent dans la littérature grise provenant de groupes d'intérêts ou d'associations professionnelles que se trouvent les guides de pratique.

14. Resources in Sociology in the Princeton University Library. Sociological Abstracts Online [section III du site Web]. Disponible à : <http://www.princeton.edu/~sbwhite/SociFlat.html#Sociofile>.

15. Documents publiés pour un public restreint, en dehors des grands circuits de distribution, et difficilement repérables dans les bases de données courantes, tels que des présentations à des congrès, des évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux, certains documents gouvernementaux, etc. (Définition tirée du Glossaire en ETS, disponible à : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=Liste+de+tous+les+termes>).

2.1.1 Recension des guides de pratique existants

Avant d'entreprendre l'élaboration d'un guide inédit, il est impératif de recenser ceux qui traitent d'une problématique similaire ou des questions relatives. Différents répertoires de guides de pratiques sont accessibles via Internet. Le Guidelines International Network (GIN) présente, dans son site Web, une liste exhaustive de ces répertoires¹⁶. Quoique dans l'ensemble, ces répertoires soient du domaine médical, certains peuvent être multidisciplinaires, intégrant parfois des données du domaine des sciences humaines et sociales dans l'élaboration de leurs recommandations. Spécifiquement au secteur des services sociaux, les sites Web des ordres professionnels et des centres spécialisés mettent à la disposition du grand public des guides produits par eux-mêmes ou par d'autres organismes. Les moteurs de recherche tels que Google^{MD}, Altavista^{MD} et Yahoo^{MD} peuvent être utiles dans la recherche de guides portant sur des thèmes particuliers.

2.2 Constitution d'un groupe d'experts

Bien que les guides de pratique soient parfois élaborés par des groupes d'experts d'une même discipline [Qaseem *et al.*, 2010], il est recommandé que toutes les parties prenantes et toutes les disciplines pertinentes soient représentées [Moher *et al.*, 2010; SIGN, 2008; Madan *et al.*, 2007; NZGG, 2001; Eccles *et al.*, 1996; Field et Lohr, 1990]. La multidisciplinarité permet d'organiser le travail en misant sur la complémentarité des savoirs et la représentation de plusieurs points de vue [Fortier, 2002]. Le SIGN [2008] reconnaît ainsi les avantages de l'apport des divers points de vue des experts :

- Tous les groupes pertinents sont représentés, assurant ainsi une expertise à toutes les étapes du parcours de l'utilisateur.
- Toutes les données scientifiques significatives sont répertoriées, évaluées et critiquées.
- Les difficultés d'utilisation du guide de pratique sont anticipées et abordées.
- Toutes les parties prenantes considèrent que le guide de pratique sera crédible et qu'elles participeront à son implantation [SIGN, 2008, p. 23] (traduction libre).

Les experts sont généralement choisis pour leurs compétences en fonction de la thématique dont traitera le guide de pratique. Le groupe peut être constitué de statisticiens, de méthodologistes, d'experts du domaine à l'étude et de rédacteurs [Moher *et al.*, 2010]. Il peut aussi regrouper des gestionnaires, des universitaires spécialistes du domaine ou des représentants du syndicat [Madan *et al.*, 2007].

En principe, aucun de ces experts ne devrait avoir de conflit d'intérêts, plus particulièrement le président ou l'animateur du groupe. Une déclaration de conflits d'intérêts devrait être signée par chacun des membres. Cependant, la présence de certains spécialistes qui tirent une partie importante de leur revenu de services liés à l'élaboration des guides de pratique peut, dans certains cas, être incontournable. En pareille circonstance, ces experts devraient être minoritaires. Néanmoins, les bailleurs de fonds ne devraient jamais faire partie d'un groupe d'experts [IOM, 2011; La Vaque *et al.*, 2002].

16. Ce répertoire est disponible dans le site Web du GIN à : <http://www.g-i-n.net/library/relevant-links/resources-for-guideline-information>.

2.2.1 Participation des usagers

Par leur savoir expérientiel, les usagers sont aussi considérés comme des experts. Ils peuvent renseigner sur les valeurs, les préférences, les croyances ou la culture des groupes visés par le guide de pratique. Leur participation devient une composante incontournable de la composition des groupes d'experts, quoique la preuve empirique qu'elle améliore la qualité des guides de pratique ne semble pas démontrée à ce jour [Van de Bovenkamp et Trappenburg, 2009]. La participation des usagers s'appuie plutôt sur des principes largement partagés d'acceptabilité et des préoccupations d'applicabilité des recommandations émises dans le guide de pratique [NICE, 2009; Krahn et Naglie, 2008; SCIE, 2008; SIGN, 2008; Verkerk *et al.*, 2006; NZGG, 2001].

2.3 Consensus d'experts

Constituer un groupe d'experts n'est pas une tâche anodine, puisque l'efficacité d'un guide de pratique dépend notamment de la qualité du processus consensuel [Rycroft-Malone, 2001; Grimshaw *et al.*, 1995]. Ces groupes d'experts sont centrés sur la tâche et tous sont appelés à partager des informations ou des opinions. Le processus implique la mise en commun de diverses perspectives afin de produire un guide acceptable pour toutes les parties prenantes et applicable dans les divers milieux d'intervention. Pour ce faire, les experts doivent établir un consensus quant au poids relatif des données disponibles selon leur qualité scientifique, leur niveau de preuve et la force des recommandations, tout en tenant compte de leur expérience et de leur expertise. Or, dans un système de santé et de services sociaux, tous n'ont pas le même statut et la même voix. Il peut aussi régner des tensions interprofessionnelles. Afin de favoriser la validité et le déroulement démocratique du processus, la constitution d'un groupe d'experts doit être guidée par la recherche d'un équilibre entre les membres sur le plan du nombre et d'une présence continue, ceux qui ont le moins de pouvoir décisionnel devant être davantage représentés ou appuyés par des pairs. L'animateur doit donc être attentif à la dynamique du groupe, par exemple la manière dont le groupe interagit, communique et prend des décisions. Il doit aussi agir à titre de médiateur en cas de conflit et faciliter l'expression de tous les membres [SIGN, 2008; Pagliari et Grimshaw, 2002; Pagliari *et al.*, 2001].

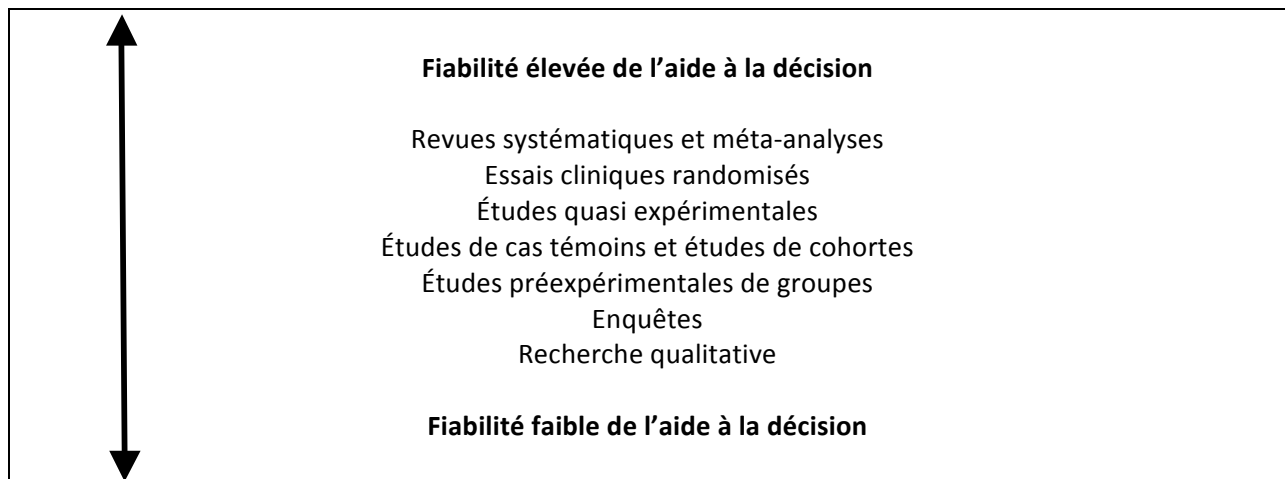
2.4 Types de données

Le type de données qui constituent le corpus d'un guide de pratique est sujet de débats. Deux principaux paradigmes dictent le choix des données, sans pour autant être en opposition. Le premier s'inspire du mouvement de l'évaluation des interventions fondée sur les données probantes. Il a pour objectif de faire la preuve de ce qui fonctionne à partir de normes préétablies de **hiérarchisation de la preuve**. Le second propose **la diversification des données** afin de rendre compte de la complexité de l'intervention dans le secteur social et de démontrer ce qui fonctionne dans un contexte d'intervention donné plutôt qu'en milieu contrôlé. La définition de la qualité des données et la nature même de l'efficacité d'une intervention sont au cœur de la controverse. L'adhésion à un paradigme influencera nécessairement l'approche d'évaluation des interventions en services sociaux ainsi que les guides de pratique qui en découleront [Gray *et al.*, 2009].

2.4.1 Hiérarchisation de la preuve

La synthèse des données issues de la littérature scientifique est souvent basée sur une méthode de hiérarchisation de la preuve. Cette méthode consiste à faire la démonstration de l'efficacité ou non d'une intervention sur la base d'une typologie d'études construite selon des critères préliminaires de qualité. En d'autres termes, la hiérarchisation de la preuve vise à démontrer la validité interne, c'est-à-dire la relation de cause à effet entre une intervention et un résultat. Au sommet de cette hiérarchie se trouvent souvent les méta-analyses et les revues systématiques [Gray *et al.*, 2009]; dans d'autres cas, les essais cliniques randomisés¹⁷ [Shadish et Myers, 2004]. La **figure 3** propose un exemple de hiérarchisation de la preuve dans une perspective d'aide à la décision.

Figure 3 Exemple de hiérarchisation de la preuve



Sources : McNeece et Thyer, 2004, dans Gray *et al.*, 2009.

La hiérarchisation de la preuve a été établie et institutionnalisée par les travaux de la Collaboration Cochrane¹⁸. Cochrane est une institution internationale reconnue qui évalue, au moyen de revues systématiques de la littérature scientifique, les effets d'interventions de prévention, de traitement et de réadaptation dans le domaine de la santé.

La Collaboration Campbell¹⁹ a emboîté le pas en reprenant le modèle Cochrane pour le transposer, avec quelques modifications, dans le champ des services sociaux [Gray *et al.*, 2009; Roberts et Yeager, 2006]. Ces deux collaborations se caractérisent par le fait qu'elles portent une attention particulière à la qualité des données scientifiques afin d'aider les producteurs de guides à acquérir des compétences essentielles en matière d'évaluation. À cette fin, les méthodes employées dans la recherche des études pertinentes sont particulièrement rigoureuses et exhaustives, et les processus sont décrits de façon transparente.

Afin de déterminer les études qui peuvent être intégrées aux revues systématiques (ou aux méta-analyses), ces collaborations ont instauré une hiérarchie de types d'études en fonction de leur capacité à démontrer des liens de cause à effet (entre l'intervention et son efficacité)²⁰. La méthode GRADE (de

17. Les termes « revue systématique » et « essai clinique randomisé » sont définis à partir du Glossaire en ETS, disponible à : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=Liste+de+tous+les+termes>.

18. Voir le site Web de la Collaboration Cochrane à : <http://www.cochrane.org/>.

19. Voir le site Web de la Collaboration Campbell à : <http://www.campbellcollaboration.org/>.

20. La classification des niveaux de preuve proposée par la Collaboration Campbell est disponible à : <http://www.duke.edu/web/c2method/ResDesPolicyBrief.pdf>.

l'anglais *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) est souvent utilisée pour classer la qualité de la preuve et appuyer la force des recommandations. Cette méthode est décrite dans la section 2.7.3.

Les fondements des revues systématiques réalisées selon la méthode de hiérarchisation de la preuve sont les essais cliniques randomisés, bien que d'autres types d'études, dont les études observationnelles, les séries de cas ainsi que les valeurs et les préférences des usagers, puissent y être intégrés. Les essais cliniques randomisés permettent de mesurer l'effet d'une intervention et sont considérés comme le niveau de preuve le plus élevé quant aux liens causals entre une intervention et ses résultats ou ses effets. Ils impliquent une répartition aléatoire des sujets entre le groupe expérimental et le groupe témoin (qui ne reçoit pas l'intervention) [Gray *et al.*, 2009]. Plusieurs auteurs du secteur des services sociaux appuient cette méthodologie [voir, par exemple, Mishna *et al.*, 2009; Murray *et al.*, 2009; Lipsey *et al.*, 2007; Nye *et al.*, 2006; Wilson *et al.*, 2003].

Ainsi, l'élaboration de nombreux guides de pratique repose sur des fondements épistémologiques voulant que la qualité des données soit tributaire de la position dans l'échelle de la preuve des méthodes de collecte appliquées [SIGN, 2008, Gossett et Weinman, 2007; Madan *et al.*, 2007; Ricci *et al.*, 2006; La Vaque *et al.*, 2002]. La revue systématique d'essais cliniques randomisés demeure l'un des éléments centraux de la méthodologie basée sur la hiérarchisation de la preuve. Cependant, d'autres types de données sont de plus en plus intégrés aux revues systématiques. Des méthodes de synthèse des études qualitatives sont depuis peu explorées. Par exemple, le Cochrane and Campbell Qualitative Methods Group a été créé en 2003 dans le but de concevoir des méthodes de synthèse novatrices [Vermeire, 2003].

2.4.1.1 Évaluation de la qualité

Différents outils sont offerts afin de guider l'évaluation de la qualité des études constituant le corpus du guide de pratique. Parmi eux, soulignons AMSTAR (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*), PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis*) et CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) concernant les résultats de l'évaluation des revues systématiques et des méta-analyses, STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) concernant les études d'observation, QUADAS (*Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies*) concernant les études diagnostiques ainsi que la grille Jadad, du nom du premier auteur, concernant les essais cliniques randomisés [Shea *et al.*, 2007; Von Elm *et al.*, 2007; West *et al.*, 2002; Jadad *et al.*, 1996; Oxman *et al.*, 1994].

2.4.2 Diversification des données

Bien que la hiérarchisation de la preuve soit largement appliquée, son applicabilité au domaine social est parfois mise en doute. Certains auteurs jugent l'intervention dans le secteur des services sociaux souvent trop complexe pour être évaluée strictement – ou uniquement – sur un type particulier de données, ce qui exige de les diversifier [Gough, 2007; Pawson, 2006; Pawson *et al.*, 2003]. Par exemple, les essais cliniques randomisés peuvent établir la preuve de l'efficacité d'une intervention. Par contre, des données qualitatives telles que les représentations des usagers, leurs valeurs et leurs croyances peuvent être incontournables et constituer une preuve scientifique établie de l'inacceptabilité d'une intervention, même lorsque son efficacité est démontrée. De plus, d'autres facteurs peuvent influencer

l'efficacité d'une intervention, notamment les déterminants sociaux de la santé, les fardeaux liés au handicap, les conditions de vie et les problèmes concomitants [Blas *et al.*, 2011].

Le Social Care Institute for Excellence (SCIE) reconnaît aussi la complexité de l'intervention dans le secteur des services sociaux et la nécessité de diversifier les types de données. Suivant cette approche, différents types de données devraient être considérés dans l'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux. Pawson et ses collaborateurs [2003]²¹ proposent la classification suivante de ces types de données.

- **Approches expérimentales et quasi expérimentales** : utilisent des essais randomisés plus ou moins contrôlés pour évaluer l'efficacité d'une intervention dans le secteur des services sociaux.
- **Mesures et évaluations** : évaluent, diagnostiquent, notent et comparent des questions dans le secteur des services sociaux.
- **Consultations** : tendent à atteindre un consensus entre les intervenants et les autres parties prenantes du secteur.
- **Recherches qualitatives et études de cas** : font état des expériences des intervenants et des usagers.
- **Recherches-actions** : incorporent directement et systématiquement les données de la recherche dans les réformes organisationnelles ou les modifications de la pratique.
- **Approches émancipatrices ou axées sur l'utilisateur** : donnent priorité au point de vue des usagers.
- **Évaluations des processus** : considèrent l'intervention sociale comme complexe, associant divers acteurs et produisant des connaissances à l'égard du processus d'implantation d'un programme.
- **Audits et inspections** : produisent des connaissances à des fins de réglementation et de reddition de comptes.
- **Dispositions légales et enquêtes publiques** : considèrent les lois et les règlements qui influencent la pratique.
- **Revue systématique et méta-analyses** : synthétisent les données existantes dans un objectif d'appui à la prise de décision.
- **Approches postmoderne et délibératives** : rejettent la notion selon laquelle il est possible de dégager rationnellement des « pratiques exemplaires » à partir de données probantes neutres, puisque la validité des connaissances ne peut être dissociée du point de vue de ceux qui les produisent.
- **Connaissances tacites, savoir-faire et apprentissages expérimentaux** : reflètent les connaissances acquises par la formation et l'expérience.

Dans l'objectif de souligner l'importance de la relation intervenant et usager, Rycroft-Malone et ses collaborateurs [2004] proposent quatre sources de données essentielles à l'élaboration d'un guide de pratique, à savoir : 1) les données issues de la recherche scientifique, 2) l'expérience professionnelle, 3) les données contextuelles et 4) l'expérience et les préférences des usagers. Selon ces auteurs, la notion de donnée probante limitée au champ expérimental doit être repensée afin de rendre compte de la complexité de la pratique centrée sur la relation intervenant et usager dans un objectif annoncé d'implantation sur le terrain. La qualité des données demeure néanmoins une préoccupation centrale. À cet égard, les sciences humaines et sociales sont fortes d'une méthodologie d'assurance qualité de diverses sources de données à la fois qualitatives et quantitatives.

21. Rapport rédigé pour le SCIE, disponible à : <http://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr03.pdf>.

2.4.2.1 Qualité des données

Le SCIE a adopté des normes génériques²² qui s'appliquent à toute la gamme des connaissances en services sociaux et qui ont le potentiel de soutenir toutes les parties prenantes dans l'évaluation de la qualité des données. Ces normes se présentent sous la forme des questions suivantes [Pawson *et al.*, 2003] :

Transparence : la raison d'être du rapport est-elle énoncée clairement?

Précision : est-ce fondé sur des preuves pertinentes?

Pertinence : la méthode utilisée est-elle adaptée aux objectifs visés?

Utilité : le rapport répond-t-il aux questions posées?

Légitimité : est-ce légal et éthique?

Accessibilité : est-ce intelligible, compréhensible?

Spécificité : les normes de qualité pertinentes sont-elles respectées?

Ces normes génériques peuvent être appliquées à tous les types de données, sans autre distinction sur la qualité méthodologique.

2.4.2.2 Triangulation

La technique de triangulation peut aussi être utilisée pour réduire les biais attribuables à une forme de données. Cette technique consiste en une stratégie de recherche qui permet de combiner et de superposer plusieurs données afin de compenser les biais inhérents à chacune d'elles et d'accroître ainsi la fiabilité des données et des conclusions. Denzin et Lincoln [2000] définissent les quatre types suivants de triangulation :

- 1) Triangulation des sources : utilisation d'une variété de sources de données dans l'étude.
- 2) Triangulation des chercheurs : participation de différents chercheurs, de sorte qu'un chercheur compétent travaillant au même endroit de façon indépendante ne devrait pas parvenir à des résultats entièrement contradictoires.
- 3) Triangulation théorique : utilisation de plusieurs perspectives pour interpréter les résultats de l'étude.
- 4) Triangulation méthodologique : utilisation de plusieurs méthodes pour étudier le problème de recherche.

Par cette technique, la valeur des données est établie au moyen de différentes mesures qui convergent vers un même résultat ou qui proposent un tableau d'ensemble cohérent. Les quatre types de triangulation peuvent être appliqués lors de l'élaboration d'une revue systématique. L'analyse consistera alors à déterminer les tendances des données et à en faire la synthèse.

2.5 Synthèse des données

Une fois les diverses données recueillies, il faut en faire la synthèse, c'est-à-dire les regrouper en un tout cohérent. Les études de cadrage (cartographie) [Levac *et al.*, 2010], les revues systématiques et les méta-analyses [Higgins et Green, 2009; CRD, 2009], les méta-ethnographies [Campbell *et al.*, 2006], les méthodologies mixtes [Pope *et al.*, 2007], les méta-synthèses narratives [Greenhalgh *et al.*, 2005] et les synthèses réalistes [Pawson, 2006] sont les méthodes de synthèse des résultats de recherche

22. Ces normes sont connues sous le nom de TAPUPAS, selon l'acronyme de l'anglais de *Transparency, Accuracy, Purposivity, Utility, Propriety, Accessibility* et *Specificity*.

généralement utilisées. Elles permettent de structurer l'agrégation des données en favorisant la transparence et la reproductibilité du processus²³.

2.6 Adaptation d'un guide de pratique existant

Si un guide de pratique existant répond en totalité ou en partie à la même problématique, Fervers et ses collaborateurs [2011] proposent de l'adapter au contexte d'intervention plutôt que d'en concevoir un inédit. L'adaptation d'un guide de pratique vise à prendre en compte des données contextuelles, telles que les réalités culturelles ou organisationnelles qui peuvent moduler les recommandations, même lorsque l'argumentaire scientifique demeure relativement inchangé. Elle permet ainsi d'éviter de multiplier inutilement les efforts d'évaluation des données scientifiques et de mettre à profit l'expertise d'autres organismes d'évaluation.

L'adaptation d'un guide de pratique peut résulter de deux situations, à savoir : 1) un guide de pratique évalué comme de qualité et traitant de la même problématique est disponible, mais il a été élaboré ailleurs; et 2) différents guides de qualité permettant de répondre à certaines questions de la problématique sont disponibles, mais ils doivent être adaptés au contexte d'intervention [HAS, 2007].

Adapter un guide de pratique implique d'y apporter des modifications de façon à ce qu'il puisse être applicable dans un contexte particulier. Ces modifications peuvent être mineures, par exemple une simple traduction. Il peut aussi être temps de mettre à jour un guide déjà produit dans un contexte similaire afin de favoriser sa pérennité. Cependant, les recommandations peuvent être substantiellement transformées afin de répondre aux exigences du contexte, même lorsque les données scientifiques fondatrices demeurent les mêmes.

Le Collaboration ADAPTE a mené une série de rencontres visant à définir le processus d'adaptation et à élaborer un manuel ainsi qu'une trousse de ressources concernant l'adaptation des guides de pratique²⁴. Le manuel et la trousse sont fondés sur les principes suivants :

- le respect du principe de l'élaboration des guides sur la base des données probantes;
- des méthodes fiables visant à assurer la qualité et la validité du guide;
- une approche participative impliquant les différentes parties prenantes afin d'assurer l'acceptabilité du guide et son appropriation par les utilisateurs cibles;
- une prise en compte du contexte afin d'assurer la faisabilité et la pertinence du guide concernant la pratique locale et les politiques;
- un rapport explicite et transparent afin de favoriser la confiance dans les recommandations du guide de pratique;
- une présentation spécifique afin de répondre à certains besoins ou situations particulières;
- le respect des sources (guides existants) et les remerciements.

2.6.1 Méthode d'adaptation

À plusieurs égards, les méthodes d'adaptation des guides de pratique sont similaires à celles proposées concernant leur élaboration originale, à savoir la participation d'un groupe d'experts, la définition de la question, la recherche documentaire, le processus de collecte et d'analyse de données, l'évaluation de la qualité et la synthèse [Fervers *et al.*, 2011]. Néanmoins, deux principales nuances doivent être

23. Des ressources sur les méthodes de synthèse sont disponibles dans le site Web des IRSC à : <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/36331.html>.

24. Le manuel et la trousse sont disponibles dans le site Web du GIN à : <http://www.g-i-n.net/activities/adaptation>.

apportées. Les guides existants sont généralement fondés sur des données scientifiques relevées dans la littérature. Cependant, ils sont rarement publiés dans des revues scientifiques et sont peu répertoriés dans les bases de données classiques telles que PsycINFO ou SocioFile. Il faudra donc les chercher ailleurs, par exemple dans les sites Web des organismes producteurs. Ensuite, l'évaluation de la qualité d'un guide de pratique existant ne peut se faire suivant les mêmes grilles d'évaluation de la qualité des études primaires ou de synthèse. Une grille spécifique d'évaluation des guides de pratique est alors proposée (voir la grille AGREE II à la section 2.6.1.2).

2.6.1.1 Sélection des guides de pratique

Seuls les guides de pratique qui rapportent l'argumentaire scientifique ayant conduit aux recommandations doivent être retenus. De plus, l'adéquation entre la problématique traitée ou certaines questions d'évaluation des guides existants et la population visée, le problème ou le besoin et l'intervention doit être démontrée. Les guides qui ne traitent pas de ces thèmes ne sont pas privilégiés, quoique ceux qui les abordent en partie puissent être considérés afin de répondre à certaines questions de la problématique. Puisque les guides de pratique doivent être élaborés suivant une méthode rigoureuse et transparente, ceux qui représentent strictement un avis d'experts ou qui ne présentent pas les références bibliographiques qui permettraient de juger de l'exhaustivité de la démarche scientifique devraient être exclus [HAS, 2007].

Compte tenu de la rapidité des avancées scientifiques, les guides de pratique qui datent de plus de cinq ans, voire de plus de trois ans, peuvent être considérés en vue d'une mise à jour et être retenus, à cette condition, à moins que d'autres guides de pratique de qualité n'aient été publiés depuis. Dans un souci de transparence, tout le processus guidant la décision de retenir ou de rejeter un guide de pratique doit être rigoureusement consigné et accessible [HAS, 2007].

2.6.1.2 Évaluation de la qualité : la grille AGREE II

La grille d'évaluation AGREE doit être considérée pour évaluer la qualité des guides de pratique. Cette grille est reconnue à l'échelle internationale pour avoir fait ses preuves dans le domaine de la santé. Elle se veut générique, c'est-à-dire qu'elle peut être appliquée à tous les types de groupes, et ce, pour diverses problématiques (p. ex. de prévention, d'intervention, de diagnostic ou de promotion). La grille AGREE II a été traduite en français par le AGREE Collaboration [AGREE Next Steps Research Consortium, 2009] et est accessible dans le site Web de la Haute Autorité de Santé²⁵.

Cette grille a pour objet de fournir un cadre d'évaluation de la qualité des guides de pratique, en garantissant, notamment, que les biais potentiels ont été pris en compte lors de l'élaboration des recommandations, que leur validité interne est assurée et qu'elles sont applicables dans un contexte donné. En d'autres termes, la grille AGREE vise à fournir une évaluation de la probabilité que les recommandations permettent d'atteindre les résultats escomptés.

25. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique. Traduction française de la grille AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument*). Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430333/grille-devaluation-de-la-qualite-des-recommandations-pour-la-pratique-clinique-traduction-francaise-de-la-grille-agree-appraisal-of-guidelines-for-research-and-evaluation-instrument.

La grille comprend 23 éléments organisés en 6 domaines. Chaque domaine décrit un aspect particulier de la qualité des guides de pratique. Ces domaines sont : **1)** l'objectif global du guide de pratique, les questions abordées et les groupes cibles (champ et objectif : éléments 1 à 3); **2)** la mesure dans laquelle le guide de pratique prend en considération les points de vue des utilisateurs potentiels (participation des groupes concernés : éléments 4 à 6); **3)** le processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques ainsi que les méthodes utilisées pour formuler les recommandations, établir leurs forces et leurs limites et les actualiser (rigueur d'élaboration : éléments 7 à 14); **4)** la formulation et le mode de présentation des recommandations, dont les différentes options d'intervention (clarté de la présentation : éléments 15 à 17); **5)** la prise en compte, dans le guide de pratique, de la mise en application des recommandations, de ce qui facilite leur implantation ou y fait obstacle, des conséquences sur les ressources et la présentation de critères d'évaluation de la pratique (applicabilité : éléments 18 à 21) et **6)** l'influence des organismes subventionnaires ainsi que l'annonce des possibles conflits d'intérêts au sein du groupe d'élaboration (indépendance éditoriale : éléments 22 et 23)²⁶.

AGREE est une méthode d'évaluation de la qualité des guides de pratique qui n'est pas, à ce jour, validée pour le secteur des services sociaux. Son potentiel démontré pour le domaine de la santé commande d'en faire l'exercice pour les services sociaux.

2.7 Élaboration des recommandations

2.7.1 Jugement des experts

Lors de la production ou de l'adaptation d'un guide de pratique, il arrive que certaines données soient absentes, incomplètes ou controversées. La transformation des données en recommandations ne se fait donc pas directement. Les experts doivent alors porter un jugement sur les bénéfices escomptés, les risques ou l'effet d'une intervention afin d'émettre des recommandations [Verkerk *et al.*, 2006]. Ces experts ne sont pas dépourvus de connaissances et d'expériences. Ce sont des êtres humains dont le jugement est teinté par la subjectivité qui résulte de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs valeurs. Leur jugement ne peut donc pas être totalement objectif et il faut tenir compte de ce fait, tout au long du processus d'élaboration des recommandations. La transparence est donc de mise [NICE, 2009; SCIE, 2008; SIGN, 2008].

2.7.2 Acceptabilité, applicabilité et équité des recommandations

Tant en ce qui concerne les guides de pratique inédits que pour ceux qui font l'objet d'une adaptation, les experts doivent tenir compte du contexte d'intervention afin de s'assurer que les recommandations retenues soient applicables et acceptables. Le comité d'experts doit alors répondre à certaines questions relatives aux risques et aux bénéfices associés à l'implantation des recommandations. Les conséquences sur les services sociaux ainsi que les effets sur le bien-être et la qualité de vie des usagers et de leurs proches doivent être pris en compte, tout comme les facteurs qui facilitent l'implantation du guide et ceux qui y font obstacle (les ressources humaines et financières nécessaires et disponibles, les mécanismes de formation, la culture organisationnelle et les valeurs des usagers, par exemple). De plus, les experts doivent s'assurer que les recommandations soient équitables pour les personnes qui seront avantagées ou désavantagées par l'implantation des recommandations [SIGN, 2008; HAS, 2007]. Toutes ces questions sont tributaires de la problématique à l'étude et du contexte d'intervention.

26. Le manuel d'utilisation de la grille AGREE est disponible à : <http://www.agreetrust.org/>.

2.7.3 Force des recommandations

Si le niveau de preuve est évalué lors de la synthèse des résultats de l'ensemble des études sélectionnées, l'élaboration des recommandations du guide de pratique doit en tenir compte. Ainsi, les recommandations peuvent être classées en fonction de la puissance relative de chacune des études sur lesquelles elles se fondent. La force des recommandations repose généralement sur :

- l'existence de données dans la littérature pour répondre aux questions posées;
- le niveau de preuve des études disponibles;
- la cohérence de leurs résultats [ANAES, 2000].

Par exemple, l'approche GRADE est une méthode de classement de la qualité de la preuve et de la force des recommandations en matière de santé. Elle peut être utilisée pour élaborer des guides de pratique et d'autres recommandations. Elle a été conçue par un groupe de travail dans le but d'appliquer une approche commune, transparente et rationnelle au classement de la qualité de la preuve et de la force des recommandations en matière de soins de santé²⁷.

L'approche GRADE divise le niveau de force des recommandations en quatre catégories. Un niveau « élevé » est établi lorsque les données à l'appui démontrent clairement qu'une intervention entraîne davantage de bénéfices que de risques ou de fardeaux ou vice versa et qu'il est peu probable que de nouvelles études changent l'état des connaissances. Un niveau « modéré » est établi lorsqu'il est probable que de nouvelles études aient une influence substantielle sur la confiance de l'estimation de l'effet et qu'elles puissent changer cette estimation. Un niveau « faible » est établi lorsqu'il est probable que de nouvelles études changent l'estimation de l'effet. Enfin, un niveau « très faible » est établi lorsque toute estimation de l'effet est douteuse [Guyatt *et al.*, 2008].

Au sommet des niveaux de force des recommandations se trouvent les essais cliniques randomisés sans limites méthodologiques. L'approche GRADE prend donc en considération le fait que les essais cliniques randomisés ne sont pas tous de la même qualité. Les études observationnelles y sont considérées d'emblée de plus faible qualité, mais peuvent être classées à un niveau élevé ou modéré si la taille de l'effet est suffisamment importante, compensant ainsi les biais inhérents de la méthode.. À l'opposé, la force d'une recommandation est jugée « faible » lorsque l'équilibre entre les bénéfices et les risques ou les fardeaux est incertain, soit à cause de la faible qualité des données ou du fait que des données de qualité élevée démontrent que les bénéfices et les risques ou les fardeaux s'équivalent. Malgré l'importance accordée au niveau de preuve, l'approche GRADE reconnaît l'influence du contexte, dont les valeurs sociétales et celles qui sont spécifiques de certains usagers [Guyatt *et al.*, 2008]. Le **tableau 1** présente le classement de la force des recommandations, fondée sur le niveau de preuve des données sur lesquelles elles reposent, selon l'approche GRADE.

27. Site Web du GRADE Working Group, disponible à : <http://www.gradeworkinggroup.org/>.

Tableau 1 Classement de la force des recommandations fondée sur le niveau de preuve, selon l'approche GRADE

Niveau de force de la recommandation	Bénéfices comparés aux risques et aux fardeaux	Qualité méthodologique soutenant la preuve	Implications
Recommandation de force élevée fondée sur des preuves de grande qualité	Les bénéfices l'emportent clairement sur les risques ou les fardeaux ou vice versa	Essais cliniques randomisés sans limites importantes ou données probantes issues d'études observationnelles	La recommandation est applicable à la plupart des usagers et des situations, et ce, sans réserve
Recommandation de force élevée fondée sur des preuves de qualité modérée	Les bénéfices l'emportent clairement sur les risques ou les fardeaux ou vice versa	Essais cliniques randomisés dont les limites sont importantes (résultats hétérogènes; lacunes méthodologiques, biais) ou données probantes exceptionnellement fiables issues d'études observationnelles	
Recommandation de force élevée fondée sur des preuves de faible ou très faible qualité	Les bénéfices l'emportent clairement sur les risques ou les fardeaux ou vice versa	Études observationnelles ou séries de cas	La recommandation pourrait changer si de nouvelles données probantes de meilleure qualité étaient disponibles
Recommandation de force faible, fondée sur des preuves de grande qualité	Juste équilibre entre les bénéfices et les risques ou les fardeaux	Essais cliniques randomisés sans limites importantes	Une meilleure pratique peut être envisagée selon les situations ou selon les valeurs sociétales ou celles des usagers
Recommandation de force faible fondée sur des preuves de qualité modérée	Juste équilibre entre les bénéfices et les risques ou les fardeaux	Essais cliniques randomisés dont les limites sont importantes (résultats hétérogènes; lacunes méthodologiques, biais)	
Recommandation de force faible, fondée sur de faibles ou très faibles preuves de qualité	Bénéfices, risques et fardeaux incertains; équilibre entre les bénéfices, les risques et les fardeaux	Études observationnelles ou séries de cas	D'autres interventions peuvent être aussi envisagées

Adapté de Guyatt *et al.*, 2008.

Une fois la force relative des recommandations établie, les experts pourront déterminer les messages clés du guide de pratique [SIGN, 2008; HAS, 2007].

2.8 Résultats des travaux du Comité sur la collecte et l'analyse des données

La présente section expose la position des membres du Comité relativement à la collecte et à l'analyse des données qui constituent un guide de pratique. Les processus spécifiques de cette étape sont illustrés dans la **figure 4** à la page 35.

2.8.1 Recherche documentaire

Les membres du Comité sont d'avis que la recherche documentaire doit porter sur différentes sources. D'abord, toutes les bases de données scientifiques pertinentes doivent être interrogées, de façon à obtenir des informations exhaustives et multidisciplinaires. Ensuite, la littérature grise doit être consultée afin de relever les éléments contextuels liés à la problématique étudiée et de repérer les guides de pratique disponibles sur le sujet.

2.8.2 Constitution d'un groupe d'experts participant à l'élaboration d'un guide de pratique

Les membres du Comité définissent comme un expert toute personne qui a acquis une grande connaissance ou une grande expérience dans un domaine, dont les usagers. Le choix des experts qui participeront à l'élaboration d'un guide de pratique est d'abord orienté par une question de faisabilité. Si la plus-value de la multidisciplinarité fait consensus, cet objectif n'est pas toujours atteignable pour des raisons financières. Ainsi, les acteurs qui ont procédé à l'analyse de la problématique peuvent poursuivre le processus d'élaboration du guide ou déléguer cette tâche à d'autres qui seront plus aptes à le faire dans les circonstances. Le choix des experts devrait être guidé par la reconnaissance de la crédibilité accordée aux connaissances et aux expériences qu'ils ont acquises.

Un guide peut aussi être élaboré par une équipe dont les rôles ou les domaines d'expertise sont homogènes ou hétérogènes. Différents regroupements d'experts peuvent alors être mis à contribution, dont les suivants : 1) le groupe peut être constitué de chercheurs, d'usagers, de gestionnaires, d'intervenants du milieu, d'experts internationaux et de planificateurs, tous invités à participer au processus; 2) le groupe peut être homogène, c'est-à-dire réunir des acteurs d'une même discipline (des physiothérapeutes, par exemple) ou de fonctions similaires (des gestionnaires, par exemple); 3) il peut aussi être hétérogène par sa multidisciplinarité (psychologues et médecins, par exemple) ou par la représentation de différents niveaux décisionnels (comités d'usagers et ministère, par exemple), de divers secteurs de pratique (centre de réadaptation en toxicomanie et centre jeunesse, par exemple) ou de représentations distinctes (communautaires et institutionnelles). Les groupes hétérogènes offriront l'avantage d'élargir les perspectives d'analyse, permettant ainsi de produire un guide de pratique bonifié par divers savoirs (voir la figure 4 à la page 35).

2.8.2.1 Participation des usagers

Les usagers sont considérés par les membres du Comité comme des experts, du moins pour leur savoir expérientiel. Ils peuvent fournir des informations essentielles à l'applicabilité et à l'acceptabilité d'un guide de pratique et ainsi jouer un rôle important dans son élaboration et dans la planification des stratégies d'implantation. Ce savoir ne peut généralement être saisi que par le partage de leur expérience. La participation des usagers, dès le début du processus, est donc primordiale.

2.8.2.2 Consensus d'experts

Lors de la collecte et de l'analyse des différents types de données, la plus-value de la contribution d'experts issus de diverses disciplines dans l'élaboration des guides de pratique semble reconnue. Cependant, l'exclusion de disciplines dont les experts se considèrent comme des parties prenantes n'est pas toujours rationnellement justifiée, et les modalités visant à déterminer les disciplines contributives ne sont pas toujours explicites. Afin de viser une plus grande transparence et de favoriser l'équilibre entre les différentes parties prenantes, les modalités du choix des experts qui participeront à l'élaboration des guides de pratique devraient être explicites.

De plus, l'animateur doit s'assurer que la dynamique de groupe donne une voix à toutes les parties prenantes. Le degré de consensus escompté ainsi que l'autorité décisionnelle de chaque discipline représentée devraient être explicites. En toutes circonstances, le caractère démocratique et la transparence des processus sont préconisés afin de tenir compte de ces questions.

2.8.3 Élaboration ou adaptation d'un guide de pratique

Les membres du Comité ont une expérience dans l'élaboration des guides de pratique mais n'ont pas, à ce jour, appliqué la méthode ADAPTE ni la grille AGREE II. Les futurs travaux pourront permettre de juger de l'applicabilité de cette méthode au secteur des services sociaux, au regard du type de données disponibles. Cependant, le principe d'adapter un guide de pratique existant, au moins par une mise à jour des données scientifiques, est reconnu.

2.8.4 Types de données

Selon les membres du Comité, les guides de pratique sont fondés sur différents types de données, soit : 1) les données issues de la littérature scientifique; 2) les données contextuelles, y compris les données subjectives; et 3) le savoir des experts consultés, y compris les usagers. Ces données sont très différentes, mais tout aussi utiles et parfois complémentaires, selon la problématique. L'ordre de collecte de ces données ne semble pas préétabli et le processus peut être circulaire, exigeant parfois un va-et-vient entre les différents types de données (voir la figure 4).

2.8.4.1 Données scientifiques

Les guides de pratique visent généralement à recommander des pratiques éprouvées portant sur la sécurité, l'innocuité, l'efficacité ou l'efficacité d'une intervention. Les membres du Comité conviennent que les guides de pratique nécessitent une collecte et une analyse des données issues de la littérature scientifique. Ces données peuvent constituer les fondements d'un guide de pratique, mais elles sont souvent insuffisantes en soi. Elles sont généralement recueillies selon les règles de l'art de toute revue de synthèse, soit :

- 1) une recherche documentaire;
- 2) la sélection des études pertinentes et une justification des exclusions;
- 3) une analyse des informations et une appréciation de la qualité méthodologique des études retenues;
- 4) la validation des résultats;
- 5) une synthèse des résultats;
- 6) la rédaction d'un rapport ou d'un document de synthèse.

2.8.4.2 Données contextuelles

Les données contextuelles réfèrent aux informations propres au contexte d'intervention, soit les circonstances qui entourent l'intervention à l'étude et les conditions qui s'y rattachent. Le contexte va au-delà du milieu d'intervention; il intègre, par exemple, les conjonctures économiques, les politiques institutionnelles ou ministérielles et les ententes interministérielles, et ce, au moment présent ou dans une perspective future. Quoique les données contextuelles ne puissent être qualifiées de probantes, à savoir qu'elles ne peuvent constituer une preuve, elles peuvent néanmoins s'appuyer sur des éléments objectifs tels que des textes de loi et des règlements, des conventions collectives, des codes de déontologie ou des politiques d'établissement. Lorsqu'ils se limitent à ces données contextuelles, les guides seraient davantage de nature administrative ou organisationnelle, visant à orienter une pratique dans un objectif de plus-value, sans toutefois prétendre proposer une pratique basée sur des données issues de la recherche.

Puisque le contexte intègre les milieux d'intervention, les données contextuelles peuvent aussi traiter des représentations des parties prenantes, par exemple les perceptions de la relation entre le gestionnaire, l'intervenant et l'utilisateur, leur vécu, leurs conditions de vie et de travail, leurs préférences, leurs valeurs et leurs attentes. Ces aspects seraient plus que des données contextuelles; ils constitueraient les fondements d'une intervention qui se veut à la fois globale et ontologique, soit centrée sur l'utilisateur et son environnement. Cette préoccupation de conserver la relation humaine et sociale qui caractérise les services sociaux demeure majeure dans l'élaboration des guides de pratique. Cependant, aucun guide ne semble être élaboré strictement sur ces fondements subjectifs.

Les données contextuelles peuvent être recueillies de diverses façons, dont la consultation de la littérature grise (par exemple les textes de loi), l'observation sur le terrain, la consultation de banques de données dont celles des dossiers d'utilisateurs.

2.8.4.3 Savoir des experts

Le savoir des experts est aussi une source de données servant à élaborer des guides de pratique. Ces experts se distinguent de ceux qui élaborent le guide. Leur contribution est de fournir des informations complémentaires à celles qui se trouvent dans la littérature scientifique ou dans les données contextuelles. Ce savoir peut être mis à contribution en amont du processus de collecte de données. L'expertise ne se limite pas au domaine de la recherche, quoique le savoir de ces experts y soit souvent associé. Le savoir des experts est aussi expérientiel et peut fournir certaines données qui ne pourraient être recueillies autrement. Les coûts de mise en service, les facteurs de réussite et les contraintes opérationnelles ainsi que les risques de nocivité d'une intervention (par exemple la stigmatisation) comptent parmi les aspects que ces experts peuvent mettre en lumière. En ce qui concerne les utilisateurs, leurs valeurs, leurs croyances, leurs expériences et leurs préférences sont des données à considérer. Ces données sont généralement colligées suivant des méthodes qualitatives consensuelles ou délibératives, des entrevues individuelles ou des groupes de discussion.

2.8.5 Hiérarchisation de la preuve et diversification des données

La valeur relative des données scientifiques par rapport à d'autres types de données, dont celles issues de la littérature grise, et les expériences des diverses parties prenantes n'est pas préétablie. Elle varie plutôt selon l'objet à l'étude. Sans pour autant dénigrer la valeur des essais cliniques randomisés, le Comité n'a pas retenu la hiérarchisation de la preuve comme un gage de qualité. D'une part, la complexité des données issues des sciences sociales impose souvent de rendre compte de toutes les données disponibles. D'autre part, les essais cliniques randomisés sont parfois inapplicables pour des raisons d'éthique ou en raison du type de complexité à considérer dans le domaine social. Par conséquent, la qualité des études et le niveau de preuve établi pour déterminer si une intervention dans le secteur des services sociaux est efficace, prometteuse, inefficace ou nuisible ne peuvent être évalués strictement suivant la méthode de hiérarchisation de la preuve. La qualité des études devrait être évaluée en considérant leur valeur respective. Cependant, la méthode de hiérarchisation de la preuve pourra être appliquée si les données sont disponibles, mais ne pourra être substituée à la diversification des données.

Dans une perspective d'aide à la décision, l'approche préconisée d'évaluation et d'assurance de la qualité est la triangulation. Ce processus doit être rigoureux, transparent, indépendant, légitime et crédible dans une perspective d'utilisation des différentes données afin d'appuyer des décisions et d'orienter des pratiques.

2.8.6 Synthèse des données

Les membres du Comité sont d'avis que les différentes méthodes de synthèse énumérées dans la section 2.5 peuvent être appliquées. Aucune de ces méthodes n'est privilégiée puisque le type de données recueillies justifie leur application. Cependant, le principe de la transparence et de la reproductibilité du processus doit toujours être respecté.

2.8.7 Élaboration des recommandations

Selon les membres du Comité, les questions relatives au jugement des experts, à l'acceptabilité, à l'applicabilité et à l'équité des recommandations doivent se poser tout au long du processus d'élaboration du guide de pratique. Cependant, ces questions se posent davantage en amont, c'est-à-dire dès la prise de décision de produire un guide, et demeurent une préoccupation jusqu'à son implantation.

La force des recommandations devient tributaire de la triangulation, c'est-à-dire de la tendance des différentes données à converger vers un même résultat. Les données qualitatives (les préférences, les valeurs et les croyances des usagers), les données contextuelles et les données issues du savoir des experts doivent être prises en compte, au même titre que les données issues des études observationnelles ou des essais cliniques randomisés. Selon les membres du Comité, ces données constituent un ensemble qui ne peut faire fi de ses parties au risque de proposer des recommandations contraires à l'éthique, au mieux-être des usagers et à l'efficacité des services. Leur valeur relative dépendra de la problématique à l'étude et devra s'établir au cas par cas, et ce, en toute transparence du jugement des experts qui participent à l'élaboration du guide de pratique.

2.9 Comparaison des processus de collecte et d'analyse des données relevés dans la littérature avec celui des travaux du Comité

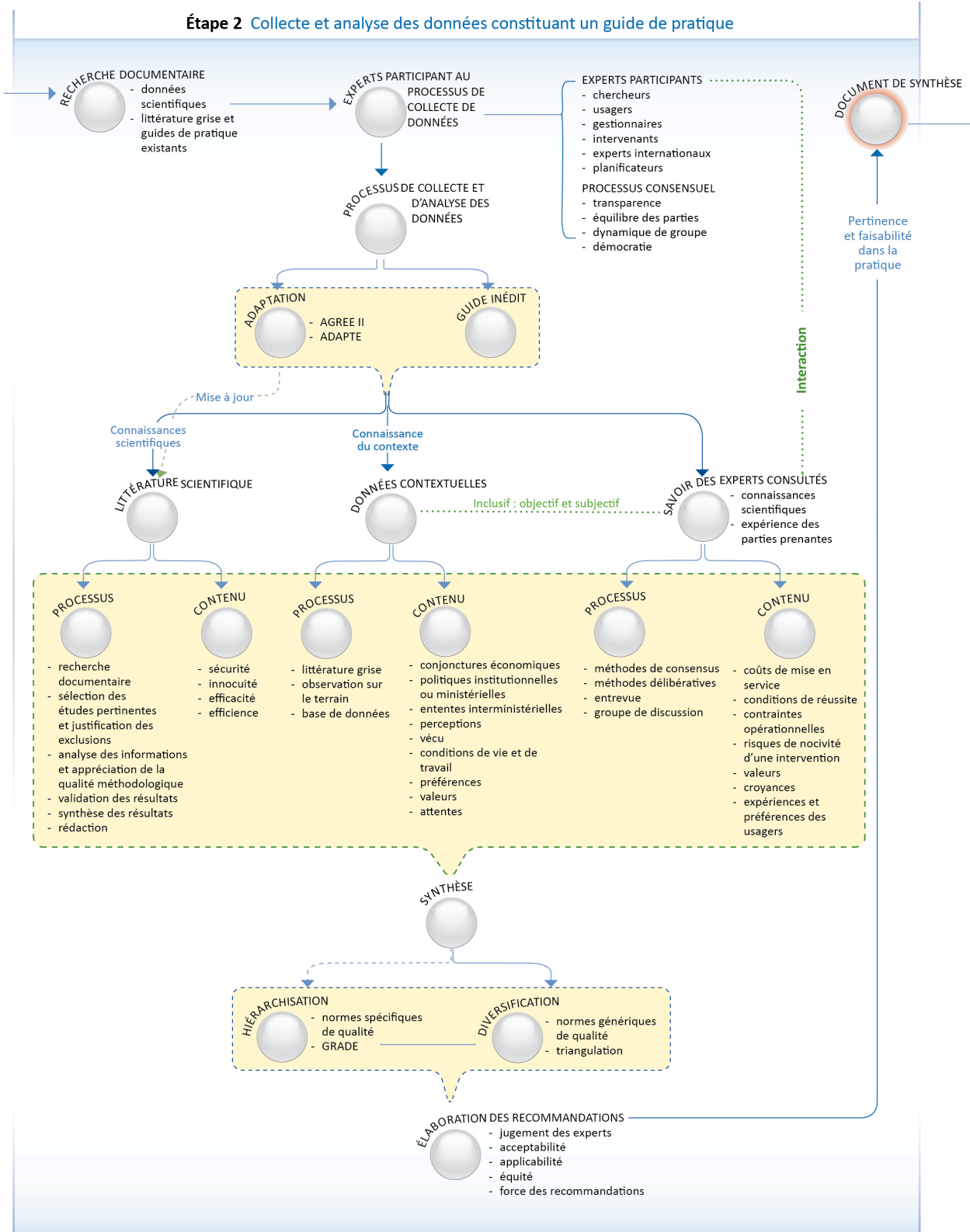
L'analyse comparative des méthodes d'élaboration d'un guide de pratique appuie la composition d'un groupe d'experts représentant toutes les parties prenantes, dont les usagers. Pour des raisons d'éthique et afin que leur expertise soit considérée à sa juste valeur, l'équilibre entre les parties, sur le plan du nombre, de la présence et du degré de participation, doit être considérée [NICE, 2009; Krahn et Naglie, 2008; SCIE, 2008; SIGN, 2008; Verkerk *et al.*, 2006; NZGG, 2001].

Pour que les guides de pratique fassent état des bonnes pratiques, ils devraient idéalement être élaborés à partir d'une diversité de types de données, notamment les données issues de la littérature scientifique – dont le niveau de preuve peut varier –, les données contextuelles qui décrivent les circonstances entourant l'intervention ainsi que le savoir des différents experts, dont les usagers. Cette diversification des données est également proposée par différents auteurs des sciences sociales [Blas *et al.*, 2011; Gough, 2007; Pawson, 2006; Rycroft-Malone *et al.*, 2004; Pawson *et al.*, 2003 ; Denzin et Lincoln, 2000].

Par conséquent, la valeur relative des essais cliniques randomisés – ou de leur synthèse – est reconnue et leur apport est complémentaire à d'autres types de données. La complexité des interventions, l'importance de saisir des perspectives – autres que celle de l'efficacité en milieu contrôlé – ainsi que les valeurs sous-jacentes aux préférences des usagers doivent être considérées. Ces perspectives ne constituent pas des données secondaires aux données scientifiques, elles en font partie. La qualité de la preuve se définit alors dans l'exhaustivité d'une analyse multidimensionnelle et n'est pas fondée sur la seule appréciation d'un seul type de données.

Ainsi, la méthode de collecte et d'analyse des données qui émerge des travaux du Comité s'apparente davantage à celle proposée par Pawson et ses collaborateurs [2003], ainsi que par Rycroft-Malone et ses collègues [2004], qu'à celle uniquement inspirée de la hiérarchisation de la preuve, quoique l'approche GRADE reconnaisse l'importance des valeurs sociétales ainsi que des valeurs spécifiques de certains groupes d'usagers. La diversité des données à considérer, compte tenu de la réalité de l'intervention dans le secteur (par exemple les conditions de vie, la gravité du fardeau et les déterminants sociaux de la santé), oriente ce choix. Sans s'appuyer strictement sur la même typologie des données, le souci de rendre compte de la complexité des interventions dans le secteur social est partagé par la littérature scientifique et le Comité. La qualité des données est définie par la diversification des données et par des normes génériques de rigueur et de transparence. Les membres du Comité mentionnent aussi l'approche de la triangulation comme stratégie d'assurance de la qualité. D'emblée, la hiérarchisation de la preuve n'est pas retenue comme une approche incontournable, bien qu'elle puisse être utile lorsque le type de données le permet. La **figure 4** présente le processus de collecte et d'analyse des données servant à élaborer un guide de pratique.

Figure 4 Processus de collecte et d'analyse des données servant à élaborer un guide de pratique



Étape 3 Implantation du guide

3 Implantation du guide sur le terrain

Un guide de pratique ne prend sa pleine valeur que lorsqu'il est appliqué sur le terrain. Une attention particulière doit donc être portée à son influence sur le terrain, et ce, tout au long du processus d'élaboration, de transformation et d'implantation. Le présent chapitre décrit particulièrement l'étape de l'implantation d'un guide de pratique.

3.1 Présentation du guide de pratique

La présentation du guide réfère à une étape de finition visant à le rendre attrayant et compréhensible du point de vue des utilisateurs cibles, avant son implantation. Un guide de pratique peut être présenté comme un condensé structuré servant à donner un bref aperçu de la problématique, de la question d'évaluation, du résumé des conclusions, des recommandations élaborées par le comité d'experts ainsi que des lacunes dans les connaissances scientifiques. Il peut aussi être présenté à l'aide d'un organigramme qui résume les principales recommandations. S'il est destiné aux usagers, il peut les informer sur les interventions jugées efficaces ou prometteuses et sur leurs effets en appui à la prise de décision. Le guide peut être publié en version papier, en version électronique ou être téléchargeable [SIGN, 2008]. Les principaux messages peuvent aussi être diffusés au moyen d'une capsule vidéo, comme le fait le SCIE pour informer les usagers des résultats de ses travaux.

3.2 Implantation du guide

Les guides de pratique sont en quelque sorte une synthèse de données servant à générer de nouvelles connaissances dans l'objectif de les intégrer aux pratiques d'intervention, de gestion ou d'organisation des services. Les guides de pratique fondés sur les meilleures données disponibles font partie des outils prometteurs et efficaces d'amélioration de la qualité des services. Cependant, bon nombre d'entre eux sont peu utilisés après leur diffusion [Grol, 2001]. Il est donc primordial de connaître les facteurs de réussite et d'échec de leur utilisation.

Différents termes sont employés pour désigner le processus par lequel on tente de favoriser l'utilisation des connaissances sur le terrain. Application des connaissances, échange de connaissances, mobilisation des connaissances, transfert des connaissances, utilisation des connaissances et valorisation des connaissances comptent parmi les termes les plus répandus dans le domaine de la santé et des services sociaux [Gervais et Chagnon, 2010; Tetroe *et al.*, 2008; Graham *et al.*, 2006 ; Grol *et al.*, 2005]. Chacun de ces termes s'appuie sur des modèles théoriques qui laissent aux parties prenantes une plus ou moins grande possibilité d'action et de décision. Le présent document ne décrit pas ces modèles théoriques, pas plus qu'il ne distingue les différents concepts clés qui s'y rattachent [Gervais et Chagnon, 2010; Lemire *et al.*, 2009; Landry *et al.*, 2008]. Le lecteur qui s'intéresse à cette question peut consulter

diverses études de synthèse réalisées par des chercheurs québécois²⁸. Ces modèles pourraient ultérieurement être forts utiles lors de l'évaluation de l'utilisation du guide de pratique, en définissant des concepts clés et en proposant des indicateurs de processus et de résultats.

3.2.1 Stratégies d'implantation

Diverses stratégies peuvent servir à implanter un guide de pratique sur le terrain. Ces stratégies sont parfois interactives et exigent la participation des usagers ou des prestataires de services. D'autres sont plus classiques et se limitent à diffuser de l'information. Elles sont à l'occasion présentées suivant une taxonomie proposée par le Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) [Grimshaw et Eccles, 2008; Grimshaw *et al.*, 2006; 2004].

Le groupe EPOC produit des revues systématiques de stratégies éducationnelles, comportementales, financières, réglementaires et organisationnelles afin d'améliorer la pratique des professionnels de la santé et l'organisation des services de santé. L'**encadré 2** présente une adaptation de la taxonomie EPOC au domaine des services sociaux.

Encadré 2 Classification des stratégies d'implantation selon la taxonomie EPOC

- **Audit et rétroaction** : tout résumé de la performance de services sur une période donnée.
- **Diffusion de matériel éducatif** : diffusion des recommandations, publiées ou imprimées, y compris les guides de pratique, le matériel audiovisuel et les publications en version électronique.
- **Formation interactive** : participation des intervenants à des conférences, à des ateliers ou à des stages.
- **Sensibilisation directe (*outreach*)** : visites sur le terrain au cours desquelles une personne formée rencontre des prestataires de services afin de leur donner des informations sur l'évolution des pratiques.
- **Marketing** : recours à des groupes de discussion, à des entretiens individuels ou à des enquêtes auprès de prestataires de services ciblés afin de repérer les obstacles au changement et de proposer un type d'intervention qui en tienne compte.
- **Médias de masse** : utilisation d'outils de communication variés en vue d'atteindre un grand nombre de personnes (dont la télévision, la radio, les journaux, les affiches, les dépliants et les brochures), seuls ou combinés à d'autres types d'intervention, et qui visent le grand public.
- **Transmission d'informations sur les usagers** : nouvelles données cliniques (qui ne sont pas encore disponibles) recueillies directement auprès des usagers et partagées avec les prestataires de services (scores de dépression à partir d'un instrument, par exemple).
- **Opinion de leaders locaux** : recours à un prestataire de services reconnu pour son influence éducative (les chercheurs doivent avoir déclaré explicitement que leur collègue a été désigné comme un leader d'opinion).
- **Processus consensuel** : participation des prestataires de services aux discussions afin de s'assurer qu'ils ont convenu que le problème choisi est important et que l'approche de gestion du problème est appropriée.
- **Rappels** : informations spécifiques, fournies verbalement, par écrit ou par Internet, conçues pour rappeler aux prestataires de services les informations qui leur ont été communiquées.

Source : Traduit et adapté de Grimshaw *et al.*, 2006; 2004.

28. Citons Gervais et Chagnon [2010], Lemire et ses collaborateurs [2009] ainsi que Landry et ses collègues [2008] par exemple.

3.2.2 Efficacité et efficacité des stratégies d'implantation des guides de pratique

Une revue systématique de revues de synthèse portant sur l'efficacité et l'efficacité des stratégies d'implantation des guides de pratique a été repérée. Les auteurs [Prior *et al.*, 2008] ont évalué 33 publications qui répondaient à leurs critères d'inclusion, des essais cliniques randomisés pour la plupart. Toutes les mesures des changements au processus clinique, de l'adhésion au guide et de l'efficacité ont été intégrées à l'analyse. Les revues qui se sont concentrées uniquement sur les effets sur les sujets ont été exclues. Les revues systématiques traitant de maladies spécifiques ont été exclues sur la présomption que leurs résultats risquent de ne pas être généralisables.

La qualité de ces publications a été évaluée au moyen de l'outil de mesure AMSTAR, créé par Shea et ses collaborateurs [2007], servant à évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques. La qualité des revues à l'échelle AMSTAR était très variable (de 1 à 10; médiane de 6) et 2 d'entre elles ont obtenu le score d'excellence de 10 [Jamtvedt *et al.*, 2006; Grimshaw *et al.*, 2004]. Celle de Jamtvedt et ses collaborateurs [2006] portait spécifiquement sur les audits et la rétroaction, tandis que celle de Grimshaw et ses collaborateurs [2004] traitait de l'efficacité et de l'efficacité de différentes stratégies, uniques ou combinées. Des 33 études analysées, 18 ont obtenu un score AMSTAR inférieur ou égal à la médiane (≤ 6).

Les auteurs ont relevé plusieurs stratégies d'implantation des guides de pratique, définies ou décrites de façon inégale. Cette hétérogénéité conceptuelle, voire l'absence de définition concernant certaines stratégies d'implantation, rend leur évaluation difficile. Le **tableau 2** présente un résumé des évaluations d'efficacité selon les effets visés, tirées de la revue de Prior et ses collaborateurs [2008].

Tableau 2 Efficacité selon les effets visés de stratégies d'implantation des guides de pratique²⁹

Stratégie	Description	Stratégie efficace	Stratégie inefficace	Résultats incertains : efficacité variable	Effets visés
Audit, rétroaction et révision par les pairs	Absente			X	Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Consensus d'utilisateurs et de producteurs de guides	Absente			X	Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Formation médicale continue	Formation continue de 1 à 4 semaines (sans précision sur le nombre de séances)			X	Rarement indiqués
Formation classique	Formation passive (p. ex. conférences et site Web)		X		Rarement indiqués
Sensibilisation directe (outreach)	Visite de formateurs sur le terrain, matériel de promotion, rappels ou suivi	X			Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Formation interactive	Ateliers et séances de formation associés à un processus d'évaluation	X			Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Participation à l'élaboration du contenu des guides de pratique	Méthode de consensus ou production par les utilisateurs	X			Changement du comportement des praticiens ou adhésion au guide*
Diffusion	Diffusion passive ou stratégique		X		Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Incentifs financiers ou matériels	Absente			X	Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Interventions multiples	Diverses associations de stratégies (sans autre précision)	X			Amélioration de l'adhésion au guide et changement de comportement des intervenants
Interventions centrées sur l'utilisateur	Absente	X			Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Interventions organisationnelles	Absente		X		Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Rationalité procédurale	Absente	X			Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Opinion de leaders locaux	Absente			X	Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide
Soutien des gestionnaires	Absente			X	Non mentionnés
Médias de masse	Absente			X	Non mentionnés
Rappels et système d'aide à la décision	Système informatisé	X			Amélioration des processus ou de l'adhésion au guide

Source : Prior *et al.*, 2008.

29. Les résultats sont jugés efficaces ou inefficaces selon le sens dans lequel les études convergent. Ils sont jugés incertains lorsqu'il n'y a pas de convergence.

L'estimation de la taille de l'effet des stratégies montre que les interventions multiples, la formation interactive et les systèmes de rappels sont les stratégies d'implantation dont l'efficacité est la plus confirmée par les données probantes. Toutefois, l'efficacité relative des éléments combinés dans les interventions multiples et de la formation interactive demeure incertaine. L'inefficacité des stratégies de formation classique et de diffusion passive a été démontrée. Cependant, Prior et ses collaborateurs [2008] rappellent la faible qualité de plusieurs des études intégrées à leur revue systématique et soulignent que peu d'entre elles ont évalué les coûts d'élaboration et d'implantation des stratégies.

Ces résultats contredisent ceux de la revue systématique réalisée par Grimshaw et ses collègues [2006; 2004]. Cette revue, publiée sous la forme d'un rapport et d'un article, visait à déterminer et à comparer l'efficacité et les coûts de différentes stratégies d'implantation de guides de pratique en santé afin d'en estimer l'incidence financière et d'élaborer un cadre favorisant la prise de décision de concevoir et d'implanter une guide de pratique. Les auteurs ont évalué 235 études portant sur l'évaluation de stratégies d'implantation auprès de professionnels du domaine médical. Leurs résultats montrent que les stratégies multiples, dont la sensibilisation et la formation, ont un effet modeste, et que les stratégies de rappels ont un effet modéré. Cependant, les auteurs soulignent que la qualité des études incluses dans leur revue était difficile à apprécier en raison de données manquantes.

Prior et ses collaborateurs [2008] ainsi que Grimshaw et ses collègues [2006; 2004] soulignent que l'efficacité des stratégies d'implantation des guides de pratique est rarement rapportée par les auteurs des études incluses dans leur revue systématique. L'absence de données probantes sur l'efficacité complexifie la prise de décision d'opter pour une stratégie en particulier. Selon eux, la décision de produire un guide ne doit pas être motivée seulement par des estimations de leur efficacité, mais aussi par les coûts relatifs qui sont associés à cette stratégie. Dans certains contextes économiques, le matériel éducatif, par exemple, peut être préféré à une stratégie estimée plus efficace parce qu'il est moins coûteux. Par ailleurs, tant Grimshaw et Eccles [2008], Prior et ses collaborateurs [2008] que Grimshaw et ses collègues [2006; 2004] mentionnent que peu importe la stratégie d'implantation appliquée, il faut connaître les obstacles à l'implantation du guide de pratique.

3.2.3 Facteurs qui facilitent ou entravent l'utilisation des guides de pratique

Une revue de revues systématiques portant sur les facteurs qui facilitent ou entravent l'utilisation des guides de pratique a été repérée [Francke *et al.*, 2008]. Cette revue a été réalisée dans l'objectif de mieux connaître ces facteurs et de proposer un état des connaissances sur la question. Ainsi, 12 revues systématiques ont été retenues [Grimshaw *et al.*, 2006; 2004³⁰; Sachs, 2006; Simpson *et al.*, 2005; Saillour-Glenisson et Michel, 2003; Toohar *et al.*, 2003; Bauer, 2002; Gross et Pujat, 2001; Cabana *et al.*, 1999; Thomas *et al.*, 1999; Davis et Taylor-Vaisey, 1997; Davies *et al.*, 1994; Grilli et Lomas, 1994] suivant les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

30. Francke et ses collaborateurs [2008] ont compté les deux publications de Grimshaw et ses collègues [2006; 2004], qui portaient sur le même thème, pour une seule revue systématique.

Critères d'inclusion

- 1) Seules les revues systématiques ou les méta-analyses qui satisfont à au moins deux des trois critères suivants ont été retenues :
 - a. La recherche documentaire des termes est présentée.
 - b. Au moins Pubmed ou Medline a été consultée.
 - c. La qualité méthodologique des études incluses a été évaluée par les auteurs.
- 2) Les guides de pratique inclus dans les revues ou dans les méta-analyses doivent viser des intervenants du secteur médical.
- 3) Les revues ou les méta-analyses doivent analyser des facteurs facilitant l'implantation des guides.

Critères d'exclusion

- 1) Les revues ou les méta-analyses sont élaborées exclusivement à partir de processus de consensus, sans analyse de la littérature scientifique.
- 2) Les revues ou les méta-analyses ne distinguent pas, dans leurs conclusions, les guides de pratique d'autres types d'intervention professionnelle telles que la formation continue ou les programmes d'assurance qualité.
- 3) Les revues ou les méta-analyses rapportent des résultats qui ne sont pas fondés exclusivement sur des publications de recherche, mais aussi sur des articles descriptifs, narratifs ou théoriques.

Aucune limite n'a été posée quant à la langue ou à la date de publication. Les titres et les résumés des références ont été analysés indépendamment par le premier et le second auteur. Les articles sélectionnés ont été analysés indépendamment par les mêmes évaluateurs.

La qualité des revues systématiques retenues par Francke et ses collaborateurs [2008] a été évaluée au moyen de la grille *Quality Assessment Checklist for Reviews* [Oxman et Guyatt, 1991]. Une seule revue systématique, celle réalisée par Grimshaw et ses collègues [2006; 2004], a obtenu le score le plus élevé à l'échelle, soit 7/7. Une autre étude a été jugée de bonne qualité, affichant un score de 5,5/7 [Thomas *et al.*, 1999], mais seules 3 des études incluses étaient pertinentes, et leur qualité était compromise par la petite taille des échantillons. Les 10 autres revues systématiques ont été jugées de faible qualité, affichant des scores variant de 1,5/7 à 4,5/7.

Les facteurs qui influent ou peuvent influencer sur l'implantation d'un guide de pratique ont été regroupés dans les cinq catégories suivantes :

- 1) caractéristiques du guide de pratique;
- 2) caractéristiques des stratégies d'implantation;
- 3) caractéristiques des intervenants;
- 4) caractéristiques des usagers;
- 5) caractéristiques du milieu.

La complexité du guide de pratique est l'obstacle qui revenait le plus souvent dans les études. Un guide facile à comprendre est généralement facile à utiliser, il n'exige pas de ressources spéciales et il est plus susceptible d'être adopté. L'adhésion au guide de pratique est aussi meilleure lorsqu'il est fondé sur des données probantes. La participation des groupes cibles à l'élaboration des guides de pratique en faciliterait aussi l'utilisation, quoique ce facteur soit parfois controversé [Davies *et al.*, 1994].

Francke et ses collaborateurs [2008] s'appuient principalement sur les résultats de la revue de Grimshaw et ses collègues [2006; 2004] pour définir les caractéristiques des stratégies d'implantation. Rappelons que ces derniers décrivent les effets de différentes stratégies, uniques et combinées, d'implantation de guides de pratique et concluent qu'aucune ne semble plus efficace que les autres. Davies et ses collaborateurs [1994] corroborent ces résultats (score de qualité estimé à 3), tout en précisant que les stratégies qui impliquent la participation des intervenants et celles qui sont liées à la prise de décisions sont probablement plus efficaces. Cependant, Francke et ses collaborateurs [2008] précisent que les revues de plus faible qualité vont dans le sens contraire des résultats de Grimshaw et ses collègues [2006; 2004] quant à l'efficacité relative des stratégies uniques ou combinées.

On dénombre 6 revues de faible qualité (score $\leq 4,5$) qui ont porté attention aux caractéristiques des intervenants. Celle menée par Cabana et ses collaborateurs [1999] se présente comme la plus détaillée. L'ignorance de l'existence du guide de pratique ainsi que le désaccord avec son contenu seraient les principaux obstacles à l'adoption des guides de pratique par les intervenants.

On compte 4 revues de faible qualité (score $\leq 4,5$) qui ont porté sur les caractéristiques des usagers. La représentation du besoin ainsi que la présence de problèmes concomitants seraient des caractéristiques qui freinent l'adhésion des usagers à un guide de pratique.

Enfin, 6 revues de faible qualité (score $\leq 4,5$) ont traité des caractéristiques du milieu. Les limites de temps et de ressources professionnelles ainsi qu'une attitude négative des collègues ou des supérieurs sont des facteurs qui font obstacle à l'utilisation des guides de pratique.

3.2.4 Analyse du contexte d'implantation

Certaines circonstances doivent être analysées afin de déterminer les stratégies qui peuvent être appliquées. L'analyse du contexte sert à mettre en évidence certains obstacles à l'implantation d'un guide de pratique et les conditions susceptibles de la faciliter. Comme il est mentionné dans la section 1.2.3, les milieux d'intervention et toutes les parties prenantes doivent être déjà connus à l'étape de la décision de produire un guide, non seulement sur le plan objectif, mais aussi sur le plan subjectif, lequel rend compte de la culture, des valeurs, des connaissances et des croyances des individus et des organisations.

Certaines questions se posent alors si l'on veut connaître les défis que soulève l'implantation d'un guide de pratique. Dans un guide portant sur le sujet, Davis et ses collaborateurs [2007] soulignent que ces défis peuvent se situer à différents niveaux de l'écosystème d'un guide de pratique. Ils peuvent se trouver auprès des intervenants, des gestionnaires, des usagers ou de la population. Ils peuvent être soulevés par des questions organisationnelles, financières ou politiques. Tous ces défis peuvent être interreliés, mais chacun doit être étudié lors de l'analyse du contexte d'implantation d'un guide de pratique. Différentes techniques, dont les sondages, les groupes de discussion, les forums, les entrevues, les observations sur le terrain et les études de cas, peuvent être utilisées à cette fin [Davis *et al.*, 2007]. Le **tableau 3** propose des questions et des défis liés au processus d'implantation d'un guide de pratique dans un contexte donné.

Tableau 3 Questions et défis liés au processus d'implantation d'un guide de pratique dans un contexte donné

Contexte	Questions et défis liés au processus d'implantation d'un guide de pratique
Intervenants et gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissent-ils les lacunes de la pratique et le besoin de changement? ▪ Connaissent-ils les recommandations incluses dans le guide? ▪ Quelle est leur attitude à l'égard du guide? ▪ Désirent-ils changer leur pratique? ▪ Comment perçoivent-ils les obstacles au changement? ▪ Les besoins des divers intervenants diffèrent-ils?
Usagers et population	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissent-ils les données probantes sur les meilleures pratiques et les comprennent-ils? ▪ Quelle est leur attitude à l'égard du guide? ▪ Ont-ils les ressources nécessaires pour appliquer les recommandations du guide? ▪ Quelles ressources ou quels services les aideraient à adopter le guide? ▪ Qu'est-ce qui peut les empêcher d'adopter le guide?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles caractéristiques de l'équipe pourraient faciliter ou entraver l'adoption du guide? ▪ Quelles caractéristiques des processus de travail pourraient faciliter ou entraver l'adoption du guide? ▪ À quels mécanismes de formation l'organisation a-t-elle accès? ▪ Quelles sont les ressources technologiques disponibles? ▪ La culture de l'organisation appuie-t-elle le changement? ▪ Les changements sont-ils favorisés par un leadership organisationnel et d'intervention? ▪ Quels principaux intervenants de l'organisation faudrait-il consulter? ▪ Les ressources organisationnelles, les services et le matériel nécessaires sont-ils disponibles?
Questions financières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les ressources nécessaires pour appliquer les changements et les maintenir à long terme? ▪ L'intervention liée au guide contribuera-t-elle à augmenter les coûts ou à les réduire? ▪ Les changements auront-ils des répercussions sur les coûts d'autres services?
Questions politiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Y a-t-il des mesures réglementaires ou législatives qui influent sur l'application du guide? ▪ Y a-t-il une volonté politique de changer la pratique?

Source : Adapté de Davis *et al.*, 2007, p. 20.

Ces questions peuvent faciliter l'analyse des obstacles à l'implantation d'un guide de pratique, mais il en existe d'autres. Le National Institute of Clinical Studies [Rainbird, *et al.*, 2006] a réalisé un guide portant spécifiquement sur les obstacles à l'implantation des recommandations issues de données probantes. Bien que ce guide ait été élaboré à l'intention du secteur de la santé, il peut constituer une source

d'inspiration pour le secteur des services sociaux. Les types d'obstacles sont présentés sur différents plans, soit l'innovation, les intervenants, les usagers ainsi que le contexte social, organisationnel, économique et politique. Le **tableau 4** présente une adaptation des types d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique fondé sur des données probantes.

Tableau 4 Types d'obstacles à l'implantation d'un guide de pratique fondé sur des données probantes

Plans	Types d'obstacle	Exemples
Innovation	Faisabilité Crédibilité Accessibilité Attrait	Les guides de pratique peuvent être perçus comme un inconvénient ou jugés difficiles à appliquer. Ils peuvent aussi proposer de cesser une pratique établie.
Intervenants	Sensibilisation Connaissances Attitudes Motivation au changement Habitudes	Les intervenants peuvent être en désaccord avec un guide en particulier ou avec les guides en général. Il se peut qu'ils ne soient pas motivés à changer leur pratique ou qu'ils ne se sentent pas compétents pour fournir le service.
Usagers	Connaissances Compétences Attitudes Adhésion	Les usagers ont des attentes trop élevées à l'égard d'un service.
Contexte social	Opinion des collègues Culture du réseau Collaboration Leadership	Les leaders d'opinion locaux peuvent préconiser une pratique dont l'efficacité n'est pas démontrée par des données probantes.
Contexte organisationnel	Processus de prestation des services Main-d'œuvre Capacités Ressources Structures	Des documents complexes ou un manque de communication peuvent entraver l'utilisation d'un guide de pratique.
Contexte économique et politique	Ententes financières Règlements Politiques	Le système de remboursement peut favoriser la prestation de services désuets ou dissuader les intervenants d'adopter de meilleures pratiques.

3.3 Résultats des travaux du Comité sur l'implantation d'un guide de pratique sur le terrain

L'analyse des travaux du Comité permet de dégager certaines stratégies appliquées dans le secteur des services sociaux afin de favoriser l'utilisation des guides de pratique. La **figure 5** (voir la page 49) illustre le processus d'implantation d'une guide de pratique dans le secteur des services sociaux.

3.3.1 Transformation du guide de pratique en fonction des utilisateurs et des milieux visés

Tout le processus de collecte de données a pour objet de produire un guide qui répond à la question à l'étude. Certes, ces données sont essentielles à la production d'un guide, mais elles ne sont pas forcément assimilables par toutes les parties prenantes. C'est la raison pour laquelle elles doivent être transformées avant que le guide ne soit implanté.

Il est proposé que les guides de pratique soient, plus ou moins en profondeur, adaptés aux diverses clientèles et aux différents milieux visés. La transformation de certains guides se limite à un groupe particulier (membres d'un ordre professionnel, par exemple), puisque tel l'exige leur objectif, tandis que d'autres visent différentes clientèles (intervenants et usagers, par exemple) ou des milieux particuliers (centres jeunesse, par exemple). La transformation d'un guide de pratique dépend donc de prime abord des personnes et des milieux à qui il s'adresse.

Cependant, la transformation d'un guide peut s'avérer un travail exigeant, car ce processus exige souvent une bonne connaissance de la complexité du milieu et des particularités des utilisateurs cibles. La transformation d'un guide de pratique ne pourrait alors être réalisée sans une connaissance approfondie du contexte d'implantation, c'est-à-dire des utilisateurs cibles et des milieux visés. Cette analyse est entreprise dès l'étape de la décision de produire un guide de pratique (voir l'étape 1), mais elle doit être approfondie avant l'implantation de celui-ci afin de s'assurer qu'aucune information d'importance n'a été omise. De plus, la synthèse de ces données contextuelles permettra de déterminer les facteurs facilitant l'implantation du guide de pratique.

Les utilisateurs cibles sont, essentiellement, les parties prenantes désignées dans l'étape 1, soit les intervenants, les bénévoles, les enseignants, les parents, les usagers, les gestionnaires et les planificateurs. L'analyse des utilisateurs ne doit pas se limiter à des considérations objectives telles que le nombre, le niveau de scolarité ou le revenu. Elle doit aussi tenir compte de facteurs subjectifs pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'un guide, par exemple les valeurs, la culture, les connaissances, les besoins et les préférences des utilisateurs.

La même rigueur d'analyse doit être appliquée aux milieux visés (échelle nationale, régionale, regroupement d'établissements, communautaire et établissements). Cette analyse doit reconnaître que ces milieux ne sont donc pas des récepteurs passifs en attente d'une connaissance générée par un guide de pratique. Ils sont actifs, construits par leur histoire et leur culture, et ils imposent des conditions à leur perception de la plus-value des guides de pratique et à leur utilisation.

3.3.2 Facteurs facilitant l'implantation d'un guide de pratique

En plus de devoir démontrer sa pertinence et sa validité, tant auprès des utilisateurs cibles qu'auprès de leur organisation, le guide de pratique doit être perçu comme une plus-value pour la pratique habituelle. Pour être utilisable, il doit aussi proposer des changements ou des ajustements compatibles avec la pratique courante afin que le niveau de rupture des habitudes d'intervention et le degré de complexité ne soient pas trop élevés.

Par ailleurs, les facteurs facilitant l'implantation d'un guide de pratique sont multifactoriels. Les membres du Comité soulignent l'importance des facteurs suivants : 1) prévoir une stratégie d'implantation dès la prise de décision d'élaborer un guide; 2) prévoir la participation de toutes les parties prenantes, nécessaire à l'adoption du guide; 3) tenir compte des caractéristiques du milieu; 4) obtenir une approbation organisationnelle, dont celle de la direction; 5) tenir compte des ressources humaines et financières nécessaires, tant à l'implantation qu'à l'accompagnement; 6) prévoir la formation des utilisateurs cibles; 7) s'assurer de la volonté politique; 8) faire en sorte que les objectifs soient réalisables

et que les résultats escomptés soient mesurables à des fins d'évaluation; et 9) s'assurer de l'appui continu de l'organisation (voir la figure 5 à la page 49).

3.3.2.1 Présentation du guide de pratique

Les transformations apportées à un guide peuvent être mineures, par exemple une présentation attrayante pour le lecteur ou une conversion en version électronique ou téléchargeable pour en faciliter l'accès. Certaines particularités des utilisateurs cibles peuvent aussi imposer une adaptation du format, par exemple l'impression en gros caractères d'un guide destiné aux usagers et aux résidents pour en faciliter la lecture.

Certaines parties d'un guide peuvent aussi être supprimées, notamment lorsqu'elles risquent d'ennuyer le lecteur. Voici un exemple. En vue de l'élaboration d'un guide pour les travailleurs sociaux en milieu communautaires, leur ordre professionnel a procédé à une revue systématique de la littérature et mené des discussions de groupe auprès de ses membres. Le guide ne fait toutefois pas mention de ce travail exhaustif, car la présence d'une section portant sur les méthodes de collecte et d'analyse des données pourrait démotiver les lecteurs. Par contre, les informations sur la collecte de données peuvent être fournies sur demande.

Le contenu peut aussi être fragmenté de façon à produire une série de produits dérivés (aussi appelés trousse) adaptés à diverses clientèles cibles. C'est le cas du guide de pratique portant sur le syndrome du bébé secoué proposé par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP). Ce guide était à l'origine une revue de synthèse sur la question. Par la suite, un guide vulgarisé présentant les messages clés du rapport original, une vidéo de formation destinée aux intervenants ainsi qu'un dépliant à l'intention des parents ont été produits. Ainsi, le CLIPP crée son guide à partir des résultats observés dans la littérature scientifique de façon à ce que chaque utilisateur potentiel puisse le comprendre et l'intégrer. Cependant, dans un souci de transparence, les données probantes qui constituent les fondements des divers guides de pratique demeurent disponibles.

3.3.3 Stratégies d'implantation

3.3.3.1 Interactions avec les parties prenantes

Selon les membres du Comité, en règle générale, les recommandations des guides de pratique seraient peu appliquées lorsqu'elles sont simplement diffusées. Les interactions avec les diverses parties prenantes constituent une stratégie servant à démontrer la pertinence des guides et, par conséquent, à en faciliter l'utilisation. Dans le secteur des services sociaux, les intervenants, les bénévoles, les enseignants, les parents, les usagers, les gestionnaires et les planificateurs sont généralement les parties prenantes concernées. Il ne s'agirait pas de s'en tenir aux interactions « après coup » pour sonder la satisfaction de ces acteurs, mais idéalement d'agir davantage en amont, voire en partenariat, et ce, dès que s'enclenche le processus de collecte de données. Cependant, les interactions ont généralement lieu en aval de la production du guide.

3.3.3.2 Interactions avec les organisations

Les interactions mettent généralement l'accent sur des aspects individuels, et peu d'attention est accordée aux aspects organisationnels. Si les utilisateurs des guides ne sont pas dépourvus de connaissances et d'expériences, leur organisation ne l'est pas non plus. Comme les personnes, une organisation aussi se construit, a des perceptions, des valeurs, des contraintes et une capacité donnée de changement et d'apprentissage. Une organisation dont la culture est propice aux changements aura un meilleur potentiel d'apprentissage des innovations perçues comme pertinentes pour ainsi maximiser, mobiliser et conserver les nouvelles compétences.

Dans toutes organisations, même celles qui sont ouvertes aux changements, l'utilisation des guides est soumise à des contraintes. Transformer la pratique courante provoque forcément des changements dans la culture de travail. Une période de déstabilisation est donc à prévoir, comme dans toute expérience d'apprentissage. Selon les membres du Comité, le processus d'implantation d'un guide de pratique doit donc être appuyé par l'organisation afin que cette période déstabilisante mène à l'acquisition des connaissances nécessaires à l'utilisation des guides ainsi qu'au maintien des acquis. Il est alors déterminant que l'organisation s'engage en mobilisant les diverses parties prenantes. À cette fin, certaines organisations établissent des partenariats soutenus entre la recherche et la pratique. Cette stratégie faciliterait la liaison et le partage des connaissances issues tant de la recherche que de la pratique professionnelle.

3.3.3.3 Modes d'interactions

Ces interactions peuvent se concrétiser par diverses activités telles que la formation du personnel, la tenue de conférences ou de séminaires destinés aux intervenants et aux usagers, la constitution d'un groupe de travail auquel participent les gestionnaires d'établissements, etc. Cependant, chaque partie prenante a des rôles et des besoins différents qui exigent des stratégies distinctes au sein d'une même organisation. Les interactions avec les gestionnaires des organisations s'avèrent néanmoins d'une importance capitale afin d'appuyer les activités.

3.3.4 Efficacité des stratégies d'implantation

Selon les membres du Comité, la recherche dans le domaine doit être davantage réalisée selon les règles de l'art, en définissant *a priori* les concepts clés et les indicateurs de résultats et en étant plus exhaustive et rigoureuse dans l'ensemble de la méthode. Par ailleurs, l'hétérogénéité des méthodes et des concepts clés rend la comparaison de l'efficacité difficile à évaluer. Une méthodologie commune doit être élaborée afin de produire des données suffisamment probantes pour soutenir la décision relative au choix des stratégies d'implantation.

3.4 Comparaison des processus d'implantation relevés dans la littérature avec ceux des travaux du Comité

Dans l'ensemble, les résultats montrent que l'implantation des guides de pratique s'inscrit dans une finalité commune d'utilité. La complexité du document de synthèse impose alors qu'il soit adapté aux caractéristiques des utilisateurs et soit transformé. Parmi les différentes stratégies d'implantation envisageables, les résultats montrent que celles qui mettent à contribution les parties prenantes et les

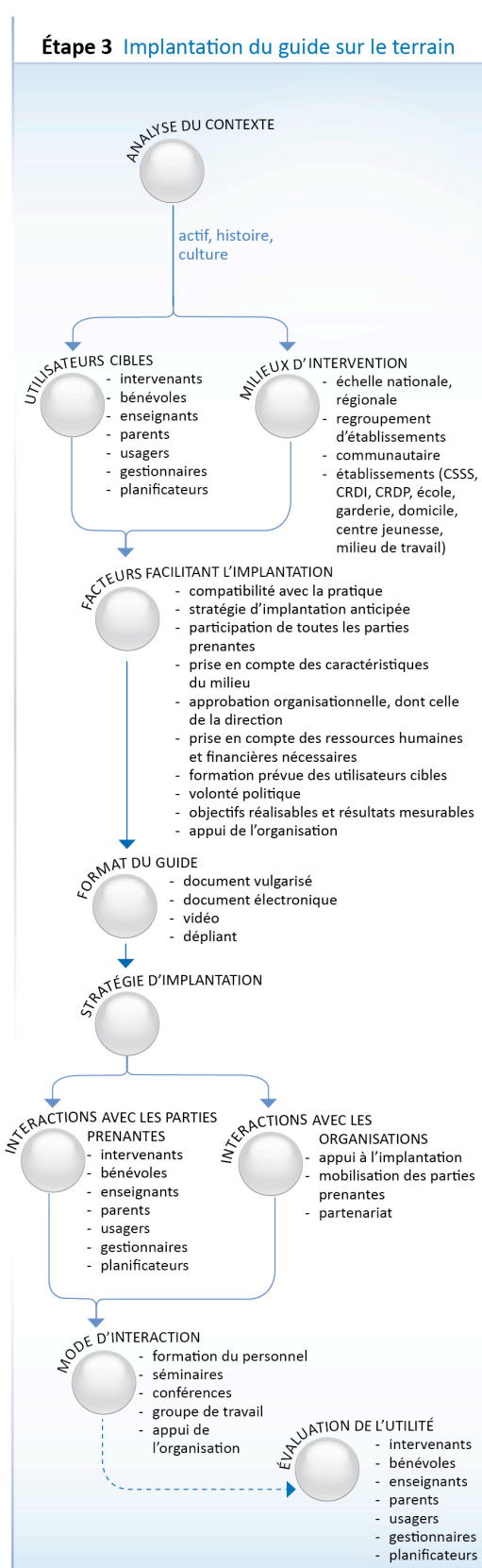
organisations sont privilégiées. Ces stratégies sont jugées plus efficaces que la diffusion passive. Ces résultats montrent un souci de mettre en œuvre des stratégies jugées efficaces et font écho aux résultats obtenus par Prior et ses collaborateurs [2008]. Cependant, la question des ressources financières met en relief l'importance des coûts associés, comme l'ont souligné Grimshaw et ses collègues [2006; 2004].

De plus, les facteurs qui influent sur l'implantation d'un guide de pratique doivent être pris en compte, et ce, tant sur le plan des caractéristiques du guide, des utilisateurs et des milieux (par exemple les organisations), que sur le plan des considérations financières et de la volonté politique. Ces facteurs couvrent en bonne partie la classification proposée par Francke et ses collaborateurs [2008] (voir la section 3.2.3), ce qui témoigne de la profondeur de la réflexion sur le sujet. Enfin, les questions posées par Davis et ses collaborateurs [2007] (voir le tableau 3) pour appuyer l'analyse des obstacles à l'implantation d'un guide de pratique semblent applicables au secteur social.

3.5 Évaluation de l'utilité et de l'efficacité des guides

Le présent document ne traite pas de l'évaluation de l'utilité des guides de pratique. Il se limite à proposer une méthode d'élaboration des guides sans pour autant minimiser l'importance de leur évaluation. Les producteurs intéressés peuvent se référer à divers modèles théoriques pouvant guider leur méthode d'évaluation et la mesure des résultats escomptés. À cet égard, les travaux de Gervais et Chagnon [2010] portant sur la modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale peuvent proposer des avenues prometteuses d'encadrement méthodologique. D'autres ouvrages peuvent aussi être inspirants [Rycroft-Malone, 2007; Rycroft-Malone *et al.*, 2002]. La **figure 5** présente le processus d'implantation d'un guide de pratique sur le terrain.

Figure 5 Processus d'implantation du guide sur le terrain



Discussion et conclusion

Discussion

Le présent document a été élaboré suivant la méthode de la théorie ancrée. Le choix de cette méthode empirique se justifie à plusieurs égards. D'abord, les processus d'élaboration des guides de pratique en services sociaux sont très peu documentés dans la littérature scientifique. Limiter l'analyse aux données scientifiques du secteur aurait été peu fructueux. Bien que la littérature scientifique dans le domaine de la santé soit riche d'informations, le Comité est d'avis que l'applicabilité au domaine des services sociaux des processus ou des méthodes qui y sont proposés n'est pas, à ce jour, démontrée.

Ensuite, le Comité regroupe des experts émérites issus de toutes les disciplines et de tous les secteurs des services sociaux du Québec (voir la description de sa constitution dans l'avant-propos). Sans prétendre que ces experts soient représentatifs de l'ensemble des parties prenantes du secteur social, leurs connaissances et leur savoir-faire fournissent des informations qui méritent d'être considérées. L'analyse de leurs discours a permis de dégager des concepts clés, de construire des catégories et de les unir de façon à faire émerger un processus d'élaboration des guides significatif pour le secteur social.

De plus, la théorie ancrée a servi, lorsque les informations sont suffisamment fondées, de les confronter à la littérature scientifique disponible en vue de les bonifier. Le processus émergent d'élaboration des guides de pratique a donc été comparé avec une littérature ciblée et en a été ainsi enrichi. Enfin, cette méthode dite « de forage » a imposé une validation continue des informations émergentes de façon à assurer un sens commun et à favoriser l'intégration des travaux du Comité par ses membres.

Le processus général de production d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux s'apparente, dans son ensemble, aux processus appliqués dans le domaine de la santé [NICE, 2008b; SIGN, 2008; Ketola *et al.*, 2007; NZGG, 2001]. Bien que les étapes puissent être structurées différemment, ces processus visent essentiellement à colliger des données permettant la prise de décision de produire un guide, l'élaboration des recommandations et l'implantation du guide sur le terrain.

La décision de produire un guide se fonde généralement sur des données quantitatives, par exemple celles portant sur le fardeau du problème social, sa prévalence, les variations dans la pratique ainsi que les ressources humaines et financières et les données scientifiques disponibles. L'importance de considérer les représentations des milieux et des parties prenantes ainsi que l'applicabilité et l'équité des interventions recommandées par le guide est reconnue. Cette prise en compte des valeurs, des connaissances et des croyances des milieux et des parties prenantes s'inscrit dans un principe éthique d'acceptabilité des recommandations et dans un objectif de reconnaissance des particularités des usagers.

De plus, le processus de collecte de données devrait être réalisé par un groupe d'experts représentant l'ensemble des parties prenantes, dont les usagers. Cette diversité d'experts favorise la complémentarité

des savoirs et des expériences et, par conséquent, la représentation de divers points de vue. Toutefois, cette mise en commun des diverses perspectives doit être menée de façon démocratique et transparente, afin que chaque expert puisse faire valoir son opinion et que les arguments menant aux recommandations puissent être explicités et retracés.

Cependant, les types de données disponibles peuvent dicter l'évaluation de la qualité. Par exemple, les essais cliniques randomisés peuvent être absents de la littérature scientifique des sciences sociales, puisqu'ils sont inappropriés dans certaines circonstances, voire contraires à l'éthique. De plus, d'autres types de données, dont les données qualitatives, peuvent s'avérer essentielles à l'évaluation d'une intervention. Cette situation, fréquente dans le secteur social, oblige à recourir à d'autres méthodes et d'en évaluer la qualité selon diverses perspectives.

Sans réfuter la contribution de la hiérarchisation de la preuve, la diversification des données demeure essentielle. Le choix de cette méthode peut s'expliquer par la nature même des services sociaux. L'évaluation des interventions dans ce secteur est généralement complexe, car plusieurs facteurs peuvent influencer sur les résultats. C'est la raison pour laquelle tous les types de données ont un rôle à jouer dans le renforcement des services sociaux fondés sur les données probantes; tant les essais cliniques randomisés que les opinions d'experts, qui n'ont actuellement que peu de prestige sur une échelle de preuve. Chacune de ces sources de données ayant sa propre utilité, ses méthodes et ses normes spécifiques de qualité, la pertinence de les considérer lors de l'élaboration d'un guide de pratique dépendra des informations nécessaires pour guider l'intervention. De façon générale, le processus d'élaboration d'un guide de pratique et des recommandations qui en découlent s'apparente à celui qu'endosse le SCIE [Pawson *et al.*, 2003]. Ainsi, la triangulation des sources de données est proposée afin de réduire les biais inhérents à un type de données.

La présentation du guide de pratique peut varier selon ce que commande la stratégie de son implantation. Le contenu peut être plus ou moins exhaustif, selon les utilisateurs cibles. Néanmoins, les messages clés découlant du processus d'élaboration des guides doivent demeurer clairement arrimés à l'évaluation de la problématique, bien que le contenu, le mode de présentation et de diffusion doivent être adaptés aux utilisateurs cibles. La littérature portant spécifiquement sur l'implantation des guides de pratique dans le secteur des services sociaux est rarissime. Aucune revue de synthèse sur ce sujet n'a été repérée. Toutefois, les constatations des membres du Comité rejoignent en grande partie les conclusions rapportées dans la littérature médicale sur le sujet. Le souci d'appliquer des stratégies efficaces tout en reconnaissant les coûts qui y sont associés est partagé. Celui de tenir compte des facteurs facilitant l'implantation et des obstacles à surmonter l'est tout autant.

Vu la faible qualité des études d'évaluation, les lacunes relatives aux définitions conceptuelles et l'hétérogénéité méthodologique, toute estimation de l'efficacité relative des différentes stratégies d'implantation semble difficile. Il s'avère donc nécessaire d'explicitier ces méthodes d'évaluation afin d'élaborer une méthodologie commune permettant de comparer l'efficacité des stratégies d'implantation. Ces processus doivent être documentés afin de guider l'implantation des guides de pratique en services sociaux.

Conclusion

Le présent document se fonde sur les discussions du Comité sur les guides de pratique dans le secteur des services sociaux, plus spécifiquement sur la partie du mandat visant l'élaboration des guides de pratique. Il vise à appuyer l'élaboration d'une méthode, depuis la prise de décision de les produire, en passant par la collecte et l'analyse des données, jusqu'à leur implantation sur le terrain. Il a permis d'arrimer une littérature ciblée avec la synthèse des discussions du Comité en vue de dégager les éléments qui semblent faire consensus et ainsi faciliter la poursuite des travaux. Il ne prétend donc ni proposer une revue systématique sur la question des méthodes d'élaboration des guides de pratique, ni présenter une connaissance représentatives des diverses parties prenantes.

Néanmoins, la finalité des guides de pratique dans le secteur des services sociaux mérite d'être rappelée. Un guide de pratique n'est ni un protocole, ni une norme. Un guide de pratique ne peut avoir d'autre prétention que celle de guider. Il ne peut imposer une pratique qui irait à l'encontre de principes éthiques fondamentaux. L'unicité de l'usager et de son histoire de vie ainsi que l'influence de ses conditions de vie et des déterminants de sa santé et de son bien-être exigent de laisser place au jugement professionnel ou individuel. Un guide de pratique ne peut donc pas se substituer au jugement professionnel, mais il peut l'accompagner.

La synthèse de l'ensemble des travaux du Comité et de leur arrimage à la littérature portant sur le processus d'élaboration des guides de pratique permet de proposer une définition qui fait consensus auprès des membres, tant sur le plan méthodologique que sur le plan des valeurs qu'elle sous-tend. Ainsi, un guide de pratique dans le secteur social peut se définir comme suit :

Recommandations élaborées de façon systématique et transparente, par et pour toutes les parties prenantes d'une intervention particulière du secteur des services sociaux. Ces recommandations sont fondées sur des données scientifiques éprouvées, appuyées sur des données contextuelles exhaustives et sur le savoir d'experts, notamment les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants et les usagers. Elles sont présentées d'une manière claire et concise, de façon à être assimilables par les parties prenantes pour soutenir leur prise de décision et orienter leur pratique.

Enfin, ce document vise aussi à faire part des travaux du Comité sur les guides de pratique de l'INESSS à la communauté du secteur des services sociaux afin de favoriser le partage d'une vision commune dans une finalité d'application des connaissances et de promotion de la qualité et de l'efficacité pour le mieux-être des populations. Certes, cette ébauche devra être raffinée et bonifiée. L'applicabilité de la méthode qui a émergé des travaux du Comité devra aussi être validée. Puisse-t-elle tout de même servir à susciter l'intérêt pour l'évaluation des pratiques et alimenter le débat, au Québec comme à l'étranger.

Annexe A Exemples de guides de pratique produits au Québec

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ).

Orientations cliniques à l'intention des intervenants en déficience visuelle concernant les usagers ayant une incapacité à conduire un véhicule routier en raison d'une déficience visuelle. Montréal, Qc : AERDPQ; 2009.

Centre de réadaptation Estrie. Processus de réadaptation au travail : lignes directrices. Sherbrooke, Qc : Centre de réadaptation Estrie; 2008.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Mon passeport : pour un milieu de vie permanent et exempt de compromission. Guide de pratique pour les 0-5 ans : document de référence. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2006.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Cadre de référence sur le retrait et le placement d'un enfant. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2005a.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Guide de pratique en matière de retrait du milieu familial et du placement d'un enfant. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2005b.

Collège des médecins du Québec (CMQ) et Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec. Montréal, Qc : CMQ; 2001. Disponible à : http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/142E6602A48B4F568C6E3087BC372AAB.ashx?sc_lang=fr-CA&90911.

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Les services d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement. Montréal, Qc : FQCRDITED; 2009.

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Standards relatifs au service spécialisé en CRDITED : intervention en troubles graves du comportement (TGC). Montréal, Qc : FQCRDITED; 2008.

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) et Ville de Québec. Guide pratique d'accessibilité universelle : manuel d'utilisation. Québec, Qc : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) et Ville de Québec; 2010. Disponible à : http://www.irdpq.qc.ca/communication/publications/guide_accessibilite/acces_Manuel_utilisation_2010.pdf.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier : guide de l'ergothérapeute. Montréal, Qc : OEQ; 2008. Disponible à : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Guide_Auto.pdf.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental. Montréal, Qc : OPQ; 2007. Disponible à : <http://www.aqis-iqdi.qc.ca/tdimodule2dpsychologuelignesdirectricesevaluationretardmental.pdf>.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Lignes directrices pour l'évaluation d'un enfant en vue d'une demande de dérogation à l'âge d'admission à l'école. Montréal, Qc : OPQ; 2006a.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès. Montréal, Qc : OPQ; 2006b.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Guide de pratique pour l'évaluation psychosociale de l'inaptitude requise par la Loi sur le curateur public. Montréal, Qc : OPQ; 1992.

Roc M-L. Guide pour la pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en milieu communautaire. Montréal, Qc : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ); 2008.

Annexe B Brève description de la méthode de la théorie ancrée

Le terme théorie ancrée (en anglais *grounded theory*) réfère généralement à une méthode inductive d'enracinement de l'analyse dans des données empiriques³¹ qui permet au chercheur de faire des retours constants sur les données déjà recueillies et de générer ainsi de nouvelles connaissances [Guillemette, 2006]. Cette méthode scientifique concerne la génération, l'élaboration et la validation de nouvelles théories des sciences sociales en vue de comprendre des phénomènes. L'objectif général de la démarche est de produire des théories, mais le résultat escompté n'est pas nécessairement la production de grandes théories. Paillé [1994] définit ainsi le processus de théorisation :

C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. En fait, théoriser, ce n'est pas, à strictement parler, faire cela, c'est d'abord aller vers cela; la théorisation est, de façon essentielle, beaucoup plus un processus qu'un résultat (p. 149-50).

Cette méthode est reconnue pour favoriser l'innovation en recherche scientifique. Elle permet de dégager des concepts clés à partir du discours ou des observations, de construire des catégories et de les unir dans un schéma explicatif de façon à faire émerger des significations et de renouveler la compréhension d'un phénomène. Si elle ne prétend pas permettre de saisir la connaissance absolue sur un objet ou un phénomène donné, elle peut néanmoins en générer des nouvelles.

Un principe central de cette méthode implique que l'analyse soit induite par des données empiriques (les travaux du Comité dans le cas présent), dans un objectif continu de validation de ces dernières plutôt que dans un objectif d'exemplification de cadres théoriques préconçus ou de validation d'hypothèses [Charmaz, 2005]. Ce retour constant sur les données se concrétise à travers des étapes successives de collecte de données, d'analyse et de développement conceptuel, impliquant un va-et-vient entre ces étapes. Il se poursuit généralement jusqu'au point de saturation des informations, c'est-à-dire jusqu'au moment où le chercheur réalise que l'ajout de nouvelles données dans sa recherche n'entraînera pas une meilleure compréhension du phénomène étudié [Mucchielli, 2004, p. 234].

La démarche méthodologique en est donc une « de forage », à savoir que la collecte de données nécessite une étape subséquente. Cependant, lorsque la validité des données empiriques semble suffisamment fondée, celles-ci peuvent alors être confrontées à celles de la littérature scientifique disponible pour être bonifiées [Glaser, 1992, p. 32; 1978, p. 31].

31. Note : le terme « empirique » est utilisé ici au sens de « fondé sur l'expérience, sur l'observation » et sans référence à ce qui ne relève pas de la médecine scientifique.

Annexe C Stratégie de recherche documentaire ☐ Décision de produire un guide

PsycINFO (Ovid)

Recherche effectuée le 22 décembre 2010

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 *treatment guidelines/ OR *evidence based practice/ OR *professional standards/ OR *best practices/
- #2 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti.
- #3 ((decision* AND mak*) OR need OR needs OR priori* OR reason* OR topic* OR determin* OR criteria* OR promot*).ti,ab.
- #4 develop.ti.
- #5 (#1 OR #2) AND #3 AND #4

PubMed

Recherche effectuée le 22 décembre 2010 et le 13 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 guidelines as topic[major]
- #2 social work[mh] OR social problems[mh]
- #3 guideline*[ti] OR guidance*[ti] OR (practice*[ti] AND (guide[ti] OR guides[ti] OR recommendation*[ti] OR standard*[ti])) AND develop*[ti]
- #4 (decision*[tiab] AND (make[tiab] OR making[tiab])) OR initiat*[tiab] OR need[tiab] OR needs[tiab] OR priori*[tiab] OR reason*[tiab] OR determin*[tiab] OR criteria*[tiab] OR topic*[tiab])
- #5 ((#1 AND #2) OR #3) AND #4

La fonction « *Related Citations* » a aussi été employée avec les titres les plus prometteurs.

Current Contents (Ovid)

Recherche effectuée le 22 décembre 2010

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti.
- #2 ((decision* AND mak*) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*)).ti.
- #3 develop*.ti,ab.
- #4 #1 AND #2 AND #3

CINAHL (EBSCO)

Recherche effectuée le 21 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 TI (guideline* AND develop*)
- #2 TI ((decision ADJ2 making) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*))
- #3 TI (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*))
- #4 TX (social OR psycholog*)
- #5 (#1 AND #4) OR (#1 AND #2) OR (#2 AND #3 AND #4)

Social Work Abstracts (Ovid)

Recherche effectuée le 22 décembre 2010

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti.
- #2 ((decision ADJ2 making) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*)).ti,ab.
- #3 #1 AND #2

Web of Science (ISI)

Recherche effectuée le 22 décembre 2010

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 TI=(guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*))
- #2 TI=((decision ADJ2 making) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*))
- #3 TS=(social OR psycholog*)
- #4 TS=(evidence)
- #5 (#1 AND #2 AND #3) OR (#1 AND #2 AND #4)

Les fonctions « *Cited by* » et « *Related Records* » ont aussi été employées avec les titres les plus prometteurs.

ERIC (Ovid)

Recherche effectuée le 22 décembre 2010

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 *guidelines/
- #2 (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti.
- #3 ((decision ADJ2 making) OR (initiat* OR need OR needs OR topic* OR priori* OR criteria* OR reason* OR determinat*)).ti,ab.
- #4 (social OR psycholog*).ti,ab. OR exp social services/
- #5 (#1 OR #2) AND #3 AND #4

Annexe D Stratégie de recherche documentaire ? Collecte et analyse des données

PsycINFO (Ovid)

Recherche effectuée le 6 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 *treatment guidelines/ OR *evidence based practice/ OR *professional standards/ OR *best practices/ OR *clinical models/ OR *"quality of services"/
- #2 social services/
- #3 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti.
- #4 (develop* OR creat* OR direction OR preparat* OR action plan OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR produc* OR design* OR prototype* OR promot*).ti,ab.
- #5 (social work OR social service*).ti,ab.
- #6 #1 AND #2
- #7 #3 AND #4 AND (#2 OR #5)
- #8 guideline development.ti.
- #9 qualitative research.ti,ab.
- #10 #4 AND #9
- #11 #6 OR #7 OR #8 OR #10

PubMed

Recherche effectuée le 19 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 guidelines as topic[major]
- #2 social work[mh] OR social problems[mh]
- #3 guideline*[ti] OR guidance*[ti] OR practice guide*[ti] OR practice recommendation*[ti] OR evidence-based practice*[ti]
- #4 guideline*[ti] OR guidance*[ti] OR (practice*[ti] AND (guide[ti] OR guides[ti] OR recommendation*[ti] OR standard*[ti])) AND develop*[ti]
- #5 social[ti] OR psycholog*[ti] OR occupational[ti]
- #6 social[tiab] OR psycholog*[tiab] OR occupational[tiab]
- #7 develop*[tiab] OR history[tiab] OR process*[tiab] OR creation*[tiab] OR direction*[tiab] OR preparat*[tiab] OR method*[tiab] OR methods[tiab] OR methodology[tiab] OR model[tiab] OR models[tiab] OR construct*[tiab] OR elaborat*[tiab] OR produce[tiab] OR producing[tiab] OR produced[tiab] OR production[tiab] OR design*[tiab] OR prototype*[tiab] OR promot*[tiab] OR step[tiab] OR steps[tiab] OR rationale[tiab]
- #8 develop*[ti] OR history[ti] OR process*[ti] OR creation*[ti] OR direction*[ti] OR preparat*[ti] OR method[ti] OR methods[ti] OR methodology[ti] OR model[ti] OR models[ti] OR construct*[ti] OR elaborat*[ti] OR produce[ti] OR producing[ti] OR produced[ti] OR production[ti] OR design*[ti] OR prototype*[ti] OR promot*[ti] OR step[ti] OR steps[ti] OR rationale[ti]

#9 ((#1 AND #2) OR (#3 AND #5)) AND #7

#10 ((#1 AND #2) OR (#4 AND #6)) AND #8

#11 #9 OR #10

Current Contents (Ovid)

Recherche effectuée le 10 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti.
- #2 (develop* OR history OR process* OR creation* OR direction OR preparat* OR (action adj2 plan) OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR product* OR design* OR prototype* OR promot* OR making OR step OR steps OR rationale).ti.
- #3 (team* OR group OR groups OR committee* OR multidisciplinary* OR consumer* OR audience OR stakeholder* OR participat* OR judgement* OR pre-test* OR timeline OR question ADJ3 formulat* OR type ADJ3 evidence OR quality ADJ3 evidence OR template* OR outline* OR statement*).ti.
- #4 guideline*.ti.
- #5 evidence based.ti.
- #6 guideline develop*.ti.
- #7 (#1 AND #2 AND 3) OR (#2 AND #4 AND #5) OR #6

CINAHL (EBSCO)

Recherche effectuée le 21 janvier 2010

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 TI (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*))
- #2 TI (history OR process* OR creation* OR direction OR preparat* OR (action ADJ2 plan) OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR product* OR design* OR prototype* OR promot* OR making OR step OR steps)
- #3 TX (social OR psycholog*)
- #4 TI (team* OR group OR groups OR committee* OR multidisciplinary* OR consumer* OR audience OR stakeholder* OR participat* OR judgement* OR pre-test* OR timeline OR question ADJ3 formulat* OR type ADJ3 evidence OR quality ADJ3 evidence OR template* OR outline* OR statement*)
- #5 (#1 AND #2 AND #3) OR (#1 AND #3 AND #4)

Social Work Abstracts (Ovid)

Recherche effectuée le 10 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti,ab.
- #2 (develop* OR creation* OR direction OR preparat* OR action plan OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR produc* OR design* OR prototype* OR promot* OR making OR step OR steps OR guide).ti,ab.
- #3 (team* OR group OR groups OR committee* OR multidisciplinary* OR consumer* OR audience OR stakeholder* OR participat* OR judgement* OR pre-test* OR timeline OR question ADJ3 formulat* OR type ADJ3 evidence OR quality ADJ3 evidence OR template* OR outline* OR statement*).ti,ab.
- #4 (history OR process* OR creation* OR direction OR preparat* OR (action ADJ2 plan) OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR product* OR design* OR prototype* OR promot* OR making OR step OR steps).ti,ab.
- #5 (guideline* and develop*).ti.
- #6 guideline*.ti,ab.
- #7 evidence based.ti.
- #8 (#1 AND #2 AND #3) OR (#4 AND #5) OR (#6 AND #7)

Web of Science (ISI)

Recherche effectuée le 10 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 TI=(guideline* OR guidance* OR (practice ADJ3 guide*) OR (practice ADJ3 recommendation*) OR standard*)
- #2 TI=(develop* OR history OR process* OR creation* OR direction OR preparat* OR (action ADJ2 plan) OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR product* OR design* OR prototype* OR prototype* OR promot* OR making OR step OR steps)
- #3 TS=(social OR psycholog*)
- #4 TI=(guideline* SAME develop*)
- #5 TS=(evidence based)
- #6 TS=(guideline* OR guidance* OR (practice ADJ3 guide*) OR (practice ADJ3 recommendation*) OR standard*)
- #7 TS=(team* OR group OR groups OR committee* OR multidisciplinary* OR consumer* OR audience OR stakeholder* OR participat* OR judgement* OR pre-test* OR timeline OR question ADJ3 formulat* OR type ADJ3 evidence OR quality ADJ3 evidence OR template* OR outline* OR statement*)
- #8 (#1 AND #2 AND #3) OR (#2 AND #3 AND #4) OR (#2 AND #5 AND #6 AND #7)

ERIC (Ovid)

Recherche effectuée le 10 janvier 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français

- #1 *guidelines/
- #2 (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti.
- #3 develop* OR creation* OR direction OR preparat* OR action plan OR method* OR model OR models OR construct* OR elaborat* OR produc* OR design* OR prototype* OR promot* OR making OR step OR steps OR guide).ti.
- #4 (team* OR group OR groups OR committee* OR multidisciplinary* OR consumer* OR audience OR stakeholder* OR participat* OR judgement* OR pre-test* OR timeline OR question ADJ3 formulat* OR type ADJ3 evidence OR quality ADJ3 evidence OR template* OR outline* OR statement*).ti,ab.
- #5 (social OR psycholog*).ti,ab. OR exp social services/
- #6 (guideline* ADJ2 develop*).ti.
- #7 (team* OR group OR groups OR committee* OR multidisciplinary* OR consumer* OR audience OR stakeholder* OR participat* OR judgement* OR pre-test* OR timeline OR question ADJ3 formulat* OR type ADJ3 evidence OR quality ADJ3 evidence OR template* OR outline* OR statement*).ti.
- #8 (#1 OR #2) AND #3 AND #4 AND #5
- #9 #5 AND #6
- #10 #1 AND #3 AND #7
- #11 #8 OR #9 OR #10

Annexe E Stratégie de recherche documentaire ☒ Implantation sur le terrain

PsycINFO (Ovid)

Recherche effectuée le 2 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français; revue systématique

- #1 *treatment guidelines/ OR *evidence based practice/ OR *professional standards/ OR *best practices/ OR *clinical models/ OR *"quality of services"/
- #2 information dissemination/
- #3 guideline development.ti,ab.
- #4 (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*).ti,ab.
- #5 (#1 AND #2) OR (#3 AND #4)
- #6 limit 5 to ((english OR french) AND yr="1995 -Current"))
- #7 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti.
- #8 (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*).ti.
- #9 (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey).ti,ab.
- #10 ((#1 AND #2) OR (#6 AND #7)) AND #8
- #11 limit 9 to (("0800 literature review" OR "0830 systematic review" OR 1200 meta analysis OR 1600 qualitative study OR 1800 quantitative study OR "2000 treatment outcome/randomized clinical trial") AND (english OR french) AND yr="1995 -Current"))
- #12 #6 OR #11

PubMed

Recherche effectuée le 1^{er} février 2011

Limites : 1995-2011 ; anglais et français ; revue systématique

- #1 guidelines as topic[major] OR guideline*[ti] OR guidance*[ti] OR practice guide*[ti] OR practice recommendation*[ti] OR evidence-based practice*[ti]
- #2 social work[mh] OR social problems[mh] OR social[tiab] OR psycholog*[tiab] OR occupational[tiab]
- #3 transfer*[ti] OR translat*[ti] OR disseminat*[ti] OR utilizat*[ti] OR utilisat*[ti] OR implement*[ti] OR diffus*[ti] OR exchang*[ti] OR applicat*[ti] OR adopt*[ti] OR adher*[ti] OR deliver*[ti]
- #4 review[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR metanalysis[tiab] OR meta-analysis[pt] OR review[pt] OR synthesis[tiab] OR overview[tiab] OR survey[tiab]
- #5 1995:2011[edat]
- #6 english[la] OR french[la]
- #7 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6

Current Contents (Ovid)

Recherche effectuée le 2 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français; revue systématique

- #1 ((guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti ADJ3 (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*)).ti.
- #2 (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey).ti,ab.
- #3 #1 AND #2
- #4 limit 3 to ((english OR french) AND yr="1995 -Current")

CINAHL (EBSCO)

Recherche effectuée le 3 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français; revue systématique

- #1 TI (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*))
- #2 TI (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*)
- #3 TX (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey)
- #4 TX (social OR psycholog* OR psychosoc*)
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Social Work Abstracts (Ovid)

Recherche effectuée le 2 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français; revue systématique

- #1 (guideline* OR guidance* OR practice guide* OR practice recommendation* OR standard*).ti.
- #2 (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*).ti,ab.
- #3 (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey).ti,ab.
- #4 #1 AND #2 AND #3

Web of Science (ISI)

Recherche effectuée le 2 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français; revue systématique

- #1 TI=(guideline* OR guidance* OR (practice ADJ3 guide*) OR (practice ADJ3 recommendation*) OR standard*)
- #2 TI=(transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR exchang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*)
- #3 TS=(review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey)
- #4 #1 AND #2 AND #3

ERIC (Ovid)

Recherche effectuée le 2 février 2011

Limites : 1995-2011; anglais et français; revue systématique

- #1 *guidelines/
- #2 information dissemination/ OR *information transfer/ OR *information utilization/ OR *technology transfer/
- #3 (guideline* OR guidance* OR (practice* ADJ2 guide*) OR (practice* ADJ2 recommendation*) OR (standard* ADJ2 practice*)).ti.
- #4 (transfer* OR translat* OR disseminat* OR utilizat* OR utilisat* OR implement* OR diffus* OR chang* OR applicat* OR adopt* OR adher* OR deliver*).ti,ab.
- #5 (review OR reviews OR meta-analysis OR synthesis OR overview OR survey).ti,ab.
- #6 (#1 AND #2) OR (#3 AND #4 AND #5)

Bibliographie

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris, France : ANAES; 2000. Disponible à : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>.
- AGREE Next Steps Research Consortium. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II). AGREE Research Trust; 2009. Disponible à : <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/>.
- American Psychological Association (APA). Determination and documentation of the need for practice guidelines. Washington, DC : APA; 2005. Disponible à : <http://www.apa.org/practice/guidelines/determination-documentation.pdf>.
- American Psychological Association (APA). Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol* 2002;57(12):1052-9.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ). Orientations cliniques à l'intention des intervenants en déficience visuelle concernant les usagers ayant une incapacité à conduire un véhicule routier en raison d'une déficience visuelle. Montréal, Qc : AERDPQ; 2009.
- Battista RN et Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. *CMAJ* 1995;153(9):1233-7.
- Bauer MS. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10(3):138-53.
- Blas E, Sommerfeld J, Kurup AS. Social determinants approaches to public health: From concept to practice. Genève, Suisse : World Health Organization (WHO); 2011. Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564137_eng.pdf.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-65.
- Campbell R, Britten N, Pound P, Donovan J, Morgan M, Pill R, Pope C. Using meta-ethnography to synthesise qualitative research. Dans : Popay J, réd. *Moving beyond effectiveness in evidence synthesis: Methodological issues in the synthesis of diverse sources of evidence*. Londres, Angleterre : National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2006 : 75-82. Disponible à : http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/Moving_beyond_effectiveness_in_evidence_synthesis2.pdf.
- Canada. Charte canadienne des droits et libertés. Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982. Ottawa, ON : Ministère de la Justice; 1982. Disponible à : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Charte/>.
- Centre de réadaptation Estrie. Processus de réadaptation au travail : lignes directrices. Sherbrooke, Qc : Centre de réadaptation Estrie; 2008.
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD). *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York, Royaume-Uni : CRD, University of York; 2009. Disponible à : http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf.

- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Mon passeport : pour un milieu de vie permanent et exempt de compromission. Guide de pratique pour les 0-5 ans : document de référence. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2006.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Cadre de référence sur le retrait et le placement d'un enfant. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2005a.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Guide de pratique en matière de retrait du milieu familial et du placement d'un enfant. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire; 2005b.
- Charmaz K. Grounded theory in the 21st century: A qualitative method for advancing social justice research. Dans : Denzin NK et Lincoln YS, réd. Handbook of qualitative research. 3^e éd. Thousand Oaks, CA : Sage; 2005 : 507-35.
- Collège des médecins du Québec (CMQ) et Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec. Montréal, Qc : CMQ; 2001. Disponible à : http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/142E6602A48B4F568C6E3087BC372AAB.ashx?sc_lang=fr-CA&90911.
- Davies J, Freemantle N, Grimshaw J, Hurwitz B, Long A, Russell I, et al. Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve medical practice? *Effective Health Care* 1994;1(8):1-12.
- Davis D, Goldman J, Palda VA. Manuel sur les guides de pratique clinique. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2007. Disponible à : <http://www.cma.ca/handbook2.pdf>.
- Davis DA et Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157(4):408-16.
- Denzin NK et Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 2^e éd. Thousand Oaks, CA : Sage; 2000.
- Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I, Russell I. Developing valid guidelines: Methodological and procedural issues from the North of England Evidence Based Guideline Development Project. *Qual Health Care* 1996;5(1):44-50.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Les services d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement. Montréal, Qc : FQCRDITED; 2009.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Standards relatifs au service spécialisé en CRDITED : intervention en troubles graves du comportement (TGC). Montréal, Qc : FQCRDITED; 2008.
- Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, Brouwers M, Browman GP, Graham ID, et al. Guideline adaptation: An approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Qual Saf* 2011;20(3):228-36.
- Field MJ et Lohr KN. Clinical practice guidelines: Directions for a new program. Washington, DC : National Academy Press; 1990.

- Fortier I. Le défi humain de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité. *Sources ENAP* 2002;17(1):1-2.
- Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:38.
- Gambrill E. Evidence-based practice: Implications for knowledge development and use in social work. Dans : Rosen A et Proctor EK, réd. *Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and research agenda*. New York, NY : Columbia University Press; 2003 : 37-58.
- Gervais J et Chagnon F. Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale. Montréal, Qc : Fonds québécois de recherche sur la société et la culture ; Chaire d'étude CJM-IU-UQÀM; 2010. Disponible à : <http://www.santepop.qc.ca/fichier.php/198/Rapport+Gervais++Chagnon+2010.pdf>.
- Glaser BG. *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA : Sociology Press; 1992.
- Glaser BG. *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA : Sociology Press; 1978.
- Glaser BG et Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL : Aldine; 1967.
- Gossett M et Weinman ML. Evidence-based practice and social work: An illustration of the steps involved. *Health Soc Work* 2007;32(2):147-50.
- Gough D. Weight of evidence: A framework for the appraisal of the quality and relevance of evidence. *Res Paper Educ* 2007;22(2):213-28.
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26(1):13-24.
- Gray M, Plath D, Webb SA. *Evidence-based social work: A critical stance*. New York, NY : Routledge; 2009.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O, Peacock R. Storylines of research in diffusion of innovation: A meta-narrative approach to systematic review. *Soc Sci Med* 2005;61(2):417-30.
- Grilli R et Lomas J. Evaluating the message: The relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994;32(3):202-13.
- Grimshaw J et Eccles MP. Knowledge translation of research findings. Dans : *Effective dissemination of findings from research*. Edmonton, AB : Institute of Health Economics (IHE); 2008 : 8-24. Disponible à : http://www.ihe.ca/documents/Dissemination_0.pdf.
- Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, Vale L. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006;21(Suppl 2):S14-20.
- Grimshaw J, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6):iii-iv, 1-72.
- Grimshaw J, Eccles M, Russell I. Developing clinically valid practice guidelines. *J Eval Clin Pract* 1995;1(1):37-48.
- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):II46-54.

- Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care: The implementation of change in clinical practice. New York, NY : Elsevier Butterworth Heinemann; 2005.
- Gross PA et Pujat D. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: A systematic review. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):II55-69.
- Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherche Qualitatives* 2006;26(1):32-50.
- Guyatt G, Prasad K, Schunemann H, Jaeschke R, Cook DJ. How to use a patient management recommendation. Dans : Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ, réd. *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice*. 2^e éd. New York, NY : McGraw-Hill; 2008 : 597-618.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2007. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/method_process_adaptation_rpc_2.pdf.
- Higgins JPT et Green S, réd. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.0.2. Cochrane Collaboration; 2009. Disponible à : <http://www.cochrane.org/training/cochrane-handbook>.
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) et Ville de Québec. Guide pratique d'accessibilité universelle : manuel d'utilisation. Québec, Qc : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) et Ville de Québec; 2010. Disponible à : http://www.irdpq.qc.ca/communication/publications/guide_accessibilite/acces_Manuel_utilisation_2010.pdf.
- Institute of Medicine (IOM). *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC : National Academies Press; 2011.
- Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17(1):1-12.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000259.
- Ketola E, Toropainen E, Kaila M, Luoto R, Makela M. Prioritizing guideline topics: Development and evaluation of a practical tool. *J Eval Clin Pract* 2007;13(4):627-31.
- Krahn M et Naglie G. The next step in guideline development: Incorporating patient preferences. *JAMA* 2008;300(4):436-8.
- La Vaque TJ, Hammond DC, Trudeau D, Monastra V, Perry J, Lehrer P, et al. Template for developing guidelines for the evaluation of the clinical efficacy of psychophysiological interventions. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002;27(4):273-81.
- Landry R, Becheikh N, Amara N, Ziam S, Idrissi O, Castonguay Y. La recherche, comment s'y retrouver? Revue systématique des écrits sur le transfert de connaissances en éducation. Québec, Qc : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; 2008. Disponible à : <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/sica/drsi/larecherchecommentsyretrouver.pdf>.
- Lemire N, Souffez K, Laurendeau M-C. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2009. Disponible à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf.

- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69.
- Levin RF, Singleton JK, Jacobs SK. Developing and evaluating clinical practice guidelines: A systematic approach. Dans : Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, et al., réd. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. New York, NY : Springer; 2008 : 1-8.
- Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews* 2007;6. DOI 10.4073/csr.2007.6.
- MacDermid JC et Graham ID. Knowledge translation: Putting the "practice" in evidence-based practice. *Hand Clin* 2009;25(1):125-43, viii.
- Madan I, Paterson S, Harling K. Methodology for the development of NHS Plus evidence-based guidelines. *Occup Med (Lond)* 2007;57(5):304-7.
- McNeece CA et Thyer BA. Evidence-based practice and social work. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2004;1(1):7-25.
- Mishna F, Cook C, MacFadden R, Saini M, Wu M-J. Interventions for children, youth, and parents to prevent and reduce cyber abuse. *Campbell Systematic Reviews* 2009;2. DOI 10.4073/csr.2009.2.
- Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gotzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010;340:c869.
- Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. 2^e éd. mise à jour et augm. Paris, France : A. Colin; 2004.
- Murray J, Farrington DP, Sekol I, Olsen RF. Effects of parental imprisonment on child antisocial behaviour and mental health: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2009;4. DOI 10.4073/csr.2009.4.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *The guidelines manual*. Londres, Angleterre : NICE; 2009. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguideline-developmentmethods/GuidelinesManual2009.jsp>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Social value judgements: Principles for the development of NICE guidance*. Second edition. Londres, Angleterre : NICE; 2008a. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/media/C18/30/SVJ2PUBLICATION2008.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Topic selection programme: Process manual*. Londres, Angleterre : NICE; 2008b. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/media/96A/B2/TopicSelectionProcessManualv25.pdf>.
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington, Nouvelle-Zélande : NZGG; 2001. Disponible à : http://old.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf.
- Nye C, Turner H, Schwartz J. Approaches to parent involvement for improving the academic performance of elementary school age children. *Campbell Systematic Reviews* 2006;4. DOI 10.4073/csr.2006.4.
- Office québécois de la langue française (OQLF). *Grand dictionnaire terminologique*. Montréal, Qc : OQLF. Disponible à : <http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>.

- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier : guide de l'ergothérapeute. Montréal, Qc : OEQ; 2008. Disponible à : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Guide_Auto.pdf.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental. Montréal, Qc : OPQ; 2007. Disponible à : <http://www.aqis-iqdi.qc.ca/tdimodule2dpsychologuelignesdirectricesevaluationretardmental.pdf>.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Lignes directrices pour l'évaluation d'un enfant en vue d'une demande de dérogation à l'âge d'admission à l'école. Montréal, Qc : OPQ; 2006a.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès. Montréal, Qc : OPQ; 2006b.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Guide de pratique pour l'évaluation psychosociale de l'inaptitude requise par la Loi sur le curateur public. Montréal, Qc : OPQ; 1992.
- Organisation internationale de normalisation (ISO). ISO 26000 – Responsabilité sociétale. Genève, Suisse : ISO; 2010.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Guidelines for WHO guidelines. Genève, Suisse : OMS; 2003. Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf.
- Oxman AD et Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. *J Clin Epidemiol* 1991;44(11):1271-8.
- Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Res Policy Syst* 2009;7(Suppl 1):S1.
- Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994;272(17):1367-71.
- Pagliari C et Grimshaw J. Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development: An observational study. *J Eval Clin Pract* 2002;8(2):145-53.
- Pagliari C, Grimshaw J, Eccles M. The potential influence of small group processes on guideline development. *J Eval Clin Pract* 2001;7(2):165-73.
- Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 1994;23:147-81.
- Pawson R. Evidence-based policy: A realist perspective. Thousand Oaks, CA : Sage; 2006.
- Pawson R, Boaz A, Grayson L, Long A, Barnes C. Types and quality of knowledge in social care. Knowledge review 3. Londres, Angleterre : Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2003. Disponible à : <http://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr03.pdf>.
- Pilling S. Developing evidence-based guidance—Implications for systemic interventions. *Journal of Family Therapy* 2009;31(2):194-205.
- Pilling S. History, context, process, and rationale for the development of clinical guidelines. *Psychol Psychother* 2008;81(Pt 4):331-50.
- Pope C, Mays N, Popay J. Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: A guide to methods. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2007.
- Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville, Qc : Gaëtan Morin; 1997.

- Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies— A synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract* 2008;14(5):888-97.
- Qaseem A, Snow V, Owens DK, Shekelle P. The development of clinical practice guidelines and guidance statements of the American College of Physicians: Summary of methods. *Ann Intern Med* 2010;153(3):194-9.
- Rainbird K, Sanson-Fisher R, Buchan H. Identifying barriers to evidence uptake. Melbourne, Australie : National Institute of Clinical Studies (NICS); 2006. Disponible à : http://www.nhmrc.gov.au/nics/material_resources/resources/identifying_barriers.htm.
- Ricci S, Celani MG, Righetti E. Development of clinical guidelines: Methodological and practical issues. *Neurol Sci* 2006;27(Suppl 3):S228-30.
- Roberts AR et Yeager K. Foundations of evidence-based social work practice. New York, NY : Oxford University Press; 2006.
- Roc M-L. La pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en protection de la jeunesse. Montréal, Qc : Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec; 2009.
- Roc M-L. Guide pour la pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en milieu communautaire. Montréal, Qc : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ); 2008.
- Rosen A et Proctor EK. Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and research agenda. New York, NY : Columbia University Press; 2003.
- Rosen A, Proctor EK, Staudt M. Targets of change and interventions in social work: An empirically based prototype for developing practice guidelines. *Research on Social Work Practice* 2003;13(2):208-33.
- Rycroft-Malone J. Theory and knowledge translation: Setting some coordinates. *Nurs Res* 2007;56(4 Suppl):S78-85.
- Rycroft-Malone J. Formal consensus: The development of a national clinical guideline. *Qual Health Care* 2001;10(4):238-44.
- Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs* 2004;47(1):81-90.
- Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, Estabrooks C. Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care* 2002;11(2):174-80.
- Sachs M. [Successful strategies and methods of nursing standards implementation]. *Pflege* 2006;19(1):33-44 (article en allemand dont le titre original est : Erfolgreiche Strategien und Methoden der Implementierung von Pflegestandards. Eine systematische Übersichtsarbeit).
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
- Saillour-Glenisson F et Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. *Revue de la littérature. Rev Epidemiol Santé Publique* 2003;51(1 Pt 1):65-80.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2008. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>.

- Shadish W et Myers D. Research design policy brief. Campbell Collaboration; 2004. Disponible à : <http://www.duke.edu/web/c2method/ResDesPolicyBrief.pdf>.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
- Simpson SH, Marrie TJ, Majumdar SR. Do guidelines guide pneumonia practice? A systematic review of interventions and barriers to best practice in the management of community-acquired pneumonia. *Respir Care Clin N Am* 2005;11(1):1-13.
- Social Care Institute for Excellence (SCIE). Strengthening user involvement in Northern Ireland: A summary and action plan. Londres, Angleterre : SCIE; 2008. Disponible à : <http://www.scie.org.uk/publications/reports/report18-summary.pdf>.
- Tetroe JM, Graham ID, Foy R, Robinson N, Eccles MP, Wensing M, et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. *Milbank Q* 2008;86(1):125-55.
- Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Rev* 1999;(1):CD000349.
- Tooher R, Middleton P, Babidge W. Implementation of pressure ulcer guidelines: What constitutes a successful strategy? *J Wound Care* 2003;12(10):373-8, 80-2.
- Van de Bovenkamp HM et Trappenburg MJ. Reconsidering patient participation in guideline development. *Health Care Anal* 2009;17(3):198-216.
- Verkerk K, Van Veenendaal H, Severens JL, Hendriks EJ, Burgers JS. Considered judgement in evidence-based guideline development. *Int J Qual Health Care* 2006;18(5):365-9.
- Vermeire E. La synthèse comme formation continue. *Minerva* 2003;2(4):56-7.
- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007;335(7624):806-8.
- West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKoy N, Sutton SF, Lux L. Systems to rate the strength of scientific evidence. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2002. Disponible à : <http://www.thecre.com/pdf/ahrq-system-strength.pdf>.
- Wilson DB, MacKenzie DL, Mitchell FN. Effects of correctional boot camps on offending. *Campbell Systematic Reviews* 2003;1. DOI 10.4073/csr.2003.1.